

XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. II Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2020.

Abordaje de la conducta suicida: el protocolo LRAMP.

Altamirano, Cecilia, Medina, Stefania y Dines, Micaela.

Cita:

Altamirano, Cecilia, Medina, Stefania y Dines, Micaela (2020). *Abordaje de la conducta suicida: el protocolo LRAMP. XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. II Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-007/644>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/etdS/o1C>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

ABORDAJE DE LA CONDUCTA SUICIDA: EL PROTOCOLO LRAMP

Altamirano, Cecilia; Medina, Stefania; Dines, Micaela
Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

En la actualidad cerca de 800.000 personas se quitan la vida anualmente. El suicidio es un fenómeno global que afecta a todas las regiones del mundo. Dentro de los factores de riesgo para el suicidio encontramos no solo trastornos mentales severos, sino otros factores tales como las sensaciones de soledad y aislamiento, las cuales habrían aumentado este último tiempo como consecuencia del confinamiento por COVID-19. Dada la necesidad de abordar esta compleja problemática en salud pública, aún más en la situación actual, es de suma importancia la utilización de protocolos que permitan ofrecer a los consultantes un abordaje eficaz de su padecimiento y a los trabajadores de salud mental una guía con respaldo científico de calidad. Por consiguiente, realizaremos una revisión de la literatura disponible sobre el protocolo de abordaje de conductas suicidas, Linehan Risk Assessment and management protocol (LRAMP), el cual forma parte del programa de tratamiento de la Terapia Dialéctica Conductual. El mismo será abordado principalmente desde los desarrollos realizados en el libro de Boggiano y Gagliesi (2018) "Introducción al tratamiento de consultantes con desregulación emocional". Se utilizara una viñeta clínica con el objetivo de lograr una mayor comprensión de lo desarrollado.

Palabras clave

Suicidio - Factores de riesgo - Confinamiento por COVID - LRAMP protocolo

ABSTRACT

APPROACHING SUICIDE BEHAVIOUR: THE LRAMP PROTOCOL

Over 800.000 people commit suicide every year making suicide a worldwide concern. Regarding suicide risk factors, not only we must consider severe mental health disorders but also feelings of loneliness and isolation. Considering the COVID-19 lockdown, this feelings may have increased in general population. Due to this phenomenon, and its impact in public health, we consider urgent to use protocols which work as a guidance through suicide attempts offering not only efficient tools for the mental health workers but also for the patients, providing them with an efficient evidence based intervention. Therefore, we aimed to demonstrate the utility and validity of the Linehan Risk Assessment and management protocol (LRAMP) included in the Dialectical Behaviour Therapy program by reviewing the literature available, mostly the studies made by Boggiano y

Gagliesi (2018) in "Introducción al tratamiento de consultantes con desregulación emocional". A case will be analysed for a better understanding.

Keywords

Suicide - Risk factors - COVID-19 lockdown - LRAMP protocol

Introducción

En la actualidad cerca de 800.000 personas se quitan la vida anualmente. Cada suicidio impacta no solo en el núcleo personal de quien lo realiza sino que incide en comunidades y países, teniendo efectos duraderos sobre la población circundante. El suicidio es un fenómeno global que afecta a todas las regiones del mundo. En 2016, más del 79% de los suicidios tuvieron lugar en países de ingresos bajos y medianos. La Organización Mundial de la Salud (2019) reportó que una persona muere en el mundo a causa de suicidio cada 40 segundos, y por cada suicidio consumado posiblemente más de 20 personas intentaron suicidarse (OMS, 2014). Por lo tanto, el suicidio conforma una problemática de alto impacto para la salud pública y la prevención del suicidio debería estar en la agenda global de políticas públicas (OMS, 2014).

Asimismo, la situación actual de aislamiento social debido a la pandemia del COVID-19, implica un estresor altamente significativo tanto para la población general, como para los equipos de salud. Se estima que el suicidio sería una problemática en aumento en la medida que la pandemia continúa esparciéndose, teniendo en cuenta que varios factores de riesgo para el mismo, se potenciarán con el aislamiento, como por ejemplo los sentimientos de soledad, el consumo de sustancias y la violencia doméstica. Los efectos en la salud de la población secundarios a la pandemia, sugieren un incremento en los intentos de suicidio y los suicidios consumados (Gunnell, Appleby, Arensman, Hawton, John, Kapur & Chan, 2020).

El abordaje de las conductas suicidas suele tropezar con una serie de dificultades como la ausencia de consenso profesional y la falta de conocimiento sobre el grado de eficacia de muchas de las intervenciones psicosociales y farmacológicas habitualmente utilizadas (Gagliesi, 2010). Los porcentajes de suicidio no han disminuido en los últimos años, sin embargo, los ensayos clínicos rigurosos respecto al tema escasean (Linehan, Comtois & Ward-Ciesielski, 2012). Los profesionales de salud tienen un papel central en la prevención del suicidio. Aproximadamente la

mitad de las personas que mueren por dicha causa han tenido algún contacto con un profesional de atención primaria de la salud en el año anterior a su muerte y aproximadamente una quinta parte se ha puesto en contacto con un profesional de salud mental dentro del mes de su muerte (Luoma, Martin y Pearson, 2002). Se considera que debido a la gravedad del problema y a su carácter potencialmente prevenible mediante intervenciones oportunas, es de vital importancia la aplicación de un protocolo. La protocolización de las intervenciones cuenta con los siguientes beneficios: asegura que se realicen las mejores prácticas disponibles para reducir las conductas autolesivas con y sin intencionalidad suicida, facilita el entrenamiento de profesionales en formación, disminuye el burn out del profesional tratante, ha demostrado ser eficaz y permite investigar procedimientos basados en evidencia (Gagliesi, 2010).

Numerosas investigaciones recomiendan la terapia dialéctica conductual para el abordaje de las conductas suicidas (Carmel, Templeton, Sorenson & Logvinenko, 2018; Hardin, 2019; Lineham et al 2015). En el siguiente trabajo se realizará una revisión del protocolo de Marsha Linehan, Linehan Risk Assessment and Management protocol (LRAMP), el cual forma parte del programa de tratamiento de la Terapia Dialéctica Conductual. Será abordado principalmente desde los desarrollos realizados en el libro de Boggiano y Gagliesi (2018) "Introducción al tratamiento de consultantes con desregulación emocional".

Linehan Risk Assessment and Management Protocol: El abordaje y manejo de riesgo de Lineham.

El protocolo de suicidio LRAMP fue implementado por el equipo de la Universidad de Washington, dicho protocolo permite evaluar el riesgo siguiendo la literatura actual sobre riesgo suicida, incluye factores protectores y guías de acción para el terapeuta. El mismo adhiere a múltiples principios desarrollados en el manual de Terapia Dialéctica conductual de 1993. Asimismo, puede ser utilizado por fuera de un tratamiento DBT y también por personas que no son específicamente el terapeuta del consultante (Boggiano y Gagliesi, 2018).

Se debe realizar el protocolo en los siguientes casos:

Si durante la entrevista de admisión un consultante revela conductas suicidas, ideas suicidas o conducta autolesivas sin intencionalidad suicida en el pasado (CASIS).

Cuando el consultante realizó una conducta suicida o CASIS durante un tratamiento ya que es necesario recordar que más del 50% de las personas que cometen suicidio han estado o están actualmente en tratamiento.

Durante la entrevista en la que existe riesgo inminente y el consultante refiere ideas, impulso de suicidio y CASIS en sesión o, responde afirmativamente la pregunta del terapeuta sobre este asunto. A su vez, cuando el consultante hace alusión directa o indirecta.

El LRAMP es una guía clínica que utiliza el entrevistador que está compuesta por diferentes secciones, cada una de las cua-

les tiene una lista de conductas a evaluar o acciones a seguir por parte del terapeuta. El terapeuta debe tildar aquellas que ha evaluado o las acciones que ha seguido y explicar las razones que lo llevaron a saltar una indicación específica. El objetivo del protocolo es "asegurar una práctica estable, basada en la evidencia y humanizada durante la entrevista con consultantes con problemática suicida" (Gagliesi, 2010).

El protocolo está compuesto por cuatro secciones. La primera son las razones para realizar el protocolo. La segunda sección es la evaluación del riesgo suicida. La tercera es su manejo y, por último, la evaluación final.

Evaluación de riesgo

Dentro de la evaluación del riesgo se puede encontrar factores de largo plazo y factores de riesgo inminente, los cuales tienen mayor efecto y son más relevantes. Dentro de la evaluación de riesgos a largo plazo se encuentran los factores ambientales como la disponibilidad de medios letales, modelos de suicidio (en la familia, o las redes sociales), cambios en la vida o eventos negativos (pérdidas, violación, agresión sexual, mudanzas, encarcelamiento o internación psiquiátrica especialmente en las primeras 48 horas) y factores sociales como el desempleo, tener una familia hostil o vivir solo (Boggiano y Gagliesi, 2018).

A su vez existen factores relacionados con el individuo dentro de los riesgos a largo plazo. Los datos demográficos nos indican que los hombres tienen más suicidios consumados que las mujeres y las mismas presentan más tentativas suicidas y CASIS. Dentro de los grupos etarios, los suicidios ocurren principalmente en la adolescencia y en la tercera edad. Existen otras variables que también influyen en la vulnerabilidad de la población como carecer de soporte social, ser estigmatizado y/o pertenecer a una minoría (Boggiano y Gagliesi, 2018).

Por último, hay ciertos factores de la conducta a evaluar: cognitivos, fisiológicos y conductuales. Dentro de los primeros, se pueden evaluar a nivel de los contenidos, cogniciones como la desesperanza y las creencias de baja auto eficacia. Y a su vez procesos mentales que se encuentran relacionados con una dificultad en la resolución de problemas, sobre generalización, distorsión y falta de expectativas positivas. A nivel fisiológico, hay ciertos factores que se encuentran relacionados como por ejemplo: el dolor crónico, las enfermedades que generan cronicidad, disminución o desaparición de funciones o traumatismos. Los diagnósticos psiquiátricos aumentan notablemente el riesgo, se pueden mencionar la depresión, bipolaridad, esquizofrenia, uso de sustancias y alcoholismo, y el trastorno límite de la personalidad. A nivel conductual se encuentran los intentos previos de suicidio, antecedentes de CASIS, tener ideación, plan o carta de despedida, y tener antecedentes de respuestas del contexto (familia, pareja, terapeuta) a la conducta suicida o CASIS de carácter reforzador (Boggiano y Gagliesi, 2018).

En relación a la evaluación de riesgo inminente se pueden observar factores directos como la ideación suicida, comunicación

suicida; el plan, preparación, ensayos suicidas; tentativa con la idea de que se va matar o causar daño y CASIS en el último año. A nivel indirecto podemos encontrar que el consultante hable de ser una carga para otros, que manifieste severa desesperanza, anhedonia, inquietud, alucinaciones, incapacidad para tomar decisiones, insomnio o hipersomnia, aumento en el uso excesivo de alcohol y drogas, que tenga preocupación anticipada por pérdidas futuras y precaución por no ser descubierto.

Los eventos precipitantes suelen ser eventos vitales estresantes, un diagnóstico reciente, alta de hospitalización reciente, encarcelamiento, exposición al suicidio, intoxicación aguda o acceso a medios letales. Cabe señalar que también es importante evaluar los factores protectores, como por ejemplo: el apego a la vida, la esperanza, la presencia de familia, entre otros. (Boggiano y Gagliesi, 2018).

Manejo de riesgo

En la medida que el consultante refiera ideación suicida o haya tenido CASIS es aconsejable abandonar cualquier objetivo propuesto para esta sesión y conversar sobre el suicidio con el consultante. Si bien existe una tendencia en los terapeutas a evitar esta temática, es importante preguntar abiertamente sobre el suicidio, ya que esto puede salvar vidas (Boggiano y Gagliesi, 2018). A su vez, es importante no realizar comentarios peyorativos o invalidantes en relación a las experiencias emocionales de la persona. La conducta suicida debe ser tratada como una respuesta a un problema, un intento de solución inefectivo, el cual debe ser rechazado con énfasis apostando a la construcción de una solución alternativa (Boggiano y Gagliesi, 2018).

En relación a los lineamientos para el manejo del riesgo suicida, el protocolo propone la realización de un análisis en cadena, cuyo propósito es evaluar si la conducta en cuestión tiene una función respondiente u operante. A través de dicha herramienta de evaluación podremos obtener información sobre las variables que controlan el comportamiento (Gagliesi, 2010; Boggiano y Gagliesi, 2018).

La conducta suicida es respondiente cuando es suscitada por una situación o evento, es decir, la conducta está bajo el control de eventos precedentes y el suicidio es la salida de esa situación aversiva. Dichas conductas tienen la función de escape o evitación del malestar y son productos del condicionamiento clásico (Gagliesi, 2010; Boggiano y Gagliesi, 2018).

La conducta suicida es operante cuando la misma se mantiene por las consecuencias que genera, las cuales cobran carácter reforzante. Es decir, aumentan la probabilidad de ocurrencia del comportamiento inicialmente emitido. Un claro ejemplo de dicha situación sería cuando: como resultado de la conducta suicida la familia responde brindando el cuidado y atención deseados. Es importante destacar que los pacientes no siempre son conscientes de esto, ni realizan las conductas con la intencionalidad de provocar ciertas respuestas.

Cabe señalar que en numerosas ocasiones la conducta puede

ser mixta, respondiente y operante (Gagliesi, 2010; Boggiano y Gagliesi, 2018).

Una vez realizado el análisis en cadena e identificada la función de la conducta suicida, se debe focalizar en el manejo de crisis o en la solución de problemas, resaltando las consecuencias negativas del comportamiento suicida. Los señalamientos realizados deben apuntar a ayudar al consultante a visibilizar cómo dichos comportamientos atentan contra sus metas y valores. Se debe formular un plan de crisis y suscitar un compromiso con ese plan de acción para futuros eventos. Se deben identificar posibles obstáculos en su ejecución, establecer un plan alternativo, promover el apoyo social, y tener en cuenta los factores de derivación para internación psiquiátrica, en caso de no resultar la intervención realizada (Boggiano y Gagliesi, 2018).

El análisis en cadena es lo que nos permitirá diseñar las intervenciones posteriores. Las crisis según estos autores son episodios causados por ciertos desencadenantes en un marco de vulnerabilidad. En dicho contexto, de gran activación emocional, el procesamiento cognitivo se ve afectado, como también la posibilidad de hacer uso de otros recursos conductuales; es difícil poner atención en otra cosa que no sea la crisis actual (Linehan, 1993). De acuerdo a la terapia Dialéctico Conductual las posibilidades de afrontamiento de las crisis son: resolver el problema, tolerar el malestar, regular la emoción (habilidades entrenadas en el modelo de DBT) o seguir sintiéndose mal (Boggiano y Gagliesi, 2018).

Pablo Gagliesi, también brinda una serie de recomendaciones para gestionar la conducta suicida aguda. Entre ellas se encuentra: el evaluar riesgo, restringir acceso a medios letales, extinguir respuesta suicida, sostener que la misma no es una buena solución, localizar y resolver el problema identificando los factores que interfieren con el plan de acción, comprometerse tanto el profesional como el consultante a un plan de acción. Anticipar y planificar respuestas ante la recurrencia de crisis, realizar un compromiso al tratamiento y reevaluar el riesgo de conductas suicidas antes de finalizar la interacción (Gagliesi, 2010). Es importante evaluar el grado de capacidad del consultante para responder a la situación. Hay momentos en que el consultante simplemente no sabe qué hacer o cómo manejar una situación dada. En estos casos, es apropiado dar al paciente consejos específicos y hacer sugerencias directas sobre posibles planes de acción (Linehan, 1993).

Quizás la situación más difícil encontrada es la del paciente que enuncia de manera convincente el suicidio, está solo y se niega a ser disuadido de su propósito. La regla general es mantenerse en contacto con el paciente, ya sea en persona o por teléfono, hasta que el terapeuta esté convencido de que el paciente estará a salvo. En caso de no ser posible, se debe obtener ayuda de otras personas importantes (miembros de la familia u otros profesionales), o sugerir una internación. La amenaza de suicidio inminente no es el momento para mantener la confidencialidad. Se debe seleccionar la intervención menos intrusiva necesaria (Linehan, 1993).

Evaluación final

La última sección se trata de evaluar cómo cerró la entrevista y se debe asentar si funcionó el protocolo y si el riesgo suicida desapareció, si continúa o si hay incertidumbre (Boggiano y Gagliesi, 2018).

Viñeta clínica: manejo de riesgo de Clemente

Clemente espera el diagnóstico del hisopado por coronavirus. En sesión de teleterapia hace alusión indirecta al suicidio. El terapeuta pregunta de manera directa al paciente y el mismo refiere tener ideación suicida con plan. Se realiza evaluación de riesgo. Al referir dichas ideas se las aborda realizando un análisis en cadena. La conducta suicida es respondiente al intenso malestar (miedo y tristeza) ante la posibilidad de tener un diagnóstico positivo. La ideación se sostuvo por reforzamiento negativo al generar una sensación de alivio. Una vez identificado esto, se estableció que la idea suicida se correspondía con un intento de solución poco efectivo del malestar experimentado. Se validó la emoción del paciente, se identificaron los eventos disparadores de la ideación, se formuló la situación problemática con el consultante, se promovieron las razones para vivir y se bloquearon las respuestas desadaptativas inmediatas (el plan de matarse). Se resaltaron las consecuencias negativas de la ideación y se acordó la utilización de herramientas de tolerancia al malestar, al no tratarse de un hecho pasible de ser resuelto. Las habilidades mencionadas consisten en poder experimentar eventos privados aversivos mientras se continúa realizando acciones orientadas a metas, en su caso demostrar cariño a sus hijas por llamado telefónico, cuidar al perro, dormir 8 hrs, leer todos los días, entre otros (Boggiano y Gagliesi, 2018). Luego de haber trabajado distintas herramientas, se elaboró un plan de crisis en sesión. El mismo consistió en una lista de todas las estrategias que podría utilizar el paciente ante un pensamiento que pudiese activar nuevamente la ideación, por ejemplo, control de estímulos, distracción, mindfulness, respiraciones profundas, regulación emocional interpersonal, etcétera. Se anticiparon posibles obstáculos en su implementación y como plan alternativo se indicó al paciente que se comunique a una línea de atención al suicida o llame a la emergencia psiquiátrica de su plan médico. Se estableció un compromiso con dicho plan y se realizó una entrevista familiar durante la cual se alertó del riesgo a fin de aumentar el soporte social. Al finalizar la sesión, se evaluó que Clemente no presenta riesgo cierto e inminente y debería estar a salvo de conductas suicidas hasta la próxima sesión. En las próximas sesiones se continúa evaluando el riesgo.

Conclusiones

El protocolo desarrollado es una de las posibles intervenciones para tratar la conducta suicida basadas en la evidencia. Existen otras intervenciones posibles con apoyo empírico, la mayoría de corte cognitivo conductual (Leiman y Garay, 2017).

Si bien se necesitan estudios adicionales para determinar el

efecto de LRAMP en los resultados de tratamiento en diversos entornos clínicos, Linehan y col. (2015) sugieren que el uso clínico de un protocolo estructurado de evaluación y manejo del riesgo de suicidio puede ser un factor que contribuya a mejorar los resultados con pacientes suicidas, independientemente del tipo de psicoterapia recibida. El abordaje de pacientes con conductas suicidas demanda la utilización de intervenciones con respaldo científico como el LRAMP, no solo para incrementar las chances de realizar intervenciones efectivas para esta problemática sino también para operar como guía y respaldo para los profesionales de salud mental, más aún en el desafiante contexto actual en donde parte de las consultas han tomado la modalidad virtual. En tiempos de incertidumbre, donde el confinamiento opera como factor de riesgo para desarrollar o empeorar trastornos psicológicos y psiquiátricos creemos de vital importancia sostenernos en prácticas basadas en la evidencia, que, como mencionamos anteriormente, sean efectivas y sirvan como guía para los trabajadores de salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Boggiano, J. y, Gagliesi, P. (2018), *Terapia dialéctica conductual. Introducción al tratamiento de consultantes con desregulación emocional*. Buenos Aires: Editorial de la Universidad nacional de la Plata.
- Carmel, A., Templeton, E., Sorenson, S. M., & Logvinenko, E. (2018). Using the Linehan Risk Assessment and Management Protocol with a chronically suicidal patient: A case report. *Cognitive and Behavioral Practice*, 25(4), 449-459.
- Gagliesi, P. (2010) Un protocolo para asistir a las personas con ideas suicidas en la práctica clínica. *Revista vertex*. Página 42. <http://www.editorialpolemos.com.ar/docs/vertex/vertex89.pdf#page=43>
- Gunnell, D., Appleby, L., Arensman, E., Hawton, K., John, A., Kapur, N., ... & Chan, L. F. (2020). Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(6), 468-471.
- Harding, M (2019) Suicide Risk Assessment and Threats of Suicide. 20 Aug 2019. <https://patient.info/doctor/suicide-risk-assessment-and-threats-of-suicide>
- Leiman, M. y Garay, C (2017) Intervenciones psicológicas para pacientes con riesgo suicida: . Una revisión sistemática. *Acta psiquiátrica y psicológica de América latina*.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. Guilford Press.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., & Ward-Ciesielski, E. F. (2012). Assessing and managing risk with suicidal individuals. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(2), 218-232.
- Linehan, M. M. (2014). Linehan risk assessment and management protocol (LRAMP).
- OMS (2019). Suicidio. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- WHO (2014) Preventing suicide. Disponible en https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/es/