

Curso en prevención y manejo de autolesiones y
comportamiento suicida

Tema 2. Habilidades de comunicación y actitudes eficaces en el espectro autolesivo

Autor: Juan Faura-García

Índice

Ideas clave

- 2.1. Introducción y objetivos
- 2.2. Habilidades de comunicación
- 2.3. Actitudes eficaces
- 2.4. Casos clínicos
- 2.5. Referencias bibliográficas

A fondo

Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada

Guía Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países

Test

2.1. Introducción y objetivos

Este tema aborda las habilidades de comunicación y las actitudes eficaces en el espectro autolesivo. En él, se exploran una variedad de estrategias y conocimientos necesarios para abordar de manera efectiva situaciones relacionadas con la autolesión y el suicidio. Se busca proporcionar una guía integral para aquellos profesionales de la atención primaria que buscan entender y apoyar mejor a aquellos individuos en riesgo de autolesión.

Este tema tiene como **objetivos**:

- ▶ Desarrollar un entendimiento claro de los mitos y realidades asociadas con la autolesión y el suicidio, proporcionando información precisa y desmitificando conceptos erróneos.
- ▶ Adquirir habilidades de comunicación efectivas específicas para el contexto del espectro autolesivo, facilitando así un diálogo constructivo y empático.
- ▶ Fomentar actitudes y enfoques eficaces que puedan ser aplicados en situaciones reales, mejorando la intervención y el apoyo ofrecido a individuos en riesgo.

Mitos

Existe una gran cantidad de información errónea el suicidio y la autolesión. Antes de comunicarnos debemos tener en cuenta qué información es adecuada y qué comunicar (Organización Mundial de la Salud, 2021). En el tema del suicidio y las autolesiones existen algunos **mitos** muy extendidos, como, por ejemplo:

- ▶ **Quien se suicida quiere morir.** Falso. Quien es feliz no suele suicidarse. En lugar de querer morir o matarse, las personas quieren dejar de sufrir. Es decir, no es que no quiera vivir, es que no puede seguir viviendo debido al sufrimiento que padece. Podemos ayudarlo aliviando el sufrimiento para que recupere el deseo de vivir.

- ▶ **Hablar de suicidio o autolesión incita a hacerlo.** Falso. Informar y hablar de manera adecuada acerca del suicidio facilita su posible superación. Hablar es prevenir. Es necesario difundir información veraz para disminuir la información errónea y el estigma asociados históricamente al suicidio, y hablar adecuadamente del suicidio y las autolesiones no suicidas (ANS), tratándolos como un problema de salud pública en los medios de comunicación, facilita la prevención.
- ▶ **Quien lo hace no lo dice y quien lo dice no lo hace.** Falso. Muchos suicidios han tenido señales de alerta previas. Estas señales no deben subestimarse. Ningún intento debe tratarse como una llamada de atención o manipulación. Se trata de una petición de ayuda.
- ▶ **La herida no está tan mal (en el caso de las ANS) o el método no era tan dañino (en el caso de suicidio), por tanto, el problema no es serio.** Falso. La severidad de la lesión o la forma de hacerse daño no informa sobre el problema subyacente ni su intensidad. El problema dependerá de la percepción de quien se ha autolesionado.
- ▶ **Quienes se autolesionan (con o sin intención suicida) deberían ser internados.** Falso. A aquellos que se autolesionan sin intención suicida comúnmente no se aconseja la hospitalización y menos el internamiento forzado, ya que está contraindicado por ser ineficaz y producir efectos contrarios a los deseados. El estigma y la falta de control que supone un internamiento en quienes han pensado o realizado un intento de suicidio deben sopesarse tanto a corto como a largo plazo. En caso de ser necesario, se indican estancias de menor tiempo posible.
- ▶ **Normalmente las mujeres se producen más ANS y los hombres mueren más por suicidio.** Las ANS y las conductas suicidas se dan por igual en ambos sexos. Tanto hombres como mujeres mueren por suicidio en igual medida. Las mujeres lo intentan en mayor medida que los hombres.
- ▶ **Quienes se han autolesionado o lo hacen frecuentemente son un peligro para los demás. Lo hacen para manipular o hacer daño al resto.** Falso. Existen otras

formas más sencillas, menos dañinas y más eficientes de manipular o hacer daño a otros que autolesionarse. Además, enfocar la autolesión como una manipulación o un daño hacia los demás no es una actitud eficaz para poder ayudarle. Si desconfiamos de la persona que se autolesiona, no abordaremos el problema y no le estaremos ayudando en absoluto.

- ▶ **La conducta suicida o las ANS es un trastorno mental o un problema psiquiátrico.** Falso. El fenómeno autolesivo a menudo no está siempre relacionado con problemas de salud mental. Aunque los manuales diagnósticos de salud mental incluyan terminología autolesiva en algunos diagnósticos, suelen ser criterios, no diagnósticos. Tiene que ver con los problemas vitales y cómo se afrontan. Quienes se autolesiona suele tener dificultades para regular y afrontar sus emociones de forma saludable. La conducta suicida puede aparecer como salida a este sufrimiento vital producido por un mal afrontamiento de los problemas.
- ▶ **Las ANS son un intento de suicidio fallido.** Falso. Por lo general, quienes se producen ANS no están intentando suicidarse. Su intención claramente no es morir, sino aliviar parte de su sufrimiento. No obstante, su conducta pueda llegar a producirles la muerte.
- ▶ **Quien ha sido suicida o tenido ANS alguna vez, nunca dejará de serlo.** Falso. El mayor riesgo de suicidio tiende a ser de corto plazo y depende de la situación específica. La autolesión no suele ser resultado de problemas de falta de habilidades de afrontamiento más saludables. A pesar de que los pensamientos autolesivos pueden regresar, no son permanentes. Aquellos que han experimentado pensamientos o comportamientos autolesivos pueden llevar una vida larga y saludable después de recibir apoyo y tratamiento adecuados.

¿Cómo puedo ayudar?

Es común que quienes prestan atención sanitaria se preocupen de **cómo atender a una persona** con pensamientos o conductas suicidas o autolesivas. Es normal sentir cierta indefensión, ansiedad o tristeza ante los planes, pensamientos o conductas de autolesión de una persona. Algunos médicos de atención primaria comentan:

- ▶ «Carezco de formación específica en salud mental y me siento incapacitado para abordar la gravedad de pacientes con ideación suicida, por lo que los remito a especialistas».
- ▶ «Me veo superado por la carga de trabajo y la responsabilidad emocional de tratar con el sufrimiento psicológico, lo cual me deja con una sensación constante de insuficiencia y preocupación por las consecuencias de no poder hacer más».

Para abordar el suicidio o la autolesión, no se requiere de un gran conocimiento o habilidad. Se sabe que no es necesario entrenarse como un terapeuta, solo tener una información básica.

De hecho, las pautas básicas del manejo de los casos de suicidio y autolesión por **agentes de ayuda comunitarios** no requieren de conocimiento sobre la temática porque el primer paso es preguntar y, para ello, no es necesario saber cifras sobre suicidio o técnicas de contención emocional. La Organización Mundial de la Salud (2021) recomienda que los agentes de la comunidad que aborden el tema del suicidio y las ANS estén informados, pero no necesariamente entrenados. Se **recomienda:**

- ▶ Preguntar.
- ▶ Ayudar a la persona a que conecte con recursos de ayuda disponibles, tanto propios como externos.

- ▶ Ayudar a la persona a mantenerse lejos de medios potencialmente letales.
- ▶ Mantenerse pendiente y realizar seguimiento adecuado.

La mejor forma de abordar la situación es establecer una **relación de confianza y apoyo** con la persona. Colaborar con ella, es decir, acompañarla. No es necesario decirle qué hacer o cómo sentirse. Más bien preguntar sobre su pensamiento, sus planes, sus autolesiones y cómo se han sentido, de forma que la persona se sienta escuchada y validada emocionalmente. Finalmente, recuerda que no estás solo y puedes consultar con un especialista en salud mental.

2.2. Habilidades de comunicación

Ya conoces sobre el suicidio y las ANS, ahora abordaremos cómo hablar sobre la autolesión para facilitar la ayuda.

Un gran número de personas en riesgo de suicidio y autolesión evitan buscar apoyo debido al estigma que suele acompañar a estas condiciones (Organización Mundial de la Salud, 2021). Incluso aquellos que se atreven a pedir ayuda pueden verse afectados por el estigma y la discriminación, lo que influye en sus posibilidades de recibir la asistencia necesaria. Es esencial comprender que es posible prevenir el comportamiento autolesivo. La eliminación del estigma no solo contribuye a salvar vidas individuales, sino que también promueve el **bienestar de la comunidad** en su conjunto.

¿Cómo entender la autolesión para ayudar mejor?

Que una persona decida quitarse la vida o autolesionarse repetidamente sin intención de morir depende de la propia persona y de una amalgama de factores de riesgo que se den a su alrededor y que pueden interactuar entre sí.

Las **relaciones interpersonales** saludables son fundamentales para superar la autolesión, especialmente aquellas relaciones que implican una conexión profunda con seres queridos. Fomentar lazos sólidos con familiares y figuras significativas puede ser un paso crucial hacia la reducción de estos comportamientos (Klonsky et al., 2011). La disposición a escuchar y comprender el problema representa el comienzo del proceso de ayuda.

La autolesión puede darse por diferentes motivos y las personas que la experimentan a menudo se cuestionan por qué lo hacen, al igual que quienes les rodean. Entender las **motivaciones y significados personales** que existen detrás de la autolesión es vital para contextualizarla. Este contexto nos va a proporcionar una orientación clave sobre cómo manejar de manera efectiva la situación y las emociones involucradas.

Generalmente, las ANS se utilizan como un mecanismo para alterar un estado emocional adverso o para **comunicar emociones de forma no verbal**. Mientras que, la conducta suicida se propone como un **escape definitivo a un sufrimiento** que se percibe como intolerable e inevitable de otra forma (Walsh, 2012). Las razones detrás de estos comportamientos son numerosas y a menudo se dan a la vez, lo que puede hacer que, por ejemplo, la ANS se convierta en una conducta habitual, casi necesaria, y repetitiva por cumplir varias funciones.

Las **situaciones de crisis autolesivas** suelen ser un estado transitorio. La clave para comprender el nivel de riesgo es conocer el nivel de desesperanza. En los jóvenes, los sentimientos suicidas suceden a menudo en medio de una crisis. Sin embargo, si un joven se siente atrapado y desesperanzado, es posible que piense que la muerte es la única salida y actúe impulsivamente propiciando un intento de suicidio. Por ello, es importante **favorecer la esperanza** durante la evaluación y la intervención.

Es importante que, en los primeros momentos en los que la persona empieza a expresar su situación, los **agentes de ayuda** adoptemos una actitud que promueva la comprensión y el sentido del pensamiento, y la conducta autolesiva que se nos está relatando (Nock, 2014; OMS, 2017). Esto incluye:

- ▶ **Evitar juzgar.** Es crucial mantener una postura de empatía, sin emitir juicios sobre sus acciones o experiencias.
- ▶ Es importante **validar emocionalmente su sufrimiento**, ya que negar o subestimar sus sentimientos puede agravar la tendencia a la autolesión. La autolesión no debe

interpretarse como un acto dirigido contra alguien o como castigo hacia alguien de su entorno.

- ▶ Debemos intentar **comprender la situación desde la perspectiva del otro** (no desde nuestra propia perspectiva) y ofrecer un espacio seguro donde pueda expresar sus sentimientos sin temor a ser juzgado o malinterpretado.
- ▶ Dirígete a la persona con una actitud de **curiosidad respetuosa**. Mostrar interés por su bienestar alienta la confianza, pero sin cruzar los límites de su espacio personal.
- ▶ Es importante reconocer que la autolesión no es un comportamiento puntual y que suele formar parte de un **patrón más prolongado en el tiempo**. Estos comportamientos pueden ser una reacción al estrés y pueden manifestarse de diferentes formas y en distintos momentos. De forma que puede que el pensamiento suicida se haya repetido a lo largo de los años o que la conducta de ANS se haya repetido en períodos alternos entre meses o semanas.
- ▶ **No le repitas que no debe autolesionarse o que deje el hábito de la ANS.** Probablemente ya lo sepa y se sentirá criticado por no poder dejar de pensar o actuar así.
- ▶ En el caso de la ANS, es mejor sumar **apoyo**, ayudándole a utilizar estrategias saludables de manejo emocional, que restar, repitiendo que deje de hacerse daño sin aportar alguna solución que la persona perciba mínimamente viable.

Comunicación eficaz

La **comunicación eficaz** permite prestar una asistencia de calidad a las personas que solicitan ayuda. Una buena comunicación fomenta su respeto y dignidad, y ayuda a establecer una relación de confianza y apoyo, creando una atmósfera de conversación abierta y sin prejuicios (Nock, 2014). Esto facilita la descarga emocional y que la persona se sienta capaz de hablar de temas difíciles o estigmatizantes. Para ello, se requiere:

- ▶ Generar un **entorno favorable** para una comunicación abierta. Incluye un espacio privado, confidencial y acogedor junto a un tono amistoso, relajado, abierto y centrado en la persona.
- ▶ Ser amistoso, pero **respetuoso, tranquilo y libre de prejuicios**.
- ▶ Involucrar a la persona en su **evaluación e intervención**. En la medida de lo posible y bajo su consentimiento, también podemos intentar involucrar a personas de su entorno. Empoderar a la persona para que elabore sus propias soluciones, las priorice y las ejecute por sí misma.

Será indispensable una escucha activa y empática junto a un lenguaje sencillo, claro y conciso. Se recomienda iniciar la evaluación con **preguntas de respuesta abierta** para posteriormente aclarar información con preguntas más específicas de respuesta cerrada. Para cerciorarnos de la información recibida, haremos síntesis repitiendo los puntos clave, como, por ejemplo:

- ▶ «En otras palabras, estás diciendo que...».
- ▶ «Perdona, pero quiero estar seguro de haberte entendido. Lo que estoy entendiendo es que...».

A la hora de responder con sensibilidad cuando se revelan situaciones o experiencias difíciles, muestra una **mayor sensibilidad**, reconoce que ha podido ser difícil contarlo y recuérdale que es confidencial.

2.3. Actitudes eficaces

Pregunta sobre la autolesión, pero de forma cálida y abierta. Antes de preguntar **establece una relación con la persona**. Es común que la persona con conducta suicida sienta desesperanza, atrapamiento o soledad. Quienes tienen ANS pueden presentar diversos sentimientos, pero suele ser de forma intensa y variada. Una actitud cálida y abierta favorecerá que las respuestas a tus preguntas le sean de utilidad a la persona.

El fenómeno autolesivo es diverso y su presentación es diferente en cada persona, por ello, la mejor manera de saber sobre la autolesión es preguntarle a la propia persona. Preguntar sobre la autolesión no produce que la persona se autolesione (Washburn, 2019), sino que suele reducir la ansiedad asociada a los pensamientos y conductas autolesivas. Aquí trataremos **cómo preguntar**; estos son algunos ejemplos de preguntas generales:

- ▶ ¿Qué aspectos de su vida hacen que no valga la pena vivir? ¿Cuáles hacen que sí valga la pena vivir? Cuando podía enumerar más razones para vivir que ahora, ¿cuáles eran?
- ▶ ¿Alguna vez ha deseado quitarse la vida?
- ▶ ¿Alguna vez ha pensado en dañarse?
- ▶ ¿Cómo y qué haría?

Mantén una **actitud calmada, de escucha activa e interés respetuoso** (Walsh, 2012). Sin juzgar y sin preguntas del tipo «¿por qué?», que no aportan información de calidad y hacen sentir mal a la persona, y manifestando apoyo para afrontar sus circunstancias vitales actuales. Es decir, preguntando si algo no le va bien en la vida.

En caso de heridas por ANS o intento de suicidio, **no las revise sistemáticamente** para conocer si han sucedido o no, además de contraproducente e improductivo suele ser extenuante. La **inspección corporal** impuesta, más allá de los dilemas y problemas ético-legales que conlleva, puede generar una dinámica problemática de poder y falta de control, causando que la persona se sienta infantilizada, que experimente vergüenza y humillación. Estas emociones pueden intensificar los pensamientos y conductas autolesivas, y propiciar el **desarrollo de métodos de autolesión más discretos** que tenderá a ocultar. Además, tanto la persona afectada como quien realiza las revisiones pueden sentirse frustrados e ineficaces, deteriorando su relación y perpetuando un ciclo contraproducente donde la vigilancia constante falla en prevenir la autolesión, a menudo resultando en el efecto adverso de aumentar dicho comportamiento (Klonsky y Muehlenkamp, 2007).

En relación con la falta de control que puede tener la persona cuando acude a nosotros, es recomendable darle el espacio necesario para que sienta que no está perdiendo aún más el **control de su vida**. Un ambiente hospitalario no conocido por la persona o las autoridades sanitarias pueden restar control. Más aún si el agente de ayuda siente que la situación le sobrepasa y necesita recuperarlo. Algunas formas habituales de intentar recuperarlo pueden ser preguntar apresuradamente los porqués para evitar la incertidumbre, revisar heridas o decirle a la persona lo que debería hacer para no llegar a autolesionarse. Por ello, en el caso de pérdida de control, es importante darnos cuenta para poder generar un **ambiente de confianza** (Nixon y Heath, 2008).

En la conducta suicida, la **restricción de medios** es una buena estrategia para el manejo de los intentos de suicidio. Sin embargo, para el manejo de las ANS, no se recomienda, pues imposibilita el aprendizaje de otras formas de afrontamiento más saludables, tratándose de una estrategia contraproducente, improductiva y extenuante.

Incide en los **factores protectores**. Aunque existen factores de riesgo genéricos, suelen ser muy específicos de cada persona. Evalúa cuáles de ellos están en la vida de la persona para apoyarlos y fomenta la existencia de otros. Se aconseja no prescribirse, sino ayudarle a la persona a indagar sobre ellos escuchándola, ayudándola a comprender y priorizar sus propios factores protectores. Esta exploración en sí misma puede ser una forma de fomentar esperanza y controlar su nivel de riesgo inmediato.

Explora e informa sobre los **factores de riesgo inminentes** de la conducta suicida: sintomatología depresiva, abuso de alcohol, epilepsia, lesiones en la columna vertebral o cabeza, VIH/SIDA, patología crónica, cáncer o patología terminal, incapacitante o muy dolorosa.

¿Qué decir si alguien me dice que se autolesiona?

Estás de suerte, ya que puedes mantener una conversación sobre la autolesión que haga que la otra persona se sienta bien y que le ayude, dado que lo mejor es **hablar poco y dejar hablar al otro**.

No obstante, mantener una conversación sobre el suicidio puede ser difícil por varias razones. Por un lado, podemos sentir cierto temor a empeorar la situación. En este aspecto, surgen nuestras **inseguridades personales y profesionales** acerca de la idoneidad o repercusiones de nuestras palabras ante una situación tan delicada. Igualmente, podemos tener ciertas **carencias de formación o conocimiento** acerca de cómo actuar, qué recursos existen o cuales son los aspectos deontológicos y legales que debemos cumplir durante una urgencia.

Para superar estas dificultades, es esencial promover una mayor conciencia y educación sobre el suicidio, desarrollar nuestras propias habilidades de comunicación empática y activa, y fomentar entornos en los que las personas se sientan seguras y apoyadas para hablar abiertamente sobre sus experiencias y pensamientos (Fox et al., 2020).

No obstante, como toda conversación, estas también tienen un inicio, un mantenimiento y un cierre. Veamos algunos ejemplos.

Cómo iniciar una conversación sobre las posibles conductas autolesivas

Iniciar una **conversación** con alguien que sospechamos que pueda estar mostrando conductas autolesivas es una tarea delicada que requiere de cierta sensibilidad, empatía y un enfoque muy cuidadoso hacia la persona que tenemos delante. Como personal sanitario de atención primaria, es crucial emplear un lenguaje que no juzgue, que ofrezca apoyo y que anime a la persona a compartir sus pensamientos y sentimientos. Veamos algunos posibles **ejemplos** que nos pueden ayudar a iniciar la conversación:

- ▶ «Creo que igual estás pasando por momentos difíciles últimamente. ¿Quieres hablar sobre lo que te está sucediendo o como te encuentras?». Esta frase muestra que le hemos observado y tenemos cierta **preocupación**.

- ▶ «[Nombre], recuerda que estoy aquí para escucharte. Ahora mismo, tú eres mi prioridad como paciente ¿Puedes contarme con total confianza lo que te está pasando últimamente?». Si podemos llamarle por su nombre, eso le ofrece **cercanía**. Mostramos que no solo es un paciente, sino una persona con nombre y apellidos, que nos importa de verdad. Puede que la hayamos atendido otras veces en el servicio y, por lo tanto, la conocemos. Si no es así y es la primera vez que la atendemos, siempre es un buen momento para conocernos.
- ▶ «A veces, cuando las personas atravesamos períodos difíciles, podemos tener pensamientos sobre dejar de existir, desaparecer o hacernos daño». Así se enfoca directamente el tema del suicidio de una manera cuidadosa, incluso refleja que muchas personas hemos podido pensar de igual manera en alguna ocasión. Esto permite a la persona hablar sobre sus **pensamientos suicidas** sin sentirse juzgada.
- ▶ «¿Qué pensamientos has tenido los últimos días?». Se trata de una **pregunta abierta**. Ayuda a explorar de forma más amplia el pensamiento, no solo preguntamos sobre pensamiento de muerte en general o sobre pensamientos relacionados con matarse. Habrá tiempo para hacer preguntas cerradas.
- ▶ **Ofrecer apoyo y reafirmar que no están solos** puede ser muy reconfortante:
 - «Es importante que sepas que no estás solo/a, que puedo apoyarte, ayudarte a superar esta situación».
 - «¿Puedes compartir conmigo lo que has estado sintiendo últimamente?».
- ▶ «Quiero poder ayudarte a encontrar una salida a lo que estás pasando. Cuéntame, ¿que sientes? ¿En qué piensas?». Esto indica que estás **dispuesto a ayudar y a entender** su experiencia personal. Son otros ejemplos de preguntas abiertas exploratorias.

- ▶ «A veces, hablar sobre lo que estamos sintiendo puede ser un buen primer paso para sentirnos mejor. Estoy aquí para escuchar todo lo que quieras compartir». Esta frase enfatiza la **importancia de la comunicación**.

Aunque son algunos ejemplos generales, hay que intentar **personalizar el mensaje** lo máximo posible. Debemos intentar que la persona que tenemos delante sienta que, en este momento, son nuestra prioridad, que son importantes para nosotros y que estamos confiados en que podemos ayudarles.

Hay que tener en cuenta que cada persona es única y una misma estrategia puede que nos funcione con algunos pacientes, pero no con otros. Recoger la información que nos de esa persona nos va a servir para poder ofrecerle una **ayuda individualizada y ajustada** a sus necesidades y circunstancias.

También debemos intentar ser **claros y concisos** en nuestros mensajes, evitando rodeos innecesarios que transmitan nuestras propias inseguridades. Debemos intentar transmitir cierta seguridad, pero a la vez empatía, cercanía.

Cómo mantener la conversación sobre las posibles conductas autolesivas

Si tras un primer acercamiento comprobamos que efectivamente estamos ante una persona que sufre de conductas autolesivas o pensamientos suicidas, intentaremos profundizar en la conversación para seguir recogiendo información que nos ayude a valorar mejor la situación. Debemos preguntar con cuidado, sin presionar y mostrando una **curiosidad real, cercana e interesada en ayudar**.

A medida que avance la conversación podemos hacer preguntas orientadas a recoger información sobre:

▶ **Situación personal actual:**

- «Es importante para mí entender lo que estás pasando. ¿Puedes explicarme más sobre cómo te sientes?». Pedir **clarificaciones** puede profundizar tu comprensión acerca de su esfera emocional.
- «¿En qué piensas cuando hablas de ello?». Recogemos **información** sobre la esfera cognitiva, pensamientos, posibles soluciones que esté barajando.
- «¿Desde cuándo le ocurre esto? ¿A qué lo atribuye?». Estas preguntas, clásicas hipocráticas son las que se recomiendan para comenzar cualquier **entrevista clínica**. Nos pueden dar mucha información sobre los factores que rodean su situación.

▶ **Recursos personales, sociales, materiales disponibles:**

- «Eso suena realmente complicado. ¿Cómo lo estás afrontando?». Preguntamos sobre sus **recursos personales** para superar la situación.
- «Es normal y entendible que te sientas así en estas circunstancias que describes. ¿Crees que habría algo que pudiera ayudarte a sentirte un poco mejor?». Buscamos información sobre **recursos** en el exterior o incluso **soluciones** que esté barajando. Entre ellas puede estar el acabar con todo.
- «Quizás afrontar esta situación tú solo no sea muy acertado. Sabes que somos humanos y aunque tenemos grandes virtudes, hay batallas que es mejor luchar en buena compañía. ¿Crees que haya alguien que te pueda ayudar? ¿O con el que puedas contar para pasar esta situación?». Buscamos información sobre su **red de apoyo** cercano.
- «¿Hay alguien más en tu vida con quien te sientas cómodo hablando sobre estos

sentimientos?». Esto puede animar a la persona a buscar **apoyo adicional** al ampliar su red de seguridad.

▶ **Antecedentes:**

- «¿Alguna vez antes te había pasado algo similar que te hubiera llevado a pensar igual?». Exploramos posibles antecedentes en salud mental.

▶ **Ofrecer apoyo profesional y personal:**

- «Me importa mucho tu situación y que puedas superar estas circunstancias. Aunque igual no tengo todas las respuestas para todos los problemas, podemos intentar buscar soluciones juntos». Esto muestra **humildad** y el **compromiso** de trabajar juntos hacia la recuperación.
- «¿Has notado que ciertas cosas que antes te hacían feliz o te interesaban ahora han dejado de hacerlo? ¿Hay algo de eso que todavía encuentres reconfortante?». Fomentar a la persona a recordar tiempos más felices o intereses puede ayudar a reconectar con **aspectos positivos** de su vida.
- «Te agradezco que me estés contando todo esto, creo que es muy valiente de tu parte». Reconocer su **valentía** de manera humilde ayuda a reforzar la confianza entre paciente y terapeuta. Esto puede motivarle a seguir contándonos.
- «A veces, cuando el problema que tenemos delante nos parece que nos supera, una buena estrategia es dar pequeños pasos. Es la mejor manera de intentar avanzar. ¿Hay alguna pequeña cosa que te parezca que podrías hacer hoy para mejorar, aunque sea un poco tu situación?». Motivar a la persona a establecer **objetivos pequeños y alcanzables** puede ayudar a mejorar su sentido de agencia.

Si observamos que la persona no desea compartir información o «se cierra», no forzaremos la conversación. Es preferible hacer ver a la persona que puede confiar en nosotros y que, aunque no sea en este momento, puede contar con nosotros en futuras consultas.

Cómo cerrar o finalizar la conversación

Para terminar, y solo después de lo anterior, debemos intentar orientar a la persona hacia la mejoría. No intentar mejorarlo, si no orientarlo y dirigirlo a la ayuda. No significa necesariamente hacer una derivación, más bien iniciar el **proceso de mejoría**. Así puede comenzarse a hablar sobre razones para vivir, un plan de seguridad o propuestas para resolver algunos de los problemas asociados a la conducta autolesiva y sus promotores. Luego, deberemos continuar esta conversación más adelante para evaluar el riesgo y gravedad de la situación de manera más exhaustiva.

De todas formas, te ofrecemos algunas posibles frases que te pueden ayudar a cerrar la **conversación** dejándola abierta para futuras consultas:

- ▶ «Aunque las cosas puedan parecer difíciles ahora, hay caminos hacia adelante y estamos aquí para trabajarlos juntos».
- ▶ «Vamos a trabajar juntos para encontrar las mejores formas de apoyarte. ¿Qué te parece si empezamos por...?». Puede ser hacer una cita con un especialista, llamar a una línea de ayuda, crear un plan de seguridad, etc.
- ▶ «Tu vida es importante y tienes mucho valor, aunque ahora mismo pueda ser difícil de ver».

- ▶ «Estoy aquí para ti y puedes hablar conmigo en cualquier momento. No tienes que enfrentarte a esto solo(a)».
- ▶ «¿Cuándo crees que sería un buen momento para que volvamos a hablar o para que veas a un profesional? Quiero asegurarme de que tienes el apoyo continuo que necesitas».
- ▶ «A pesar de lo difícil que pueda parecer la situación, no pierdas la esperanza, podemos buscar una solución a tu situación».

2.4. Casos clínicos

La ridícula idea de no volver a verte

Fernando es un hombre de 72 años. Acudió solo a consulta a causa de un resfriado que no termina de irse. El médico de atención primaria que les atiende se extraña. Fernando siempre venía acompañado de su esposa Lucía. Sospecha lo que haya podido pasar.

Hace dos años su esposa fue diagnosticada de cáncer de pecho a los 69 años. El sanitario les llevaba el control rutinario de la enfermedad y fue viendo bastante de cerca el transcurso clínico de Lucía. Era una pareja que le causaba bastante simpatía. Siempre venían juntos a consulta. Durante los dos años que duró la enfermedad se mostraron muy unidos el uno al otro: esperanzados ante las buenas noticias y comprometidos ante las malas noticias.

Hoy en consulta Fernando muestra un aspecto ligeramente desaliñado, mantiene la mirada largo rato, pero apenas habla. Se muestra escéptico ante el tratamiento que le ofrece su médico. Al preguntarle qué tal se encuentra, Fernando responde de mal humor:

—Pues jodido, ¿cómo quieres que esté? Pero que vamos, esto tiene poca solución ya....

- ▶ ¿Qué le responderías a Fernando?
- ▶ ¿Cómo responderías? ¿Cuál sería tu tono de voz, tu respuesta no verbal?
- ▶ ¿Cómo harías para explorar la situación de Fernando? Puedes escribir un ejemplo breve de cómo transcurriría la entrevista incidiendo en las actitudes eficaces y habilidades de comunicación y su justificación.

Problemas, estrés y creencias

Un hombre de origen árabe de 52 años acude a los servicios de atención primaria por un problema digestivo descrito de manera vaga y algo inconexa (diarreas a ratos, estreñimientos ocasionales, digestiones pesadas, falta de apetito, mareos, etc.). Al consultar su historia clínica aparece un parte del servicio de urgencias donde se refiere un intento autolítico grave hace dos meses.

Fue diagnosticado de trastorno depresivo mayor hace tres años y tiene problemas financieros, y el estrés de cuidar a su anciano padre, al que le diagnosticaron demencia. En aquel entonces presentaba un estado de ánimo deprimido, insomnio y múltiples dolencias somáticas. Respondió bien al tratamiento con mirtazapina 45 mg y fue seguido regularmente durante tres años.

Hace cinco meses dejó de asistir a la consulta de psiquiatría de seguimiento y suspendió dos meses más tarde su medicación. Se presentó a la clínica de psiquiatría un mes antes del intento quejándose de un estado de ánimo deprimido, insomnio, impotencia y dificultades para hacer frente a la situación. En ese momento, negó cualquier idea o plan suicida. Se le reinició la mirtazapina y se le pidió que asistiera a una cita dos semanas más tarde; sin embargo, no asistió a su cita y suspendió su medicación. Durante este período, su familia observó que estaba socialmente retraído y tenía insomnio.

Una mañana, regresó de la oración del amanecer y encontró a su familia durmiendo. Condujo hasta su granja ubicada en una zona remota. Usó un cuchillo para cortarse la garganta. Su esposa lo encontró en estado crítico y lo llevó al hospital donde se sometió a una cirugía de emergencia, que incluyó una traqueotomía. Después de recuperarse de la cirugía, fue revisado en la clínica de psiquiatría y expresó que estaba feliz de sobrevivir al incidente, pero que se sentía avergonzado de que otros supieran de su intento de suicidio y que había violado sus creencias religiosas sobre el comportamiento autolesivo.

- ▶ ¿Cómo y con qué palabras iniciarías la entrevista? Recuerda que el cuidado del ambiente es importante.
- ▶ ¿Cómo desarrollarías el resto de la entrevista?

2.5. Referencias bibliográficas

Fox, K. R., Huang, X., Guzmán, E. M., Funsch, K. M., Cha, C. B., Ribeiro, J. D. y Franklin, J. C. (2020). Interventions for suicide and self-injury: A meta-analysis of randomized controlled trials across nearly 50 years of research. *Psychological Bulletin*, 146(12), 1117–1145. <https://doi.org/10.1037/bul0000305>

Klonsky, E. D. y Muehlenkamp, J. J. (2007). Self-injury: A research review for the practitioner. *Journal of clinical psychology*, 63(11), 1045-1056.

Klonsky, E. D., Muehlenkamp, J., Lewis, S. P. y Walsh, B. (2011). *Nonsuicidal self-injury* (vol. 22). Hogrefe Publishing.

Nixon, M. K. y Heath, N. L. (2008). *Self-injury in youth: The essential guide to assessment and intervention*. Taylor & Francis.

Nock, M. K. (Ed.). (2014). *The Oxford handbook of suicide and self-injury*. Oxford University Press.

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países*.

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada*.

Washburn, J. J. (2019). *Nonsuicidal Self-Injury: Advances in Research and Practice* (1.ª ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315164182>

Walsh, B. W. (2012). *Treating self-injury: A practical guide*. Guilford Press.

Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada

Organización Mundial de la Salud. (2016). *Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada*. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34071/9789241549790-spa.pdf?sequence=11&isAllowed=y>

En su segunda revisión, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone el manejo de la autolesión y el suicidio desde Atención Primaria mediante varios protocolos en sus páginas 131 a 140. En ellas, se incluyen los principios básicos sobre la intervención, las actitudes y el abordaje psicosocial.

Guía Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Guía Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países*.
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54718/9789275324240_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Incluye las principales intervenciones eficaces para prevenir el suicidio revisadas por la OMS. En relación con las habilidades de comunicación y actitudes eficaces frente a la conducta suicida, destacan la sensibilización, la promoción y las aptitudes socioemocionales para la vida de los adolescentes, así como la detección, la evaluación, la gestión y el seguimiento de personas con conductas suicidas.

1. ¿Cuál de las siguientes opciones es una actitud eficaz al tratar a un paciente que se autolesiona?
 - A. Juzgar y regañar al paciente.
 - B. Mostrar empatía y escuchar activamente al paciente.
 - C. Ignorar al paciente y centrarse en los síntomas físicos.

2. ¿Qué es fundamental al comunicarse con un paciente que se autolesiona?
 - A. Minimizar la importancia de sus sentimientos.
 - B. Hablar en voz alta para que se sienta avergonzado.
 - C. Proporcionar un espacio seguro y sin juicios para hablar.

3. ¿Cuál es una señal de alerta de autolesión en un paciente?
 - A. Expresión emocional adecuada y estable.
 - B. Cicatrices o lesiones visibles en la piel.
 - C. Comunicación abierta y saludable.

4. ¿Cómo puede un profesional de atención primaria abordar el tema de la autolesión de manera efectiva?
 - A. Evitar el tema por completo para no incomodar al paciente.
 - B. Preguntar de manera directa y preocupada acerca de la autolesión.
 - C. Dar consejos inmediatos para dejar de autolesionarse.

5. ¿Qué tipo de lenguaje debería evitarse al hablar con un paciente que se autolesiona?
 - A. Lenguaje claro y directo.
 - B. Juicios o críticas.
 - C. Lenguaje técnico y médico.

6. ¿Por qué es importante el seguimiento de un paciente que se autolesiona?
- A. Para confirmar que está haciendo progresos en la autolesión.
 - B. Para ofrecer apoyo continuo y evaluar el riesgo.
 - C. Para castigar al paciente por su comportamiento.
7. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta sobre la autolesión?
- A. Si un paciente se autolesiona, siempre es un signo de intento de suicidio.
 - B. La autolesión puede ser una forma de afrontar el dolor emocional.
 - C. La autolesión no requiere atención médica.
8. ¿Qué debe hacer un profesional de la atención primaria si un paciente revela pensamientos suicidas junto con la autolesión?
- A. Minimizar la gravedad de los pensamientos suicidas y centrarse solo en la autolesión.
 - B. Ofrecer apoyo y buscar ayuda inmediata para evaluar el riesgo de suicidio.
 - C. Ignorar los comentarios sobre el suicidio, ya que es solo una estrategia de manipulación.
9. ¿Cuál es un objetivo clave al tratar a un paciente que se autolesiona?
- A. Forzar al paciente a dejar de autolesionarse de inmediato.
 - B. Ayudar al paciente a encontrar formas más saludables de lidiar con sus emociones.
 - C. Ignorar la autolesión y centrarse solo en los síntomas físicos.

10. ¿Qué debe hacer un profesional de la atención primaria si sospecha que un paciente está en peligro debido a la autolesión?
- A. Ignorar la situación y esperar a que el paciente hable de ello.
 - B. Tomar medidas inmediatas para asegurar la seguridad del paciente.
 - C. Decirle al paciente que no es un problema suyo.