



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES
PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD**

**PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN EN CRISIS VÍA TELEFÓNICA PARA
PERSONAS CON IDEACIÓN SUICIDA**

**TESIS PROFESIONAL QUE
PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

AUGUSTO MARTÍNEZ RUVALCABA

DIRECTOR DE TESIS:

DR. JORGE ROGELIO PÉREZ ESPINOSA

REVISORA:

DRA. PAULINA ARENAS LANDGRAVE



**® Facultad
de Psicología**

MÉXICO, CIUDAD UNIVERSITARIA, AGOSTO 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Índice

Resumen	2
----------------------	---

Introducción	3
---------------------------	---

Capítulo 1. El suicidio

Definición de suicidio.....	6
La ideación suicida.....	7
La conducta suicida.....	8
El suicidio, un problema de salud pública.....	9
El suicidio en México.....	10

Capítulo 2. Atención e intervención en crisis

Definición de crisis.....	14
Tipos de crisis.....	15
Intervención en crisis a distancia.....	17
Modelo de intervención en crisis a distancia.....	19
Principios sobre la intervención psicológica vía telefónica.....	21
Aproximación a la intervención psicológica del suicidio.....	26
Complicaciones posteriores a la intervención.....	34
Sobre el estrés y el burnout.....	36

Metodología

Planteamiento del problema y justificación.....	41
Objetivo general.....	42
Objetivos específicos.....	42
Método.....	42
Fase 1. Redacción del protocolo de intervención para personas con ideación suicida.....	42
Fase 2. Evaluación del protocolo de intervención.....	43
Método de evaluación.....	44
Procedimiento de intervención.....	48
Resultados.....	49
Fase 1. Redacción del protocolo de intervención para personas con ideación suicida.....	49
Fase 2. Evaluación del protocolo de intervención.....	50
Discusión.....	52

Conclusiones

Alcances.....	55
Limitaciones.....	56

Anexos

Protocolo de intervención en crisis vía telefónica para personas con ideación suicida.....	60
--	----

Resumen

El presente trabajo expone una revisión teórica acerca de lo que es la ideación suicida, la conducta suicida y cómo estos padecimientos se han vuelto un problema de salud pública en México y en el mundo, lo cual nos lleva a la necesidad de establecer formas de intervención adecuadas ante estas circunstancias; tras un ejercicio práctico de 6 meses en el Centro de Atención Psicológica a Distancia de la Facultad de Psicología de la UNAM y considerando las complicaciones existentes posteriores a la intervención en casos donde existe riesgo de suicidio, se redactó, con base en el modelo cognitivo-conductual, un protocolo para realizar intervención a distancia (vía telefónica) a personas que presentan ideación suicida; en el protocolo se plantea una evaluación para la detección de la ideación y conducta suicida, estrategias para el control de riesgo del suicidio, técnicas de intervención y sugerencias para el seguimiento de las llamadas.

Palabras clave: Intervención a distancia, Ideación suicida, Conducta suicida, Control de riesgo del suicidio, Enfoque cognitivo-conductual.

Introducción

Durante el año 2009 una epidemia de influenza atacó a México, la preocupación de la población por contraer la enfermedad comenzó a generar diversos casos de ansiedad y de solicitud de ayuda vía telefónica; para cubrir la demanda de consultas a distancia la Universidad Nacional Autónoma de México abrió 42 líneas para brindar atención psicológica a la población mexicana. Este servicio de ayuda psicológica se inauguró oficialmente como programa en el año 2012 bajo el nombre de Call Center de la Facultad de Psicología de la UNAM actualmente recibe el nombre de Centro de atención psicológica a distancia de la UNAM.

En el Centro de atención psicológica a distancia, tanto estudiantes de la facultad de psicología como egresados de la misma atienden las líneas telefónicas realizando así prácticas profesionales, servicio social o voluntariado; a los psicólogos se les capacita en intervención en crisis y son supervisados por especialistas para poder brindar un servicio adecuado y de calidad.

Al ser gratuito y de fácil acceso el Centro de atención psicológica a distancia de la UNAM facilita el contacto con los usuarios a los que se les complica la asistencia presencial a servicios psicológicos; el programa tiene como objetivo atender vía telefónica a personas en situación de crisis por eventos como: problemas de pareja, ansiedad, depresión, duelo, crisis de pánico, control de impulsos, estrés, etcétera.

Dentro de las llamadas que atiende el Centro de atención psicológica a distancia se han registrado varios casos de personas que presentan ideación suicida, es decir que la o las crisis que afectaron en algún momento a la persona le llevaron a tener pensamientos e ideas de muerte que le conducen a considerar terminar con su vida. Actualmente el programa no cuenta con un protocolo o método específico para la intervención de estas personas; cuando este tipos de llamadas se presentan generalmente se adapta la intervención crisis para lograr un resultado positivo sin embargo, es más fácil decirlo que hacerlo. Es importante destacar que la intervención que se brinda durante este tipo de problemática posee una complejidad y consideraciones diferentes, ya que además de buscar

superar la crisis y los pensamientos de muerte, se busca que posteriormente no se presenten recaídas.

El presente trabajo pretende ser la base de un protocolo de acción para atender a los usuarios con ideación suicida que llaman al Centro de atención psicológica a distancia de la UNAM.

La primera ventaja de un protocolo de este tipo es que expande el alcance de la intervención psicológica a distancia, a su vez y de forma inmediata apoya al Centro de atención psicológica a distancia de la UNAM permitiéndole una intervención especializada.

Se busca apoyar a la comunidad de psicólogos clínicos que están trabajando con este problema de salud pública, pues cómo se explorará más adelante, en México, los casos de suicidio han aumentado desde hace unos años y si no se realiza la intervención adecuada desde ahora, se podría estar ante una potencial epidemia de suicidios.

Comienza a visualizarse una oportunidad para la intervención de personas que presenten ideación suicida no solo dentro de la Facultad de Psicología, sino también en otras líneas de atención y apoyo a distancia; no debe perderse de vista que éste es un trabajo pensado en la intervención psicológica a distancia; líneas que brindan atención psicológica como SAPTEL, DIFEM, Línea UAM, podrían apoyarse también de este trabajo. Se busca también apoyar a la comunidad profesional de psicólogos que realizan intervención psicológica vía telefónica.

La ideación suicida es un factor influyente para asistir a terapia, hablarlo de frente puede ser complicado y ciertamente para solicitar una cita puede que hasta les resulte vergonzoso, o simplemente por la situación que están viviendo no quieran acudir a una institución para recibir apoyo psicológico.

El motivo para construir un protocolo de intervención a distancia es, considerar cuando una persona con ideación suicida puede necesitar la ayuda, aquellos momentos cruciales donde la persona llega a considerar el suicidio como una solución y un segundo después se asusta o reacciona sobre el porqué está optando por terminar con su vida. Puede ser justo en este momento donde recurra a buscar ayuda, la forma más fácil e inmediata sería vía telefónica.

El suicidio es un fenómeno multidimensional que por su naturaleza misma complica el que las personas acudan a una terapia presencial; se pretende que al tener una opción para recibir un apoyo especializado a larga distancia (vía telefónica) resulte en una forma de comenzar a trabajar con este problema de salud pública y permitirá abordar no solo más casos de forma eficaz si no también contribuir a un registro de los mismos.

El presente trabajo tiene dos objetivos fundamentales, en primera instancia la revisión bibliográfica pretende conocer el estado actual sobre el tema de suicidio; se tomarán las definiciones más representativas, de instituciones en el sistema de salud como es la Organización Mundial de la Salud y las definiciones operacionales usadas en los protocolos o guías contemporáneas que se han usado para abordar esta problemática. De esta manera se obtendrá como resultado un acercamiento actual a la problemática del suicidio en definición y una aproximación a su intervención.

El segundo objetivo es utilizar la teoría sobre intervención de suicidio (Rocamora, 2012) y la teoría de intervención en crisis (Slaikeu,1996), para generar un protocolo de intervención en crisis vía telefónica para usuarios que presenten ideación suicida.

Una de las intenciones de generar un protocolo de intervención a distancia, es también que el centro que lo utilice podrá agregar a su descripción de problemáticas, atención especializada de la ideación suicida. Los profesionales de la salud que decidan realizar la intervención contarán con un mayor campo de acción y panorama sobre este problema, si llega a darse el caso de que un profesional debe abordar la situación de emergencia, ya contará con un apoyo esencial para realmente brindar ayuda a la persona y no caer o manifestar decepción por no saber cómo abordarla.

El protocolo permitirá realizar una intervención adecuada y segura tanto para el usuario como para el profesional de la salud.

Capítulo 1. El suicidio

Definición de suicidio

El suicidio es un problema actual y progresivo, lo que implica la necesidad de establecer definiciones precisas que lleven a la identificación de los factores de riesgo, tomando en cuenta que las bases del suicidio son multifactoriales y complejas. A continuación se realiza una exploración sobre la definición de suicidio y su cambio conforme a los años.

La OMS para 1968 indujo el término acto suicida siendo definido como todo hecho por el que un individuo causa a sí mismo una lesión, cualquiera que sea el grado de intención letal y de conocimiento del verdadero móvil (Medina, 2014).

Así se llega a una primera fórmula: El suicidio es el acto de desesperación de un hombre que no quiere vivir. Por tal motivo se le llama suicidio a todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente, de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado (Durkheim, 1995).

Para Stewart (2000) el suicidio consiste en el acto voluntario e intencional de quitarse uno mismo la vida. Se trata del homicidio directo de la propia persona, y se diferencia de la muerte causada por la misma persona de forma indirecta, accidental y no intencional. La palabra suicidio proviene de dos componentes latinos: sui, que significa “a uno mismo”, y caedere, que significa “matar” (Real Academia Española, 2014).

El suicidio según la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 (2009) es aquel acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por un sujeto, sabiendo o esperando el resultado letal y donde la muerte es un instrumento para obtener cambios deseables en la actividad consciente y en el medio social; siendo la conducta suicida un conjunto de comportamientos que se manifiestan en ideas tentativas y suicidio consumado (Medina, 2014).

La ideación suicida

La persona que esté pasando por una crisis puede llegar a contemplar el suicidio como una solución real a sus problemas, si bien aún no se ha producido un daño físico contra sí mismo. No existe aún una idea clara ni de cómo ni de cuando, pero entre las alternativas que puede tener para solucionar su situación problemática suicidio resalta como la única o más viable.

Existen diversas definiciones sobre la ideación suicida, Eguiluz (1995) menciona que la ideación suicida es una etapa previa y esencial que funge como factor predictor para llegar al suicidio consumado y la define como aquellos pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte auto infringida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir. Por su parte, Jiménez & González (2003), han definido el suicidio como un proceso que comienza con la idea de suicidarse y pasa por la tentativa o los intentos de suicidio, hasta concluir con la muerte auto infringida.

Algunos autores optaron por buscar aportar en su definición la operacionalización del término, es decir que, se diera un grupo de términos concretos sobre lo que involucra el concepto, en este caso delimitar qué está abarcando la ideación suicida. Pérez (1999) aporta una definición de este estilo, manifestando que la ideación suicida consiste en una serie de pautas como la preocupación autodestructiva, planeación de un acto letal y el deseo de muerte.

Como podemos notar, la ideación suicida es el pensamiento, la idea, y/o el deseo de quitarse la vida; estos pensamientos varían desde el deseo de muerte hasta la planeación completa del intento. El espectro de la ideación suicida abarca típicamente cuestionamientos existenciales que progresan sucesivamente a ideas de muerte, ideas de suicidio hasta planes de suicidio.

Para ir conjuntando y resumiendo las definiciones se puede decir que la ideación suicida se define como la presencia de pensamientos cuyo contenido está relacionado con el fin de la vida propia. En esta definición se incluyen aquellos pensamientos que aluden a la falta de valor de la propia vida, deseos de muerte, fantasías de suicidio y planificación de un acto letal. Este término conviene diferenciarlo de la propia conceptualización del suicidio o acto autolesivo que

resulta en muerte, así como del intento de suicidio que supone la tentativa de autoeliminación o autolesión intencionada sin resultado de muerte (De la Torre, 2013).

Pérez (1999) identifica cuatro tipos de ideación suicida: la idea suicida sin método específico, en la que la persona tiene deseos de auto eliminarse, pero desconoce el método por cual logrará su objetivo; la idea suicida con método inespecífico o indeterminado, que sucede cuando la persona expone sus deseos de morir y ha considerado distintas opciones para consumir sus deseos, sin embargo no ha elegido una. La tercera es la idea suicida con método específico no planificado, en ella la persona desea de manera imperiosa suicidarse y ha elegido la forma en que lo llevará acabo, pero no ha concluido el momento en que lo realizará; finalmente se encuentra el plan suicida o idea suicida planificada, en el que la persona ha elegido el método en que se suicidará, además de haber contemplado el lugar, el momento e incluso el tiempo que le tomará hacerlo.

Conducta suicida

El comportamiento suicida ha estado presente a lo largo de toda la historia de la humanidad, siendo quizá una de las expresiones más claras del sufrimiento, la desesperación e impotencia del ser humano (Buendía, 2004). Existen diversas aportaciones sobre la definición de suicidio y a la par sobre lo que no es el suicidio, en el caso de los actos suicidas que no tienen como resultado final la muerte, han recibido distintas denominaciones como intento de suicidio, tentativa de suicidio o parasuicidio.

El ser humano a menudo lleva a cabo acciones autodestructivas, como fumar, beber en exceso, o practicar deportes de riesgo, pero la intención habitualmente no es acabar con su vida, sino experimentar determinado placer. Cuando una persona tiene intención de suicidio no busca el deleite, sino acabar con el sufrimiento, su visión de “túnel” no le permite ver otras salidas, es en esas circunstancias en que lleva acabo conductas con el fin de terminar con su vida (Quintanar, 2007).

El comportamiento suicida se integra por tres componentes básicos: la ideación suicida, que corresponde al pensamiento de quitarse la vida; el intento suicida, que se refiere a cualquier acto de autolesión realizado con la intención de terminar con la propia vida, con resultado no fatal y; el suicidio consumado, referente a cualquier acto de autolesión efectuado con el propósito de acabar con la propia vida, con resultado fatal (Brown, Jeglinc, Henriques & Beck, 2008).

Un 95% de la conducta suicida ocurre en individuos aquejados de un problema mental clínicamente reconocible, de los cuales se ha identificado que un 80% presentan síntomas depresivos, un 10% manifiestan síntomas de esquizofrenia y 5% padecen demencia (Garza, 1998 como se citó en Silva, 2003).

El suicidio, un problema de salud pública

Antes de situarlo en el contexto mexicano, el suicidio debe pensarse como una problemática mundial que se presenta con mayor frecuencia en las cifras de defunción. En el año 2000 de acuerdo con la OMS el suicidio se había convertido en la undécima causa de muerte a nivel mundial, situándose entre las tres primeras entre la población de 15 a 35 años de edad. Sin embargo, el suicidio tuvo un incremento considerable y para el año 2017 la OMS señaló al suicidio como la segunda causa de defunción entre las personas de 15 a 29 años; describe que más de 800,000 personas se suicidan cada año, que hay un suicidio cada 40 segundos, lo que indica que la mortalidad por suicidio es superior a la mortalidad total causada por guerras y homicidios; la OMS también afirma que un 75% de los suicidios ocurre en países de ingresos bajos y medianos. Las estimaciones realizadas indican que en 2020 las víctimas podrían ascender a 1,5 millones.

Las tasas de suicidio más elevadas se encuentran en países europeos como Rusia, Ucrania, Bielorrusia, Lituania, Polonia, Finlandia, Bélgica, Francia, Austria y Suiza, que ocupan los primeros lugares, así como algunos países asiáticos: India, Japón y la República de Corea, en donde las tasas oscilan entre los diez y 15 suicidios por cada 100 mil habitantes (OMS, 2005). En comparación con dichos países, las cifras de suicidio en México presentan un nivel bajo.

Existe una relación entre el suicidio y el padecimiento de algunos trastornos mentales (en particular los trastornos relacionados con la depresión y el consumo de alcohol), en los países que registran altos ingresos económicos es donde más se registra este tipo de nexos; muchos suicidios se producen impulsivamente en momentos de crisis que menoscaban la capacidad para afrontar las tensiones de la vida, tales como los problemas financieros, las rupturas de relaciones o los dolores y enfermedades crónicas, por mencionar algunos ejemplos (OMS, 2017). A la par, las experiencias relacionadas con desastres, violencia, abusos, pérdidas y sensación de aislamiento están estrechamente ligadas a conductas suicidas. Por otro lado las tasas de suicidio también son elevadas entre los grupos vulnerables, es decir aquellos que pueden ser víctimas de discriminación, por ejemplo, los refugiados y migrantes; las comunidades indígenas; las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales, transexuales, intersexuales; y los reclusos.

Se estima que alrededor de un 30% del total de suicidios se cometen por autointoxicación con plaguicidas, y la mayoría de ellos tiene lugar en zonas rurales agrícolas de países de ingresos bajos y medianos. Otros métodos comunes de suicidio son el ahorcamiento y las armas de fuego (OMS, 2017). El conocimiento de los métodos de suicidio más comunes es importante para elaborar estrategias de prevención basadas en medidas de eficacia probada, entre ellas la restricción del acceso a los medios de suicidio.

El suicidio es un grave problema de salud pública; no obstante, es prevenible mediante intervenciones oportunas, basadas en datos fidedignos y a menudo de bajo coste (OMS, 2017).

El suicidio en México

Si se indaga sobre los datos que se tienen sobre suicidios en México, se encuentra una tendencia al incremento a lo largo de los años. Si en 1950 sus tasas oscilaban cerca de los 1.5 suicidios por cada 100 mil habitantes, para 2008 dichas tasas se habían multiplicado por tres y ya habían llegado a 4.8 suicidios por 100 mil habitantes.

En el año 1996 en un estudio sobre la epidemiología del suicidio en México (Gómez, Castro & Borges, 1996) que abarcaba los años de 1970 a 1994, se afirmaba que:

En 1970 hubo 554 defunciones por suicidio en toda la República mexicana, para ambos sexos, y 2 603 en 1994. Durante este periodo la tasa de suicidios en ambos sexos pasó de 1.13 por 100 000 habitantes en 1970 a 2.89 por 100 000 habitantes en 1994, un aumento de 156%.

¿Qué ha ocurrido a partir de ese momento? El suicidio se ha instalado como parte del perfil epidemiológico moderno de México. En 2007, se dieron en el país 4 388 muertes por suicidio en toda la República, con una tasa de mortalidad por suicidio de 4.12 por cada cien mil habitantes. En comparación con la tasa de suicidio de 1970, se observa ahora para este largo período un crecimiento del 275% de ese año a la actualidad (Borges, 2010).

Durante el año 2008, se estimó que alrededor de cinco mil personas se suicidaron durante el año. De acuerdo con el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (INEGI, 2003) los suicidios son la consecuencia de diversos problemas como la ansiedad, depresión, estrés, soledad, desesperanza, exigencias sociales, sentimientos de culpa y rechazo. El IMSS también menciona que la OMS reportó que en los últimos 45 años el índice de suicidios se incrementó 60 por ciento a nivel internacional.

Además se ha identificado que una mayor cantidad de varones cometen suicidio en comparación con las mujeres, por cada mujer que comete suicidio al menos 3 hombres también fallecen por esta causa (Secretaria de Salud, 2010).

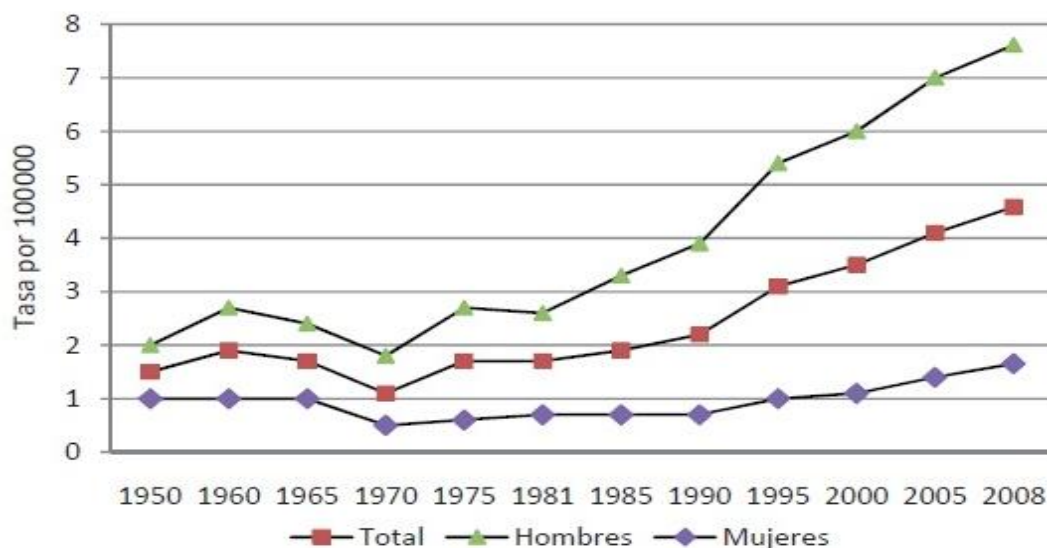


Figura 1.- Tasas de suicidios totales y por sexo en México de 1950 a 2008
 Fuente: 1950 a 2005 OMS, 2007;2008, SSA, 2010

Se puede ver entonces la relevancia que está teniendo este fenómeno en México no solo por su aumento en los últimos 50 años si no también por su manifestación actual en el país; sin embargo la importancia del tema radica no únicamente en el número creciente de vidas que cobra sino cómo desde el ámbito clínico se puede intervenir y prevenir.

Ahora bien, para un mejor análisis es necesario comprender la relación que existe entre el suicidio y los cambios sociales que ha experimentado el país, específicamente a partir de la década de los ochenta. Como el proceso de urbanización favoreció la migración de personas hacia los núcleos urbanos, la organización de redes familiares y sociales sufrió un cambio que propició el aumento del suicidio como causa de muerte. Esto coincide con los postulados de Durkheim (1995), quien aseguraba que el suicidio es un reflejo de las sociedades, las cuales, en un contexto moderno carecen de cohesión social, así como de sentido de pertenencia, e incrementan el riesgo de cometer suicidio. Por otro lado, en el actual contexto neoliberal, además de la disminución de lazos sociales, la desigualdad de acceso a oportunidades, así como la insuficiente satisfacción de necesidades originan sentimientos de desesperanza, tristeza, incertidumbre, desesperación y soledad, que pueden convertirse en un detonante para el

desarrollo de trastornos como la depresión, que cómo se ha mencionado con anterioridad, es muchas veces antesala del suicidio.

Se puede explorar también los datos que se han obtenido acerca de los intentos de suicidio en México, los cuales complementan de forma muy importante lo que se ha revisado hasta el momento; la información oficial referente a los intentos de suicidio sólo está disponible hasta el año 2005, sin embargo, en ese año, el INEGI registró 227 intentos de suicidio y la OMS contabilizó 394 en el país durante 2007, lo cual equivale a un incremento de 57 por ciento en el número total de intentos de suicidio en un lapso de dos años. Esto muestra un alza tanto de las tasas de suicidio como del número de intentos de suicidio a nivel nacional en los últimos 20 años, a excepción de los años 1991, 1992 y 1993 que presentan una ligera disminución en el número de intentos de suicidio.

Al respecto, es importante resaltar que el año en el cual se registró un mayor número de intentos de suicidio fue 1998, con un total de 443, de los cuales 162 intentos pertenecientes a hombres y 271 a mujeres (SSA, 2010). En relación con el cuaderno de Intentos de Suicidio y Suicidios de Estados Unidos Mexicanos de 2005, del total de intentos que se registraron, 199 fueron efectuados por mujeres, contra 108 realizados por hombres. Asimismo, en estudios anteriores, el número de intentos suicidas entre la población femenina ha alcanzado casi el doble que la masculina, como se refleja en los años 1998 y 1999.

Lo anterior demuestra que las mujeres mexicanas son más vulnerables a estos deseos o pensamientos de muerte, a diferencia de lo que sucede con los hombres, entre quienes el número de suicidios consumados reporta un porcentaje mayor. En concordancia con la vertiente sociológica, sin duda alguna, el sexo es una variable que modifica la conducta suicida, debido a que las construcciones o demandas sociales que se producen a partir del género pueden deformar la percepción que tiene el sujeto sobre sí mismo y su posición en el mundo.

Desde el eje clínico, un estudio publicado por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (González, 2000) indica que el malestar depresivo se ha identificado como el factor de riesgo más importante para la ideación suicida; como ésta se presenta de manera desigual en hombres y

mujeres, se cree que su impacto está matizado por las características de los roles de género, como ya se mencionaba.

Capítulo 2. Atención e intervención en crisis

Definición de crisis

Para entrar poco a poco en materia es importante explorar la definición de crisis, en chino la palabra crisis “*Wei Ji*”, está formada por dos caracteres. El primero es *Wei*, que significa peligro y el segundo es *Ji*, que significa oportunidad.

Caplan (1964) define crisis con una perspectiva similar, exponiendo que una crisis es un período transicional que representa tanto una oportunidad para el desarrollo de la personalidad, como el peligro de una mayor vulnerabilidad al trastorno mental cuyo desenlace depende entre otras cosas, de la forma en que se maneje la situación.

De acuerdo con Slaikeu (1996) “una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del individuo para manejar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado positivo o negativo” (p.18).

Por su parte, Fernández y Rodríguez (2002) definen crisis como un periodo de oportunidad tanto para el desarrollo personal (si hay una resolución satisfactoria) así como de peligro, ya que aumenta la vulnerabilidad del individuo para los trastornos mentales. Benveniste (2000) dice al respecto que una crisis psicológica se va a presentar cuando un evento traumático sobrepasa la capacidad que tiene la persona para sobrellevarlo como lo hace cotidianamente.

Swanson y Carbon (1989, como se citó en Fernández & Rodríguez 2002) realizan una revisión documental en la que manifiestan que:

- 1.- Las crisis son acontecimientos normales en la vida, en donde el individuo busca restablecer su equilibrio personal y el de su entorno.
- 2.- Un acontecimiento externo o interno puede ocasionar estrés que desencadena en una crisis.

- 3.- Lo que genera una crisis puede ser un solo hecho trágico o una acumulación de acontecimientos menos graves.
- 4.- La dificultad de la crisis se relaciona con la percepción del individuo, y no se relaciona con la gravedad del estresor.
- 5.- La situación en crisis, es un evento autolimitado que va de 4 a 6 semanas y que se puede resolver de forma adaptativa o desadaptativa.
- 6.- Durante la crisis, el sujeto se encuentra susceptible y con las defensas debilitadas y los pequeños esfuerzos en una persona que vive una crisis pueden traer como consecuencia resultados máximos.
- 7.- La resolución adaptativa de la crisis ofrece una oportunidad triple: dominar la situación actual, procesar conflictos pasados y generar nuevas alternativas para el futuro.
- 8.- La resolución de una crisis está definida por los procesos presentes más que por las experiencias pasadas o la estructura de la personalidad (Paul,1996).
- 9.- Una situación relevante por trabajar son las pérdidas anticipadas o reales.
- 10.- Una vez que el sujeto resuelve y se adapta a las nuevas circunstancias emergen nuevas fuerzas y nuevas habilidades de resolución de problemas útiles para el futuro (Fernández & Rodríguez, 2002).

Tipos de crisis

De acuerdo con la teoría (Slaikeu, 1996), podemos identificar 3 tipos de crisis:

- 1.- Crisis ligada al desarrollo: Slaikeu (1996) las define como toda crisis relacionada con el traslado de una etapa de crecimiento a otra, van desde la infancia hasta la vejez. En dichas etapas surgen tareas de crecimiento y cuando se presenta alguna interrupción para llevarlas a cabo existe la posibilidad de que se presente una crisis. En esta clasificación, varias de estas potenciales crisis pueden ser previsibles, ya que se sabe de forma previa, que las personas viven etapas determinantes que afrontaran en diversas ocasiones a lo largo de su vida.

Algunas de las crisis de desarrollo pueden ser por el embarazo, el parto, la infancia, la adolescencia, búsqueda de la identidad sexual, envejecimiento, encarar la muerte, etcétera.

Una transición entre etapas del desarrollo puede convertirse en crisis, de acuerdo con Slaikeu (1996) incluye lo siguiente:

- a) Una crisis puede ocurrir cuando existe dificultad o alteración en el desempeño de actividades relacionadas con una etapa particular de desarrollo. Danish y D'Augelli (1980), mencionan que la transición de una etapa a otra puede verse afectada por una inhabilitación, falta de conocimiento o la incapacidad de correr riesgos.
- b) Un cambio de etapa a otra puede volverse en crisis, cuando se presentan demasiadas exigencias, Brim (1977).
- c) Una persona puede experimentar una crisis, si no acepta o no está preparada para los sucesos determinantes (Danish & D'Augelli, 1980).
- d) Un individuo que se observa a sí mismo como fuera de fase, de acuerdo a las expectativas de la sociedad, para un grupo particular de edad, puede también presentar una crisis.

2.- Crisis circunstanciales: Gililand y James (1993) (como se citó en Wainrib & Bloch, 2001), mencionan que una crisis circunstancial ocurre cuando se presentan eventos raros y extraordinarios que las personas no tienen ninguna manera de prever o controlar, la crisis es azarosa, imprevista, intensa y catastrófica.

En este tipo de crisis se consideran enfermedades agudas o crónicas, adicciones, asaltos, ser víctima de violencia, accidentes vehiculares, desastres naturales, etcétera.

Slaikeu (1996) menciona las principales características de una crisis circunstancial:

- a) Su aparición es repentina
- b) Es imprevista. La mayoría de las personas puede considerar que no será a ellos quien les ocurra una crisis.
- c) Es urgente. En su mayoría la crisis amenaza el bienestar físico y psicológico, y requerirán una atención y acción inmediata.

- d) Puede ser masiva. Es decir que puede afectar a una gran cantidad de personas de forma simultánea.
- e) Peligro y oportunidad. Luego de la desorganización por la crisis circunstancial, surge con el tiempo una reorganización. Este evento tiene el potencial para aumentar las cualidades de afrontamiento de la persona o en su defecto disminuirlas. Por tal motivo el encarar una crisis puede traer posibilidad de que la persona se encuentre mejor o peor preparada de cara al futuro ante una crisis similar o cualquier otra.

3.- Crisis existencial: Gilliland y James (1993, como se citó en Wainrib & Bloch, 2001), describen que son los conflictos intrapersonales y la ansiedad que acompañan a importantes cuestiones humanas como son el propósito, la responsabilidad, la independencia, la libertad o el compromiso.

Una crisis que no se maneja de forma adecuada y que continúa aumentando el estrés y las ideas de indefensión ante las circunstancias, pueden llevar a pensamientos suicidas.

Intervención en crisis a distancia

El auxilio psicológico tiene dos componentes, una fase inicial son los primeros auxilios psicológicos, Slaikeu (1996) menciona que también recibe el nombre de Intervención en crisis de primera instancia, se refiere a una atención inmediata, que se realiza generalmente en una sesión. La intención de esta primera intervención es principalmente brindar apoyo, reducir el riesgo de muerte y la prevención del daño físico y vincular a la persona en crisis con los recursos de apoyo o fuentes de asistencia. Según la dificultad de la desorganización emocional de la persona que vive la situación en crisis, variará el tiempo de esta intervención que puede ser desde unos cuantos minutos hasta algunas horas, en esta parte también influye en enfoque de intervención. Cabe mencionar que durante estos primeros auxilios no se cumple la resolución psicológica de la crisis, sino que se restablece el enfrentamiento inmediato; estos se pueden ofrecer mediante la vía telefónica.

La intervención en crisis de segunda instancia o terapia de crisis, se orienta a la resolución de la crisis, esta consiste en apoyar a la persona para que el evento concerniente se integre como parte de la vida. La intención de esta intervención es que la persona esté mejor preparada para las situaciones del futuro. Esta terapia es de corta duración, aproximadamente 6 a 8 semanas, considerando una sesión por semana con una duración aproximada de 45 a 60 minutos. La terapia para intervención en crisis, sustentada en el trabajo de Lazarus (1976,1971), es una terapia multimodal donde se trabajan aspectos conductuales, emocionales, afectivos, somáticos, interpersonales y cognoscitivos del paciente.

Slaikeu (1996), refiere que la intervención en crisis está integrada por diversos pasos:

- a) Hacer contacto psicológico.
- b) Explorar las dimensiones del problema
- c) Analizar posibles soluciones
- d) Asistir en la ejecución de la acción concreta
- e) Seguimiento

La intervención en crisis vía telefónica posee los mismos pasos sin embargo, hay consideraciones que no se deben perder de vista:

- a) Hacer contacto psicológico: La voz del orientador es el principal medio para establecer contacto con el usuario, lo que dice y el cómo lo dice es muy importante. Se debe tener también un manejo adecuado de los silencios.
- b) Exploración de las dimensiones del problema: La descripción narrativa del usuario será de donde se apoyará el orientador para realizar la exploración, se aconseja principalmente realizar preguntas abiertas. Evaluar el funcionamiento CASIC (conductual, afectivo, somático, interpersonal y cognitivo), previo a la crisis y durante ella.
- c) Exploración de las posibles soluciones: Durante este paso se debe preguntar por las diferentes soluciones por las que ha optado el usuario, de esta forma se pretende conocer los obstáculos con los que el usuario se ha

encontrado. Se busca con esto empezar a generar opciones potenciales de solución y a su vez comenzar a actuar sobre las necesidades urgentes.

- d) Asistencia para realizar la acción concreta: En este punto se debe reconocer si se pretende realizar una intervención facilitadora o una directiva, ya que esto determina si se involucra o no a las redes sociales del usuario. Cuando el riesgo de mortalidad es bajo y el usuario tiene las condiciones para afrontar el evento, se opta por una intervención facilitadora. Por otra parte cuando el riesgo de mortalidad es alto o la persona no se encuentra en las condiciones para hacerse cargo de sí misma o actuar en su propio beneficio, es esencial que el orientador recurra a los recursos sociales y redes de apoyo.
- e) Seguimiento: Este paso es parte importante del plan de acción, además de buscar el beneficio de quien llama mediante la continuidad de la atención psicológica, puede que sirva también como una modalidad de retroalimentación acerca de los resultados que tuvo tras recibir la ayuda.

Modelo de intervención en crisis a distancia

Tras el terremoto que aconteció en la Ciudad de México en 1985, la Facultad de Psicología de la UNAM, requirió brindar atención a la población mediante la vía telefónica, en esta línea se informaba sobre las personas desaparecidas, el servicio fue temporal. En Abril del año 2009 luego del brote del virus de influenza AH1N1, se necesitó de nuevo el informar a la gente sobre medidas de prevención adecuadas ante el virus, por lo que se requirió abrir de nueva cuenta la línea telefónica. Aunque el servicio fue al inicio solo para la comunidad de la UNAM poco a poco se permitió la intervención a personas ajenas de la universidad y en el año 2012 se abrió la línea a todo público, siendo inaugurado oficialmente el programa Call Center UNAM, que durante el año 2017 cambiaría su nombre a Centro de Atención Psicológica a Distancia de la UNAM.

El modelo de intervención que utiliza este programa consiste en 4 fases (Call Center UNAM, 2012) :

FASE 1. INFORMACIÓN: En esta fase se proporcionan a los usuarios todos los datos referentes al servicio que se pone a su disposición, tales como el servicio que se ofrece, el trabajo que se realiza, los horarios del centro y la información con la que cuentan los operadores.

FASE II. EVALUACIÓN: Si la persona requiere alguno de los servicios que el programa ofrece (canalización, primeros auxilios psicológicos, intervención breve, consejo breve), se realiza una evaluación que se respalda en el tamiz específico de la Guía de intervención del Programa de acción mundial para superar las brechas en salud mental (GI-mhGAP, por sus siglas en inglés). En caso de que los resultados de la evaluación indiquen que se trata de una problemática en la cual el programa no puede intervenir (como son los casos psiquiátricos) se realizará una canalización del usuario a un centro donde le puedan brindar la atención que requiere.

FASE III. INTERVENCIÓN: Esta puede ser Primeros auxilios psicológicos, terapia breve o consejo breve.

Los primeros auxilios psicológicos se brindan en el momento que se identifica que el usuario se encuentra en crisis y presenta inestabilidad emocional, se realizan 4 pasos (Call Center UNAM, 2012):

- a) **Contacto psicológico:** Es el instante en que el usuario inicia la comunicación verbal con el orientador, externando la problemática que le aqueja. Tanto el usuario como el orientador deben contar con un espacio físico con características pertinentes para la libre expresión.
- b) **Dimensionar el problema:** El orientador debe realizar la evaluación del funcionamiento del usuario CASIC, junto al usuario se deben valorar los riesgos de la situación expuesta y priorizar las soluciones.
- c) **Sondear las posibles soluciones:** El orientador explora cuáles han sido las alternativas que ha ejecutado el usuario para solucionar su conflicto. Así mismo, se buscan y generan nuevas formas de afrontamiento.
- d) **Asistir en la ejecución de pasos concretos:** Se responsabiliza al usuario para que lleve a cabo el plan de acción que mejor le convenga, luego de

haber valorado los pros y contras de ejecutarlo de una manera en particular.

Terapia breve o de emergencia (Bellak, 1988): Consiste en brindar atención psicológica en no más de 6 sesiones para el manejo de la eventualidad, se centra principalmente en los síntomas por lo que requiere hablar del aquí y del ahora. Durante la intervención puede que sea necesario confrontar a la persona y en caso de requerirlo se prepara al usuario para proseguir con un proceso terapéutico de largo plazo.

FASE IV. SEGUIMIENTOS para verificar el proceso. El orientador establece el compromiso con el usuario para la realización subsecuente de una llamada para verificar los avances que se han obtenido o en su defecto los retrocesos.

Principios sobre la intervención psicológica vía telefónica

El código ético del psicólogo aporta lineamientos que tienen el objetivo de mejorar la calidad de la intervención vía telefónica.

De la calidad del trabajo desempeñado por el psicólogo.

Competencia y Honestidad del psicólogo.

Art. 1. Los servicios que presta el psicólogo, la enseñanza, la investigación que realiza se basan necesariamente en un cuerpo de conocimientos válido y confiable, sustentado en la investigación científica, por lo que el trabajo que desempeña debe corresponder directamente con la educación, formación, experiencia supervisada o experiencia profesional que haya recibido formalmente (p. 47).

Art. 9. El psicólogo reconoce que sus problemas y conflictos pueden interferir con su efectividad. Por lo tanto, se abstiene de llevar a cabo una actividad cuando sabe o debía saber que sus problemas personales probablemente dañen al paciente, cliente, colega, estudiante, participante en investigación, u otra persona con quien tenga una obligación profesional, académica o científica (p.49).

Art. 10. El psicólogo se mantiene alerta ante los signos de problemas personales en sus primeras etapas y busca prevenir un desempeño significativamente deteriorado (p. 49).

Art. 11. Cuando el psicólogo se percata de problemas personales que puedan interferir con el desempeño adecuado de las actividades relativas a su trabajo, toma medidas apropiadas, tales como obtener asesoría o ayuda profesional, y determinar si debe limitar, suspender o terminar dichas actividades (p.49).

Es muy importante que el psicólogo que se proponga atender casos de pacientes que presentan ideación suicida se encuentre en un estado de equilibrio personal; en primera instancia ya resalta la importancia de haber recibido la capacitación correspondiente sobre este tipo de intervenciones además de poseer la habilidad para dar la intervención mediante la vía telefónica y tener un entrenamiento o supervisión que permita una formación continua que elimine errores o en su defecto ponga en riesgo la salud mental del profesional de la salud. Tocamos entonces que hay que tener en claro que durante la intervención no solo puede haber temas muy delicados a tratar si no que su impacto puede ser amplio y si el psicólogo no se encuentra en plenitud de salud mental puede poner en riesgo su integridad psicológica.

Calidad de las intervenciones psicológicas.

Art. 29. Al efectuar intervenciones y/o asesorías terapéuticas, preventivas, educativas, organizacionales, sociales, comunitarias, consejo psicológico directo, por escrito, radio, telefónico, televisivo, en línea o por cualquier otro medio de comunicación, el psicólogo se basa en la investigación y los datos acerca de la eficacia y efectividad de las técnicas o procedimientos que utilice (p.54).

Art. 30. El psicólogo efectúa solamente las intervenciones para las cuales posee la educación, formación o experiencia supervisada, y la pericia necesarias (p. 54).

Art.32. El psicólogo identifica los casos en los que ciertas técnicas o procedimientos de intervención no sean aplicables o requieran ajustes para su utilización debido a factores tales como el género, edad, raza, origen étnico, origen

nacional, orientación sexual, discapacidad, idioma, o nivel socioeconómico de los individuos, y toma las medidas adecuadas para cerciorarse de su eficacia (p.54).

Art. 35. El psicólogo que usa técnicas o procedimientos de intervención psicológicos, por medio de procedimientos automatizados a distancia, como pueden ser por ejemplo, en línea o vía telefónica, se cerciora de recibir educación y formación necesaria para:

- a) Prescindir de señales auditivas (como son la amplitud de voz, extensión del discurso, tartamudeo y vacilación al hablar), y señales visuales (como contacto visual, ruborización e inquietud) sólo perceptibles en la interacción frente a frente.
- b) Trabaja solamente con señales textuales

Se mantiene alerta del hecho de que el correo electrónico y los sitios de mensajería en línea esconden o disfrazan las expresiones emocionales, faciales, verbales, posturales, conductuales, signos diagnósticos y clínicos (auditivos y visuales) de la persona que recibe el servicio psicológico por ese medio. Asimismo, le advierte a ésta de los posibles límites de la confidencialidad y toma las medidas pertinentes para ocultar la identidad del cliente (p.55).

No está de más hacer hincapié en las muchas diferencias que existen entre la intervención presencial y la no presencial, particularmente en este caso mediante la vía telefónica; de nueva cuenta hay que resaltar que la preparación del psicólogo para dar intervención a distancia debe ser amplia y conocer las técnicas y elementos que ganan mayor peso durante la intervención, en los casos puede que sea necesario realizar una contención emocional o un desahogo y el psicólogo debe tener la habilidad de poder llevar a cabo aquello que la intervención le exija utilizando primordialmente su voz, modulando su tono y volumen.

De las relaciones que establece el psicólogo.

Relaciones duales o múltiples.

Art. 89. Cuando el psicólogo proporciona consejo o comentarios por medio de conferencias públicas, demostraciones, programas de radio o televisión, cintas pregrabadas, artículos impresos, material por correo, correo electrónico, internet,

prensa u otros medios, toma las precauciones razonables para evitar que los recipientes de la información infieran que se ha establecido una relación personal con ellos (p.73).

Art. 90. En las actividades relativas a su trabajo, el psicólogo respeta los derechos que tienen otros para sustentar valores, cultura, actitudes y opiniones diferentes a los suyos propios. En las actividades relativas a su trabajo, el psicólogo no discrimina injustamente a partir de edad, género, raza, origen étnico, idioma, origen nacional, religión, orientación sexual, discapacidad, nivel socioeconómico i cualquier otro criterio proscrito por la ley (p.73).

Art. 91. Cuando las diferencias de edad, género, raza, origen étnico, nacionalidad, religión, orientación sexual, discapacidad, idioma o nivel socioeconómico afectan significativamente el trabajo del psicólogo respecto a ciertos individuos o grupos, el psicólogo adquiere la formación, experiencia, asesoría y supervisión necesarias para asegurar la competencia de sus servicios, o canaliza a los usuarios de manera adecuada (p. 74).

Art. 92. El psicólogo no incurre, a sabiendas, en conducta que hostigue, acose o devalúe a personas con quienes interactúe en su trabajo, basándose en factores tales como edad, el género, la raza, el origen étnico, el origen nacional, la religión, la orientación sexual, la discapacidad, el idioma o nivel socioeconómico de esas personas (p.74).

Relaciones sexuales.

Art. 94. El psicólogo no incurre en actividades sexuales con pacientes o clientes actuales, y no acepta como pacientes o clientes para terapia, a personas con quienes haya tenido intimidades sexuales. El psicólogo no sostiene intimidades sexuales con expacientes o clientes de terapia, estudiantes, asistentes, supervisados o cualquier otra persona, durante por lo menos dos años después de haber cesado o terminado su relación profesional con ellos (p.75).

En situaciones tan delicadas como es el que una persona se plantee el suicidio como solución última a sus problemas y se permita recurrir a ayuda siempre lo colocará en una condición de vulnerabilidad, su interpretación de los beneficios o avances propios de la intervención psicológica pueden llevarle a

querer solicitar el conocer al psicólogo que mediante la intervención a distancia le ha brindado su apoyo; el profesional de la salud no puede perder de vista que está allí para realizar una intervención psicológica no para entablar relaciones sociales, al mismo tiempo de que debe mantenerse al margen sobre relacionarse con los pacientes, la capacidad de ayudar en problemáticas como es la ideación suicida si es para lo que se ha preparado no le otorga el privilegio de elegir a sus pacientes según posean o no ciertas características, al mismo tiempo no deberá hacer uso de su posición para obtener ventajas o beneficios de la persona que solicita su ayuda.

Relaciones con colegas y otros profesionales.

Art. 104. El psicólogo arregla las consultas y canalizaciones apropiadas basándose principalmente en los mejores intereses de sus pacientes o clientes, con el consentimiento apropiado, y sujetándolas a otras consideraciones relevantes, incluyendo la ley aplicable y obligaciones contractuales (p.77).

Terminación de relaciones.

Art. 116. El psicólogo no abandona a los (las) pacientes o clientes (p.80).

Art. 117. El psicólogo no influye en la decisión de un paciente de dar por terminados sus servicios (p.80).

Relación con la sociedad y la humanidad.

Art. 147. El psicólogo se abstiene de ofrecer servicios por medios telefónicos, electrónicos, u otro, a personas ubicadas en territorio nacional o fuera de este, sin la formación adecuada que tome en cuenta las limitaciones inherentes a una relación impersonal, los límites de la confidencialidad, la efectividad del servicio, y de las relaciones entre una cultura y otra, aclarando desde un principio al usuario del servicio los riesgos y limitaciones del mismo (p.87).

Por último pero no menos importante abordamos algunos aspectos sobre como es la relación mediante la intervención vía telefónica, el psicólogo debe conocer sus capacidades y en función de lo que sea mejor para el paciente decidir si puede o no realizar una intervención apropiada para quien solicita la ayuda; por otro lado pensando que aborde casos de ideación suicida, hay probabilidades de que la duración de las llamadas o del tratamiento mismo requiera una extensión

en el tiempo que se ha estimado, esto debido al estado de alteración de la persona, la velocidad de los avances en terapia, etc. La capacitación adecuada y el contar con un protocolo que te apoye durante la intervención facilitara el cómo se sobrelleva el caso pero aun así no se presupone como una fórmula mágica para todos los pacientes y habrá que adecuar la intervención en función de los resultados obtenidos, abandonar al paciente no es una opción solo por que ha pasado más tiempo del previsto, situación diferente ocurre cuando las capacidades del psicólogo no le permiten realizar la intervención correspondiente, entonces se debería canalizar al paciente con un colega que pueda brindar la ayuda adecuada.

Aproximación a la intervención psicológica del suicidio

Hay diferentes formas de intervención para el suicidio, actualmente los programas asistenciales y preventivos están fundamentados según el momento de la intervención.

Las intervenciones asistenciales consisten en medidas hospitalarias, medidas de seguridad, tratamiento individual y familiar. La asistencia implica una intervención en situación de crisis y de peligro de vida, tanto en los aspectos médicos y emocionales como familiares y sociales, para comprender al individuo y evitar la reincidencia suicida. Todas las intervenciones como se puede vislumbrar persiguen el mismo objetivo, brindar una intervención que reduzca el riesgo de cometer el actos suicida, salvaguardar a la persona y encontrar nuevas alternativas para encarar la crisis que se esté viviendo. A continuación se explorará de forma breve algunas de las diversas formas de intervención al suicidio.

Se consideran tres momentos en la asistencia al suicida (Bancroft & Marsack, 1977):

- 1) Antes de la crisis (durante los actos preparatorios del suicidios).
- 2) Durante la crisis.
- 3) Después de la crisis, para evitar las reincidencias autodestructivas.

En los tres momentos, la asistencia significa intervención en una situación de crisis, es decir, de verdadera urgencia y por lo tanto de rápidas decisiones en relación a un diagnóstico, a medidas médicas y terapéuticas (Bancroft & Marsack, 1977).

1) Si es antes de la crisis, es importante la iniciación de una psicoterapia en situación de crisis con la intervención de familiares o amigos que ayuden y protejan al paciente y con los cuales él sienta confianza para superar las ideas de muerte y abandonar los preparativos.

2) Durante la crisis, es decir, cuando el paciente pasa al acto, la intervención debe ser rápida, segura (una indecisión, ambivalencia o demora equivale a que la persona lleve a cabo el suicidio.) Para poder intervenir es necesaria la comunicación con el paciente y la necesidad de insistir y convencer de superar su acción suicida.

3) El tercer momento de intervención es después del intento suicida. Aquí los programas psicoterapéuticos individuales y familiares resultan los más eficaces (Marchiori, 1998).

Rocamora (2012), realiza una revisión sobre la intervención durante la crisis suicida, partiendo del concepto y llegando al modelo de intervención AFVA (Acoger, Focalizar, Valorar y Actuar).

1. Concepto: La crisis suicida implica que la idea suicida está más elaborada y se ha concretado en un plan suicida, con posibilidad de llevarse a la práctica. El riesgo de muerte es mayor y por lo tanto habrá que tomar las medidas oportunas para que el plan suicida no se realice (internamiento, compromiso familiar de control, tratamiento farmacológico, psicoterapéutico intenso, etc.)

2. Objetivos:

a) Evitar la muerte: en este tipo de comportamientos es uno de los objetivos primordiales de todo terapeuta. No podemos, pues, pasar de largo ante la formulación de un plan suicida, posible y realizable, por la propia ética profesional, pero también por las repercusiones legales que pueden producirse. El terapeuta deberá reforzar la autoestima del consultante y posibilitar que el medio familiar comprenda la vivencia suicida y se convierta en un medio de contención.

b) Restablecer equilibrio anterior: Según la teoría de la crisis, este tipo de intervenciones deben ayudar a restablecer la homeostasis del individuo, para que pueda seguir trabajando en su reestructuración más profunda.

c) Posibilitar un tratamiento psicoterapéutico a largo plazo: es uno de los objetivos de la intervención en crisis: situar al sujeto en la pista de despegue y que pueda seguir un tratamiento convencional y de forma continuada. En ocasiones, el terapeuta deberá utilizar su autoridad y facilitar esa ayuda. Por definición la intervención en crisis es única, pero posibilitadora de un tratamiento psicológico a largo plazo.

3. Acciones exploratorias: Es importante, en estas ocasiones, explorar la situación psicopatológica del consultante para determinar si la crisis suicida es consecuencia de un trastorno psiquiátrico (depresión, esquizofrenia, etc.) o como respuesta a una crisis de la vida cotidiana (soledad, callejón sin salida, etc.) para así tomar las medidas más oportunas. También tendremos que tener en cuenta la estructura familiar y social en que vive el consultante y valorar la posibilidad de ayuda en la crisis suicida.

4. Estrategias terapéuticas. Modelo AFVA

a) Acoger

b) Focalizar el problema: A continuación se describe un elenco de técnicas terapéuticas que se pueden implantar en la intervención en la crisis suicida. Es evidente que lo primero es conocerlas, pero es importante que aprendamos a utilizarlas en el momento preciso. El buen terapeuta no es solamente el que conoce las técnicas de actuación, sino aquel que sabe administrarlas de forma correcta en el cuándo, cómo y con qué paciente.

La contención: El Diccionario de la Real Academia Española (2005) define la contención como “acción de contener; siendo contener reprimir o sujetar el movimiento o impulso de un cuerpo, y de forma figurada, reprimir o moderar una pasión”.

En el encuadre terapéutico la contención es el proceso mediante el cual podemos percibir la ansiedad (propia y ajena), notar que remueve en nosotros

viejos conflictos, pero no pasar directamente a la acción (Tizón, 1988, como se citó en Rocamora, 2012)

Contrato de no suicidio: Otra manera de contener el impulso suicida es “negociar” un contrato de no-suicidio hasta dentro de unos días (fecha de la siguiente entrevista, regreso de un familiar, etc.). Lo describiremos más ampliamente al hablar del procedimiento terapéutico en el “*acting out*” (Rocamora, 2012).

“*Introspection-intermission*”: Hinson (1982) refiere que en algunas ocasiones es necesario dar un tiempo de reflexión al presuicida para que se sitúe frente a su propia vivencia de muerte. Esta estrategia es la que denomina “*introspection intermission*”. Consiste en ofrecer al consultante la posibilidad de enfrentarse con sus propios sentimientos autodestructivos. El terapeuta le comunica que se va ausentar unos minutos del despacho, para que a solas consigo mismo, el consultante se enfrente con su vivencia autodestructiva. Después, en la continuación de la consulta, se reflexiona sobre los sentimientos que han surgido en esos momentos (Hinson, 1982, como se citó en Rocamora, 2012).

Clarificación y confrontación (Coderch, 1987): La clarificación pretende descubrir la parte emocional de la conducta. En nuestro caso, el terapeuta deberá ayudar al consultante a encontrar cual ha sido el “*leit motiv*” de su pensamiento suicida. Por ello, deberemos procurar separar lo accesorio de lo fundamental en su relato.

A través de la confrontación se pone de relieve algunos aspectos que el consultante no ha explicitado pero “ha dicho” por medio de sus contradicciones, olvidos o reiteraciones (Rocamora, 2012).

Catarsis mediata: Es el procedimiento terapéutico mediante el cual “le prestamos el yo al paciente” (Bellak & Small, 1965; Bellak & Siegel, 1983). Es una forma de disminuir las presiones del superyó y de fortalecer el yo.

El terapeuta pone en su boca palabras y emociones que el consultante no se atreve a expresar. Es como darle permiso para que sienta y verbalice las emociones, aunque estas sean negativas: odio, rencor, envidia, celos, etc. El

consultante se sentirá aliviado al percibir que otra persona, en este caso cualificada, puede tener esas vivencias y no por eso ser despreciable o menos valiosa.” (Bellak & Small, 1965; Bellak & Siegel, 1983) (Citado en Rocamora, 2012)

-Manejo del “acting out”: El término “acting out” se emplea con diversas acepciones. En sentido clínico indica “que el paciente expresa un sentimiento o pensamiento en acción en lugar de su verbalización, cuando lo segundo sería la norma cultural” (Bellak & Siegel, 1983). Es, pues, la actualización de un deseo, cuando lo que se esperaba es su expresión verbal y no la acción. Se sustituye la acción por la información (Laplanche & Pontalis, 1981)(Citado en Rocamora, 2012).

3. Valorar la gravedad:

a) Valorar el plan suicida: explorar si el consultante tiene un plan suicida, si se ha fijado un plazo y si tiene los medios adecuados para llevarlo a cabo: medicamentos, armas de fuego, etc.

b) Valorar el riesgo de muerte: teniendo en cuenta el riesgo real del consultante.

c) Valorar la intencionalidad del plan suicida: explorar si el deseo del consultante es matarse o por el contrario lo que pretende es mayor cuidado, conseguir un cambio en su familia o simplemente llamar la atención. Es evidente que en el primer supuesto el riesgo de muerte es más alto, pero esto no quiere decir que descuidemos al paciente en los otros supuestos.

4. Actuar: Tras realizar una intervención en la crisis será conveniente que el consultante realice un tratamiento psicoterapéutico y/o farmacológico convencional para poder superar con garantías su crisis suicida. En ocasiones, cuando existe un alto riesgo de suicidio, por la patología del paciente o por el plan detallado del suicidio, será necesario un internamiento psiquiátrico.

La Fundación de Salud Mental España (FSME, 1993) ofrece una forma de Intervención telefónica ante llamadas de crisis suicida haciendo uso del modelo AFVA que hemos explorado anteriormente.

De acuerdo con ésta la crisis suicida supone un paso hacia adelante en el proceso de consumación del suicidio. En esta situación el llamante comienza a dar respuesta a 3 preguntas: ¿cómo me voy a suicidar?, ¿cuándo me voy a suicidar? Y ¿dónde me voy a suicidar? Cuanto más elaboradas y planificadas sean las respuestas a esas preguntas, mayor será el riesgo de consumir el suicidio, sobre todo si el plan suicida es posible y factible.

Es importante una buena intervención telefónica para que el llamante acepte consultar al menos con un profesional de la psicología.

Intervención con el modelo AFVA vía telefónica:

En la primera fase de acogida, las llamadas que expresan una gran tristeza, o una grave patología psiquiátrica, siempre habrá que preguntar sobre la posibilidad de la existencia de una vivencia suicida en esos momentos.

El orientador debe saber llegar a lo nuclear del conflicto manifiesto, para así poder señalar mejor las pistas adecuadas para una solución satisfactoria. Es decir, el orientador debe intentar poder llegar a significado profundo del deseo de muerte. Esto es lo que hemos llamado focalizar.

Una técnica que se puede utilizar en la crisis suicida es la contención del impulso suicida. A este respecto, es importante insistir que en la ayuda telefónica debemos transmitir confianza, tanto por lo que se dice como por la actitud de escucha activa. Una voz serena, y al mismo tiempo amigable, impregnada de seguridad es, en muchas ocasiones, un gran antídoto del impulso suicida. Se deberá facilitar la explicación de la idea de muerte para producir el efecto catártico al disminuir la angustia al llamante.

Por último, en estas llamadas sobre todo debemos valorar la posibilidad real de llevar hasta el final el plan suicida y que es lo que “se pretende” con la muerte. En definitiva, debemos hacer un análisis de la realidad de la llamante (fortaleza y factores de riesgo suicida) y de su entorno. Hay que descubrir cuáles son los factores fuertes y débiles de su personalidad. Tampoco podemos olvidar las creencias y valores (familiares, sociales, etc) en las que sustenta la vida del llamante.

El orientador deberá actuar en consonancia con la valoración que haya realizado sobre el riesgo real de muerte del llamante. En general, podemos afirmar que sería conveniente que el llamante realizara un tratamiento psicoterapéutico y/o farmacológico convencional para poder superar con garantías su crisis suicida.

Terapia cognitiva:

Otra forma de intervención al suicidio es la terapia cognitiva, de la cual haremos una revisión general de las sesiones. La terapia cognitiva para quienes intentan suicidarse está diseñada como un protocolo de 10 sesiones. El marco de trabajo general de la terapia (primera fase, mitad de fase y última fase) serán explicados, sin embargo, la intervención es flexible y puede ser personalizada de acuerdo con los requerimientos del paciente.

-Primera fase. Los objetivos primordiales son: a) comprometer al paciente con el tratamiento; b) orientar al paciente en el modelo cognitivo; c) desarrollar un plan de seguridad con el paciente; y d) desarrollar una conceptualización cognitiva del intento de suicidio.

Por tanto, el objetivo de las primeras sesiones debe ser desarrollar rapport con los clientes, teniendo en cuenta que para muchos pacientes es la primera vez que tendrán la oportunidad de hablar acerca del intento y aunque la experiencia puede ser catártica para algunos, para otros será difícil.

-Fase media (sesiones 4 a 7). El comportamiento suicida se aborda y se logra al utilizar técnicas de reestructuración cognitiva y cambio de comportamiento. Entre las estrategias están la construcción de tarjetas de afrontamiento, la creación de un kit de esperanza y el aprendizaje de habilidades conductuales de afrontamiento.

Durante esta fase, el paciente y terapeuta trabajan juntos para identificar creencias claves que son activadas cuando el paciente se sintió o siente suicida.

-Últimas sesiones (sesiones 8 a 10). El objetivo principal es desarrollar una tarea de prevención de recaída (RPT del inglés Relapse Prevention Task). Los pacientes usan las habilidades de afrontamiento que han desarrollado mientras se visualizan a sí mismos en crisis suicidas futuras. Se les describe a los pacientes la premisa de la imaginación guiada, junto con posibles consecuencias dañinas.

Pedir a los pacientes que imaginen una secuencia de eventos que los llevó al intento de suicidio, así como los pensamientos relacionados y sentimientos que precipitaron una crisis suicida en el pasado, entonces, que se imaginen a sí mismos usar las habilidades para afrontar exitosamente cada evento que llevó a la crisis. Esto le da al paciente una oportunidad para practicar sus recién adquiridas habilidades en un ambiente seguro. También, es una buena oportunidad para que el terapeuta evalúe las habilidades del paciente y decida si es apropiado terminar con el tratamiento.

Cuando el terapeuta confía en que el paciente será capaz de utilizar sus nuevas habilidades para prevenir intentos futuros de suicidio, entonces se indica que termina la terapia. Generalmente, no se termina la terapia hasta que el paciente desempeñe la RPT de manera afectiva.

Al trabajar con pacientes suicidas, es importante comenzar la preparación para la terminación desde la primera sesión. Los terapeutas deben enfatizar en la brevedad de la intervención y discutir cómo el tratamiento está diseñado para enseñarles un conjunto de habilidades que serán útiles cuando se presente una crisis suicida en el futuro.

Terapia electroconvulsiva (TEC) de la conducta suicida en la tercera edad.

La terapia electroconvulsiva es el tratamiento de elección en pacientes con trastornos afectivos con riesgo de suicidio elevado, ya que la respuesta suele ser rápida, mientras que con los antidepresivos puede requerirse de cuatro a seis semanas.

En los ancianos, generalmente, es mejor tolerado que la mayoría de psicofármacos, cuyos efectos cardiovasculares, neurológicos y genitourinario aumentan con la edad. Se deberá enfatizar los cuidados de enfermería previos y posteriores a las administraciones de las descargas. En cuanto a la técnica de la TEC, debe recordarse que el umbral convulsivo puede ser relativamente más alto en estos pacientes y pueden requerir una relativa mayor estimulación eléctrica en la descarga. Por otro lado, para prevenir los posibles efectos secundarios (confusión, desorientación, amnesia y cefaleas), debe considerarse espaciar los tratamientos a dos por semana.

Complicaciones posteriores a la intervención

Como en toda intervención psicológica, cuando se atienden de forma constante casos donde la persona presenta ideación suicida se pueden presentar algunas consecuencias negativas en la salud mental del profesional de la salud; es muy importante mantenernos al tanto de nuestra salud mental ya que esto influirá directamente en la calidad de la intervención psicológica que podamos realizar.

Uno de los fenómenos que se presentan con mayor regularidad es la contratransferencia que es el impacto que el relato de la persona tiene sobre los propios problemas o experiencia del entrevistador. Por ejemplo escuchar sobre violencia sexual o duelo puede llevar al entrevistador a escuchar sus propias experiencias de violencia o pérdida (Martín, 2007). Siempre que se realice intervención a distancia, cabe la posibilidad de que las llamadas contengan historias que se asemejen a la historia de vida del psicólogo que atiende, lo cual implicará que para llevar un buen manejo en cada intervención el psicólogo deberá controlar sus emociones además de soportar la carga emocional que recibe; cuando se da el caso de que el psicólogo escuche durante la llamada algo que puede afectarle emocionalmente, deberá decidir si puede o no proseguir con la intervención y canalizar a la persona de forma adecuada en caso de no poder continuar con el proceso terapéutico. Es esencial detectar cuando una llamada posee contenido que puede afectarnos emocionalmente ya que si el profesional de la salud se deja conducir por sus emociones su juicio puede nublarse, lo que puede traer resultados insatisfactorios para la persona que solicita la atención psicológica.

Otro fenómeno que resulta frecuente en las personas que realizan intervención mediante la vía telefónica es el estrés o fatiga por compasión definido por Figley (1995) (como se citó en Álvares, 2012) como el estrés que resulta de ayudar o desear ayudar a la persona que se encuentra en la situación crítica, así como las conductas y emociones naturales que surgen tras conocer un evento traumático experimentado por una persona significativa. Bajo el contexto de atender llamadas de personas que presentan ideación suicida es común que estas

relaten hechos en los que el psicólogo no puede incidir, mientras que la persona solicitará ayuda o dará al psicólogo varias opciones para que éste le diga qué hacer, ya que por la crisis la persona no puede elegir con seguridad qué debe hacer. Las consecuencias de atender este tipo de llamadas pueden variar ampliamente, pueden generar en el psicólogo enojo, frustración, desesperación, etc. Por lo tanto resalta la importancia de disponer de un espacio para poder realizar un desahogue adecuado de la carga emocional generada tras cada sesión, aun cuando uno puede sentirse bien y no notar afectaciones tras las primeras llamadas el escuchar de forma reiterada llamadas de este estilo genera cambios en la forma en que se asimilan las futuras intervenciones (Álvares, 2012).

Un riesgo más al que se enfrentan los operadores que atienden a personas con ideación suicida es la traumatización indirecta, este fenómeno se presenta debido a que el psicólogo que atiende la llamada, enfrenta eventos en los que también es victimizado por el hecho de escuchar las situaciones que generan traumas, las consecuencias más graves provocan que el operador presente un trauma igual de severo del que lo haría encarar una situación crítica de forma directa. Cuando un operador refiera tener un impacto alto tras lo que ha escuchado durante la llamada lo adecuado será que reciba primeros auxilios psicológicos y posterior a ello, dar un seguimiento sobre el estado psicológico en que se encuentra antes de atender llamadas donde la persona presenta ideación suicida, ya que si se siguen atendiendo este tipo de llamadas en un estado de traumatización indirecta las afectaciones posteriores pueden ser muy graves (Álvares, 2012).

Otro tipo de afectaciones pueden presentarse en los psicólogos que están en formación para atender llamadas de personas que presentan ideación suicida, puede darse la casualidad de que una de las primeras llamadas que los operadores en formación atiendan posea un contenido “fuerte”, o qué consecuencias durante la llamada sean imprevistas, como puede ser que la persona que llame se encuentre en un estado crítico en el que ya ha decidido quitarse la vida pero deseaba comentarle a alguien que iba a consumir su suicidio, en ese caso extremo o en otros donde escuchan historias muy

impactantes pueden generar en los operadores una falsa expectativa de que en cada llamada puede existir un hecho atroz. Cuando esto sucede se puede observar en algunos operadores en formación un sobresalto cuando escuchan el teléfono sonar, otros síntomas que pueden manifestarse son pesadillas, dificultad para dormir, dificultad para poner atención, recordar durante mucho tiempo lo que han escuchado durante las llamadas, falta de apetito, aumento en el apetito, etc. Estos síntomas se relacionan con el estrés agudo y el trastorno de estrés postraumático; aunque muchos operadores pueden recuperarse tras un par de semanas si la sintomatología persiste más de 15 días es importante que se le brinde apoyo psicológico para afrontar el trauma que se pudo haber generado, y de igual forma realizar una evaluación sobre si la persona es apta o no para atender llamadas con este tipo de contenido (Álvarez, 2012).

Sobre el estrés y el Burnout

Cuando los psicólogos se encuentran realizando un trabajo constante es posible que comiencen a manifestar cambios mientras laboran; Hans Selye durante los años 30 del siglo pasado, descubrió lo que en su momento definió como trastorno general de adaptación, hoy conocido como estrés. Selye definió el estrés como una respuesta del organismo ante la percepción de una amenaza caracterizada por una fase de alarma, una fase de resistencia, y una fase de agotamiento. Cuando dicha percepción de amenaza se encuentra relacionada con la organización y la gestión del trabajo hablamos entonces de estrés laboral. Existen varios tipos de estrés uno de ellos conocido como eustrés o “estrés positivo” es motivador e impulsor para encontrar soluciones adecuadas ante los problemas (Lima, Juárez & Arias, 2012), en circunstancias normales este estrés nos ayuda a encarar de forma adecuada situaciones complejas que pueden presentarse en nuestro día a día, o bien para el psicólogo que atiende a distancia, encarar de forma adecuada una llamada en la que el paciente presenta ideación suicida y su discurso trae consigo una fuerte carga emocional. Pero existe también un “estrés negativo”, mejor conocido como distrés, este tipo de estrés se presenta cuando los recursos personales o emocionales para enfrentar situaciones difíciles

se ven sobrepasados en intensidad y en tiempo por las demandas del contexto o los desafíos emocionales en el trabajo, esto trae a consecuencia signos de fatiga y sobrecarga emocional (Martín, 2007). La contratransferencia, el estrés por compasión y la traumatización indirecta son fuente de estrés acumulativo para los psicólogos que realizan intervención a distancia.

Existen varias alternativas para el manejo del estrés que se ha producido por la intervención terapéutica constante, algunas recomendaciones a seguir para combatir el estrés cuando se ha presentado en los operadores que atienden casos de ideación suicida son:

- Mejorar la comunicación: Si las causas del estrés están directamente relacionadas con la falta de apoyo que el operador recibe por parte de sus superiores o a un entorno laboral hostil, en el que las relaciones sociales son desfavorables, la única solución posible es la comunicación; la comunicación también es fundamental en aquellos casos en los que los detonantes o agravantes del estrés son las propias condiciones ambientales del puesto de trabajo, como la temperatura, la iluminación o el volumen de ciertos sonidos.
- Practicar técnicas de relajación: Para el manejo del estrés, una de las mejores técnicas de tratamiento es entrenar la mente. La gente que practica yoga o meditación desarrolla una capacidad de autocontrol y gestión de sus emociones muy por encima de la media. De hecho, varios estudios científicos (Universidad de Washington, 2012) han demostrado que este tipo de prácticas aumenta la densidad y la actividad de aquellas zonas del cerebro que se encargan de las emociones positivas.
- Realizar deporte: El deporte es una buena herramienta para el manejo del estrés. Practicar deporte de modo regular nos hace liberar endorfinas (una potente hormona antiestrés) y nos ayuda a descansar mejor por las noches. Uno de los mejores deportes para combatir el estrés eficazmente es la natación, que además de ayudar a nuestro cuerpo a liberar tensiones y contracturas, determinados estilos (como el nado a braza) nos aportan también los beneficios de las técnicas de relajación.

- Promover un horario de descanso: Está demostrado que el cerebro rinde mejor si se le da un pequeño descanso (aunque sea de un minuto) por cada hora de trabajo.
- Dormir las horas necesarias: Los expertos recomiendan entre 7 y 8 horas diarias de sueño. La actividad reparadora que el sueño ejerce sobre nuestro cuerpo y nuestra psique es fundamental para empezar bien el día.
- Anular el consumo de tabaco y otras drogas: El tabaco aumenta la cantidad de toxinas presentes en tu organismo, disminuye la concentración de oxígeno en la sangre y puede ocasionar graves problemas de salud e incluso la muerte. Dejar de fumar si es que se hace mejorará la salud, y el nivel de energía
- Alimentarse de forma saludable: Según un estudio de la Universidad Estatal de Washington (2012), las personas que tienen problemas con el manejo del estrés laboral suelen alimentarse de modo poco o nada saludable. En muchas ocasiones la falta de tiempo obliga a los trabajadores a ingerir alimentos rápidamente y no prestar especial cuidado en lo que comen, abusando de la denominada comida basura, por lo que no incorpora al organismo las vitaminas, minerales y fibra que éste necesita para su correcto funcionamiento y que se encuentran presentes en gran medida en frutas y verduras.

Si el estrés acumulativo sigue en aumento y sin trabajarse puede convertirse en estrés crónico. Lazarus y Folkman en el año de 1989 definieron el estrés crónico como una relación particular que se establece entre el sujeto y el entorno que es evaluada por éste como amenazante y desbordante. Y es esta segunda faceta, cuando la persona se percibe totalmente agotada, exhausta, desbordada, como consecuencia de un proceso de desgaste, la que describe el síndrome de burnout o desgaste profesional; en 1981 Maslach y Jackson definieron burnout como el síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal que puede ocurrir entre individuos cuyo objeto de trabajo son otras personas.

Una vez que el psicólogo que atiende mediante la vía telefónica se ve afectado por el estrés crónico hasta el punto de llegar al burnout, las consecuencias en el ámbito laboral, le impedirán dar una buena intervención a personas que presenten ideación suicida, por esto y por las consecuencias negativas que también se presentan en los ámbitos personales del operador es muy importante procurar la prevención del burnout y en caso de presentarse tener un manejo adecuado del mismo; algunas estrategias para tratar el burnout en los operadores que realizan intervención a distancia son:

- Salir en hora de la oficina: Evitar extender el tiempo que se permanece en el área de trabajo. Para ello se propone, fijar una actividad o compromiso fuera que le obligue a dejar la oficina en hora.
- Cuidados en la salud: La intención es que la persona respete sus horarios de trabajo para así poder realizar otras actividades que le mantienen saludable como son el dormir la cantidad de horas necesarias, asistir al médico, practicar ejercicio, entre otras.
- Abandonar la presión: Se debe procurar ser menos exigente, si bien la exigencia personal es positiva, el exceso solo generará ansiedad, si se evita esta presión, no sólo reducirá el estrés, sino que también permitirá mejorar relaciones laborales.
- Hacer algo apasionante: Encontrar una actividad que no tenga nada que ver con el trabajo que se está desempeñando, es una de las mejores alternativas para reducir el estrés profesional. Esta clase de actividades no sólo proporciona un descanso de la rutina, sino que también impulsa la creatividad. Se debe procurar que sea una actividad de gusto personal.
- No temer a pedir ayuda: Se debe promover el aprendizaje no sólo a delegar tareas, sino también a pedir ayuda cuando la carga de trabajo es demasiada.

En general los países más industrializados promueven una competencia laboral constante, lo que también es un factor importante para que se presente el burnout, desde la educación por desgracia, se promueve más la competición entre los semejantes que la formación en competencias profesionales, incluso los

programas de enseñanza (formación en competencias) se han mal entendido, se ha degenerado en competir por quien tiene más competencias profesionales; esto es importante debido a que en la intervención psicológica a distancia se puede atender con mayor facilidad a un mayor número de personas únicamente por el fácil acceso que existe a las líneas telefónicas, en ocasiones esto promueve que dentro de las instituciones que brindan atención psicológica a distancia los operadores quieran atender un mayor número de personas en comparación con sus colegas, lo cual además de perjudicarles a la larga por el estrés acumulativo reduce de forma importante la calidad de la intervención ya que la prioridad no es realizar una intervención de calidad si no atender a un mayor número de personas.

En México, sucede lo mismo la exigencia es alta, más aun por la desigualdad económica que se ha generado. Una vez en el ámbito laboral las personas se saturan de trabajo hasta el punto en que se descuida la salud y se llega a padecer burnout; los desencadenantes del burnout son: cargas excesivas de trabajo en un tiempo insuficiente para realizarlo, falta de respaldo por parte de los superiores, inexistencia de retroalimentación positiva, percepción de inequidad, incompatibilidad de los valores personales con los de la empresa, falta de autonomía, entre otros.

Es muy importante que si se plantea formar psicólogos profesionales para atender casos donde se presenta ideación suicida, se tome en cuenta los riesgos profesionales que se pueden presentar después de la intervención pero también prevenir otros problemas comunes como los son los generados por la carga de trabajo o el ambiente laboral. Hay que mantener siempre en mente que durante la intervención psicológica la persona que se atiende llevará consigo las consecuencias de la intervención profesional, estas pueden ser positivas si el psicólogo que le atendió se ha formado adecuadamente y si se encuentra en un estado apto para realizar la intervención o negativas si la formación fue deficiente y el profesional no se encontraba en un estado óptimo para intervenir psicológicamente a otra persona.

Metodología

Justificación y planteamiento del problema

En México, el suicidio ha tenido una tendencia al incremento a lo largo de los años, en 1950 sus tasas oscilaban cerca de los 1.5 suicidios por cada 100 mil habitantes, para 2008 dichas tasas se habían multiplicado por tres y ya habían llegado a 4.8 suicidios por 100 mil habitantes. Durante el año 2008, se estimó que alrededor de cinco mil personas se suicidaron durante el año (INEGI, 2009). La información oficial referente a los intentos de suicidio sólo está disponible hasta el año 2005, en ese año, el INEGI registró 227 intentos de suicidio por su parte la OMS contabilizó 394 en el país durante 2007, lo cual equivale a un incremento de 57 por ciento en el número total de intentos de suicidio en un lapso de dos años.

Se ha encontrado que las mujeres mexicanas son más vulnerables a los deseos o pensamientos de muerte, a diferencia de lo que sucede con los hombres, no obstante los varones registran un porcentaje mayor en el número de suicidios consumados. Se ha identificado que por cada mujer que comete suicidio al menos 3 hombres también fallecen por esta causa (Hernández, 2011).

De acuerdo con el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) los suicidios son la consecuencia de diversos problemas como la ansiedad, depresión, estrés, soledad, desesperanza, exigencias sociales, sentimientos de culpa y rechazo. Desde el eje clínico, el malestar depresivo se ha identificado como el factor de riesgo más importante para la ideación suicida. El presente protocolo proveerá a los profesionales de la salud, una forma de intervención adecuada ante la problemática del suicidio además de afrontar esta problemática de salud en México.

El presente trabajo expone una propuesta de protocolo de intervención para personas que presentan ideación suicida y que solicitan apoyo psicológico mediante la vía telefónica; en el texto final se pretende describir de forma progresiva cómo responder como profesional de la salud ante estas circunstancias. Este protocolo estará principalmente enfocado a psicólogos del área clínica, cabe resaltar que el abordaje terapéutico utilizado será cognitivo-

conductual, por lo que desde la evaluación hasta las técnicas de intervención son desde éste enfoque y centrados en la práctica profesional de la intervención psicológica a distancia.

Objetivo general

Redactar un protocolo de intervención vía telefónica para personas con ideación suicida haciendo uso de el enfoque cognitivo-conductual.

Objetivos específicos

- 1.-Realizar una revisión teórica sobre el suicidio.
 - 1.1.-Revisar las definiciones tanto de ideación suicida cómo de conducta suicida.
- 2.-Explorar la situación actual del suicidio en México
- 3.-Redactar el protocolo de intervención
 - 3.1.-Establecer definiciones operacionales para el protocolo de intervención.
 - 3.2.-Redactar y describir el proceso de intervención.
- 4.- Evaluar la eficacia del protocolo mediante una aplicación piloto.

Método

Para obtener el producto final del presente trabajo el proceso constó de 2 fases:

Fase 1. Redacción del protocolo de intervención vía telefónica para personas con ideación suicida

Posterior a la revisión teórica se comenzó con la redacción del protocolo, durante este proceso la estructura del protocolo se obtuvo tratando de cubrir ciertos objetivos específicos propios de la intervención, estos objetivos son:

- A) Comprender e identificar lo que es la ideación suicida.
- B) Evaluar el nivel de riesgo de suicidio
 - 1.- Identificar los factores de riesgo y de protección del individuo.
 - 2.- Evaluar a la persona de forma exhaustiva sobre su estado actual.
 - 3.- Valorar el riesgo de suicidio.

- C) Comprender e identificar cómo se presenta la conducta suicida.
- D) Controlar el riesgo de suicidio
 - 1.-Establecer medidas de protección y control mediante la alianza terapéutica.
 - 2.-Explorar alternativas de solución ante la problemática o problemáticas que aquejan a la persona o que promueven los pensamientos suicidas.
 - 3.-Abrir la posibilidad al paciente de recibir atención presencial, mantener un control médico y medidas farmacológicas en caso de ser necesario.
 - 4.-Explorar el apoyo social.
- E) Realizar una intervención que reduzca el nivel de riesgo de suicidio apoyándose de diversas técnicas del enfoque cognitivo conductual cómo:
 - 1.- Comprender la realidad y normalizar.
 - 2.- Controlar la conducta suicida
 - 3.- Trabajar el ánimo depresivo
 - 4.- Trabajar la visión negativa del futuro
 - 5.- Explorar alternativas de solución
 - 6.- Trabajar la asertividad
 - 7.-Trabajar en la prevención de recaídas
- F) Plantear un seguimiento adecuado en función de los resultados de la primera sesión.
 - 1.- Evaluar estado de ánimo
 - 2.- Evaluar presencia de ideación suicida
 - 3.- Plantear la intervención según el nivel de riesgo de suicidio
 - 4.- Trabajar en la prevención de recaídas
- G) Concluir la intervención.

Fase 2. Evaluación del protocolo

Para poder emplear un protocolo en la intervención clínica es necesario que los datos que se obtienen a partir de su uso nos permitan estimar si cumple o no los objetivos que se plantea.

Objetivo

Evaluar la eficacia del Protocolo de intervención en crisis vía telefónica para personas con ideación suicida.

Hipótesis

La intervención con el Protocolo de intervención en crisis vía telefónica para personas con ideación suicida reduce el nivel de riesgo de suicidio.

Método de evaluación

Participantes

El protocolo fue utilizado en nueve pacientes mexicanos de la Ciudad de México (CDMX) que llamaron al Centro de Atención Psicológica a distancia de la Facultad de Psicología; de los cuales tres eran mujeres y seis hombre, su edad osciló entre los 25 y 42 años (media=33, DE= 16).

Diseño

Se realizó un diseño pre-experimental de un grupo con pretest- posttest.

Variables

Variable independiente: Intervención con Protocolo de intervención en crisis vía telefónica para personas con ideación suicida.

Variable dependiente: Nivel de riesgo de suicidio.

Los valores obtenidos fueron asignados de acuerdo a una escala ordinal:

- 0) Estado funcional: los pacientes no presentan ideación suicida, el estado de ánimo es normal, se pueden presentar dos o menos factores de riesgo.
- 1) Sin riesgo de suicidio: los pacientes no mostraron presencia de ideación suicida, el ánimo depresivo es bajo y presentan dos o menos factores de riesgo.
- 2) Riesgo de suicidio Bajo: los pacientes presentaban ideación suicidad sin método específico, ánimo depresivo bajo y al menos dos factores de riesgo.
- 3) Riesgo de suicidio Medio: los pacientes presentaron ideación suicida con método inespecífico, ánimo depresivo medio y de dos a cuatro factores de riesgo.

- 4) Riesgo de suicidio Alto: los pacientes presentaron ideación suicida con método específico no planificado, nivel depresivo medio y de cuatro a seis factores de riesgo.
- 5) Riesgo de suicidio Alarmante: los pacientes presentaron ideación suicida planificada, nivel depresivo alto y seis o más factores de riesgo.

Instrumento

Entrevista clínica. Incluyó los siguientes datos:

- a) Datos Personales: Nombre, Edad, Sexo, Nacionalidad, Estado donde vive actualmente y estado civil.
- b) Motivo de Consulta

c) Evaluación.- Posterior a conocer el motivo consulta se indagó en tres aspectos esenciales:

1. Presencia de trastornos psiquiátricos/psicológicos: Principalmente trastornos del estado de ánimo (depresión/ bipolaridad), trastornos de personalidad, consumo de sustancia (especialmente alcohol), antecedentes familiares psiquiátricos y niveles de ansiedad de la persona.

2.- Historia de autolesiones/ intentos suicidas previos: Se debe conocer si la persona se ha infligido daño (gravedad, frecuencia y tiempo), si ha presentado algún tipo de conducta suicida (gravedad, motivo, resultados, contexto).

3.-Presencia de Ideación suicida: El motivo de consulta expresado por la persona puede darnos pauta a realizar preguntas para explorar si hay presencia de ideación suicida, las preguntas que se realizaron fueron:

- ¿Qué ha intentado para resolver su situación? Explora en qué medida la persona opta por soluciones adaptativas.
- ¿En qué piensa respecto a su situación? Permite conocer si la persona encara el problema o lo evade, si tiene pensamientos negativos o positivos respecto al futuro
- ¿Alguna vez ha pensado en hacerse daño? Si responde que si, debemos conocer, que fue lo que hizo, cuando lo hizo, sus motivos y si ha vuelto a tener conductas autolesivas.

- ¿Ha considerado alguna vez el suicidio como solución? Una pregunta clave y directa que nos da pauta para preguntar más acerca de esta situación.

En este punto se procede a explorar la frecuencia e intensidad de la ideación suicida:

- ¿En una semana cuantos días piensa en el suicidio? Tener una idea de la frecuencia en un determinado lapso de tiempo es muy importante, sin embargo se puede optar por exagerar la frecuencia, para que el valor real expresado por la persona sea menor, lo cual le facilite el comentarlo.
- En una escala del 1-10 ¿qué tan intensos son estos pensamientos?, siendo 1 muy poca intensidad y 10 la intensidad más elevada. Lo que queremos conocer es que tan graves desde la perspectiva de la persona son sus pensamientos suicidas
- En una escala del 1-10 ¿qué tanto interfieren estos pensamientos en su vida diaria?, siendo 1 muy poco y 10 muchísimo. Tenemos que saber que tan intrusivos son las ideas de muerte en la vida de la persona; si la persona menciona un historial corto de presencia de ideaciones suicidas podríamos cuestionarle sobre cuántas veces en aquellos días, a lo largo de un día pensó en el suicidio.

Posteriormente se preguntó sobre el método que la persona ha considerado para suicidarse, a la par se profundiza sobre cómo es la ideación suicida para saber realmente qué tipo de ideación se está presentando, con preguntas como “¿Cuál o Cuáles serían las razones principales para considerar el suicidio?”.

Cuando se conocieron los motivos que llevan a la ideación suicida se aclaró en qué punto se encuentra con otras preguntas sobre el tiempo, “¿Qué día ha considerado elegir para suicidarse?” y el lugar, “¿Dónde ha pensado llevar a cabo su suicidio?”.

Con las respuestas obtenidas se ubicó a la persona dentro de alguno de los siguientes criterios:

- 1) Idea suicida sin método específico: La persona tiene deseos de auto eliminarse, pero desconoce el método por cual logrará su objetivo.
- 2) Idea suicida con método inespecífico o indeterminado: La persona expone sus deseos de morir y ha considerado distintas opciones para consumir sus deseos, sin embargo no ha elegido una.
- 3) Idea suicida con método específico no planificado: La persona desea de manera imperiosa suicidarse y ha elegido la forma en que lo llevará a cabo, pero no ha concluido el momento en que lo realizará.
- 4) Plan suicida o idea suicida planificada: La persona ha elegido el método en que se suicidará, además de haber contemplado el lugar, el momento e incluso el tiempo que le tomará hacerlo.

Se evaluaron los factores de riesgo presentes en la persona, mediante una lista de cotejo en la que solo se señala presencia/ausencia (véase Cuadro 1 Factores de riesgo, pp 50)

Se evalúa el nivel del ánimo depresivo, preguntando por la intensidad de los síntomas (Véase Cuadro 3 Gravedad de los síntomas depresivos, pp 56).

La presencia e intensidad de los síntomas depresivos permite conocer el nivel del ánimo depresivo de la persona.

d) Se evaluó el nivel de riesgo de suicidio: Una vez que se conocen los factores de riesgo presentes, el nivel de ideación suicida y el ánimo depresivo de la persona se conoce el nivel de riesgo de suicidio que se presenta.

Los valores obtenidos fueron asignados de acuerdo a una escala ordinal según el siguiente criterio:

- 0) Estado funcional: los pacientes no presentan ideación suicida, el estado de ánimo es normal, se pueden presentar dos o menos factores de riesgo.
- 1) Sin riesgo de suicidio: los pacientes no mostraron presencia de ideación suicida, el ánimo depresivo es bajo y presentan dos o menos factores de riesgo .
- 2) Riesgo de suicidio Bajo: los pacientes presentaban ideación suicida sin método específico, ánimo depresivo bajo y al menos dos factores de riesgo.

- 3) Riesgo de suicidio Medio: los pacientes presentaron ideación suicida con método inespecífico, ánimo depresivo medio y de dos a cuatro factores de riesgo.
- 4) Riesgo de suicidio Alto: los pacientes presentaron ideación suicida con método específico no planificado, nivel depresivo medio y de cuatro a seis factores de riesgo.
- 5) Riesgo de suicidio Alarmante: los pacientes presentaron ideación suicida planificada, nivel depresivo alto y seis o más factores de riesgo.

Procedimiento de intervención

Para realizar la intervención con el Protocolo de intervención en crisis vía telefónica para personas con ideación suicida, se realizó un proceso compuesto por cinco fases; una primera fase de contacto y selección de pacientes, en la que se recibió la llamada de los pacientes en el Centro de Atención Psicológica a distancia de la UNAM, una segunda fase de evaluación, donde se evaluó sus factores de riesgo, nivel de ideación suicida y nivel de ánimo depresivo para conocer su nivel de riesgo de suicidio, una tercera fase de intervención durante la cual se brindó atención psicológica mediante el uso del Protocolo de intervención en crisis vía telefónica para personas con ideación suicida, una cuarta fase de seguimiento que tuvo una duración de ocho sesiones y una quinta fase de reevaluación del nivel de riesgo de suicidio

Fase 1: Contacto y selección de pacientes

Las personas que llamaron al Centro de Atención Psicológica a distancia de la Facultad de Psicología, se les solicitó sus datos personales y se les preguntó por el motivo de consulta que los condujo a solicitar atención psicológica.

El motivo de consulta es el filtro para la selección de los pacientes a los que se iban a intervenir con el Protocolo de intervención en crisis vía telefónica para personas con ideación suicida, ya que solo los que referían tener una problemática que los conducía a considerar el suicidio, o que de forma directa señalaban que tenían deseos de suicidarse fueron considerados para aplicar en ellos el Protocolo

para personas que presentan ideación suicida. Cabe señalar que si algún otro paciente hubiese señalado un motivo de consulta diferente pero a lo largo de su intervención mencionara que estaba teniendo pensamientos de muerte o referentes al suicidio se hubiese abordado una intervención con el Protocolo para personas que presentan ideación suicida.

Fase 2: Evaluación

Se evaluaron los factores de riesgo presentes en la persona, su nivel de ideación suicida y el nivel de ánimo depresivo para conocer su nivel de riesgo de suicidio, una vez conociendo el nivel de riesgo de suicidio, se planteó una intervención haciendo uso del Protocolo de intervención en crisis vía telefónica para personas con ideación suicida.

Fase 3: Intervención

Una vez que se conoció el riesgo de suicidio la intervención vía telefónica tuvo una duración aproximada de 50 minutos, según el nivel de riesgo de suicidio detectado la intervención procedió de acuerdo a lo planteado en el capítulo 4 en el apartado “Guía para responder: Control de riesgo del suicidio”.

Fase 4: Seguimiento

Cada sesión se evaluó el nivel de riesgo de suicidio presente en la persona, en función de lo obtenido se planteó una intervención haciendo uso del Protocolo de intervención en crisis vía telefónica para personas con ideación suicida.

Fase 5: Reevaluación

Se evaluaron los factores de riesgo presentes en la persona, su nivel de ideación suicida y el nivel de ánimo depresivo para conocer el nivel de riesgo de suicidio de los pacientes tras la intervención con el Protocolo de intervención en crisis vía telefónica para personas con ideación suicida.

Resultados

Fase 1. Redacción del protocolo de intervención vía telefónica para personas con ideación suicida.

El protocolo final se puede revisar en el anexo 1.

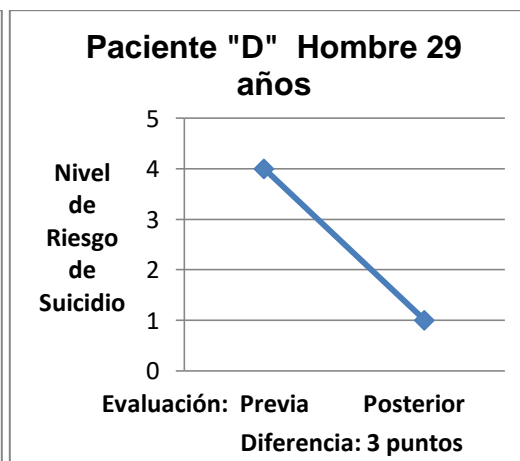
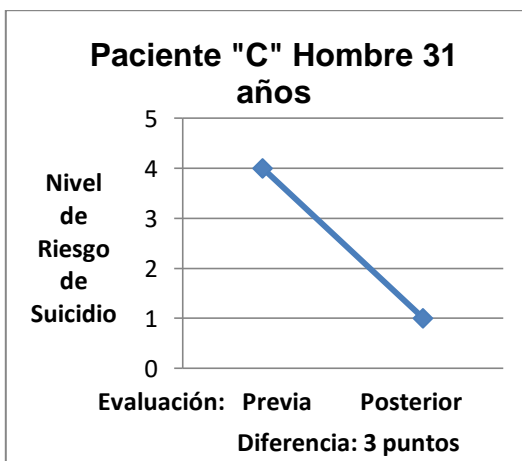
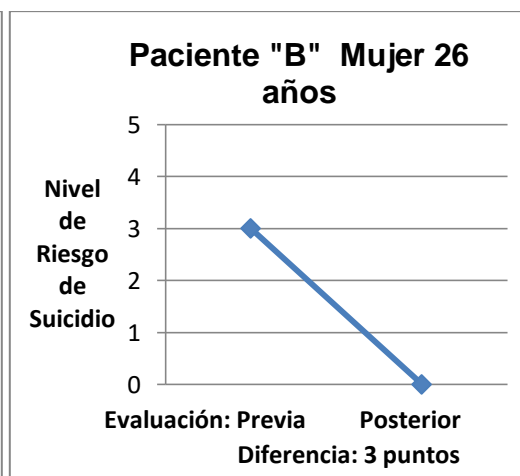
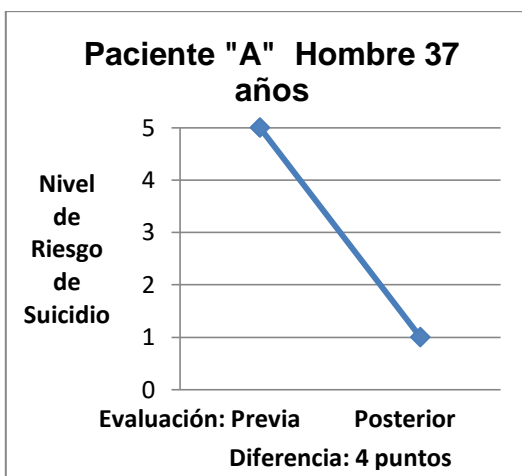
Fase 2. Evaluación del protocolo de intervención.

La media de los puntajes obtenidos en las evaluación previa fue de 4.1 y una DE=2.19 mientras que la media de los puntajes obtenidos en la evaluación posterior fue de 0.77 con una DE=1.24. El promedio de las diferencias fue de 3.33 puntos

Se realizó la prueba t de Wilcoxon con ayuda del programa "Statistical Package for the Social Sciences" (SPSS) versión 19, con el propósito de determinar de si las diferencias obtenidas muestran un cambio clínicamente significativo; se obtuvo el resultado: $Z=-2.714$, $p=.007$

Se encontró que las diferencias resultantes son muestra de un cambio estadísticamente significativo.

A continuación se muestra una gráfica para cada uno de los pacientes de acuerdo a los datos obtenidos:



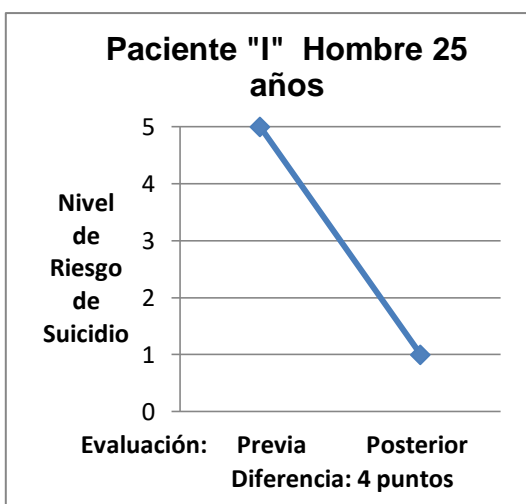
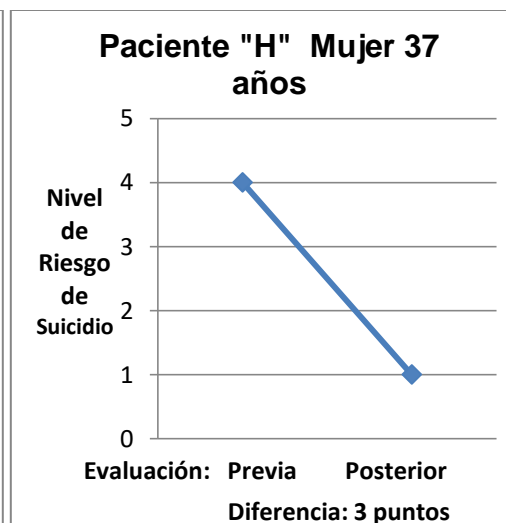
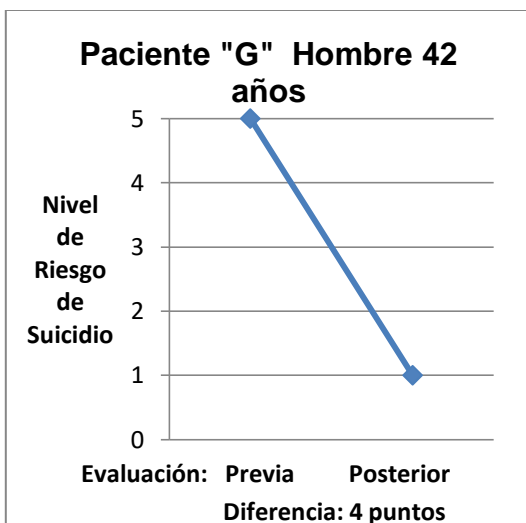
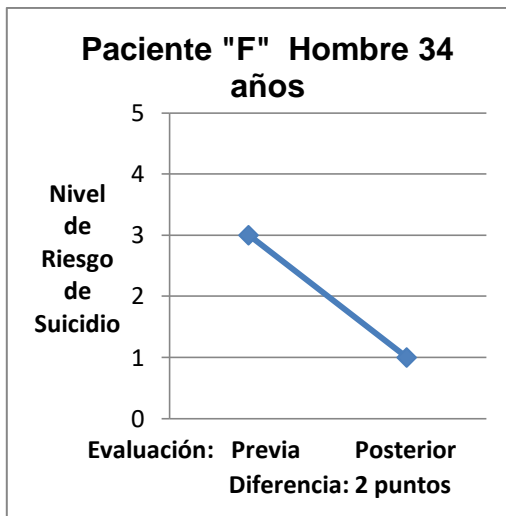
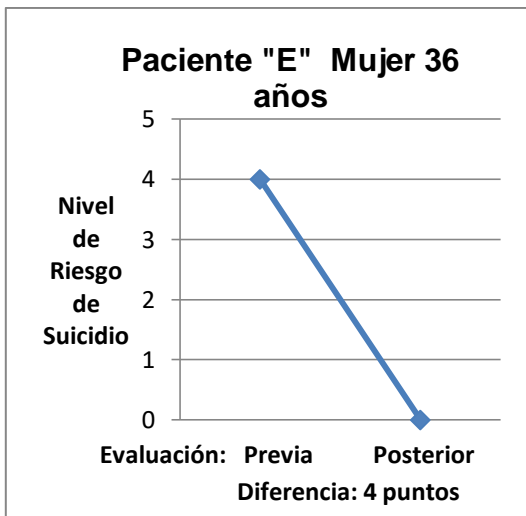


Figura 4. Gráficas de la evaluación previa y posterior a la intervención con el Protocolo de intervención en crisis para personas con ideación suicida.

Discusión

Como se manifiesta con anterioridad, existe una reducción en el nivel de riesgo de suicidio posterior a la intervención con el Protocolo de intervención en crisis para personas con ideación suicida, por lo que se puede expresar, se ha comprobado la hipótesis planteada *La intervención con el Protocolo de intervención en crisis vía telefónica para personas con ideación suicida reduce el nivel de riesgo de suicidio*. Se considera que lo que ha permitido un cambio estadísticamente significativo es que el protocolo trabaja de forma directa con los componentes del nivel de riesgo de suicidio, estos son principalmente la ideación suicida y el ánimo depresivo; para poder trabajar dichos componentes se plantea una evaluación que permite establecer rangos en ambos componentes, misma que indaga en frecuencia e intensidad permitiendo así, al momento de plantear una intervención psicológica, enfocarse en los aspectos más relevantes durante un mayor tiempo; los seguimientos que continúan teniendo una evaluación inicial y una intervención adaptada a lo obtenido, terminan por ofrecer una atención con resultados favorables para los pacientes. Por otra parte algunos factores de riesgo presentes en los pacientes, como son previos intentos de suicidio, historial de autolesiones, presencia de enfermedades crónicas, experiencias traumáticas y desestabilización familiar no se pueden eliminar de la historia de vida de la persona, lo que provoca que se mantengan en un cierto nivel de riesgo, esto ya se ha considerado y no afecta en el puntaje obtenido tras la evaluación del nivel de riesgo de suicidio.

La intervención realizada tuvo una duración de ocho sesiones debido a que los lineamientos en el reglamento del Centro de Atención Psicológica a distancia de la Facultad de Psicología así lo plantean, para atender la alta demanda de atención psicológica. Este límite en las sesiones es lo que ocasiona que algunos pacientes no trabajen todos los factores de riesgo que presentan como pueden ser las adicciones, el alcoholismo, la desesperanza, aislamiento y duelo. En otros casos el ánimo depresivo se ha reducido pero continua en un nivel bajo. Es importante señalar lo anterior porque, observando los datos obtenidos, es

muy probable que si se continúa la intervención con el protocolo durante más sesiones, los resultados sean aún mejores.

Los resultados obtenidos son compatibles con los trabajos de investigación de Labelle, Pouliot y Janelle (2015), que hablan sobre la efectividad de los tratamientos basados en la Terapia Cognitivo Conductual, para reducir la ideación suicida y la conducta de autolesiones.

Otros autores como Carpintero, y otros (2011), Calati y Courtet (2016), exponen que los tratamientos que utilizan un enfoque Cognitivo Conductual son más efectivos en personas mayores, en comparación con las personas más jóvenes, respecto a esto, los resultados obtenidos no permiten comprobar esta información; sin embargo al tener estos antecedentes nos permite tener la consideración en futuras intervenciones para prestar atención en si realmente existen diferencias en la eficacia del tratamiento según la edad.

De momento se expone que el protocolo resulta eficaz al trabajar con pacientes mexicanos de la CDMX, queda abierta la posibilidad de cuestionarnos sobre que tan eficaz sería el protocolo con una población de diferente estado e incluso nacionalidad, para ello será necesario realizar un diseño experimental que permita realizar un análisis extenso.

Conclusiones

El presente protocolo se ha realizado con base en la experiencia en el Centro de Atención Psicológica a Distancia de la Facultad de Psicología de la UNAM, la estructura del mismo y las forma de intervención se plantearon luego de obtener resultados positivos utilizando una intervención copia fiel de lo planteado a lo largo del capítulo cuatro; la intervención general que era utilizada por igual en todos los casos dejaba expuestas algunas deficiencias presentes en el Centro de Atención Psicológica a Distancia, como la necesidad de una capacitación adecuada para el manejo de casos en los que exista riesgo de suicidio, lo cual llevo a la revisión teórica sobre cómo abordar los casos de personas que presentaban ideación suicida, posteriormente se planteó una intervención que además de permitir un control en cuanto al riesgo de suicidio trabajara de forma eficaz la ideación suicida y redujera las posibles recaídas, el producto final resultó en el protocolo que se ha expuesto con anterioridad.

Tras construir y utilizar el protocolo se obtuvieron las siguientes conclusiones:

1. La mayoría de los centros o instituciones que realizan intervención psicológica a distancia en México no cuentan con protocolos de intervención para el control de riesgo del suicidio y el manejo adecuado de la ideación suicida.
2. Se descubrió que no existen en las instituciones y centros de atención psicológica a distancia capacitaciones enfocadas a la intervención de la ideación suicida mediante la vía telefónica.
3. Solo mediante la práctica de la intervención a distancia de casos donde exista ideación suicida se pueden obtener resultados que dejen de manifiesto si la intervención que se plantea es o no eficaz y adecuada.
4. La salud física y psicológica del profesional de la salud que realiza intervención psicológica a distancia o presencial, influye ampliamente en la calidad de la intervención, por lo que es indispensable que las instituciones y centros cuente con especialistas en el manejo de la carga emocional generada tras la intervención psicológica, a la par contar con estrategias y

espacios adecuados para tratar otros problemas (estrés, burnout, etc.) que pueden padecer los psicólogos que realizan la intervención.

5. Debido a que el suicidio es un problema de salud pública, es de vital importancia continuar con la construcción y evaluación de protocolos de intervención que permitan un manejo adecuado de la ideación suicida, que incluyan estrategias para el control ante el riesgo de suicidio.
6. La Terapia Cognitivo Conductual es un mecanismo eficaz para reducir tanto la ideación suicida como el nivel de riesgo de suicidio.

Luego de obtener estas conclusiones, se pueden evaluar los alcances y limitaciones que tiene el protocolo realizado.

Alcances

El presente protocolo cubre la necesidad de proporcionar a los centros e instituciones que realizan intervención psicológica a distancia, una forma eficaz para atender llamadas de personas que presenten ideación suicida mediante un enfoque cognitivo-conductual. Aporta conocimientos, herramientas, estructura y técnicas específicas para realizar una intervención ante el riesgo de suicidio y la presencia de ideación suicida.

El protocolo brinda diversas opciones para responder considerando las posibles situaciones más comunes que se pueden presentar durante las llamadas donde existe la presencia de ideación suicida.

El presente trabajo atiende también a un llamado de salud pública no solo de México, si no del mundo, aporta una forma de intervención ante el riesgo de suicidio y el manejo de la ideación suicida, que como se revisó durante el capitulo ha ido en aumento y representa un problema de salud pública en la sociedad actual.

Al estar redactado en español tiene un alcance inicial para utilizarse en todos los países de habla hispana; por supuesto en cada país se presentarán características particulares de la población, las cuales hay que tener en consideración para obtener mejores resultados.

Queda abierta la posibilidad de plantear un diseño experimental, de comparación con 2 grupos, un grupo experimental donde se intervenga a personas que presentan ideación suicida con el protocolo propuesto y un grupo control en el que se utilice otro tipo de tratamiento, en ambos casos se realizarían evaluaciones previas y posteriores para comparar las diferencias que existen según el tratamiento.

Limitaciones

Las limitaciones del protocolo comienzan por el enfoque terapéutico del que hace uso, mismo que debe conocerse para hacer un mejor uso del protocolo, el modelo cognitivo-conductual es la base teórica clínica que conduce la intervención.

Otra limitación es que el protocolo está enfocado en la población mexicana, principalmente adolescentes y adultos, además de ello está sujeto a las condiciones sociales, económicas y políticas del país. La intervención final considerará a un individuo mexicano, de clase económica media-baja, sujeto a los problemas propios del país y a las complicaciones que son o pudiesen ser las principales causas que llevan a un individuo a considerar el suicidio como solución final a sus problemas.

Una limitación más es que el protocolo está pensado para ser utilizado en primera instancia por el Centro de Atención psicológica a distancia de la Facultad de Psicología de la UNAM, por lo cual su aplicación está perfectamente acoplado a la intervención propia manejada dentro de esta institución, lo cual provoca que en un segundo momento posiblemente se requiera realizar pequeñas modificaciones para adecuar el protocolo a la forma de llevar la intervención en otros centros de atención psicológica a distancia, de igual forma si la intervención a distancia no es telefónica si no que utiliza otros medio como puede ser la videollamada, requerirá de forma estricta adaptar la intervención descrita por el protocolo para conseguir resultados óptimos.

Toro (2013), señala que la intervención a la conducta suicida, haciendo uso de la Terapia Cognitivo Conductual, es más efectiva si se aborda con grupos pequeños; sin embargo sería muy difícil realizar una intervención grupal mediante

la vía telefónica, lo cual nos deja abierta la posibilidad de en caso de buscar corroborar esta información se debería utilizar otro medio de comunicación, como puede ser la videollamada o bien adaptar el protocolo para la intervención grupal.

Por último cabe mencionar que existen otras limitaciones propias del personal que puede utilizar el protocolo; es posible que exista una resistencia a utilizar el protocolo en los profesionales que brindan atención psicológica a distancia, por lo que implica el modificar su intervención, más si esta utiliza otro enfoque terapéutico o simplemente por negarse a la posibilidad de atender casos donde se presente al ideación suicida.

Referencias bibliográficas

- Álvarez, J. (2012). *Manual de intervención en crisis en casos de desastres*. Tesis de Maestría. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Bancroft, J., & Marsack, P. (1977). *La repetitividad del autoenvenenamiento y las autolesiones*. Oxford, Inglaterra: Brit. Psychiatric
- Benveniste A. (2000). *Intervención en crisis después de grandes desastres*. Trópicos. Revista de Psicoanálisis; 1(1): 137-48.
- Bobes & et al. (2004). *Comportamientos suicidas. Prevención y tratamiento*, Barcelona, Ars Medica.
- Borges, G., Rosovsky, H., Gómez, C., & Gutiérrez, R. (1996) *Epidemiología del suicidio en México de 1970 a 1994*. Salud Publica México 38:197-206.
- Buendía, J. (2004). *El suicidio en adolescentes*. Murcia, Universidad de Murcia, Servicio de publicaciones.
- Brown, G.K., Jeglinc, E., Henriques, G., & Beck, A. (2008). *Terapia cognitiva, cognición y comportamiento suicida*. En Thomas E. Ellis (Dir.), *Cognición y suicidio. Teoría, investigación y terapia* (pp. 51-72), México: Manual Moderno.
- Durkheim, E. (1989). *El suicidio*. Madrid, Akal.
- Durkheim, E. (1995). *El Suicidio*. México. D.F., Ediciones Coyoacán S.A. de C.V.
- Ellis, T. (2008). *Cognición y suicidio. Teoría, investigación y terapia*, México, Manual moderno.
- Farberow, N. (1969). *Necesito Ayuda: un estudio sobre el suicidio y su prevención*. México: La Prensa Médica Mexicana.
- Fundación Salud Mental España. (2014). *Suicidios. Manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida*, Madrid, Fundación Salud Mental España
- Hernández, H., & Flores, R. (2011). *El Suicidio en México*, Toluca, México.
- INEGI. (2009). *Estadísticas de suicidios en los Estados Unidos Mexicanos 2008*, publicación anual tomado de <http://www.inegi.org.mx>.
- Jiménez, J., Martín, S., Pacheco, T., Pérez-Iñigo, J.L., Robles, J.L., Santiago, P., & Torras, A. (2012). *Detección y prevención de la Conducta suicida en personas con una enfermedad mental. Guía para familiares*. Madrid, España.
- Jiménez, R., & Téllez, A. (2013). *El Suicidio y su tendencia social en México*, México: Papeles de Población.
- Labelle, R., Pouliot, L., & Janelle, A. (2015). *Una revisión sistemática y metanálisis de tratamientos cognitivo-conductuales para conductas suicidas y de autolesión en adolescentes*. Psicología canadiense, 368-378.
- Lazarus R.S, Folkman, S. (1984). *Estrés, evaluación y afrontamiento*. Springer Publishing Company.
- Lima, A., Juárez, G., Arias, G. (2012). *Un estudio exploratorio sobre los estresores laborales de los conductores de transporte público colectivo en el Estado de Morelos. En agotamiento profesional y estrés hallazgos desde México y otros países latinoamericanos*. México: Porrúa

- Maslach, C. & Jackson, S.E. (1981). *Inventario de Burnout de Maslach*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Martín, B. (2007). *Manual sobre perspectiva psicosocial en la investigación de derechos humanos*. España: Heoga
- Medina, S. (2014). *Manual de prevención, intervención y post intervención de la conducta suicida*, Madrid: Fundación salud mental España, para la prevención de trastornos mentales y el suicidio.
- OMS. (2005) Suicide prevention, recuperado de http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/ México.
- OMS. (2017). *Infografía de la OMS sobre el suicidio*, tomado de: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/suicide-infographic-es.pdf?ua=1
- Palmer, S. (comp.) (2007). *Suicidio: estrategias e invenciones para la reducción y la prevención* New York: Ed. Routledge
- Pérez, S. (1999). *El suicidio, Comportamiento y Prevención*. Revista Cubana de Medicina General Integral, 15 (2), 196-217.
- Quintanar, F. (2007). *Comportamiento suicida*. D.F., México: Pax México, Librería Carlos Cesarman.
- Real Academia Española, (2014). *Diccionario de la lengua española*, (23.^a Ed). Madrid, España.
- Rocamora, A. (2012). *Intervención en crisis en las conductas suicidas*. Madrid, España: Editorial Desclee de Brouwer.
- Rojas, E. (1986). *Estudios sobre el suicidio*. Madrid: SALVAT
- Silva, A. (2003). *Conducta antisocial: un enfoque psicológico*. D.F., México: Pax México, Librería Carlos Cesarman.
- SINAIS, (2010). *Sistema Nacional de Información en Salud, Bases de datos*. Secretaría de Salud, disponible en <http://www.sinais.salud.gob.mx>, México.
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2007). *Código ético del psicólogo*, (4ta. Ed). México: Trillas
- Slaikeu, K.A. (1996). *Intervención en crisis: Manual para la práctica e investigación*. (2da edición). México: Manual Moderno
- Slaikeu, K. A. (2012). *Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación*, México, Manual Moderno.
- Stewart, W. (2000). *Serie Bioética: Suicidio y eutanasia*. Michigan, EUA: PORTAVOZ.
- Wainrib, B. & Bloch, E. (2001). *Intervención en crisis y respuesta al trauma: teoría y práctica*. Bilbao: Desclee de Brouwer
- Williams J.M.G, Pollock L. (2001). *Aspectos psicológicos del proceso suicida*. En: *Entendiendo el Comportamiento Suicida: El Enfoque del Proceso Suicida para la Investigación, el Tratamiento y la Prevención*. West Sussex, England: Wiley.

Anexos

1. Protocolo de intervención en crisis vía telefónica para personas con ideación suicida.



Protocolo de intervención en crisis vía telefónica para personas con ideación suicida.

**Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de psicología**

Autor: Martínez Ruvalcaba Augusto

Director: Dr. Jorge Rogelio Pérez Espinosa

Revisores: Dra. Paulina Arenas Landgrave

Dra. Ana Celia Chapa Romero

Dra. María Cristina Pérez Agüero

Mtro. Jorge Álvarez Martínez

Índice

Introducción y objetivo general	62
Objetivos específicos	63
La ideación suicida	64
Comprensión del pensamiento suicida	65
Estrategia de control ante el riesgo de suicidio	67
Evaluar a la persona de forma exhaustiva sobre su estado actual.....	70
Valorar el riesgo de suicidio.....	76
Comprensión de la conducta suicida	77
Guía para responder: Control del riesgo de suicidio	78
Habilidades para la intervención ante el riesgo de suicidio.....	81
Intervención para reducir el nivel de riesgo de suicidio	83
Listado de objetivos y técnicas.....	83
Plantear un seguimiento adecuado en función de los resultados de la primera sesión	92
Complicaciones durante la intervención y sugerencias.....	92
Sobre el seguimiento: aspectos posteriores a la intervención.....	93
Concluir intervención	95
Observaciones finales.....	95
Referencias	97

Protocolo de intervención en crisis vía telefónica para personas con ideación suicida.

“El pensamiento de suicidio es un poderoso medio de consuelo, con él, se logra soportar más de una mala noche...” -Friedrich Nietzsche

Introducción

El presente documento es un protocolo de intervención para personas que presentan ideación suicida y que solicitan apoyo psicológico mediante la vía telefónica; en este texto se describe de forma progresiva cómo responder como profesional de la salud ante estas circunstancias. Este protocolo está principalmente enfocado a psicólogos del área clínica, cabe resaltar que el abordaje terapéutico utilizado es cognitivo-conductual, por lo que desde la evaluación hasta las técnicas de intervención son desde este enfoque y centrados en la práctica profesional de la intervención psicológica a distancia.

Este protocolo tiene como base de intervención la forma de acción profesional utilizada en el Centro de Atención Psicológica a Distancia de la Facultad de Psicología de la UNAM, además de apoyarse en una bibliografía extensa sobre la teoría y práctica que tiene como tópico principal el manejo de la ideación y conducta suicida. Este protocolo pretende apoyar a los profesionales de la salud que realicen intervención a distancia de pacientes que presenten ideación suicida, sin embargo aunque se presenta una guía estructurada sobre cómo sobrellevar este tipo de casos no debe verse este protocolo como un modelo infalible o único sobre la intervención, ya que cada persona que solicite la ayuda presentará características muy particulares por lo cual la intervención final deberá adaptarse a las exigencias de cada situación, debe no perderse de vista que lo expuesto en las siguiente trabajo es un apoyo a forma de esquema general.

Objetivo general

Reducir el nivel de riesgo de suicidio en usuarios a quienes se brinda atención psicológica a distancia haciendo uso de un enfoque cognitivo-conductual.

Objetivos específicos

- A) Comprender e identificar lo que es la ideación suicida.
- B) Evaluar el nivel de riesgo de suicidio
 - 1.- Identificar los factores de riesgo y de protección del individuo.
 - 2.- Evaluar a la persona de forma exhaustiva sobre su estado actual.
 - 3.- Valorar el riesgo de suicidio.
- C) Comprender e identificar cómo se presenta la conducta suicida.
- D) Controlar el riesgo de suicidio
 - 1.-Establecer medidas de protección y control mediante la alianza terapéutica.
 - 2.-Explorar alternativas de solución ante la problemática o problemáticas que aquejan a la persona o que promueven los pensamientos suicidas.
 - 3.-Abrir la posibilidad al paciente de recibir atención presencial, mantener un control médico y medidas farmacológicas en caso de ser necesario.
 - 4.-Explorar el apoyo social.
- E) Realizar una intervención que reduzca el nivel de riesgo de suicidio apoyándose de diversas técnicas del enfoque cognitivo conductual cómo:
 - 1.- Comprender la realidad y normalizar.
 - 2.- Controlar la conducta suicida
 - 3.- Trabajar el ánimo depresivo
 - 4.- Trabajar la visión negativa del futuro
 - 5.- Explorar alternativas de solución
 - 6.- Trabajar la asertividad
 - 7.-Trabajar en la prevención de recaídas
- F) Plantear un seguimiento adecuado en función de los resultados de la primera sesión.
 - 1.- Evaluar estado de ánimo
 - 2.- Evaluar presencia de ideación suicida
 - 3.- Plantear la intervención según el nivel de riesgo de suicidio
 - 4.- Trabajar en la prevención de recaídas
- G) Concluir la intervención.

La ideación suicida

La persona que esté pasando por una crisis puede llegar a contemplar el suicidio como una solución real a sus problemas, si bien aún no se ha producido un daño físico contra sí mismo. No existe aún una idea clara ni de cómo ni de cuando, pero entre las alternativas que puede tener para solucionar su situación problemática suicidio resalta como la única o más viable.

La ideación suicida se define como la “aparición de pensamientos cuyo contenido está relacionado con terminar con la propia existencia”. En esta definición se incluyen aquellos pensamientos que aluden a la falta de valor de la propia vida, deseos de muerte, fantasías de suicidio y planificación de un acto letal. Este término conviene diferenciarlo de la propia conceptualización del suicidio o acto autolesivo que resulta en muerte, así como del intento de suicidio que supone la tentativa de autoeliminación o autolesión intencionada sin resultado de muerte (De la Torre, 2013).

Dentro del enfoque cognitivo-conductual se considera que antes de que se presente la conducta suicida a esta le antecederá la ideación suicida, en este punto es importante decir que durante la práctica no todos los pacientes que llamen y soliciten ayuda, expresan que su motivo de consulta es “tengo pensamientos suicidas” algunos de ellos lo pueden verbalizar de otras formas, por ello es importante estar alerta ante las diversas señales de alerta que puede manifestar durante la llamada:

1.- Expresa abiertamente pensamientos referentes a la muerte o a que está visualizando el suicidio como una solución: Puede que la persona diga cosas como “ya sé que mi vida terminará pronto”, “estaría mejor muerto”, “ya no quiero seguir sufriendo esto”, “no quiero ser un estorbo (o carga) para los demás”, “la vida ya no tiene sentido”, “ya no quiero seguir viviendo”, “deseo terminar con esto ya”, “esto nunca se va a solucionar”, etc. Como apoyo puedes pensar en la triada cognitiva negativa de Beck sobre los pensamientos depresivos que corresponden a una visión negativa que tiene la persona sobre sí misma, el futuro y el mundo.

2.- Comenta que piensa en el suicidio de forma recurrente, que no puede dejar de considerarle. Es importante separar si visualiza el suicidio como una

solución a su situación actual o si lo comenta como que tiene el miedo a llevar a cabo un acto suicida.

3.- Dice que le ha expresado a otras personas su deseo de muerte. O de otra forma que lo ha utilizado como chantaje o amenaza.

4.- Describe que ha preparado cosas por si muriera. Que ha recurrido a despedirse, arreglar cuestiones legales, deshacerse de sus cosas, hacer su testamento.

5.- Expresa sentimientos de soledad, aislamiento o dice que no puede resistir más y que no visualiza formas de solución. Dentro de los síntomas cognitivos se presentan la impotencia, indefensión, tristeza y desesperanza.

6.- Describe que ha perdido el gusto o interés por las cosas, por el trabajo, la familia, las aficiones, amigos, la apariencia, la salud, entre otras.

7.- Comenta cambios en su conducta, como estar más irritable, mayor consumo de sustancias alcohólicas, o drogas, cambios en el estado de ánimo exagerados.

8.- Manifiesta que se ha autolesionado, ya sea de forma leve, moderada o grave.

Es posible que durante la entrevista inicial la persona que solicita la ayuda niegue que ha tenido pensamientos de muerte o en otras circunstancias que esté tan ajeno a sus propias ideas que no se percate de aquellas ideas suicidas, por ello es muy importante que el profesional de la salud explore si hay presencia de las mismas y si la persona es consciente de ello.

A) Comprensión del pensamiento suicida

Las causas de la ideación suicida son diversas, por ello explorarlas es un aspecto importante durante la entrevista, para apoyarte puedes hacer una exploración sobre los aspectos básicos de la persona, cogniciones, emociones, conductas, estado de salud, estado actual con su familia, amigos, pareja, estado actual en su casa, trabajo, escuela.

Hay que resaltar que cada ámbito que se explore de la persona debe ser valorado de forma independiente y darle el peso adecuado al momento de analizar

el porqué se ha generado la ideación suicida. En la actualidad no hay teoría que pueda explicar la génesis de la ideación suicida debido a que esta depende en gran parte por características individuales, por ejemplo las cualidades y particularidades de las personas pueden ser condiciones y factores que estén promoviendo o reduciendo la presencia de pensamientos suicidas.

Desde el enfoque clínico psicológico cognitivo-conductual se pueden señalar aspectos importantes que influyen en la aparición y desarrollo de la ideación y conducta suicida. Uno de ellos es la ya conocida tríada cognitiva depresiva de Aaron Beck que consiste en tres patrones principales que inducen al paciente a considerarse a si mismo, a su futuro y a sus experiencias de un modo idiosincrático. El primer componente de la tríada se centra en la visión negativa del paciente acerca de si mismo. El paciente piensa que es inútil y carece de valor. El segundo componente se centra en la tendencia a interpretar sus experiencias de una manera negativa. El paciente claramente interpreta sus interacciones con el mundo externo y con su mundo interno en términos de derrota o frustración. El tercer componente se centra en la visión negativa del futuro. La persona espera del futuro frustraciones, privaciones y penas interminables. Sus expectativas son de fracaso ante el futuro inmediato, o lejano.

Si a un proceso cognitivo disfuncional como este le sumas, emociones y comportamientos que no sean funcionales, la persona tiene altas probabilidades de caer en un estado de desesperanza en el cual es más fácil que considere el suicidio como una solución a sus problemas. Supongamos que una persona debe afrontar una crisis, en ese momento si la persona no logra una resolución adecuada surge la frustración, se pueden expresar conductas de huida o de solicitar apoyo, sin embargo cuando la persona no puede aliviar la crisis porque no tiene los recursos o no puede recibir ayuda, los pensamientos disfuncionales irán en aumento, la falta de recursos promoverá los sentimientos de indefensión y todo en conjunto puede promover la ideación suicida y futura conducta suicida.

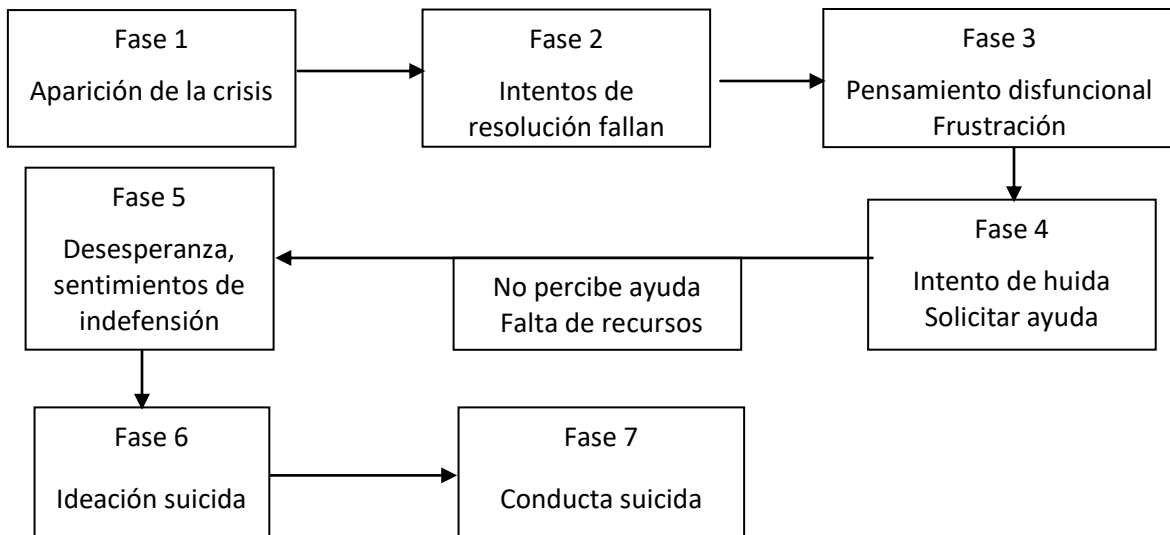


Figura 1. Modelo de aparición de la ideación suicida Martínez A. (basado en Williams & Pollock, 2001)

Considerando lo anterior el presente protocolo buscará una intervención enfocada primero en lo cognitivo, para modificar los pensamientos negativos y así generar nuevas ideas que permitan una resolución satisfactoria, posteriormente la ganancia de estabilidad y el trabajo en habilidades concluirían lo que se prevé como un tratamiento efectivo.

B) Estrategia de control ante el riesgo de suicidio

Evaluación del riesgo: es esencial hacer una correcta evaluación sobre la cognición de la persona más cuando se sospecha riesgo de autolesión o riesgo de suicidio, hay que tener presente que la evaluación oportuna y adecuada nos permitirá tener presente en qué grado la persona se acerca a la conducta suicida es decir que vaya más allá de la ideación suicida.

Es importante mencionar aspectos relevantes en este punto, esto con el fin de combatir algunos mitos que pueden existir respecto al suicidio; a veces se piensa que las personas que tienen ideación suicida quieren morir, esto es más una justificación de la muerte para cuando la persona ya ha cometido un acto letal, pero las personas que se encuentran teniendo pensamientos suicidas en su mayoría se encuentran en una ambivalencia sobre si vale la pena intentar vivir y seguir en su misma situación o si es mejor morir porque no se visualizan cambios

ni apoyo. Esto nos lleva a comentar que muchas personas creen que solo las personas que han tenido problemas muy graves se suicidan, pero el suicidio es multicausal y debemos recordar que la percepción que se tiene ante una crisis es individual por lo que puede que aunque para nosotros algo parezca un problema pequeño para otras personas puede significar algo intolerable.

Por otra parte hay que mencionar los mitos respecto al hablar sobre el suicidio, se dice que las personas que hablan de sus pensamientos suicidas no cometen suicidio y esto es falso hay que prestar mucha atención a lo siguiente, las estadísticas exponen que 9 de cada 10 personas que hablan sobre sus ideas suicidas terminan por llevar acabo conductas suicidas, por eso como profesionales de la salud no podemos etiquetar las palabras de las personas como chantajes, si no darles la relevancia del riesgo que están manifestando. Cabe aclarar que no se está diciendo que hablar sobre estos pensamientos no funcione, ya que algunas personas consideran que hablar sobre el suicidio puede incitar a una persona a llevar a cabo sus pensamientos; el que la persona pueda expresar sus cogniciones reducirá la tensión por consecuencia reduce el riesgo de llevar acabo planes suicidas, pero no se trata solo de hablar y es aquí donde podemos destacar la relevancia de acudir con un profesional de la salud mental, ya que la intervención puede guiar a la persona a un análisis de sus fines autodestructivos con el fin de vislumbrar nuevas alternativas ante la situación que se esté viviendo.

Evaluación para conocer el nivel de riesgo de suicidio		
1.- Identificar los factores de riesgo y de protección del individuo.	2.- Evaluar a la persona de forma exhaustiva sobre su estado actual.	3.- Valorar el riesgo de suicidio.

Cuadro 1 Pasos para determinar el nivel de riesgo de suicidio

Identificar factores de riesgo y de protección

La intención de evaluar los factores de riesgo recae en que una mayor presencia de los mismos aumenta la probabilidad de la persona a presentar ideación suicida, hay que decir que esto no es causal, por lo que pueden

presentarse casos donde no haya un número alto de factores de riesgo y si la presencia de ideación suicida o a la inversa. Por otra parte el conocer los factores de protección no nos sirven propiamente para determinar el riesgo de suicidio, pero sí son esenciales durante la intervención ya que exponen formas para combatir la ideación suicida y restaurar el bienestar.

A continuación se presenta una lista adaptada sobre los factores de riesgo para presentar ideación suicida.

Cuadro 2

Factores de riesgo (basado en Jiménez et al., 2012)

Factores de riesgo graves	Factores de riesgo moderados
<ul style="list-style-type: none"> -Alcoholismo -Adicción a sustancia propia (o familiar) -Psicosis -Desesperanza -Autolesiones -Previos intentos de suicidio -Aislamiento -Enfermedad física (principalmente de consecuencias vitales, crónica o debilitante) -Historia familiar con trastornos del estado de ánimo, alcoholismo o suicidio. -Duelo, pérdida reciente o preocupación por el aniversario de una pérdida traumática -Desestabilización familiar debido a una pérdida, abuso personal o sexual, o violencia. -Trauma reciente (físico o psicológico) -Presencia de plan de suicidio 	<ul style="list-style-type: none"> -Hombre -Soltero -Viudo -Divorciado/Separado -Edad Avanzada -Esquizofrenia -Presencia de trastorno cerebral orgánico (por ejemplo, epilepsia, daño cerebral, demencia) -Trastorno de personalidad (principalmente relacionados con sociopatía, impulsividad, agresión, inestabilidad emocional) -Problemas de ansiedad -Desempleo -Duelo infantil -Altas expectativas propias -Interés en tema de muerte -Relación abusiva presente -Intoxicación -En adolescentes: Ruptura familiar o

<ul style="list-style-type: none"> -Abandono de pertenencias preciadas o cierre de asuntos -Cambios radicales en el comportamiento o estado de ánimo -Exhibición de una o más emociones negativas intensas poco características -Preocupación por abuso pasado 	<p>conflicto, padres vistos como hostiles o indiferentes o con expectativas muy altas o muy controladores, pocas habilidades comunicativas, de relaciones con iguales o rendimiento, conducta antisocial y suicidio reciente de un amigo o familiar.</p>
--	--

Cuadro 3

Factores de protección (basado en Jiménez et al., 2012)

Factores de Protección
<ul style="list-style-type: none"> -Habilidades de comunicación -Habilidades para encarar y resolver problemas de forma adaptativa -Búsqueda de consejo y ayuda cuando surgen dificultades -Receptividad hacia las experiencias y soluciones de las otras personas -Tener confianza en uno mismo -Actitudes y valores positivos, como son el respeto, la solidaridad, la cooperación, la justicia y la amistad -Creencias religiosas -Apoyo familiar -Apoyo social de calidad y consistencia (los amigos constituyen uno de los factores de protección más efectivos en la prevención de la conducta suicida).

Evaluar a la persona de forma exhaustiva sobre su estado actual

La herramienta utilizada para llevar a cabo la evaluación de la persona es la entrevista clínica psicológica; al realizarse la intervención mediante la vía telefónica la entrevista es nuestra técnica principal, además de resultar eficaz para obtener datos relevantes y significativos, hay que tener presente que debemos prestar atención a los tonos de voz y el énfasis que realice la persona mientras habla, ya que no podremos observar los gestos de la misma.

Cuando recibimos una llamada se desconoce el motivo de consulta, por tal razón luego de recabar datos personales esenciales de la persona (Nombre, edad, sexo, estado civil, lugar de residencia, etc.) lo primero por lo que debemos preguntar es el motivo de consulta, este es el primer punto donde separamos si vamos a atender o no a una persona que presenta ideación suicida. La persona no va a decir literalmente “Mi motivo de consulta es que presento ideas suicidas”, lo puede expresar con otras palabras, algunas pueden ser “Me siento muy triste y he pensado en el suicidio”, “últimamente he tenido pensamientos de muerte”, “ya no tengo ganas de vivir”, “estoy considerando el suicidio”, etc.

Luego de conocer el motivo consulta hay 3 aspectos esenciales en los que se debe indagar, en el cuadro 4 se exponen cuáles son.

Cuadro 4

Evaluación posterior a conocer el motivo de consulta.

Aspectos esenciales a explorar posterior a conocer el motivo de consulta	
1.-Presencia de trastornos psiquiátricos/psicológicos	Principalmente trastornos del estado de ánimo (depresión/ bipolaridad), trastornos de personalidad, consumo de sustancia (especialmente alcohol), antecedentes familiares psiquiátricos y niveles de ansiedad de la persona.
2.-Historia de autolesiones/ intentos suicidas previos	Se debe conocer si la persona se ha infligido daño (gravedad, frecuencia y tiempo), si ha presentado algún tipo de conducta suicida (gravedad, motivo, resultados, contexto).
3.-Presencia de Ideación suicida	Indagar la construcción cognitiva de la persona en torno al acto suicida para conocer el riesgo en que se encuentra. Si se sospecha que hay presencia de ideación suicida o riesgo de suicido lo adecuado es cuestionar al paciente sobre ello.

El motivo de consulta expresado por la persona puede darnos pauta a realizar preguntas para explorar si hay presencia de ideación suicida y riesgo de suicidio, se pueden realizar preguntas iniciales como:

- ¿Qué ha intentado para resolver su situación? Explorar en qué medida la persona opta por soluciones adaptativas.
- ¿Qué piensa respecto a su situación? Encara el problema o lo evade. Tiene pensamientos negativos o positivos respecto al futuro
- ¿Alguna vez ha pensado en hacerse daño? Si responde que si, debemos conocer, que fue lo que hizo, cuando lo hizo, sus motivos y si ha vuelto a tener conductas autolesivas.
- ¿Ha considerado alguna vez el suicidio como solución? Una pregunta clave y directa que nos da pauta para preguntar más acerca de esta situación.

En este punto se procede a explorar la frecuencia e intensidad de la ideación suicida:

- ¿En una semana cuantos días piensa en el suicidio? Tener una idea de la frecuencia en un determinado lapso de tiempo es muy importante, sin embargo se puede optar por exagerar la frecuencia, para que el valor real expresado por la persona sea menor, lo cual le facilite el comentarlo.
- En una escala del 1-10 ¿qué tan intensos son estos pensamientos?, siendo 1 muy poca intensidad y 10 la intensidad más elevada. Lo que queremos conocer es que tan graves desde la perspectiva de la persona son sus pensamientos suicidas
- En una escala del 1-10 ¿qué tanto interfieren estos pensamientos en su vida diaria?, siendo 1 muy poco y 10 muchísimo. Tenemos que saber que tan intrusivos son las ideas de muerte en la vida de la persona; si la persona menciona un historial corto de presencia de ideaciones suicidas podríamos cuestionarle sobre cuántas veces en aquellos días, a lo largo de un día pensó en el suicidio.

Lo más común sería que mientras escuchemos a la persona esta pueda tardar un poco en responder, que su tono de voz cambie, por pena o por la expectativa que teme generar ante los demás, en todo caso si la persona habla

con una tranquilidad alta y sin ningún miedo es señal de alerta, como profesionales no podemos dudar de la veracidad de sus palabras y considerar que se trata de algo falso, en cuya situación fuera falso nosotros debemos confiar en la persona y brindarle el servicio que me solicita, las consecuencias serán graves en el escenario donde yo no confío en el paciente y por ello no atiendo el riesgo de suicidio.

Después de que se ha identificado que la ideación suicida está presente en el consultante, lo siguiente que debemos hacer es conocer en qué grado ha elaborado un plan suicida, para ello lo más sencillo es comenzar por preguntar sobre el método en que ha considerado para suicidarse.

La respuesta que obtengamos nos indica un grado de especificidad en la ideación suicida.

Cuadro 5

Tipos de ideación suicida

Nivel de especificidad en la ideación suicida	
Idea suicida sin método específico	La persona tiene deseos de auto eliminarse, pero desconoce el método por cual logrará su objetivo
Idea suicida con método inespecífico o indeterminado	La persona expone sus deseos de morir y ha considerado distintas opciones para consumir sus deseos, sin embargo no ha elegido una
Idea suicida con método específico no planificado	La persona desea de manera imperiosa suicidarse y ha elegido la forma en que lo llevará acabo, pero no ha concluido el momento en que lo realizará
Plan suicida o idea suicida planificada	La persona ha elegido el método en que se suicidará, además de haber contemplado el lugar, el momento e incluso el tiempo que le tomará hacerlo

En este punto lo adecuado es profundizar sobre cómo es la ideación suicida para saber realmente qué tipo de ideación se está presentando; para ello debemos aclarar el motivo principal o motivos que lo llevan a considerar el suicidio. Una posible pregunta es “¿Cuál o Cuáles serían las razones principales para considerar el suicidio?”. Cuando ya hemos tenido claro los motivos que llevan

a la ideación suicida aclaramos en qué punto se encuentra, con otras preguntas sobre el tiempo, “¿Qué día ha considerado elegir para suicidarse?” y el lugar, “¿Dónde ha pensado llevar a cabo su suicidio?”.

Una vez que hayamos realizado las preguntas correspondientes lograremos ubicar cuál es el tipo de ideación suicida que presenta la persona.

A continuación debemos evaluar la desesperanza en la persona, para ello lo más apropiado es preguntar sobre su visión del futuro. Algunas preguntas que se pueden realizar son:

- ¿Considera que hay posibilidades de solucionar el problema o los problemas?
- ¿Piensa que hay algo o alguien que aun pueda ayudarle?
- ¿Piensa que la situación se resolverá?
- ¿Qué cree que le depara el futuro?

Es muy importante no hacer preguntas que le confirmen la desesperanza a la persona, por ejemplo NO realizar cuestionamientos como: “¿Qué tan grande es su desesperanza?”. Aun si él/ella utiliza la palabra me siento desesperanzado o sin esperanzas, nosotros indagamos en qué medida ya no ve un futuro pero no le confirmamos su estado actual.

Otro aspecto que debemos evaluar es el sentimiento de culpa. Las personas que se encuentran en estados depresivos suelen responsabilizarse de desgracias que han sucedido e incluso atribuirse posibles futuros eventos negativos, lo cual les lleva a considerar que las personas cercanas a ellos estarían mejor sin su presencia. Puede utilizar preguntas como:

- ¿Considera que sus seres queridos estarían mejor sin usted?
- ¿Cree que su presencia afecta de alguna forma a sus familiares, amigos, pareja? ¿Cuál es la razón?

Lo anterior permite hacer una evaluación de las redes de apoyo reales y percibidas. La intención de evaluar los apoyos de la persona es que estas pueden en algún momento apoyarle en caso de urgencia pero también le permiten combatir la desesperanza. Algunos ejemplos de preguntas que pueden emplearse son:

- ¿Quiénes son las personas cercanas a usted? ¿Cree usted que le apoyan?
- ¿Con quién de esas personas (familiares, amigos, pareja) se lleva mejor?
- ¿Ha platicado con alguna persona cercana lo que le está sucediendo?
- ¿Le contaría a alguien por lo que está pasando?

Para continuar la evaluación debemos preguntar por los factores de protección con los que cuenta la persona, entre ellos las creencias pueden ser determinantes. Puedes utilizar preguntas como:

- ¿Hay algo que le detenga a llevar a cabo el suicidio?
- El considerar a las personas cercanas a usted (o creencias) ¿le hacen reconsiderar el suicidarse?

Finalmente para tener más datos que nos ayudarán a la futura intervención se aconseja ampliamente indagar sobre el estado depresivo de la persona, esto se debe a que hay una relación muy cercana, entre el estado depresivo y la gravedad de la ideación suicida.

El siguiente cuadro como su nombre lo indica dimensiona la gravedad de los síntomas depresivos, los síntomas están encasillados según el nivel de gravedad, la mayor frecuencia mencionada de los mismos te permitirá conocer en qué punto se ubica la persona.

Cuadro 6

Gravedad de los síntomas depresivos (adaptado de Palmer, 2007)

Dimensiones del estado de ánimo depresivo.	Nivel Depresivo Bajo	Nivel Depresivo Medio	Nivel Depresivo Alto
Estado de ánimo	Triste, melancólico	Muy triste, Llanto frecuente	Siempre está triste Profunda desesperación
Pérdida de interés	Rechaza intereses habituales	Realiza pocas actividades, reduce su productividad	Realiza pocas actividades, rechaza actividades de recreación y ha descuidado sus obligaciones
Rechazo social	Descuida y reduce sus actividades sociales	Evita el contacto social, se niega a salir	No responde al entorno social

Desesperanza	Se cuestiona sobre la posibilidad de mejorar	Visión pesimista del futuro	No hay visión a futuro
Problemas de sueño	Dificultades para dormir y descansar.	Interrupción del sueño e incapacidad para reconciliarlo	Duerme muy poco
Lentitud	En el pensamiento, el discurso y falta de energía.	Apatía, sentimiento de cansancio	Completo estupor (no responde).
Síntomas físicos	Indigestión, gases, pesadez.	Palpitaciones, dolor de cabeza, disnea.	Todos los anteriores, los síntomas físicos afectan ampliamente su vida
Cambios en el apetito	Poco o excesivo apetito	Pérdida de peso	Deja de comer, pierde peso, o lo incrementa notablemente.
Ámbito sexual	Pérdida de interés en el sexo	Disfunción sexual, problemas menstruales.	Disfunción sexual, los problemas sexuales son intensos interfieren con su vida
Cambios en el estado de ánimo	Durante algunos días es estable, pero otros cambia	Durante un día puede cambiar su estado de ánimo, baja concentración	Cambios de ánimos en un mismo día, repite el patrón y se presenta incapacidad para concentrarse
Ámbito Cognitivo	Se distrae con facilidad, dificultad para leer o seguir programas de tv.	Se distrae con facilidad, deja de hacer actividades que le exigen concentrarse	Pensamiento desordenado, despersonalización, desrealización.
Culpa	Autoreproches	Percibe la depresión como castigo	Delirios de culpa
Ansiedad	Inquieto, tenso, irritable	Con miedo, preocupado, estresado	Agitación

Valorar el riesgo de suicidio

La presencia de ideación suicida en la persona nos expone también un cierto riesgo de conducta suicida, es decir que existe la probabilidad de que la persona ejecute su plan suicida, para valorar el riesgo de suicidio es necesario conjuntar la información hasta ahora obtenida, a continuación se presenta un resumen del nivel del riesgo de suicidio utilizando los datos ya mencionados.

-Riesgo de suicidio alarmante: La persona presenta un plan suicida o idea suicida planificada, sus síntomas indican un nivel depresivo alto y cumple con 6 o más factores de riesgo relevantes.

-Riesgo de suicidio alto: La persona presenta Idea suicida con método específico no planificado, sus síntomas indican un nivel depresivo medio y cumple entre 4 y 6 factores de riesgo relevantes.

-Riesgo de suicidio medio: La persona presenta Idea suicida con método inespecífico, sus síntomas indican un nivel depresivo medio y cumple entre 2 y 4 factores de riesgo relevantes

-Riesgo de suicidio bajo: La persona presenta Idea suicida sin método específico, sus síntomas indican nivel depresivo bajo, cumple uno o 2 factores de riesgo relevantes.

-Sin riesgo de suicidio: La persona no presenta ideación suicida, su estado de ánimo es normal, puede ser triste pero no cumple con más de 8 síntomas depresivos de nivel bajo y no presenta factores de riesgo relevantes.

Si durante la llamada se ha detectado que existe riesgo de suicidio, nuestro trabajo tiene el objetivo primario de que la ideación suicida no desemboque en conducta suicida.

C) Comprensión de la conducta suicida

Para un manejo adecuado cuando existe riesgo de suicidio, se aconseja que como profesionales de la salud tengamos presentes un modelo teórico que nos permita comprender con mayor facilidad como es que surge la conducta

suicida, a continuación expongo desde una perspectiva cognitivo-conductual, esta génesis de la conducta suicida.

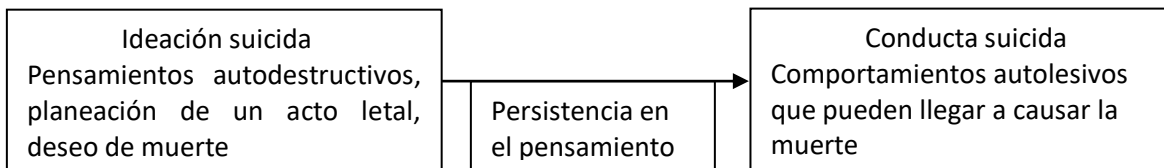


Figura 2. Aparición de la conducta suicida.

Una persona que se encuentra en crisis, activa creencias y pensamientos automáticos, cuando estos pensamientos son disfuncionales, el resultado final son emociones negativas y en casos particulares conductas con riesgo suicida.

Las ideas suicidas pueden presentarse en una persona como una solución para una situación a la cual no ha encontrado solución, cuando estos pensamientos aumentan en frecuencia, promueven la evolución del pensamiento formulando así un plan para consumir el acto suicida, que en primera instancia y a raíz de estas ideas persistentes puede comenzar por autolesiones leves y concluir en un resultado letal, en otros casos la conducta suicida se presenta y tras un primer intento el resultado es irreversible. Se considera un contexto de mayor riesgo cuando la persona se encuentra a solas y tiene a su alcance los recursos para llevar a cabo su plan suicida. La motivación de la persona para realizar conductas suicidas pueden ser el recibir un refuerzo positivo (las consecuencia de su muerte ayudan a otros, además de cubrir su propio deseo de morir) o recibir un refuerzo negativo (evita los estímulos desagradables que se encuentran presentes en su vida así como futuras consecuencias por otras conductas o eventos); las motivaciones pueden variar de caso en caso.

Es muy importante conocer las motivaciones que subyacen a la conducta suicida, ya que estos pensamientos, pueden ser un foco para actuar durante la intervención.

D) Guía para responder: Control del riesgo de suicidio

Una vez que se conoce el nivel de riesgo de suicidio es importante saber cómo proceder en la llamada, para ello a continuación se presenta una breve guía para actuar según el nivel de riesgo de suicidio que haya presentado la persona tras la evaluación, considerando una llamada con una duración de 50 minutos.

Cuadro 7

Guía para la intervención según el nivel de riesgo de suicidio

Nivel de riesgo de suicidio	Intervención
1) Sin riesgo de suicidio	La intervención a distancia continúa con normalidad, durante las llamadas posteriores es importante evaluar la cognición y el estado de ánimo
2) Riesgo de suicidio bajo	<p>Durante la llamada se deben evaluar el estado de ánimo de la persona así como los factores de riesgo que presenta, se recomienda dedicar un aproximado de 10 minutos de la llamada.</p> <p>Evaluar y trabajar estrategias de afrontamiento de la persona que se han presentado a partir de la crisis; dedicar aproximadamente 10 minutos de la llamada. Evaluar factores de protección y repertorio conductual de la persona; dedicar aproximadamente 10 minutos.</p> <p>La llamada debe continuar con normalidad, enfocada en redirigir las conductas que promueven o traen como resultado el mantenimiento de la problemática principal; dedicar aproximadamente 20 minutos.</p>
3) Riesgo de suicidio medio	<p>Durante la llamada se deben evaluar el estado de ánimo de la persona así como los factores de riesgo que presenta, se recomienda dedicar un aproximado de 10 minutos de la llamada.</p> <p>Evaluar y trabajar estrategias de afrontamiento de la persona que se han presentado a partir de la crisis. Evaluar factores de protección y repertorio conductual de la persona; dedicar 10 minutos de la llamada</p> <p>Trabajar las conductas que promueven o traen</p>

	<p>como resultado el mantenimiento de la problemática principal; dedicar aproximadamente 10 minutos.</p> <p>La llamada debe continuar enfocada en reducir la ideación suicida para reducir el nivel de riesgo; dedicar aproximadamente 20 minutos.</p>
<p>4) Riesgo de suicidio alto o Riesgo de suicidio alarmante</p>	<p>Durante la llamada se deben evaluar el estado de ánimos de la persona así como los factores de riesgo que presenta, se recomienda que se dediquen aproximadamente 15 minutos de la sesión. A partir de este momento la llamada debe enfocarse en reducir el riesgo de suicidio, para ello es muy importante:</p> <p>Establecer medidas de protección y control mediante la alianza terapéutica.</p> <p>Explorar alternativas de solución ante la problemática o problemáticas que aquejan a la persona o que promueven los pensamientos suicidas.</p> <p>Abrir la posibilidad al paciente de recibir atención presencial para recibir una evaluación psiquiátrica, mantener un control médico y medidas farmacológicas en caso de ser necesario.</p> <p>Explorar el apoyo social (familia, amigos, etc) con las que cuenta la persona y de ser posible promover que la persona esté en contacto con ellas fuera de la sesión así como que las mismas conozcan su situación.</p>

Cuando existe un buen rapport y se establece la alianza terapéutica se puede recurrir durante la llamada a que la persona escriba un “Contrato terapéutico” como medida de protección y control; para esto se solicita a la persona una hoja en blanco donde escribirá su nombre y se comprometerá a no realizar conductas autolesivas o llevar a cabo intentos de suicidio en cambio redacta de forma breve las cosas que se compromete a realizar en caso de tener pensamientos suicidas, estas pueden ser, alguna actividad física, algún pasatiempo, platicar con alguien cercano, etc; las actividades pueden modificarse

en futuras sesiones permitiendo así el uso de nuevas estrategias que brinden mejores resultados para la persona. Es preferible también que este “contrato” especifique las fechas en las que es válido (mismas que pueden modificarse en sesiones venideras) y al terminar su redacción, la persona deberá firmarlo; si bien es cierto que nosotros no podremos visualizar el documento le pediremos a la persona que lo tenga presente o a la vista. Es muy importante que nosotros apoyemos a la persona a su redacción adaptando la solicitud de no infringirse daño a un lenguaje adecuado y abarcar que no se trata solo de no hacer la conducta si no de que en los momentos en que los pensamientos suicidas irrumpen en su mente, deberemos responder de forma adaptativa.

Cuando se evalúa el apoyo social con el que cuenta a persona se tiene el objetivo de involucrar a las personas cercanas para que estas puedan escucharle y servirle de apoyo para cuando nosotros no le estemos atendiendo; la intención de esto es que a medida que la persona manifiesta su estado emocional, reduce la desesperanza, además de que el contacto con sus allegados le permite modificar de forma positiva la manera en que percibe su situación, el futuro e incluso a si mismo.

Habilidades para la intervención ante el riesgo de suicidio

Atender una llamada donde la intervención está enfocada en el control del riesgo de suicidio, resulta en un proceso complejo y exigente. El psicólogo debe establecer una buena alianza terapéutica de forma rápida, reducir la tensión y angustia con la que ha llamado la persona, trabajar la culpa que puede tener la persona, evitar que lleve a cabo conductas que le conduzcan a causarse daño, y facilitar la adhesión al tratamiento; podrían parecer pocas tareas no obstante para poder cumplir estas tareas el psicólogo que atiende la llamada debe poseer varias habilidades además de ser autocrítico:

- Antes de comenzar una intervención vía telefónica el psicólogo debe cuestionarse si posee las capacidades y la fortaleza psicológica para trabajar con un paciente que presenta ideación suicida; en caso de que no

se sienta seguro o su estado anímico no sea el mejor, lo mejor será derivar a la persona con un profesional capacitado. Cuando el psicólogo está en un proceso de aprendizaje para llevar a cabo este tipo de intervención debe ser supervisado por un profesional capacitado.

- El psicólogo debe poseer tranquilidad al momento de hablar sobre el suicidio; la voz que utilice durante la llamada debe poder transmitir seguridad y confianza.
- Habilidad para comprender las experiencias y situaciones de la persona que llama, a la par mostrar empatía por lo que escuche, mostrar su apoyo a la persona, no debe juzgarle o criticarle, así como no deberá establecer juicios previos ni durante la intervención, además de que no descalificará lo que escuche ni tratar de imponerle conductas aunque estas pudieran parecer desde una perspectiva profesional “mejores”, finalmente no dará sermones para convencerle de modificar su pensamiento o decisiones.
- Cuando se realiza una intervención a personas que tienen un estado de ánimo depresivo y no visualizan un futuro, el trabajo puede ser exhaustivo y en ocasiones tomar un poco más de tiempo del planeado por lo que el psicólogo debe encontrarse con energías además de saber en qué momentos es adecuado llevar un tratamiento más directivo y en qué momentos deberá orientar al análisis personal para tener una intervención colaborativa.
- Es esencial que antes de realizar la intervención, se debe ser autocrítico y con honestidad reconocer si puedo o no atender una llamada donde la persona presenta ideación suicida; aun cuando se está dispuesto y apto para atender llamadas de este tipo se deben eliminar los pensamientos o prejuicios propios de la ejecución profesional, ya que aunque se realice una intervención planificada y adecuada, la vida del paciente se encuentra en sus manos, no depende sólo del trabajo del psicólogo, por lo que si no se puede separar los resultados de la intervención del propio juicio profesional sin perder de vista las responsabilidades como profesionista lo adecuado sería no atender llamadas de este estilo.

- Habilidad para realizar una evaluación adecuada, recabando la información relevante; en caso de que sea pertinente el psicólogo debe tener la capacidad de mantener el control en cuanto al riesgo que presenta la persona.
- Si el psicólogo decide atender casos donde la persona presenta ideación suicida es esencial que lleve un registro sobre el trabajo que está realizando y como es que decide actuar a partir de los avances o complicaciones durante la intervención, es aconsejable notificar al supervisor del centro o a colegas psicólogos sobre el trabajo que se está realizando.

E) Intervención para reducir el nivel de riesgo de suicidio

Listado de objetivos y técnicas durante la intervención. Durante todo el proceso terapéutico (cada sesión) se debe evaluar tanto el estado de ánimo como la ideación suicida, en esta última nos interesa saber la frecuencia con que aparecen estos pensamientos, la intensidad de los mismos, si hay aumento o disminución en cuanto al plan suicida, el nivel de desesperanza, la culpa y si es que ha recibido apoyo de algún tipo.

Cuando se ha terminado la evaluación durante la primera sesión, conoceremos el nivel de riesgo de suicidio de la persona y como ya se ha mencionado cuando el riesgo es alto o alarmante, la sesión se enfocará principalmente en trabajar con el riesgo de suicidio, mantener control sobre el mismo y notar la evolución que va manifestando; se espera que conforme pasen las sesiones el riesgo de suicidio disminuya lo cual implicaría que podemos trabajar con otros objetivos de la terapia, estos objetivos ya habrán sido mencionados por la persona que realiza la llamada y son aquellos motivos que pueden ser la causa de la ideación suicida, por ejemplo, problemas económicos, laborales, de pareja, estado depresivo, sentimientos de culpa, etc.

Cuando comenzamos a trabajar con los problemas de la persona que subyacen a la ideación suicida no hay que perder de vista el riesgo que

presentaba o presenta; para trabajar estos objetivos a continuación expongo algunas estrategias que pueden utilizarse durante la intervención:

- 1) Comprensión de la realidad y normalización: La persona que esté tras el teléfono puede encontrarse con muchas dudas sobre cómo es que a llegado a sentirse tan mal, es importante que le ayudemos a organizar sus ideas, podemos recurrir a explicarle de forma sencilla cómo es que generan los pensamientos negativos y la ideación suicida (los modelos que hemos expuesto previamente, los simplificaríamos en cuanto a terminología y los comentaríamos), es importante normalizar lo que la persona está viviendo, comentarle que su forma de sentirse es de cierta forma acorde a las circunstancias que está encarando. Cuando la persona ha comprendido que lo que vive es una situación que a cualquiera le podría pasar lo más seguro es que pueda expresarse con mayor facilidad y acordar de forma conjunta los objetivos de la intervención será más sencillo. En algunos casos también se puede ayudar a la persona comentando sobre los mitos que existen sobre el suicidio, ya que estos pueden estar interfiriendo en la confianza que siente para expresar su problemática.

- 2) Priorizar el control de la conducta suicida así como la búsqueda de conductas funcionales: La información que hayamos obtenido durante la evaluación nos permitirá saber qué circunstancias están desencadenando en la persona los pensamientos suicidas y a la par sabremos si presenta o no conducta suicida y bajo que contexto, pero debemos comprobar si la persona ya ha identificado aquellos estímulos que promueven los pensamientos suicidas, ya que si consideramos estrategias para reducir la exposición a dichos estímulos como consecuencia directa estamos reduciendo la aparición de pensamientos suicidas; en cuanto a las conductas de riesgo tenemos que jerarquizar cuales implican un mayor daño a la persona, por ejemplo si la persona expresa que ha presentado una ingesta muy elevada, que se ha autolesionado y que toma medicamentos muy seguido para conciliar el sueño, deberemos trabajar en

primera instancia la conducta autolesiva, en segundo lugar el consumo de medicamentos y finalmente la ingesta elevada. En algunas llamadas donde la persona presenta un riesgo alto o alarmante es posible que nos relate como será la conducta suicida que ha imaginado para consumar su suicidio (plan suicida) si llega a suceder esto podemos solicitarle que reemplace tal conducta por una conducta funcional, esto puede ser que se aleje del lugar donde planeaba llevar a cabo el suicidio y comience una nueva actividad que la persona haya expresado le agrada.

- 3) Trabajar el ánimo depresivo y activar hasta alcanzar un estado “normal”: Una forma de trabajar el estado de ánimo depresivo es mediante la activación conductual, esta técnica consiste en solicitar a la persona realizar conductas que eran de su agrado o que aún lo son, deberemos solicitar a la persona que nos mencione algunas actividades, cómo las lleva a cabo y en qué lugar, a continuación solicitaremos a la persona que comience por realizar de nuevo esas actividades que ha dejado de hacer, al inicio lo más seguro es que la persona no tenga la motivación para hacerlo por lo que le indicaremos que aunque no tenga ganas haga el esfuerzo por realizar la actividad y concluirla sin importar el resultado (es decir si lo hace bien o mal), deberemos resaltar que lo importante es comenzar a reactivarnos, la intención de esta técnica conductual es que la persona comience a recibir reforzadores positivos, además de aportar nuevas experiencias positivas o recordarlas. Es muy importante que si puede realizar actividades en compañía de personas cercanas a él/ella el resultado será aún más beneficioso.
- 4) Trabajar la visión negativa del futuro: para lograr este objetivo haremos uso primero de una técnica cognitiva, en la que identificaremos los motivos que tiene la persona para continuar con su vida, en algunas llamadas las personas podrán mencionar 1 o 2 motivaciones para seguir con vida de forma inmediata, pero en otras llamadas las personas mencionarán que no encuentran motivación alguna, para ayudarles a encontrar esas motivaciones le solicitaremos que recuerde las motivaciones que tuvo antes

de estar deprimido o que recuerde cosas por las que vale la pena continuar viviendo; en segunda instancia podemos emplear una estrategia conductual en la que solicitemos a la persona que identifique conductas (“formas de actuar”) para poder acercarnos a aquellos objetivos que se quieren alcanzar.

- 5) Reestructuración cognitiva: Esta técnica solo podrá utilizarse cuando el riesgo de suicidio sea medio o bajo, ya que las exigencias de reflexionar sobre los pensamientos y emociones pueden tener un incremento en el riesgo de suicidio cuando este es alto, la razón de esto es porque la persona con un estado depresivo alto, reafirmaría sus pensamientos negativos más que alcanzar a reflexionar sobre ellos.

Para realizar esta técnica durante la llamada solicitaremos a la persona que en una hoja blanca dibuje una pequeña tabla con 4 columnas, en la primera columna deberá anotar un antecedente o desencadenante de su malestar, por ejemplo “noto que me hace falta dinero”, en la segunda columna le pediremos que anote lo que piensa a partir de ello (creencias), por ejemplo, “no soy tan productivo, no sirvo para nada”, en la siguiente columna le solicitaremos que anote las consecuencias de ese pensamiento en cuanto a emoción y conducta, por ejemplo, “me hace sentir triste (emoción) y lloro mucho (conducta), en la cuarta y última columna le pediremos a la persona que intente generar un nuevo pensamiento positivo (una respuesta racional alternativa), por ejemplo “no es que no sirva para nada, me siento triste en estos momentos y realmente me falta dinero porque no he encontrado un buen trabajo”. Esta técnica puede dejarse como una tarea terapéutica y comentarse durante la siguiente sesión de esta forma la persona podrá enumerar y anotar más pensamientos negativos que le han afectado; en algunos casos se puede optar por realizar la técnica únicamente hablando, sin embargo, el que la persona pueda observar y releer lo que ha trabajado le sirve como reforzamiento para trabajar esos pensamientos negativos.

La forma de trabajar en la reestructuración es mediante la mayéutica, también conocida como diálogo socrático, durante la llamada que trabajemos en la reestructuración cognitiva debemos explorar varias áreas sobre las creencias y pensamiento de los pacientes, a continuación describo describen 5 donde el terapeuta puede aplicar la mayéutica por medio de preguntas empíricas que inicien el proceso dialectico.

a) La petición de pruebas que mantienen los pensamientos o creencias disfuncionales (por ejemplo, “¿Qué pruebas tiene para creer que...? ¿Hay algo que demuestre lo contrario?”)

b) Indagar las alternativas interpretativas a los pensamientos o creencias disfuncionales (por ejemplo, “¿Podría interpretar de forma distinta lo que sucedió?...”¿Podría haber otro modo de ver la situación que me comenta?”).

c) Explorar las consecuencias emocionales de mantener los pensamientos o creencias disfuncionales (por ejemplo, “¿Qué consecuencias le trae pensar eso?...¿Le beneficia de algún modo?”).

d) Comprobar la gravedad de las predicciones negativas (por ejemplo, “¿Qué posibilidades hay de que suceda lo que me comenta?...Si llegara a ocurrir cuanto durarían las consecuencias?...¿Puede hacerse algo al respecto?”).

e) Conceptualizar pensamientos o supuestos vagos en su formulación (por ejemplo, “¿A qué se refiere cuando dice...?”).

Se aconseja que se dé prioridad en trabajar aquellos pensamientos que traigan como consecuencia el deseo de quitarse la vida, se puede complementar solicitando a la persona que describa los pros y contra de quitarse la vida, lo cual también nos ayudará a rectificar o en su defecto revalorar si el resultado que hemos obtenido posterior a la evaluación es correcto. Durante la llamada cuando preguntemos a la persona por las ventajas que puede tener el suicidio es posible que exprese ideas que son equivocadas, por ejemplo “ya no seré una carga para...”, en este caso deberíamos de comentarle a la persona otra realidad que puede ocurrir

como puede ser “has considerado que tu muerte puede resultar devastadora para...”, otra idea que puede surgir es “aunque haya arruinado mi vida, puedo morir y ya no cargaré con ello”, de igual forma comentaríamos sobre lo que no se ve por ejemplo “has notado que perderías la oportunidad de mejorar y tener un buen futuro”, una más que puede presentarse sería “no me volveré a sentir mal”, expresaríamos una vez más lo que la persona no ha visto por ejemplo “¿has pensado que eso implicaría en que no volverías a sentirte bien?”.

A las ventajas les subyacen creencias erróneas es decir que son resultado de un razonamiento que no es lógico, aquellas creencias se pueden contra argumentar para que la persona modifique tales creencias. La persona puede expresar que “el suicidio es una elección individual y que lo puede elegir tras pensarlo detenidamente”, el argumento que podemos utilizar puede llevar una parte de normalización por ejemplo “¿pensarías en suicidarte cuando te está yendo bien o cuando eres feliz?, las personas que eligen el suicidio generalmente se sienten mal por algo y no han encontrado una solución, por lo que se sienten atrapados por las circunstancias, pero sentirnos mal o tristes es normal”; otra creencia que puede presentarse de forma común es “no hay solución para mi situación, solo me queda el suicidio” el argumento que utilicemos puede explicar a la persona la intención de encontrar soluciones además de poner en tela de juicio lo expresado, por ejemplo “¿Qué es lo que quiero, terminar con mi vida o terminar con el dolor que siento?, ¿realmente no existe ninguna otra opción?, cuando las personas buscan una solución esta implica que además de terminar con el problema o problemas nos permita a futuro poder sentirnos bien, si terminamos con nuestra vida entonces ¿puedo después sentirme bien?, por otro lado tampoco vería como se termina el dolor porque no estaríamos aquí”; La intención de los contraargumentos es que la persona se de cuenta de cómo sus creencias han sido creados de forma ilógica, que su voluntad de suicidarse y consecuencias de la misma

pueden no ser reales, la reflexión le permitirá a futuro y durante la intervención generar creencias funcionales.

- 6) Explorar alternativas de solución: Hay que partir del hecho de que para la persona una posible solución es el suicidio, debemos respetar su alternativa sin alentarla, esto es que no expresaré al paciente “el suicidio no es una solución real” ya que esto puede afectar el rapport que se estableció al comienzo de la llamada, lo que podemos hacer es comentar que sería adecuado aumentar las posibles de soluciones y que es posible que el suicidio no sea la única que existe, que ver el suicidio como única solución nos impide ver otras; durante la intervención es prioridad trabajar el que la persona busque nuevas alternativas de solución para los problemas que no sean el escape (como el suicidio) ya que el trabajar en ello a futuro se prevén recaídas; una forma de trabajar esto es solicitar a la persona que realice un registro para la solución de problemas, para ello le pediremos que en una hoja dibuje una tabla con tres columnas, en la primera columna deberá anotar el acontecimiento o situación que le genera conflicto, de preferencia que sea lo más explícito posible, en la segunda columna le pediremos que anote que fue las acciones que tomó para afrontar la situación y en la tercera columna cuales fueron los resultados que obtuvo tras sus acciones; de nueva cuenta esto puede dejarse como tarea terapéutica y la forma de trabajarlo será solicitando a la persona que se cuestione si había otra forma de encarar la situación que se presentó y que cree que hubiera pasado si lo hubiese hecho así (considerando que estamos buscando formas de actuar que traigan como resultado consecuencias positivas y no consecuencias peores, ya que las nuevas formas de actuar que sean consideradas son la forma en que a futuro encarará las situaciones que surjan). Esto se puede trabajar si se prefiere solo de forma hablada durante la llamada, la forma de hacerlo sería que la persona mencione algunas situaciones que le generan conflicto, solicitaremos que jerarquice dichas situaciones y priorizaremos la que la persona nos indique, a continuación el proceso es el mismo, solicitamos

una descripción de la situación, exploramos que acciones realizó y los resultados obtenidos, finalmente ampliamos las posibles formas de responder ante esa situación buscando obtener resultados positivos. Esta técnica nos permitirá también explorar como es la percepción que tiene la persona de los problemas y deberemos hacerle ver que aunque se sienta muy mal, molesto o triste se puede hacer el esfuerzo por responder de forma que a futuro obtengamos resultados que nos sean más favorables.

- 7) Trabajar el “ser asertivo”: La asertividad vista como una habilidad social, abarca el poder expresar ante otros individuos y situaciones comportamientos que reflejen la defensa de sus derechos personales (respetando también los derechos de los demás), confrontar las ideas que le parecen equivocadas, negarse a lo que no está de acuerdo, poder expresar y recibir halagos, tener el valor de solicitar ayuda si lo requiere y poder manifestar de forma libre sus pensamientos y emociones. Esto se trabaja principalmente cuando la persona quiere decir a los demás por lo que está pasando; la forma de hacerlo es comenzar por hacerle ver que ya ha empezado a trabajar el poder expresar lo que siente solicitando apoyo psicológico, en segunda instancia podemos explorar que es lo que le detiene a hablar y cuáles serían las consecuencias si lo hacen, la intención es promover la expresión en primera instancia con las personas cercanas a él que lejos de juzgarle le ofrezcan el tipo de ayuda que él busca, esto nos sirve como una medida de control también ya que el apoyo social que reciba reducirá la desesperanza además de promover que vislumbre nuevas alternativas de solución ante lo que está viviendo. Es importante decir que cuando las personas comentan a otros sobre sus pensamientos, principalmente a los familiares, estos optan por buscar un instituto o lugar donde puedan llevar a la persona para recluirla y que esté a “salvo”, en este punto debemos tener claro dos cosas, no debo promover que la persona evite otras formas de tratamiento, por lo que hablar sobre la importancia de recibir un tratamiento psiquiátrico a forma de complemento es importante; por otro lado parte de la asertividad implicará que la persona tenga la

habilidad para poder expresar si lo desea de recibir o no medicación o apoyo psiquiátrico de otro tipo, aun así debemos permitir la alternativa ya que en los casos de mayor riesgo el apoyo psiquiátrico, para el control del riesgo de suicidio es muy importante.

- 8) Trabajar en la prevención de recaídas: Todo el trabajo que se realice durante la intervención le permite a la persona trabajar habilidades para afrontar futuras situaciones problemáticas, sin embargo también se puede realizar un ejercicio de prevención de recaídas cuando se ha alcanzado el punto en que la persona se encuentra “sin riesgo de suicidio” para esto previo a la llamada de cierre del tratamiento se solicitará a la persona que describa las habilidades que ha trabajado (desde su perspectiva) durante el proceso terapéutico, posterior a ello podemos dar ejemplos de situaciones problemáticas a modo de “supongamos” que podrían presentarse, después solicitaremos a la persona que nos comente que estrategias utilizaría para encarar tales situaciones, exploraremos las respuestas que utilizaría y evaluaremos en conjunto si el repertorio conductual que se ha generado es funcional.

Estas son solo algunas estrategias para trabajar el riesgo de suicidio, es recomendable solicitar a la persona que realice por escrito las técnicas ya que ello le servirá como reforzador, incluso puede retomar después dichos trabajos y ampliarlos si se encuentra en momentos difíciles o si desea trabajar algo que olvidó; a la par es esencial que como terapeutas llevemos un registro escrito de las llamadas, en el que debemos anotar, lo que hemos evaluado y la información obtenida, el trabajo realizado durante la llamada (justificando porque se ha optado por trabajar de esa forma) y los resultados obtenidos producto de ese trabajo (describir de forma clara y concisa lo que se hizo), finalmente si se ha dejado alguna tarea terapéutica y con qué intención.

F) Plantear un seguimiento adecuado en función de los resultados de la primera sesión

Complicaciones durante la intervención y sugerencias. Durante la intervención a distancia, es posible que se presenten diferentes circunstancias a las que debemos prestar especial atención ya que nos pueden revelar puntos débiles de nuestra intervención pero también pueden ser complicaciones poco comunes que por la variedad individual simplemente se han presentado; a continuación expongo algunas complicaciones que pueden aparecer y a la par una sugerencia para afrontar dicha circunstancia:

- 1) El estado de ánimo ha mejorado pero la desesperanza persiste: En estos casos lo más seguro es que el trabajo que hemos utilizado para tratar el ánimo depresivo ha funcionado (por ejemplo la activación), sin embargo esto representa un aumento en el riesgo de suicidio por que la persona puede ganar la fuerza para consumar su plan suicida a la vez puede elaborar nuevos planes suicidas; si identificamos que la desesperanza no disminuye es importante comenzar trabajo para explorar nuevas alternativas de solución, ya que parte de la desesperanza surge a raíz de que no se ve un futuro, porque no hay forma de solucionar el problema o los problemas, en cuanto la desesperanza baje, de forma consecuente el riesgo de suicidio lo hará también y será el momento apropiado para trabajar en la reestructuración cognitiva.

- 2) El riesgo de suicidio no disminuye: Tenemos que darnos cuenta si hemos realizado una evaluación adecuada, no se trata de trabajar lo que considero más importante, si no de trabajar lo que la persona refiera es primordial; si he detectado que la persona permanece en un riesgo de suicidio alto o alarmante puedo solicitar apoyo de supervisores o colegas psicólogos para complementar el tratamiento realizado, al mismo tiempo si no se ha realizado se debe hablar con la persona sobre recibir un tratamiento psiquiátrico, lo cual ayudará al control del riesgo; es muy importante

reconocer si he podido atender de forma adecuada la llamada o es necesario canalizar a la persona.

- 3) La persona refiere presentar conductas autolesivas de forma constante: En este punto es esencial trabajar la búsqueda de conductas funcionales enfocado en las autolesiones; podemos apoyarnos también en estrategias de control de riesgo del suicidio como es el establecer un contrato conductual. Debemos verificar si las autolesiones son producto de un estado de ánimo depresivo, en estas circunstancias trabajar en la activación es una buena opción, a forma de encontrar conductas incompatibles con las autolesiones.
- 4) La vida realmente ha sido mala: En algunas llamadas nos encontraremos que algunas personas que presentan riesgo de suicidio, no presentan una percepción exagerada sobre cómo les ha ido en la vida, esto es que manifiestan tener problemas muy graves y en algunos casos no son consecuencia de sus actos mismos si no de terceros; en este punto aconsejo hacer notar a la persona que “la vida es como es y no como debería ser” esto quiere decir que no todo será malo ni todo puede ser siempre bueno, pero a pesar de afrontar distintas circunstancias negativas aun pueden existir razones por las cuales vivir, tenemos que permitir que la persona vea que no todas las personas con problemas graves recurren al suicidio, si no que parte de considerar el suicidio puede ser porque se atribuye la responsabilidad de algo sucedido (culpa), si es el caso, se debe trabajar la aceptación de los hechos haciendo énfasis en cómo se debe responder ahora para obtener un futuro positivo.

Sobre el seguimiento: aspectos posteriores a la intervención

Durante todo el proceso de intervención a distancia, la persona habrá trabajado diversas habilidades que le permitirán afrontar situaciones difíciles que puedan presentarse; es la evaluación inicial en cada sesión la que nos indica que es lo que deberemos trabajar de forma principal, una vez que conocemos el riesgo de suicidio que presenta la persona podremos elegir como conducir la sesión y las

estrategias que utilizaremos para ello, en las ocasiones en que dejemos alguna tarea terapéutica para la persona, la llamada posterior a esta deberemos realizar de nuevo la evaluación sobre el riesgo y en función de ello retomaremos la tarea terapéutica para trabajar lo que habíamos planeado, si por alguna circunstancia el riesgo de suicidio ha aumentado, se tiene que replantear que es lo adecuado para trabajar durante la llamada y en algunos casos lo mejor será posponer la tarea terapéutica. En ambos casos es necesario que como psicólogos contemplemos las posibilidades de tener tanto avances como retrocesos durante la intervención, y con esto hemos de tener en cuenta que el número total de intervenciones es variable, en algunos centros, como es el Centro de Atención Psicológica a distancia de la UNAM se tiene un límite de 8 sesiones para concluir el tratamiento, durante la sesión 8 se evalúa el avance obtenido y el riesgo de suicidio que presente la persona, a partir de ese momento se decide si se debe canalizar a la persona para que continúe con la intervención con otro terapeuta de forma presencial, reciba apoyo psiquiátrico, o en el mejor de los casos se concluye la intervención de forma satisfactoria y dejando abierta la posibilidad de volver a comunicarse en caso de necesitar apoyo en otra ocasión.

Cuando en los centros no hay un límite de llamadas para realizar la intervención se aconseja que posterior a que el riesgo de suicidio disminuya a “sin riesgo” se realicen al menos 4 sesiones más (1 mes) para evitar posibles recaídas, al mismo tiempo trabajar aspectos que posiblemente por la naturaleza de la intervención no pudieron trabajarse en las primeras sesiones, de igual forma se evaluará la forma en que la persona percibe e interpreta las situaciones difíciles que se presenta y como las afronta, a la par de poder trabajar en estrategias de afrontamiento que sean funcionales se puede promover el trabajo de habilidades sociales para que la integración social conseguida funcione como factor protector. Las últimas 2 sesiones luego de que la persona no presente riesgo de suicidio nos servirán para conocer cómo es que ahora la persona maneja las situaciones difíciles sin ayuda del terapeuta y como es que emplea lo trabajado durante la sesión, finalmente para dar cierre a la intervención a distancia se puede optar por plantear una sesión de cierre en la que se retroalimentará a la persona sobre el

trabajo realizado y se plantearán de forma final medidas de control para el riesgo de suicidio; en otros casos si se cree necesario se puede optar por realizar sesiones de seguimiento más espaciadas es decir en vez de tener una llamada de intervención cada semana se tendría cada 15 días, luego cada mes y luego cerrar la intervención, es importante en este punto el procurar no generar dependencia en la persona, no estamos tomando su llamada solo para ver como esta y saludarnos, no se tratará de una sesión de preguntas donde resolveremos los problemas de la persona, se trata de eliminar cualquier riesgo de suicidio que pudiese presentarse y concluir el trabajo terapéutico, de igual forma se recomienda que estos seguimientos espaciados no rebasen las 5 sesiones.

G) Concluir Intervención

Cuando se realice en la última llamada el cierre de la intervención se debe tener en cuenta si la persona recibía o no apoyo psiquiátrico, o si tomaba algún medicamento, aunque concluya satisfactoriamente la intervención psicológica deberemos hacer hincapié en que de forma similar concluya los demás tratamientos simultáneos que tomaba y que no los abandone; en caso de que no haya recibido otro tipo de tratamiento podemos abrir no solo la puerta a solicitar apoyo psicológico de nuevo en caso de necesitarlo, sino también el recibir ayuda de otros métodos que hayan probado verazmente su eficacia como pueden ser grupos de apoyo, o bien la intervención psiquiátrica.

Observaciones finales

El suicidio es un fenómeno multidimensional que por su naturaleza misma complica el que las personas acudan a una terapia presencial; el presente protocolo tiene la intención de poder proporcionar ese apoyo especializado a larga distancia (vía telefónica) que pueden necesitar las personas en momentos críticos y que además concluya en una forma de comenzar a trabajar con este problema de salud pública, permitiendo abordar no solo más casos de forma eficaz si no también contribuir a un registro de los mismos. Reitero 2 cosas muy importantes,

la formación profesional y el trabajo en habilidades necesarias para la intervención a distancia y en específico para casos donde existe el riesgo de suicidio; en México el suicidio ha ido en aumento y por tal motivo como profesionales de la salud tenemos una obligación en cuanto a la investigación y redacción de protocolos para poder atender de forma eficaz este tipo de casos, el presente protocolo no es una guía con todas las respuestas, cada llamada que se atiende tendrá sus propias características y habrá que adaptar la intervención a la persona, pero haciendo una revisión de lo ya redactado, este apoyo escrito resulta en una opción para conducir la intervención psicológica y así obtener resultados favorables para el profesional de la salud y principalmente para la población mexicana que requiera una atención especializada en cuanto a riesgo de suicidio.

Referencias bibliográficas

- Bancroft, J., & Marsack, P. (1977). *La repetitividad del autoenvenenamiento y las autolesiones*. Oxford, Inglaterra: Brit. Psychiatric
- Bobes & et al. (2004). *Comportamientos suicidas. Prevención y tratamiento*, Barcelona, Ars Medica.
- Borges, G., Rosovsky, H., Gómez, C., & Gutiérrez, R. (1996) *Epidemiología del suicidio en México de 1970 a 1994*. Salud Publica México 38:197-206.
- Buendía, J. (2004). *El suicidio en adolescentes*. Murcia, Universidad de Murcia, Servicio de publicaciones.
- Brown, G.K., Jegginc, E., Henriques, G., & Beck, A. (2008). *Terapia cognitiva, cognición y comportamiento suicida*. En Thomas E. Ellis (Dir.), *Cognición y suicidio. Teoría, investigación y terapia* (pp. 51-72), México: Manual Moderno.
- Durkheim, E. (1995). *El Suicidio*. México. D.F., Ediciones Coyoacán S.A. de C.V.
- Ellis, T. (2008). *Cognición y suicidio. Teoría, investigación y terapia*, México, Manual moderno.
- Farberow, N. (1969). *Necesito Ayuda: un estudio sobre el suicidio y su prevención*. México: La Prensa Médica Mexicana.
- Fundación Salud Mental España. (2014). *Suicidios. Manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida*, Madrid, Fundación Salud Mental España
- Hernández, H., & Flores, R. (2011). *El Suicidio en México*, Toluca, México.
- Jiménez, J., Martín, S., Pacheco, T., Pérez-Iñigo, J.L., Robles, J.L., Santiago, P., & Torras, A. (2012). *Detección y prevención de la Conducta suicida en personas con una enfermedad mental. Guía para familiares*. Madrid, España.
- Jiménez, R., & Téllez, A. (2013). *El Suicidio y su tendencia social en México*, México: Papeles de Población.
- Labelle, R., Pouliot, L., & Janelle, A. (2015). *Una revisión sistemática y metanálisis de tratamientos cognitivo-conductuales para conductas suicidas y de autolesión en adolescentes*. Psicología canadiense, 368-378.
- Medina, S. (2014). *Manual de prevención, intervención y post intervención de la conducta suicida*, Madrid: Fundación salud mental España, para la prevención de trastornos mentales y el suicidio.
- OMS. (2005) Suicide prevention, recuperado de http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/ México.
- OMS. (2017). *Infografía de la OMS sobre el suicidio*, tomado de: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/suicide-infographic-es.pdf?ua=1
- Palmer, S. (comp.) (2007). *Suicidio: estrategias e invenciones para la reducción y la prevención* New York: Ed. Routledge
- Pérez, S. (1999). *El suicidio, Comportamiento y Prevención*. Revista Cubana de Medicina General Integral, 15 (2), 196-217.
- Quintanar, F. (2007). *Comportamiento suicida*. D.F., México: Pax México, Librería Carlos Cesarman.

- Rocamora, A. (2012). *Intervención en crisis en las conductas suicidas*. Madrid, España: Editorial Desclée de Brouwer.
- Rojas, E. (1986). *Estudios sobre el suicidio*. Madrid: SALVAT
- Silva, A. (2003). *Conducta antisocial: un enfoque psicológico*. D.F., México: Pax México, Librería Carlos Cesarman.
- Stewart, W. (2000). *Serie Bioética: Suicidio y eutanasia*. Michigan, EUA: PORTAVOZ.
- Williams J.M.G, Pollock L. (2001). *Aspectos psicológicos del proceso suicida*. En: *Entendiendo el Comportamiento Suicida: El Enfoque del Proceso Suicida para la Investigación, el Tratamiento y la Prevención*. West Sussex, England: Wiley.