



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional
Programa de Profundización en Procesos de Psicología
Clínica

“Propuesta de taller sobre primeros auxilios psicológicos y su relación con la prevención del suicidio”

Reporte de investigación teórica

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Elvia Gabriela Cornejo Marín

Director: Doctor Omar Moreno Almazán
Dictaminadores: Lic. Dulce María Velasco Hernández
Lic. Liliana Chimal Ornelas



Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México; a 10 de febrero del 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Agradecimientos

De manera cotidiana solemos agradecer y dedicar nuestros logros a personas ajenas a nosotros que, de una manera u otra fueron testigos o partícipes del éxito obtenido, sin embargo poco es acostumbrado reconocer ante uno mismo el esfuerzo que realizamos para llegar hasta donde estamos, porque, si bien, muchas veces tenemos a ciertas personas a nuestro lado alentándonos a hacer lo que estamos haciendo, nosotros y solo nosotros, de manera individual, conocemos cuán complejo fue obtener tan anhelado logro. En primer lugar, agradezco a mí misma porque, en medio de crisis emocionales derivadas de estados de ánimo inestables producto de diferentes situaciones que son tratadas en psicoterapia (la cual llevo actualmente) y en medio de diferentes situaciones de mi vida, estoy en estos momentos en la realización del requisito final para concluir formalmente uno de mis propósitos personales. Ser madre, ama de casa, trabajadora, estudiante y ser humano con necesidades individuales es muy difícil y a veces partirse en mil pedazos no nos permite rendir como quisiéramos en todas las áreas de nuestra vida, gracias Elvia por el esfuerzo sobrehumano que estas realizando, gracias por no dejarte caer en las mil veces que lo pensaste siquiera, gracias por tu voluntad y por tus ganas de salir adelante, gracias por demostrar que puedes, siempre puedes y cuando no, gracias por demostrar que no pasa nada, este logro en primer lugar es tuyo y solo tuyo, disfrútalo tanto como lo batallaste, solo tú sabes cuánto te costó esto.

Cristopher.

Has estado conmigo desde hace algunos años, has vivido conmigo infinidad de situaciones difíciles tanto en pareja, como en situaciones familiares y laborales, jamás me cansaré de darte las gracias por todo, más aún por haber estado conmigo en las noches y los días en los que mi inestabilidad emocional era más fuerte que yo. Todas esas veces me recordaste lo capaz que soy, lo que he conseguido a base de mi trabajo duro, lo que merezco por ello y, sobre todo, estuviste siempre para sostenerme cuando no podía hacerlo yo misma, no tendré como agradecerte nunca porque tu apoyo, acompañamiento y amor incondicional

valen más que cualquier otra cosa para mí. Eres una “pieza clave” en esto porque desde el bachillerato has mostrado tu apoyo para que yo pueda estudiar: me ayudaste a realizar tareas escolares, a memorizar temas, a ensayar presentaciones y has estado incluso acompañándome en las noches en las que el desvelo era la única opción para terminar mis pendientes escolares. Por hacerte cargo de cosas para que yo pudiera trabajar en este documento en especial, por darme un abrazo siempre que lo necesité, porque eres el único que supo cuando tenía un llanto incontrolable por sentir que no podría seguir con este proyecto y fuiste quien estuvo conmigo hasta que me tranquilizara, por preparar café y comida cuando estaba muy cansada, por mil actos de amor que siempre has tenido... por decirme que sí puedo porque, a veces uno lo sabe, pero necesita escucharlo... simplemente gracias por ser y estar, infinitamente te amo.

Amigos y familia.

Un proyecto escolar de este tipo no lo escribe una sola persona; este manuscrito lo escribió mamá, papá y mi hermano que de una manera u otra siempre me apoyaron no solo ahora sino desde siempre, por su cariño, apoyo en todos los aspectos y palabras de aliento muchas gracias. Papá donde sea que estés, no cabe duda de que somos muy parecidos, gracias por tu apoyo, palabras y ejemplo, en paz descanses. Mamá, por tu apoyo y cariño desde toda la vida, Raúl, por tus palabras que siempre fueron justas y suficientes, a mis sobrinas Ale, mi prins hermosa, gracias por hacerme uno de tus ejemplos a seguir, fuiste uno de los motivos por los que nunca me detuve ante muchas cosas porque quiero, deseo y sé que llegarás lejos, mucho más que yo, que mi situación sirva para mostrar que cuando alguien quiere algo y lucha por ello lo cumple y Carito, se que serás una gran fotógrafa y siempre apoyaré lo que desees hacer en la vida. A ustedes, mi familia, los quiero mucho, muchas gracias.

Este proyecto también lo escribieron mis amigos y familiares que compartieron conmigo sus experiencias, su conocimiento y sus palabras de aliento, Luisito y Pam, Pamela, Vanessa, Dani, Sand, gracias por estar a la distancia, por sus palabras, por preocuparse, los quiero mucho amigos.

De igual manera lo escribieron mi suegra y mis cuñados cada vez que me animaban a continuar, me daban palabras de apoyo, me decían que confiaban en mí. Ale, Julio y Arturo Jr. Gracias por hacerme parte de su familia y ustedes hacerse parte de esto, sin duda alguna los quiero mucho.

Al Dr. Omar Almazán.

Quien, a pesar de encontrarse envuelto en más trabajo, estuvo apoyándome siempre y comprendiendo todas las veces en las que tuve que desistir de esto, mi agradecimiento siempre por confiar en mí y en mi trabajo incluso desde antes de iniciar con el proyecto. Por creerme capaz de todo, por su paciencia, sus consejos, correcciones, por sus ánimos, por compartir siempre su conocimiento y por tomarme en cuenta además para proyectos externos, es un honor trabajar a su lado y contar con su respaldo, enseñanza y conocimiento, gracias.

Dedicatoria

A Santiago...

Santi en primer lugar por llegar a mi vida, aunque yo tenía 15 años cuando eso sucedió, lejos de “arruinarme la vida” llegaste para hacerme alcanzar la maduración que necesitaba y que es la que hoy me tiene aquí buscando la culminación de una carrera universitaria. Desde siempre has sido un niño muy diferente a todos, eres muy inteligente y maduro para tu edad, tu manera de ser es impresionante y, aunque a veces solemos molestarnos como toda madre e hijo, sabes perfectamente lo mucho que te amo y todo lo que tú eres para mí, calvito. Me acompañaste infinidad de veces al CCH porque a veces no había quien te cuidara y todas esas veces fuiste un niño muy bien portado, le caías muy bien a los maestros y a mis amigos, eras muy paciente, no llorabas, no gritabas, no corrías por todo el salón y solo pedías a cambio una pizza y un frappe. Tu día iniciaba a las 8 am porque ibas al kínder en las mañanas y en las tardes te ibas conmigo a la escuela, terminábamos a las 9 pm en casa y nunca hubo una queja de tu parte, quizá porque eras pequeño y no entendías o, lo que creo yo, porque entendías muy bien que me estabas ayudando, en casa te portabas bien e incluso a veces me acompañabas a hacer tareas o ver conferencias del bachillerato y de la universidad... no sabes lo agradecida que estoy contigo por entender que mamá tenía algunas cosas que hacer y que a veces no podía pasar tiempo contigo aunque estuviera a tu lado y créeme que cada día trato de recompensártelo y lo seguiré haciendo. Sin ti y sin tu comprensión, créeme que esto hubiera sido más difícil aun de lo que llego a ser... al bebé más bebé de los bebés, a ti guapete, infinitas gracias, esto es para ti, por ti... es para nosotros, te amo.

Índice

1. Conducta suicida.
 - 1.1 Generalidades sobre el suicidio.
 - 1.1.1 Introducción
 - 1.1.2 Antecedentes históricos
 - 1.1.3 Definición
 - 1.1.4 Prevalencia
 - 1.1.4.1 Datos en México
 - 1.1.5 Etiología
 - 1.1.6 Factores protectores
 - 1.1.7 Mitos y creencias erróneas con respecto al suicidio
 - 1.1.7.1 Depresión
 - 1.1.8 Criterios diagnósticos
 - 1.2 Las conductas asociadas al suicidio.
 - 1.3 Terapia cognitivo-conductual para conductas relacionadas con el suicidio.
 - 1.3.1 Principales mecanismos de evaluación desde la perspectiva cognitivo conductual.
 - 1.4 Protocolo de prevención del suicidio.
 - 1.4.1 Protocolo de prevención bajo el enfoque cognitivo conductual
 - 1.4.2 Papel del terapeuta
2. Crisis psicológica
 - 2.1 ¿Qué es una crisis psicológica?
 - 2.1.2 Delimitación de conceptos asociados
 - 2.1.3 Síntomas y reacciones de una crisis
 - 2.2 Tipos de crisis.

2.2.1 Crisis circunstanciales

2.2.2 Crisis del desarrollo

2.3 Fases de una crisis.

2.3.1 Estructura de la crisis

2.3.2 Pre-crisis y Post-crisis

2.4 Factores predisponentes para vivir una crisis.

2.5 Modelos de intervención en crisis en psicología.

2.5.1 Modelo psicodinámico

2.5.2 Modelo biopsicosocial

2.5.3 Modelo cognitivo-conductual

2.5.4 Intervención de primera y segunda instancia

2.6 Habilidades profesionales requeridas para la intervención

2.6.1 Consideraciones generales para una intervención en crisis

2.6.2 Intervención en conductas suicidas

3. Primeros auxilios psicológicos. (P.A.P.)

3.1 Principios de la terapia cognitivo-conductual.

3.1.1 ¿Qué es la terapia cognitivo conductual?

3.1.2 Fundamentos

3.1.3 Principios básicos

3.1.4 Objetivos de la terapia cognitivo conductual

3.1.5 Técnicas de modificación en el enfoque cognitivo conductual

3.2 ¿Qué son los primeros auxilios psicológicos?

3.2.1 Principios de actuación y objetivos

3.2.2 Diferencias entre intervención de primera y segunda instancia

- 3.3 Componentes de los primeros auxilios psicológicos.
 - 3.3.1 Aspectos para tomar en cuenta para la ejecución de los Primeros Auxilios Psicológicos
 - 3.3.2 Qué hacer y qué no hacer
- 3.4 Importancia de los PAP como prevención.
 - 3.4.1 Consideraciones generales para el personal que realiza la intervención.
 - 3.4.1.1 Reacciones y factores de riesgo.
 - 3.4.1.2 ¿Qué hacer ante ello?
 - 3.4.1.3 Deactivación
 - 3.4.1.4 Autocuidado
- 4. Modelo CASIC (Conductual, Afectivo, Somático, Interpersonal, Cognitivo)
 - 4.1 ¿Qué es el modelo CASIC?
 - 4.1.1 Objetivo del modelo CASIC.
 - 4.1.2 Objetivos de los subsistemas del modelo CASIC.
 - 4.2 ¿Cómo aplicar el modelo CASIC?
 - 4.2.1 Resolución de una crisis
 - 4.2.2 Tipos de respuesta en el modelo CASIC ante una crisis
 - 4.3 CASIC y su relación con los PAP y la prevención del suicidio.
 - 4.4 ¿Quién puede aplicar el modelo CASIC y en qué momento?
 - 4.4.1 Consideraciones generales para su aplicación en las conductas suicidas
- 5. Propuesta de taller
 - 5.1 Introducción
 - 5.2 Justificación
 - 5.3 Planteamiento del problema y objetivos
 - 5.4 Metodología

5.5 Cartas descriptivas

5.6 Conclusiones

5.7 Referencias

Introducción

“Si ayudo a una sola persona a tener esperanza, no habré vivido en vano.”

Martin Luther King.

En cierta ocasión fue de mi conocimiento una situación sumamente grave para quien la vivió y decepcionante ante mis ojos con respecto a quien la atendió: una crisis emocional. Eran aproximadamente las 4 de la tarde en algún supermercado de renombre en donde Angélica en compañía de su padre estaban realizando las compras cotidianas. Al finalizar ella decide ingresar al sanitario y estando dentro ella comienza a sentirse mal, como puede, trata de salir y llama por teléfono a su padre para que entre por ella porque “no podía más”; en brazos, su padre la saca a unas bancas dispuestas para el descanso de los empacadores del establecimiento, la coloca y trata de averiguar qué es lo que le pasa. Angélica estaba helada, con las manos “engarrotadas”, sin poder hablar, con la mirada “ida” y sin reaccionar a ningún estímulo externo. Llega el doctor del establecimiento, llegan paramédicos, el padre llama a una hermana suya para que acuda a su ayuda porque nadie sabe qué hacer, finalmente y después de una revisión, en voz de los paramédicos se escucha “es una crisis emocional” y se van. La tía de Angélica la toma de las manos y le habla, le habla... le dice que está con ella, le pregunta si quiere ver a su tío David, le recuerda que no está sola y le pide que se tranquilice hasta que poco a poco ella reacciona...

De acuerdo con Sánchez-Loyo, Morín, García de Alba, Quintanilla, Hernández, Contreras, & Cruz (2014) el suicidio es una de las causas principales de muerte, tiene una tendencia de crecimiento y se ha convertido en un problema de salud pública. La conducta suicida se ha presentado con mayor frecuencia entre adolescentes de entre 15 y 24 años de edad, actualmente se ha abordado su estudio desde dos enfoques; el social, que considera que esta conducta es el resultado de condiciones y estructuras sociales, y el individual, que hace énfasis en el comportamiento de cada persona y sus condiciones psicológicas y psiquiátricas, desde ambos enfoques se han ofrecido explicaciones según sus propios conceptos e

interpretaciones del comportamiento, revelando que en un rango del 30 a 50% de los suicidios consumados, hubo un intento previo.

La conducta suicida es un tema que, pese a su alto índice de incidencia y a su frecuencia con respecto a su manifestación sigue siendo un “tabú” para las personas que tienen alguna relación con este. Ya sea que son personas afectadas por ello o que son familiares, amigos o conocidos de alguien que lo está viviendo, el acercamiento a esto continúa siendo complejo, incluso sigue existiendo gente que cree que una persona que lo manifiesta o lo hace es “por llamar la atención” y nos encontramos en una delicada cuerda floja que impide un poco hacer aportaciones exitosas ante temas tan sonados como el suicidio.

Por otro lado, actualmente existen muchas organizaciones civiles, personal profesional tanto público como privado y personas que, a título personal buscan conocer sobre el tema para hacer una correcta intervención ante sujetos que presenten dicha conducta. La detección de señales tempranas, el manejo de las emociones cambiantes del sujeto afectado, la contención emocional e intervención en crisis, la canalización correcta y el acompañamiento son algunas de las ventajas que este tipo de programas han implementado en los últimos años y de los que podemos sacar provecho.

Importante es mencionar que en muchas ocasiones aunque esta información se encuentra al alcance de cualquiera y que, dicho sea los Primeros Auxilios Psicológicos pueden ser realizados por cualquier persona que tenga conocimiento de ello, al no ser parte de un protocolo de salud establecido (en comparación con los primeros auxilios físicos) dificulta el que sea conocimiento de cualquiera y, luego entonces, cuando nos encontramos ante una crisis psicológica sea esta una crisis suicida o no, el no saber cómo actuar frente a ellas puede poner en riesgo la vida tanto de quien la padece como de quien se encuentra siendo testigo de ella.

El interés por la realización de este trabajo es diverso, quizá viene desde la iniciativa innata de apoyar al otro, de la empatía que como ser humano me representa y desde los términos académicos ante este tema que es tan estudiado pero que, a la vez sigue siendo relevante en todos los sentidos. También

viene de haber sido testigo a la escucha de la anécdota planteada al principio de este documento, también pues, del ejercicio profesional que realizo actualmente en una línea telefónica de atención en crisis y contención emocional en la cual la exposición a diversas situaciones emocionales llega a ser muy fuerte para quien las atiende y que, en ocasiones, uno no sabe cómo actuar.

Este trabajo tiene sus fundamentos teóricos en el enfoque cognitivo-conductual el cual, como ya sabemos, concentra la atención de la salud mental de un individuo en una dupla más que razonable: el pensamiento y la conducta que, de acuerdo con Puerta y Padilla (2011) ayuda al sujeto a cambiar pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras más adaptativas para el mejor enfrentamiento de sus problemas.

El propósito del presente proyecto es presentar una propuesta de apoyo psicológico dirigida tanto a profesionales de la psicología como a toda persona que se encuentre interesada en el tema, mediante la propuesta de un taller que enuncie el conocimiento básico y la aplicación de los Primeros Auxilios Psicológicos como clave para el manejo de una crisis emocional y cuál es su relación con la prevención de las conductas suicidas, por lo tanto, a través de las experiencias obtenidas a lo largo del taller los participantes obtendrán conocimientos acerca de cómo intervenir al ser testigos de situaciones de crisis y se espera que este documento sea referente para el desarrollo de futuros proyectos similares así como talleres que profesionales y colegas deseen elaborar posteriormente.

1. Capítulo 1. Conducta suicida.

1.1. Generalidades sobre el suicidio

Introducción

El presente capítulo tiene la intención de enunciar de manera un tanto superficial las generalidades sobre el suicidio y otros factores importantes a tomar en cuenta para el desarrollo del presente trabajo. El abordaje del tema eje se pretende realizar de lo general a lo particular, comenzando por la conducta suicida con el fin de conocer más sobre ella y, teniendo información clara, poder realizar intervenciones adecuadas para así poder entender mejor cuál es el uso efectivo de los Primeros Auxilios Psicológicos en crisis psicológicas y también en situaciones de prevención suicida.

Antecedentes históricos

Dentro de las culturas más antiguas de la historia, el suicidio era visto como un acto de supervivencia. Esta conducta era considerada así pues los ancianos, los enfermos o los deformes debían de abandonar la aldea hacia un lugar desprotegido, sin agua ni comida para garantizar mayores cantidades de alimentos para el resto de los miembros de la comunidad (Gonzalo, 2015).

Si bien el suicidio en la antigüedad era condenado por diversas culturas como un delito contra el estado o bien, como una conducta sumamente deshonrosa para la familia; también se conoce que en algunas civilizaciones como en la antigua civilización griega el suicidio fue aprobado por el Estado aceptándolo como parte de la eutanasia, en donde solamente se tenía que manifestar el deseo de morir y se debían de exponer las razones para hacerlo pues llegó a considerarse que un enfermo terminal tenía motivos suficientes para considerar el suicidio y, aunque también para Platón (427-347 AC) el suicidio era un delito contra la sociedad, consideraba ciertas excepciones. Durante el Imperio Romano el suicidio vivió algunas etapas de reflexión pues aunque por un lado continuaba con los conceptos anti-suicidas de Platón y de Aristóteles (384-322 AC), se consideraba que podría ser realizado como un acto de heroísmo, de amor, de abnegación e incluso como un acto de defensa del honor, es decir, no fue penalizado si se tenían estas

premisas y si además habían casos de enfermedad, filosofía o condena, dentro de esta cultura los casos más emblemáticos fueron los de Lucrecia, Catón y Nerón, aunque por otro lado se penalizó este acto estableciendo que “se les negaba la sepultura en Tierra Santa y el cadáver sufriría todo tipo de humillaciones” (Daray, 2016, p.207) además, los bienes de las familias del sujeto en cuestión después del suicidio serían confiscados como un acto de compensación al Estado por la pérdida de un ciudadano, entendiéndose así que el suicidio era regulado y penado en tanto se comprometieran los bienes económicos del estado o de algún miembro de la comunidad, por ejemplo, suicidios de esclavos, estafadores o guerreros. (Gonzalo, 2015).

Es en el Renacimiento donde la visión que se tenía hacia el suicidio tiene un cambio resultado del interés por el individualismo el cual ayudó a que las decisiones que cada individuo tomaba en torno hacia la vida y la muerte resultaran un poco más flexibles y, por otro lado, un tanto más complejas. De cualquier manera, el suicidio siempre fue comprendido en términos de la insanidad, la locura y la ira, es decir, parte de una *mente alterada*. Los suicidios a lo largo de la historia están relacionados generalmente con personajes históricos célebres y, aunque esto se valoraba dependiendo de los sistemas religiosos, filosóficos, culturales y sociales, también dependía de las estructuras políticas y culturales del contexto.

Tal es el caso del cristianismo en donde la preocupación de la iglesia por tal acto vino a bien pues el suicidio era catalogado como una manera altruista de obtener la gracia divina, conocido era el término de “martirio voluntario” lo cual durante mucho tiempo fue utilizado como una suerte de filosofía en donde se buscaba obtener los beneficios divinos del paraíso. Ya para épocas precolombinas, se acuerdo con Daray (2016), se sabe que en América Latina, sobre todo en la Cultura Maya se tiene una visión completamente distinta a la que se manejaba en civilizaciones anteriores pues el suicidio era considerado como un acto honorable y de naturaleza humana, incluso tenían a una Diosa Maya que personificaba esto: Ixtab, Diosa de la muerte, el suicidio y la horca; teniendo la creencia de que su deber era proteger y acompañar a las almas de las personas que cometían suicidio, incluso se sabe que algunos mayas realizaban este acto a

manera de culto mucho antes de vivir el dominio de los conquistadores españoles. Este dato es relevante pues durante la época de la conquista española se tienen los primeros registros acerca de lo que se conoce como *suicidios colectivos*.

Es en la época de la Edad Moderna en donde la palabra suicidio tiene un uso en la lengua anglosajona en el año de 1642 en una obra publicada por Sir Thomas Brown y en castellano es empleada por primera vez en el año de 1772 en una obra de Fray Fernando de Ceballos. Posterior a la revolución francesa, el suicidio dejó de ser penalizado como un delito y/o acto criminal y es el filósofo David Hume (1722-1776) quien representa de manera legítima el suicidio como un hecho de libertad individual en su famoso escrito "Sobre el suicidio". Hume considera que el suicidio no transgrede los deberes del ser humano hacia Dios, además de que él no consideraba que quien se suicida hace un daño a la sociedad y/o el Estado sino que, por el contrario, deja de producirle un bien, menciona además que para nada es un acto criminal el hecho de que el hombre disponga de su vida, dejando claro que es en esta época en la que la influencia filosófica modifica el panorama que el suicidio tenía anteriormente, "considerando a los individuos como sujetos de derecho en la elección libre de la muerte auto provocada" (Daray, 2016, p.208).

Alrededor del siglo XIX el campo médico tiene relevancia ante los debates morales y filosóficos que el suicidio generaba, comenzando a ser patologizado y ligado a la metodología científica para su análisis, siendo el psiquiatra francés Jean Étienne Dominique Esquirol (1772-1840) quien presentara los primeros conceptos acerca del suicidio explicando que presentaba similitudes con las enfermedades mentales, refiere también que es idiopático y que se asocia con una emoción impulsiva pero no es sino hasta finales de ese siglo que diversos profesionales conjugaron una sola idea: que el suicidio no solamente se relacionaba con enfermedades mentales sino también con factores sociales y hereditarios.

Recientemente se ha establecido que las creencias culturales también pueden influir en cómo se enfrenta este problema. El conocimiento del significado cultural nos aporta una contribución para la comprensión del fenómeno suicida por lo que aplicando la teoría del consenso cultural se han estudiado

estos dominios culturales del suicidio. Según Andrade (2012), la historia del suicidio ha tenido connotaciones diversas, un ejemplo claro de la influencia cultural dentro de este tema se encuentra en algunas creencias rituales-religiosas de la cultura oriental, en donde el Seppuku o Harakiri (ritual de suicidio japonés) se consideraba un acto elogiado.

Definición

Se acuerdo con el DSM-V, “La manifestación fundamental del trastorno de comportamiento suicida es un intento de suicidio. Un intento de suicidio es un comportamiento que el individuo ha llevado a cabo con, al menos, cierta intención de morir”.

Suicidio; vocablo de origen latino proveniente de *sui* que significa “de sí mismo” y de *caedes* que significa “asesinato”. Émile Durkheim (1858-1917) propone en su obra “El suicidio” en el año de 1897 que el suicidio es toda muerte que resulta mediata o inmediata ya sea un acto positivo o negativo realizado por la víctima misma (Durkheim & Gibaja, 1971) en (Toasa, 2020, p.7). Dentro de este contexto, el Diccionario de la Real Academia Española define el suicidio como “quitarse voluntariamente la vida”.

Otros autores como Rosenberg, Shneidman, Ivanoff, Mayo y Baechler, coinciden en que el suicidio es un acto y/o conducta deliberada y consciente, autoinfligida de un individuo que busca la propia muerte casi como única solución al malestar experimentado. Aunque encontremos tanto diferencias como similitudes entre las definiciones que *suicidio* puede tener, encontramos que todas coinciden en que existe suicidio siempre y cuando al cometer el acto exista la voluntad de llegar a la propia muerte, es decir, que la víctima tenía la certeza de sus actos y, aunque aún existe un poco de ambigüedad en cuando a la determinación del acto suicida, se sabe que esta se relaciona con el contexto sociocultural e histórico que es cambiante a lo largo del tiempo (Cacúa, 2016, p.2).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) define el suicidio como el acto deliberado de quitarse la vida. Es considerado un problema grave de salud pública y tiene la cualidad de ser prevenible. Este puede variar en método y prevalencia dependiendo del país, sin embargo, es un problema que afecta

a nivel mundial, en distintos estratos sociales y a cualquier edad, sabiendo de antemano que hay factores predisponentes para dicha acción. Dentro del término *Suicidio* podemos encontrarnos con diferentes conceptos relacionado a este, a continuación, se enunciarán en la Tabla 1 para su mejor entendimiento.

Tabla 1

Clasificación y definición de conceptos asociados al suicidio.

Concepto	Significado
Amenaza suicida	Es un punto intermedio entre la ideación y la tentativa suicida. Puede ser realizado como chantaje o como una manifestación del sufrimiento del individuo. Esta amenaza es clara y puede realizarse de manera verbal o no verbal.
Autolesión	Actos voluntarios y deliberados que son realizados con el fin de provocarse dolor sin intención de morir. Generalmente no provoca lesiones graves, pero sí puede provocar la muerte autoinfligida no intencionada.
Conducta parasuicida o parasuicidio.	Es aquella conducta autolesiva realizada por el individuo que no es mortal y que no tiene intencionalidad u orientación hacia la muerte.
Conducta suicida	Conducta lesiva y autoinfligida en donde existe evidencia de que el sujeto en cuestión tiene intencionalidad y tendencia hacia la muerte.

Dentro de esta conducta se encuentra el intento de suicidio y el suicidio consumado.

Gesto suicida	Es la acción o la comunicación de una persona que se relaciona con la conducta suicida y que puede tener diversas consecuencias.
Ideación suicida	Pensamientos claros del sujeto sobre atentar contra su propia vida. Estos pueden variar dependiendo del grado del intento suicida, así como de la especificidad de los planes suicidas. Como su nombre lo dice, es la idea del sujeto con respecto a su propia muerte.
Intento suicida	Es la conducta autolesiva que no tiene resultado mortal pero que tiene evidencia implícita o explícita de que la persona en cuestión buscaba la propia muerte.
Suicidio consumado	Acto mediante el cual la persona consigue su cometido, la muerte.

Prevalencia

El suicidio es un fenómeno universal que se ha encontrado presente a lo largo de la historia en todo el mundo y, aunque es considerado un problema grave de salud pública, las cifras varían dependiendo del país en el que dicha situación esté sucediendo.

De acuerdo con datos de la OMS (2019), cada año cerca de 800,000 personas se suicidan a nivel mundial, afectando en su mayoría a personas de entre 15 y 29 años, encontrándose entre las primeras tres causas de muerte no incidental en el mundo y teniendo como dato alarmante lo siguiente: cada 40 segundos una persona se suicida (World Health Organization [WHO], 2014, p. 2), estimándose que un 20% de todos los suicidios son cometidos por intoxicación con plaguicidas, ahorcamiento y armas de fuego. Es importante decir que se admite la posible insuficiencia de los datos puesto que el estigma que rodea al suicidio es grande lo que hace que no se reporten a nivel mundial todas las defunciones por suicidio e incluso los comportamientos suicidas no fatales, estimándose que solo un 25% del total de personas que intentan quitarse la vida solicitan ayuda profesional (Abud y Román, 2017, p.8).

Datos en México

Entrando en materia, los datos proporcionados por el INEGI en su comunicado de prensa realizado el 08 de septiembre del 2020 conmemorando el Día Mundial para la Prevención del Suicidio el cual es celebrado el 10 de septiembre, con respecto a nuestro país son los siguientes: en el año 2018 se registraron 6,710 fallecimientos por lesiones autoinfligidas, cabe mencionar que el total de fallecimientos en la República Mexicana fue de 705, 149, de estos, lo que quiere decir que la tasa de suicidio es de 5.4 por cada 100 mil habitantes, de estos, 5,454 fueron fallecimientos de hombres y 1,253 fueron fallecimientos de mujeres, es decir que para el sexo masculino la tasa de fallecimientos es de 8.9 por cada 100 mil habitantes y para el sexo femenino es de 2 por cada 100 mil mujeres.

Los grupos de edad en los que se dividen las muertes por lesiones autoinfligidas son: 46% para el grupo de 30 a 59 años, 34% para el grupo de 18 a 29 años y finalmente 10% para el grupo de niños, niñas

y adolescentes de 10 a 17 años. Del total de este último grupo, las lesiones autoinfligidas ocuparon el lugar número cuatro dentro de las principales causas de mortalidad. En el 88% de los fallecimientos los principales métodos fueron el ahorcamiento, la estrangulación y la sofocación, seguidos por un 6% con envenenamiento y un 3% con arma de fuego. Ahora bien, por sexo, el 91% de los hombres utilizaron como método principal el ahorcamiento, la sofocación y la estrangulación, en el caso de las mujeres el uso de estos métodos fue en un 85%. Como segundo método, para los hombres fue el uso de armas de fuego en un 5% y para las mujeres fue el envenenamiento en un 12%. De acuerdo con Palacios et al. (2010) dentro de la población de la Ciudad de México, “la mayoría de los suicidios consumados fueron realizados por jóvenes entre los 15 y 19 años (12.6%)” esta información junto con la información que proporciona la SSP “por cada persona que se suicida, otras siete intentan quitarse la vida” (SSP, 2014 en Hermosillo-De la Torre et al., 2015, p.52). A nivel mundial se sabe que el fallecimiento por lesiones autoinfligidas fue la tercera causa de muerte en adolescentes en el año 2015 teniendo 67,000 casos registrados (WHO, 2017) en (INEGI, 2020, p.5) y, para el año 2018 en México fueron 641 fallecimientos en el grupo de 10 a 17 años, lo que representa una tasa del 3.6 fallecimientos por cada 100 mil niños, niñas y adolescentes; esta cifra ha permanecido igual desde el año 2014.

La Organización Mundial de la Salud señala como una de las medidas preventivas el seguimiento y la vigilancia con respecto al número de casos, en nuestro país dicha vigilancia es posible mediante las estadísticas de mortalidad que reporta anualmente el INEGI. Como se revisó en líneas anteriores, en el año 2018 la tasa de suicidios fue de 5.4 por cada 100 mil habitantes, tasa que resulta alarmante pues en el año 2017 fue de 5.2 por cada 100 mil habitantes, es decir, 6,494 muertes del total de las reportadas ese año fueron a causa del suicidio y, pese a que uno de los propósitos a nivel mundial era reducir en un 10% las tasas nacionales para este año, resulta complicado entendiendo el contexto actual que estamos viviendo, hasta el momento se tiene registro ante el INEGI de 7,223 suicidios en lo que va del 2019. Desafortunadamente en nuestro país el suicidio es la tercera causa de muerte en jóvenes de 15 a 29 años

manteniendo una tasa en crecimiento durante las últimas décadas yendo del 2.3 hasta el actual 5.4 por cada 100 mil habitantes (Chávez, 2012 en Arenas & Valdés, 2019). El porcentaje de muertes por suicidio respecto al total de muertes violentas en México actualmente es de 8.6% siendo las zonas urbanas las de mayor ocurrencia en comparación con las rurales, algunos de los estados que presentan mayor índice de casos son: Yucatán con un 27.6%, Aguascalientes con un 21.5%, Campeche con 21.3%, Coahuila con 18.8%, Querétaro con un 16.5% y Baja California Sur con un 15.4% mientras que la Ciudad de México, Morelos, Baja California Norte, Colima y Guerrero son los que presentan las tasas más bajas teniendo un 6.3%, 5.4%, 4.9%, 4.3% y 2.7% respectivamente.

Dicho esto, la OMS menciona que 40% de los países no cuenta aún con políticas sobre salud mental y peor aún, un 33% no cuentan con un programa de salud mental. A nivel nacional, las acciones para la atención del intento suicida no son realizadas desde el sector salud debido puesto a que no se cuenta con un plan nacional para su prevención (WHO, 2015, en Arenas & Valdés, 2019, p. 19), además del estigma que aún existe a nivel social, familiar y personal. Pese a esto, las acciones que se han tomado para este tema se incluyen en el programa denominado “Programa sectorial de salud 2013-2018” y la NOM-025-SSA2-2014 para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria, médico-psiquiátrica, sin embargo, estos programas resultan insuficientes ya que no tienen una operacionalización en los servicios de salud que articulen una respuesta integral para la atención del suicidio.

De acuerdo con García Haro et al., (2020) por cada suicidio consumado existen de 10 a 20 intentos, lo que muestra un aumento anual en las tentativas suicidas y es un fenómeno que afecta a países en vías de desarrollo debido a lo que, en efecto, comentamos en líneas previas, es la insuficiencia y falta de recursos, servicios y apoyo a tratamientos preventivos lo que hace que esto no se logre cubrir adecuadamente. Podemos decir entonces que en México:

- La tasa masculina aumentó en individuos menores a los 50 años, destacando el rango de edad de 10 a 14 años el cual presentó un aumento del 122.4% y en el grupo de 15 a 19 años un 82.4%.
- La tasa femenina aumentó en todos los grupos de edad siendo las menores de 45 años las más afectadas con un 68% al alza, sin dejar de lado que el grupo de 10 a 14 años tuvo un 243.3% y para el grupo de 15 a 24 años fue un porcentaje mayor al 110%.

Etiología

La conducta suicida se considera como una entidad inscrita en una serie de enfermedades emocionales y por diversos profesionales el suicidio consumado es considerado como el peor desenlace de cualquier trastorno mental, aunque, cabe mencionarse que esta no siempre está ligada con ello, la intención es enunciar que la conducta suicida no responde a una sola etiología, sino que responde a una serie de teorías propuestas a continuación grosso modo:

- Teoría neurobiológica: esta teoría dice que la disminución de la acción de la serotonina 5 HT está relacionada con conductas agresivas, depresivas y de control de impulsos y que esto a su vez se relaciona con suicidios violentos y/o agresivos. También dice que la conducta suicida se asocia con una disminución de los niveles serotoninérgicos de la corteza ventral prefrontal. Se ha señalado la falta de procesamiento adecuado en la corteza prefrontal del sistema nervioso en la cual se efectúa la toma de decisiones, esta se vería sumamente afectada por el abuso de sustancias y estados depresivos, además de otros estados psicopatológicos. Otra sustancia relacionada es el cortisol, lo cual se ha informado puesto que se han encontrado altos niveles de este en la sangre y asociaciones de alteraciones en él. (Galli et al., 1996).

Se puede inferir que, ante un pensamiento de muerte o una ideación suicida exista alguna disfunción ejecutiva (Calle & González, 2016, p.46).

- Teorías psicológicas: Es Aarón Beck (1921) por excelencia quien dentro del enfoque cognitivo ha estudiado la función de los estados emocionales como la desesperanza en la patogenia del suicidio y la depresión. Propone la triada cognitiva la cual se refiere a la visión negativa de la persona, la visión negativa del futuro y la visión negativa de un mundo que crea situaciones insuperables (Ruíz, Díaz y Villalobos, 2012 en Herrera, 2019, p.16). Por otro lado, dentro del psicoanálisis, Sigmund Freud (1856-1939) postulaba que los motivos eran intrapsíquicos vinculados al instinto de muerte contra el Yo donde la persona no siempre era consciente de sus actos.
- Teoría de la crisis: esta teoría nace a inicios de los años 60 derivada de los suicidios durante la guerra mundial, apoyada en la Teoría de crisis de Kaplan.
- Teorías biológicas: la tasa de suicidios entre gemelos idénticos es elevada, los intentos suicidas entre gemelos monocigóticos que entre los dicigóticos son mayores, asimismo, se ha comprobado que quienes llevan a cabo un intento de suicidio o quienes lo consuman tienen antecedentes familiares de actos suicidas, así también para la predisposición de desarrollar trastornos como esquizofrenia y bipolaridad (Gutiérrez, Orozco & Roselli, 2006, p.68).

Factores protectores

Aunque se piense que el suicidio es algo que no puede ser prevenible, existen factores protectores que ayudan a las personas en riesgo de suicidio. Según Gasull (2020) algunos factores de protección que podemos enunciar son las relaciones personales sólidas, las creencias religiosas y espirituales, las estrategias positivas de afrontamiento como manera de vida y los enfoques anticipatorios de prevención. Contar con redes de apoyo es punto clave puesto que cuando una persona está pasando por un momento complicado, la externalización de los problemas puede servir como desahogo emocional efectivo y puede ayudar a la persona a encontrar alternativas al problema que está ocurriendo en ese momento. De igual

manera, poseer creencias religiosas promueve la sensación de acompañamiento ante situaciones difíciles y ayuda a que la persona busque cierto refugio en su espiritualidad, también es importante integrarse al medio social que le rodea puesto que el mantenimiento de las relaciones interpersonales ayuda a mejorar las habilidades sociales y a fomentar el bienestar emocional, más aún si se trata de redes de apoyo comunitario que realicen actividades de distracción, relajación y descanso. El entrenamiento en estrategias de afrontamiento es muy importante puesto que si la persona posee la capacidad de autocontrol puede mostrar una buena adaptación al cambio, resistencia y perseverancia además de una calidad emocional estable.

Los lazos fuertes y estables dentro del núcleo familiar, la autoconfianza, autoeficacia y autoestima, así como la apertura a nuevas experiencias y aportes de los demás pueden ser parte también de los ya mencionados factores de protección, teniendo claro que la prevención del suicidio exige un enfoque multidimensional con intervenciones eficaces en cada una de estas áreas.

Mitos y creencias erróneas con respecto al suicidio

Infinidad de sentencias declaratorias son las que encontramos circundando la conducta suicida, es lamentable que un tema tan delicado y que presenta tanta historia con respecto a su estudio, su análisis y el intento que se tiene por la prevención en todos los aspectos e incluso si se pudiera en una utopía la eliminación de este, existan todavía lagunas de desconocimiento y desinformación y peor aún, que haya personas que pese a haber tenido algún acercamiento con el suicidio, crean que sigue siendo algo deleznable. Tal es el caso de las frases tan escuchadas como “solo quiere llamar la atención”, “quien quiere matarse no lo dice, simplemente lo hace”, “quien se suicida es un cobarde”, “el suicidio no puede prevenirse”, entre otras tantas que conducen a un enfoque completamente equivocado de lo que está viviendo la persona afectada y que limita las acciones preventivas que se pudieran llevar a cabo. Numerosos mitos y tabúes existen alrededor del suicidio y respecto a sus comportamientos, la Organización Mundial de la Salud (2006) en Rocamora (2013, p.66) menciona los más comunes y los

enlistaremos a continuación, retomando también algunos conceptos de Hernández (2006) y Castellvi & Piqueras (2018):

- **“Quien se quiere matar no lo dice, lo hace sin avisar”**

Esto puede provocar que quienes expresen o manifiestan ideación suicida no sean escuchados o, mejor dicho, no sea tomados en serio, creyendo que “solo quieren llamar la atención”. Esto puede conducir a minimizar las amenazas suicidas y pueden considerarse chantajes o manipulaciones. Rocamora (2013, p. 67) refiere que, como criterio científico, toda persona que se suicida expresó en algún momento su deseo ya sea con palabras, amenazas, gestos o cambios conductuales.

- **“Una vez que alguien tuvo un intento de suicidio, siempre será un suicida”**

Siguiendo a la OMS (2014) en Castellvi & Piqueras (2018) si bien los pensamientos suicidas pueden aparecer nuevamente, esto no es exclusivo de una persona con un antecedente suicida, es decir, pueden aparecer en cualquier persona, además, dichos pensamientos no son permanentes ni inamovibles por lo que una persona que ha sufrido pensamientos o intentos suicidas puede posteriormente tener una vida sana

- **“La persona que se va a suicidar no avisa antes de hacerlo”**

Ignorar las señales de alerta puede ser fatal puesto que siempre hay la manifestación expresa de querer morir ya sea con palabras, amenazas, cambios de conducta, etc. Muchas personas entienden esto como una manera de victimización de la persona o una manera de “llamar la atención”, lo cierto es que la escucha hacia quienes lo padecen es una de las mejores herramientas de prevención (Hernández, 2006, p. 16).

Por su parte, Rocamora (2013, p.68) refiere que esto puede hacer que se minimice la amenaza suicida, el criterio científico para este mito nos dice que aunque este acto puede parecer impulsivo, puede haber sido considerado durante un largo tiempo.

- **“Hablar sobre el suicidio puede provocarlo o dar ideas de hacerlo”**

Muchas personas tienen la creencia de que si se habla del suicidio entonces se les “dará la idea” a los demás de llevarlo a cabo. Más que incentivar o desencadenar la conducta suicida, hablar de este tema puede ayudar demasiado a quienes lo están viviendo pues muchas personas no saben con quién tocar este tema, hablarlo de forma abierta y en confianza puede brindar la posibilidad de replantearse su decisión e incluso considerar otras posibilidades (Castellvi & Piqueras, 2018).

- **“El suicidio no puede prevenirse pues ocurre por conductas impulsivas”**

Como se ha mencionado, la mayoría de las veces la persona que busca cometer un intento de suicidio o que lo consuma presenta una serie de evidencias que pueden asociarse con la manifestación clara de la conducta suicida. De acuerdo con Hernández (2006) esto es conocido como Síndrome presuicidal, el cual consiste en presencia de fantasías suicidas, retraimiento de los sentimientos y el intelecto, así como la inhibición de la agresividad la cual se dirige a sí mismo y no a los otros.

- **“El suicidio solamente se presenta en personas enfermas mentales o en personas deprimidas”**

Pese a que las conductas suicidas pueden ser un indicativo de una infelicidad profunda, así como de desesperanza e insuficiencia, no necesariamente indican o son producto de un trastorno mental. Esta idea está arraigada en el pensamiento sociocultural en donde se piensa que solamente las personas con ciertas afecciones pueden tener conductas suicidas, claro está que esto no es así, no todas las personas afectadas por un trastorno mental presentan conductas suicidas ni todas las personas que se quita la vida tienen algún trastorno mental.

- **“Quien presenta ideas o conductas suicidas desea morir”**

Hernández (2006, p. 17) escribe que el fin principal de la persona que presenta conductas suicidas no es el de acabar con su vida, sino con el dolor y la agonía que está experimentando el cual para ellos puede ser inminente, insoportable e interminable, independientemente del origen de este. Muchas veces lo que realmente se presenta es una ambivalencia entre el deseo de vivir y el deseo

de morir puesto que es muy distinto desear acabar con el sufrimiento que desear acabar con la vida. En muchas ocasiones la persona que está sufriendo desea salir de la situación y/o de los problemas que le aquejan y desafortunadamente opta por la muerte como única opción.

- **“El que se suicida es muy valiente” o bien “el que se suicida es un cobarde”**

En ambas cuestiones se pretende equiparar la conducta suicida con una cualidad o una debilidad de la persona, tanto como que si lo justifica de una manera positiva como si negativa, por ejemplo, si alguien dice que quien se suicidó “fue muy valiente para acabar con su vida” se le justifica como sinónimo de un tributo admirable y que todos en algún momento deberían de poseer, sobre todo si se da en un contexto en el cual el acto suicida tenga como antesala alguna situación memorable como por ejemplo, si la persona que se suicida lo hace después de que su pareja haya fallecido o después de algún evento “romantizado”. Por otro lado, decir que quien se suicida “fue una persona muy cobarde” puede provocar la minimización de los problemas que otras personas presenten, es importante decir que para cada individuo las situaciones que enfrenta son complejas a su manera y decir que algo es difícil de afrontar o no puede ser un constructo subjetivo y difícil de cuantificar.

Depresión

Adicional a esto, dentro de este apartado se incluirá información breve con respecto a la depresión puesto que, aunque no es un desencadenante obligatorio de las conductas suicidas es una creencia común de que esto es así.

Siguiendo a la Organización Mundial de la Salud (2020) la depresión es un trastorno mental frecuente que es conocido por la población como la presencia de tristeza constante, pérdida de interés o placer por actividades cotidianas, falta de autoestima, trastornos del sueño y de la alimentación, falta de concentración y cansancio. Este trastorno puede volverse crónico y sin duda alguna es algo que afecta de manera indirecta el desempeño laboral y escolar, así como las relaciones interpersonales y la capacidad

de afrontamiento diario. También se describe como una patología que afecta a nivel cognitivo, somático y conductual y que se considera como un problema de salud pública que afecta a más de la mitad de la población a nivel mundial (Herrera, 2019).

De acuerdo con el DSM-V los trastornos depresivos pueden ser entendidos como trastornos de desregulación disruptiva del estado de ánimo y enuncia la siguiente clasificación: trastorno de depresión mayor (episodio depresivo mayor), trastorno depresivo persistente (distimia), trastorno disfórico premenstrual, trastorno depresivo por sustancias o medicamentos y trastornos depresivos no especificados.

Por su parte, el CIE-10 recoge este trastorno en el apartado de “Trastornos del humor (afectivos)” en la clasificación *F32 Episodio depresivo* mencionando que, ya sea que estos son leves, moderados o graves, la persona que lo padece experimenta un estado de ánimo sumamente bajo, reducción de energía y disminución de la actividad en general, además, pierde la capacidad de interés y concentración, ya no disfruta y siente un cansancio importante aun después de haber realizado esfuerzos mínimos así como pérdida de apetito, de peso y cambios en la libido, dependiendo de la función del número y severidad de los síntomas entonces este se catalogará como leve, moderado o grave (p. 97).

Si bien, el número de síntomas y afectaciones que la depresión puede causar en una persona son graves, no podemos mencionar que quien ha considerado el suicidio como única solución a su problema padecía necesariamente un trastorno depresivo. Según Gutiérrez & Orozco (2006, p. 67) la presencia de un trastorno psiquiátrico está ligado al suicidio y más del 50% de ellos fueron consumados por personas con trastornos depresivos, también enuncia que la comorbilidad específicamente de la ansiedad con la depresión multiplica el riesgo, empero, esto solo es parte de los factores de riesgo en la conducta suicida, mas no son un determinante para ello puesto que se ha demostrado que son los conflictos familiares, amorosos y escolares los problemas más comunes entre personas que manifiestan alguna conducta suicida (González & Camejo, 2014, p. 65). Dicho esto, entendemos que el suicidio es entonces un proceso

dinámico en el que se involucran etapas emocionales, cognitivas y conductuales en el que interactúan diferentes factores y que puede ser abordado como un todo o a partir de momentos específicos (Diekstra, 1993, en Valdéz & Arenas, 2019).

Herrera (2019) menciona que este trastorno se presenta con mayor frecuencia en personas de entre 18 y 29 años y los factores de riesgo para padecerlo son: ser mujer, aislamiento, dificultades económicas, experiencias estresantes, exposición a traumas, antecedentes personales de salud mental, consumo de sustancias, conflictos personales, entre otros. La autora concluye que la depresión es un trastorno que se desencadena por múltiples factores y de no ser tratado de manera adecuada podrá incapacitar a la persona que lo padece evitando el correcto desarrollo de sus actividades y desempeño diario. Por lo tanto, no todo el que se suicida tenía depresión y no todo el que tiene depresión se suicida.

Criterios diagnósticos

Como se ha mencionado, la conducta suicida no responde a una sola motivación y/o enfermedad, sino que puede contemplarse como el resultado de diversas situaciones de diversa índole y gravedad, empero, se puede apreciar como un espectro clínico que abarca ciertos criterios que pueden ser utilizados para catalogarlo.

El DSM-V en su sección III “Medidas y modelos emergentes” encontramos el apartado “Afecciones que necesitan más estudio” en donde se proponen algunos criterios para la identificación del Trastorno del comportamiento suicida. Este sistema de clasificación menciona que el individuo ha realizado al menos un intento de suicidio en los últimos 24 meses, tomando en cuenta que las lesiones autoinfligidas deben de ser claramente con el fin de provocar la muerte, entendiéndose intento de suicidio como un comportamiento que el individuo lleva a cabo con, al menos, cierta intención de morir. Dicho intento puede tener o no consecuencias médicas graves y esto depende de la letalidad del método elegido, así como la intencionalidad y ambivalencia del sujeto afectado, el nivel de planificación y el conocimiento que

se tiene, sin embargo, aunque son importantes no se consideran para el momento de realizar un diagnóstico.

El comportamiento del sujeto suicida puede aparecer en cualquier momento del ciclo vital, empero, rara vez se observa dicho comportamiento en menores de 5 años y este puede variar en frecuencia y forma, dependiendo del contexto cultural, así como el método utilizado.

Las consecuencias que el trastorno del comportamiento suicida puede traer consigo son diversas, pero, en general, se trata de afecciones médicas como traumatismos, lesiones, inestabilidad cardiopulmonar, fallo hepático consecuente al uso de fármacos, entre otros.

Algunos de los instrumentos utilizados para la evaluación clínica son la Escala de Ideación Suicida de Beck (Beck, 1979), la Escala de Ideación Suicida SSI, Escala de evaluación de Riesgo Suicida de Pierce, Escala Hamilton de la Depresión (Hamilton, 1960) y la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Escobar, Rangel & Suárez, 2015).

1.2 Las conductas asociadas al suicidio

Se entiende como conducta suicida o asociada al suicidio a aquella que es el resultado de la interacción de los diversos factores de riesgo, teniendo además la claridad de que, desde el punto de vista epidemiológico, estas son distintas al suicidio consumado puesto que no existe un registro u organismo que regule o solicite se reporten los casos de intento de suicidio y mucho menos de las conductas que se asocian a este. Empero, se sabe que las conductas asociadas al suicidio tienen relación con la ideación, la planeación, el uso de sustancias y las autolesiones.

Como hemos mencionado a lo largo del desarrollo de este primer capítulo, el sujeto que presenta conducta suicida expresa de una manera u otra sus deseos y es importante estar al tanto de los mismos para poder hacer una intervención adecuada. Existen una serie de “indicios” que, si conocemos quizá no perfectamente, pero sí de manera general, podremos ayudar a externalizar el problema y evitar un desenlace fatídico.

En primer lugar, es importante tener en consideración el contexto en el cual se están desarrollando dichas señales, como ya se mencionó, el riesgo puede verse elevado durante ciertos periodos de tiempo como en los inicios de una enfermedad o posterior al alta hospitalaria, además de poder suceder cuando la persona enfrenta situaciones personales que para ella pueden ser complejas. Estas señales pueden ser verbales y no verbales y pueden relacionarse con la visión de sí mismo y/o de la vida y el futuro. De acuerdo con Caminero & Zurrón (2020), las señales de alerta que se presentan en un individuo de manera verbal enfatizando en la visualización de sí mismo o de su vida son las siguientes:

- “No valgo para nada”
- “Mi vida es un asco”
- “Estarían mejor sin mí”
- “Soy una carga para todos”
- “Estoy cansado de luchar”
- “Lo que me sucede no tiene solución”
- “Quiero acabar con todo”
- “Las cosas nunca van a mejorar”

También encontramos frases como “si algo me sucede...”, “ya no seré un problema por mucho tiempo más”, “mi vida ha sido inútil”.

De igual manera tenemos como manifestaciones verbales relacionados con la muerte las siguientes:

- “Necesito descansar”
- “No deseo seguir viviendo así”
- “Quisiera desaparecer”
- “Vivir no vale la pena”
- “Me pregunto cómo sería la vida si estuviese muerto”

- “Voy a suicidarme”

Adicional a esto, están también las señales de alerta y/o conductas asociadas que no son verbales, pero podemos identificarlas como cambios conductuales que suelen ser repentinos y altamente significantes. Estos pueden presentarse en diferentes formas y es importante lograr reconocerlos. Por ejemplo, el aumento de irritabilidad e irascibilidad, la ingesta desmesurada de bebidas alcohólicas e incluso el inicio del consumo de sustancias psicoactivas, de igual manera podemos observar laceraciones en el cuerpo producto de conductas autolesivas y un descuido significativo en la higiene y el cuidado personal. Contrario a lo que se piensa, en diversas ocasiones el suicida tiene plenamente anticipada la fecha de su deceso por lo que se encarga de terminar asuntos pendientes y/o tiene contacto con sus seres queridos a modos de despedida, también se presenta en este orden de ideas la preparación de documentos importantes como testamentos y seguros de vida y el cubrimiento de deudas en caso de que estas existan para no dejar “problemas” a sus allegados, así como también el regalar objetos preciados. Es importante destacar que después de ciertos periodos de agitación se devienen periodos de tranquilidad o calma de manera repentina los cuales pueden ser un riesgo inminente por lo que no se deben de tomar como una mejoría del sujeto en cuestión (Caminero & Zurrón, 2020, p.76).

De alguna manera, otras señales de alerta pueden ser que el individuo se muestre renuente a sus actividades diarias, también se nota la pérdida de interés en las cosas que antes le provocaban bienestar ya sean actividades de recreación, escolares o laborales, suele aislarse y evitar situaciones sociales y además limita el contacto social, también se ve afectado el ciclo de sueño y la conducta alimentaria, corriendo riesgos innecesarios.

La pertenencia a una población vulnerable que tiene mayor riesgo de presentar conductas suicidas es uno de los factores importantes, pero ¿Qué es un grupo vulnerable? De acuerdo con Castellvi & Piqueras (2018) una persona o grupos vulnerables son aquellos que por sus características presentan alguna desventaja ya sea por su edad, sexo, estado civil, nivel educativo, origen, condición física o mental. Los

grupos vulnerables o las personas pertenecientes a una minoría social presentan mayor riesgo de sufrir problemas o trastornos mentales puesto que las diferencias conductuales, físicas, económicas, de género y el difícil acceso al cubrimiento de las necesidades básicas puede traer problemas que favorezcan el factor de riesgo suicida en quienes lo padecen.

Las causas del suicidio siempre se han considerado como algo multifactorial puesto que son diversas las motivaciones que un sujeto puede tener para querer atentar contra su vida y de igual manera hay múltiples interacciones entre sus factores de riesgo en cualquier edad (Franklin et. al., 2017) en (Castellvi & Piqueras, 2018, p.47). Para la perspectiva sociológica el suicidio es provocado por criterios socioculturales que trascienden directamente a ciertos individuos, por otro lado, desde el psicoanálisis se entiende que el suicidio está relacionado con sentimientos de agresividad, hostilidad, melancolía e ira que, al no poder ser canalizados hacia el objeto fuente son proyectados hacia el Yo (Freud, 1988, en García, Hernández & Ríos, 2020, p. 1).

De acuerdo con Cruz (2015), algunos de los factores de riesgo más comunes entre los individuos que presentan conducta suicida pueden ser los siguientes:

- Uno o más trastornos mentales y/o relacionados con el abuso de sustancias.
- Conducta impulsiva.
- Acontecimientos de la vida inesperados (fallecimientos, separaciones).
- Antecedentes de suicidio.
- Violencia y abuso ya sea físico, verbal y/o emocional.
- Encarcelamiento
- Intentos de suicidio previos.

También sabemos que el género, la edad y el estado civil son factores de riesgo para que una persona presente una conducta suicida, además de considerarse siempre los factores genéticos, biológicos

y familiares, así como algunos determinantes socioeconómicos. En la tabla número 2 se ordenarán los diferentes factores que pudieran predisponer a una persona a desarrollar ideación y conducta suicida.

Tabla 2

Factores de riesgo asociados al suicidio.

Factores sociodemográficos	Factores medioambientales	Factores clínicos
Sexo: es sabido ya que las mujeres presentan una alta tasa de ideación e intento suicida, sin embargo, los hombres tienen una mayor tasa de suicidios consumados.	Hechos vitales estresantes: la mayoría de las personas que cometen suicidio han estado expuestos a eventos estresantes por lo menos tres meses previos al mismo.	Padecimientos generales: desde el diagnóstico de una enfermedad hasta una discapacidad ya sean estas físicas o
Edad: aunque la conducta suicida se presenta en todas las edades, los grupos de mayor riesgo son de 15 a 34 años y mayores de 65.	Conducta suicida previa y antecedentes de suicidio en la familia o el círculo social: la existencia de antecedentes personales de suicidio aumenta la probabilidad de cometerlo nuevamente.	mentales.
Estado civil: las personas divorciadas, viudas y solteras, así como quienes viven solos presentan tasas elevadas de suicidio.	Disponibilidad de medios para la comisión del suicidio.	

De acuerdo con Gutiérrez, Contreras, Orozco y Rosselli (2006), los factores de riesgo suicida pueden clasificarse en primarios, secundarios y terciarios. Dentro de los factores primarios podemos encontrar trastornos psiquiátricos como la ansiedad y la depresión, entre otros, aunque no siempre el suicidio está íntegramente provocado por estas, sin embargo, pueden ir de la mano, además de las enfermedades médicas crónicas; para los factores secundarios se catalogan aquellos que llevan a una actitud disfuncional en la resolución de problemas y el pesimismo y, finalmente, dentro de los factores terciarios se incluyen factores como la edad, género, periodos vulnerables como cambios estacionales y hormonales y la pertenencia a grupos minoritarios que frecuentemente presenten situaciones de acoso, discriminación o bullying.

Dentro de los factores de riesgo también se incluyen el consumo de sustancias, problemas económicos, baja autoestima, ausencia de estrategias de afrontamiento, problemas de control emocional y conductual y conflictos para la resolución de problemas, entendiendo estos según Morán-Astorga (2019) como factores importantes de hechos ya que, a mayor conocimiento y dominio de las estrategias de afrontamiento, mayor resiliencia, siendo dichas estrategias las acciones que una persona lleva a cabo para amortiguar y anular de ser posible los efectos negativos de situaciones amenazantes, teniendo la premisa de Lazarus y Folkman (1984) de que el afrontamiento son todos aquellos intentos emocionales, cognitivos y conductuales para el manejo de situaciones exigentes o que exceden la capacidad del individuo para adaptarse a ellas, lo que va de la mano con la capacidad de resolver problemas y tener la capacidad de enfrentarse a ellos, cualesquiera que estos sean ya que, como revisaremos más adelante, una misma situación puede tener un impacto distinto en cada persona dependiendo de su estado previo.

Además, la existencia de alguna enfermedad mental se vuelve un factor casi determinante para cometer suicidio pues, según Castellvi & Piqueras (2018) un 90% de las personas que llevaron a cabo el acto presentaban uno o más trastornos psiquiátricos, teniendo como dato de vital importancia que el riesgo de suicidio se presenta mayormente en las primeras fases de la enfermedad y en caso de que la

persona haya tenido algún ingreso psiquiátrico hospitalario, tras los 6 meses posteriores al alta. La depresión, la esquizofrenia, el abuso de sustancias, el trastorno bipolar, trastornos de la personalidad, de la conducta alimentaria y de ansiedad son algunos de los que pudiesen aumentar en un sujeto la posibilidad de presentar conductas suicidas.

Importante es decir que, pese a que los factores ya mencionados pueden ser no determinantes pero si elementales para presentar conducta suicida, existen otros factores que pudieran pasar desapercibidos o que, si bien el tema del suicidio es un tema delicado y lleno de tabúes para ser hablado, entonces los siguientes pudiesen ser menos relevantes para ser considerados como desencadenantes de una crisis suicida, tales como situaciones de violencia ya sea extrema o no pero sí frecuente, esta violencia puede ser física, verbal, económica o psicoemocional, entendida según la OMS (2020) como el uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, grupo o comunidad que tiene como consecuencia un traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte. También encontramos en este apartado los problemas escolares relacionados con rezago y bajas calificaciones, problemas de identidad de género, acoso, separaciones, fallecimientos, duelos, etc. De acuerdo con Zubiría (2017) citado en Toasa (2019), otro de los factores importantes es la desvalorización interpersonal expresada en el distanciamiento de actividades o grupos sociales, teniendo una falta de socialización y desinterés por la pertenencia a grupos de interés, lo que puede conllevar a un sentimiento de inadaptación orillando así a un suicidio.

Cabe mencionar que dentro de los factores de riesgo encontramos que hay ciertas profesiones que presentan riesgo debido a la labor que realizan como los cuerpos policíacos, veteranos militares y profesionales sanitarios, así como personas privadas de su libertad. (Saiz et al., 2011) en (Gasull, 2020, p.66). También se sabe que el estigma que rodea al suicidio puede encasillar a la persona que lo padece pues limita la voluntad de la búsqueda de ayuda, además, el difícil acceso a tratamientos efectivos puede provocar sentimientos de desesperanza y puede encaminar al aislamiento.

Vargas & Saavedra (2012) refieren que otras conductas asociadas al suicidio son el abuso de la nicotina, de consumo de alcohol y de realización de conductas potencialmente peligrosas para quien las lleva a cabo. También se incluye aquí el consumo de sustancias psicoactivas y la asociación con los trastornos de la conducta alimentaria.

Por otra parte, en un muy interesante artículo realizado por José Reyes-Ortiz y Mireya Tovar publicado en noviembre del 2019 se llevó a cabo un particular análisis automático de textos que hablan sobre el suicidio. Esta investigación se realizó dentro del campo de la lingüística computacional mediante la extracción de palabras clave, frases o partes de oraciones en donde se analizaron cabeceras de reportes periodísticos acerca del suicidio en español con el fin de conocer los motivos principales de los suicidios en nuestro país en un periodo que inició en enero del 2017 y finalizó en septiembre del 2018, obteniendo en total 581 causas de suicidio. En dicho artículo, Reyes-Ortiz & Tovar (2019) mencionan que, gracias a la aplicación de marcadores lingüísticos y una minuciosa revisión gramatical, las 5 frases verbales más frecuentes se relacionaban con: ser víctima de bullying, ser víctima de violencia familia, ser abusadas, haber sido separados de sus familias y ser acusados de acoso sexual o violación, particularmente. También refieren frecuencia en palabras como *bullying*, *cyberbullying*, *problemas psicológicos*, *soledad*, *depresión* y *desesperación*.

Concluyentemente, aun cuando el análisis presentado no se relaciona de manera directa con nuestro actuar, es cierto que realiza una aportación muy significativa ya que reduce el tiempo que se invierte en analizar noticias de esta índole ayudando a crear políticas generales de prevención mediante el conocimiento estadístico de las causas de suicidio en México. Además de evidenciar que las causas del suicidio, como hemos manejado, son múltiples y, aunque pudiesen parecerse unas a otras o incluso encontrarse ligadas, no necesariamente sucede siempre así.

Haciendo esta revisión, podemos identificar que muchos de los factores de riesgo identificados pueden ser potencialmente prevenibles con una identificación temprana, así como con una canalización y

tratamiento adecuados para ello, ayudando a reducir de manera significativa el número de casos de personas que presenten conducta suicida e incluso el número de suicidio consumado, apoyando a la mejoría de la salud tanto física como mental de las personas que pudiesen poseer un riesgo.

1.3 Terapia cognitivo-conductual para conductas relacionadas con el suicidio

Para efectos del presente trabajo, se revisarán algunos autores que han abordado el tema desde el enfoque cognitivo-conductual, entendiendo dicha intervención como aquella que trabaja con respuestas físicas, cognitivas, conductuales y emocionales, siendo una de las premisas principales del enfoque cognitivo-conductual que la cognición, la emoción y la conducta humana no son entidades separadas. Para esto, dentro de los capítulos siguientes se abordará de manera más amplia, sin embargo, se tocarán algunos puntos en el presente subtema que son relevantes para el entendimiento del enfoque elegido y su relación con la conducta suicida, esto porque se ha demostrado que entre los procesos psicoterapéuticos que han demostrado mayor eficacia se encuentra la Terapia Cognitivo Conductual (Tarrier, Taylor y Gooding, 2008 en Duval, 2019, p.11).

El paradigma cognitivo-conductual tuvo sus orígenes en las primeras décadas del siglo XX de 1930–1960, fue el primer paradigma en aparecer y estaba regulado por la idea “aplicacionista”. Su fundador fue un psicólogo estadounidense llamado J.B. Watson (1878-1978), quien expuso su gramática en un texto seminal escrito por él en 1913 llamado “La psicología vista desde el punto de vista de un conductista” (Monroy, 2009). Esta visión contempla que la psicología para ser considerada como ciencia debía olvidarse de lo subjetivo y enfocarse en lo objetivo, es decir el objeto de estudio sería el análisis de la conducta observable en la interacción del individuo-medio; él decía que los individuos somos como una página en blanco y que en el transcurso de nuestra vida aprendemos conductas de acuerdo con el entorno en el que nos desenvolvemos (Monroy, 2009).

Cuando hablamos de Terapia Cognitivo Conductual (TCC de ahora en adelante) nos estamos refiriendo a un conjunto de intervenciones terapéuticas en usuarios las cuales se fundamentan en apoyar

a las personas haciendo intervenciones tanto en su conducta manifiesta como en sus pensamientos y hábitos de interacción con el entorno, así como con su manera de sentir, generar y sostener creencias.

De acuerdo con Knapp & Beck (2008) citados en Herrera (2019), los esquemas cognitivos son aquellas estructuras cognitivas internas las cuales son consideradas como un almacén de características generales de experiencias que se utilizan para organizar información nueva de manera significativa y que determina el cómo será evaluada para decidir cómo se actuará.

Para la naturaleza del tema abordado, se enunciarán *grosso modo* puntos clave en los cuales la TTC tiene incidencia en la intervención de las conductas suicidas. En primer lugar, este enfoque ayuda a comprender las emociones que están ligadas a los pensamientos puesto que está demostrado que detrás de un pensamiento suicida existe una gran carga emocional, sin embargo, no todas las personas que lo experimentan logran entender cuáles son esas “fuerzas emocionales” que se presentan tras una ideación suicida, de esta manera el análisis de alternativas se escabulle dando paso a las respuestas radicales, en este caso, el quitarse la vida. Un punto fuerte de la TTC es que exhorta al usuario al autoconocimiento mediante ejercicios básicos que le ayudan a entrenarse en temas como la inteligencia emocional, el autocuidado y las estrategias de afrontamiento así como en la resolución de conflictos, dicho de otro modo, se le enseña al usuario a reconocer sus propias emociones y sentimientos, la manera en la que estos impactan en sus pensamientos y a su vez como estos impactan en su conducta, brindando herramientas que ayuden a lidiar con los malestares generados por algunas de estas sensaciones. En segundo lugar, este enfoque ayuda a encontrar proyectos futuros a corto plazo que funjan como agentes esperanzadores y con la capacidad de movilizar emocionalmente al usuario, esto se entiende como un doble beneficio pues a la vez que se está ayudando a romper con los hábitos ligados a la ideación suicida, se fomenta el ofrecimiento de la nueva interpretación de la realidad. Esta terapia también tiene repercusiones positivas puesto que establece una serie de pautas para que la persona que presenta ideación suicida y que, regularmente se encuentra desmotivada, pueda poco a poco ampliar su perspectiva incorporando hábitos

saludables yendo desde el más mínimo hasta el más complejo demostrando que esto influye en su estado físico y mental fomentando una sensación de bienestar teniendo como principales áreas de actuación la higiene del sueño, hábitos alimenticios y el mantenimiento de la actividad física.

La TTC es un modelo de tratamiento que trabaja ayudando al usuario a que modifique sus pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas por otras más adaptativas. Algunas de las ventajas de dicho modelo es que es estructurado y centrado en el problema y enseña a los usuarios a modificar ciertas cogniciones distorsionadas además de exhortarlos a caracterizar y modificar creencias centrales los cuales son considerados la base de los pensamientos automáticos (Puerta & Padilla, 2011, p. 252).

Duval (2019) refiere que se han elaborado diversas propuestas para el tratamiento de la conducta suicida bajo la TTC las cuales se componen de 7 fases por cada sesión de intervención: de la primera a la tercera fase se busca adherir al individuo al tratamiento solicitándole que relate su versión para saber qué es lo que lo llevó a la comisión del intento de suicidio, esto con la finalidad de elaborar un plan seguro ante cualquier emergencia suicida orientando al sujeto mediante la psicoeducación, enseñando alternativas para la resolución de problemas buscando recobrar el sentido de la esperanza (Brown y otros, 2005, Henriques, Beck y Brown, 2003 como se citó en Duval, 2019, p.12). Es a partir de la fase número 4 hasta la número 7 (denominada fase intermedia) en donde se busca el desarrollo de destrezas basadas en la reestructuración cognitiva buscando la modificación de la conducta del sujeto cuando este reaccione ante situaciones de estrés. Es en esta etapa cuando se modifican creencias inadecuadas relacionadas con el intento suicida y las estrategias que usaba para ello, así como los pensamientos automáticos dejando clara la relación entre pensamientos, emociones y conductas. De igual manera es importante señalar en esta etapa técnicas que favorezcan respuestas adaptativas ante el pensamiento automático disfuncional. Posterior a esto se elabora una lista de motivos por los cuales el usuario cree que debe vivir, esto con el fin de brindar esperanza y como método coadyuvante en los casos de crisis, de igual manera se procuran

herramientas de afrontamiento efectivas con la finalidad del logro de metas, así como el establecimiento de la regulación emocional y se cree conveniente ofrecer un control de impulsos suicidas, enfatizando en el acompañamiento de servicios sociales y de salud. El objetivo final es incrementar las herramientas cognitivo-conductuales con el fin de prevenir recaídas y enfrentar el pensamiento suicida (Duval, 2019, p.12).

Aarón Beck propone la *tríada cognitiva* la cual hace referencia a tres patrones de pensamiento: la visión negativa de sí mismo, es decir, la manera en la que se percibe la persona, la visión negativa del futuro que generalmente es percibido como desesperanzador y finalmente la visión negativa del mundo. Aunque esta tríada cognitiva se centra en el tema de la depresión, ha sido utilizado dentro de los planes de intervención en crisis suicidas por el esquema que presenta y la similitud de atenciones. De manera general, la TCC se encuentra asociada con tasas altas de efectividad a largo plazo en casos de depresión en comparación con los que no llevan este tipo de terapia, de forma genérica se puede mencionar que las intervenciones de la TCC tienen actuación en distintos niveles, demostrando que la intervención dentro de un episodio agudo de depresión puede tener efectos benéficos a muy largo plazo (hasta dos años posterior a la remisión inicial) (Sim et al., 2015 citado en Domínguez-Clavé & Soler, 2020, p. 55). Dentro de un esquema básico, Aarón Beck propone que, de acuerdo con las creencias personales del individuo, las situaciones complejas o de pérdida específicamente desencadenarán los llamados pensamientos automáticos negativos los cuales serán los responsables de las emociones por su puesto negativas que son características de la conducta suicida, estos pensamientos responden al orden de la triada cognitiva mencionada en líneas anteriores.

Lo que refiere, Puerta y Padilla (2011) es que la TTC ha mostrado superioridad con respecto a los resultados obtenidos en el uso de esta puesto que se busca orientar la reactividad cognitiva del sujeto y las alteraciones del funcionamiento interpersonal. Importante es decir entonces que, por su parte, la Terapia Cognitiva de Beck incluye intervenciones denominadas como “activaciones conductuales” donde

se busca que el individuo se encuentre de cara con las manifestaciones que pudieran estar provocando dichos malestares.

1.3.1 Principales mecanismos de evaluación desde la perspectiva cognitivo conductual.

Detectar ideas y/o pensamientos suicidas a tiempo es la mejor herramienta de prevención que se puede tener, llámese que lo hace un profesional de la salud mental o no, llámese que la detección conlleve un riesgo real o no, en cualquier caso, se deben de tomar en serio. Ahora bien, ¿cómo es que podemos evaluar esto? Se ha mencionado ya la importancia de hablar abiertamente sobre el tema, sin miedo y sin tabúes para poder confrontar a la persona en cuestión. De la Torre Martí (2013) menciona en su Protocolo para la Detección y Manejo Inicial de la Ideación Suicida un esquema de pasos a seguir para poder evaluar el riesgo de suicidio:

- a) Identificación de la presencia de factores de riesgo y protección generales.
- b) Evaluación del riesgo actual.
- c) Valoración del riesgo de suicidio.

Identificación de la presencia de factores de riesgo y protección generales

Es importante saber que, a mayor número de factores de riesgo en una persona, mayor será la probabilidad de que presente conducta o ideación suicida, sin embargo, es importante resaltar que el hecho de que no estén presentes no quiere decir que la persona no sea capaz de cometer un intento de suicidio. Aunque ya se revisaron los factores de riesgo, es importante mencionar algunos tales como la depresión, el consumo de sustancias, intentos previos, enfermedades físicas o mentales, duelo o pérdidas recientes, traumas, aislamiento, etc.

Evaluación del riesgo actual

La entrevista y las escalas y cuestionarios estandarizados tienen como fin común el poder determinar hasta qué punto las ideas suicidas pueden desembocar en un comportamiento riesgoso. La entrevista, por un lado, es una fuente de información sumamente valiosa puesto que es flexible y

adaptable a cada persona y en casos de evaluación suicida, las preguntas pueden y deben enfocarse en explorar la presencia de problemas tanto psicológicos como psiquiátricos, así como indagar sobre intentos previos de suicidio y la ideación suicida que presenta. La guía de evaluación se conforma de la siguiente manera:

- Trastornos psiquiátricos/psicológicos: se debe evaluar la presencia de sintomatología relacionada con inestabilidad o cambios en el estado de ánimo, consumo de sustancias, trastornos de la personalidad, antecedentes psiquiátricos, etc.
- Intentos suicidas y/o autolesivos previos: se considera cualquier número de veces en el que el sujeto haya intentado cualquier conducta autolesiva, así como la severidad de estas.

De la Torre Martí (2013) menciona además unas fases que coadyuvan al profesional ante la presencia de pensamientos o intentos suicidas:

Fase 1: Iniciar preguntas a partir de una situación específica que la persona señale como preocupante de manera particular del tipo “¿cómo planea resolver esta situación?”, “¿Ha pensado en hacerse daño?” (en caso de que no haya comentado aún algo relacionado con el suicidio), “¿En qué piensa cuando no puede dormir?” (notar si la persona se siente más cómoda al hablar de manera indirecta sobre el tema). Es importante también saber acerca de la frecuencia y la intensidad de los pensamientos que presenta, así como las emociones y sentimientos que está experimentando ante ello.

Fase 2: Cuando se ha confirmado la presencia de ideación suicida se debe tocar el tema de manera más profunda con el fin de identificar si existe una posible planificación, así como el método suicida considerado, tomando en cuenta la especificidad, además de la circunstancias y momento concreto para realizarlo, así como el lugar y el motivo principal que la persona tiene para acabar con su vida.

Fase 3: Se debe evaluar la desesperanza y los planes sobre el futuro, cuestionando a la persona acerca de los posibles planes a futuro, el convencimiento que tiene acerca de la situación alarmante que le rodea y la búsqueda de alternativas y posibilidades para mejorar dicha situación.

Fase 4: No debe dejarse atrás la evaluación del sentimiento de culpa ya que es común que las personas sobre todo con depresión atribuyan a ellos las desgracias actuales y futuras tanto de ellos como de sus seres queridos.

Fase 5: Redes de apoyo tanto reales como percibidas deberán evaluarse y se deberán de tomar en cuenta para casos de urgencia, además de que fomentará el fortalecimiento o la creación de las mismas.

Fase 6: La evaluación de las creencias, valores y factores de protección puede apoyar tanto a ganar tiempo como a valorar que tantas alternativas existen por esta parte.

Los cuestionarios y las escalas estandarizadas por otro lado ayudan a complementar la información obtenida gracias a la entrevista, teniendo la ventaja de ser sencillos de aplicar y de arrojar datos importantes de manera rápida, algunos instrumentos que se utilizan son la Escala de Desesperanza de Beck, el Inventario de Depresión de Beck, la Escala de Evaluación del Suicidio, la Escala de Intención Suicida, La escala de Riesgo Suicida, la escala SAD Person, el Cuestionario de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida, entre otros.

Valoración del nivel de riesgo de suicidio

Una vez que se ha evaluado y detectado el riesgo suicida se abre paso a la intervención, tomando en cuenta la información que se obtuvo previamente relacionada con el riesgo actual, la planificación y la elaboración de la ideación, se puede utilizar la siguiente categoría para determinar el riesgo de suicidio:

- Riesgo alto (4): se tomará en cuenta que la persona presente un ánimo depresivo grave, así como la planificación suicida y elección de método específico y contar con seis o más factores de riesgo principales.

- Riesgo medio-alto (3): si la persona cumple con menos de seis factores de riesgo y presenta planificación suicida sin enunciar un método específico
- Riesgo medio (2): si se cumplen de dos a cuatro factores de riesgo, pero no hay planificación suicida y, además, el estado de ánimo es depresivo, pero bajo o moderado.
- Riesgo bajo (1): en esta categoría entran los sujetos que presentan un solo factor de riesgo, que no presentan planes suicidas, pero si altos niveles de desesperanza, culpa y nulas redes de apoyo, así como carencia de habilidades sociales y estrategias de afrontamiento.

1.4 Protocolo de prevención del suicidio

Una de las metas a nivel mundial es la disminución de la tasa de suicidios, es por ello por lo que la OMS plantea que para el año 2030 se tendrían que estar alcanzando objetivos concretos con respecto a la aplicación de estrategias de promoción y prevención (Gil, 2020, p. 21). También se plantea que debe haber estrategias nacionales que sean integrales, es decir, que abarquen las intervenciones universales, selectivas y efectivas, entendiendo estas como la recomendación de la restricción del acceso a los medios más comúnmente utilizados como armas de fuego, pesticidas o plaguicidas y el acceso a lugares potencialmente altos y sin protección, también se hace énfasis en la reducción del consumo del alcohol y en que los medios de comunicación traten de manera responsable los casos de suicidio. Además, en poblaciones de riesgo se recomienda que personal no especializado sea preparado y entrenado para intervenir, así como para promover la búsqueda de atención necesaria, así como la intervención con supervivientes de un intento de suicidio o de un suicidio consumado. En general, estas recomendaciones son planteadas para ser impartidas en el sector de salud, educativo, de seguridad pública, protección civil, militares, de comunicación, religiosos y de la sociedad civil.

La prevención de las conductas suicidas es un tema que debe ser tratado y llevado a cabo en todo el mundo y que, además, no debe ser limitado únicamente al personal sanitario, sino que debe ser tratado como algo que tiene un enfoque multidimensional y para toda la población. Resulta de renombre entonces

comenzar o fomentar la psicoeducación orientada a las conductas suicidas como medio primordial de prevención de estas. En las primeras páginas del presente manuscrito pudimos enunciar las conductas asociadas al suicidio, así como los factores de riesgo y los mitos que los rodean, de esta manera, es imperativo recalcar que no hay que dejar pasar las señales de alerta y que debemos de procurar la divulgación de la información que está en nuestras manos para dar la importancia que hace falta a un problema que es catalogado grave y de salud pública que, sin duda alguna, afecta de sobremanera a la sociedad, más aún dentro del contexto social que se vive actualmente, la pandemia por COVID-19 que ha dejado a flote la importancia de la salud mental dentro de todos los estratos sociales y en todos los niveles socioeconómicos.

Si bien, como lo mencionó Sáiz & Jiménez (2020), el auxilio al individuo que presenta conductas suicidas va más allá de la buena voluntad que una persona pudiese tener pues deberá ser atendido por personal profesional en la materia, es importante saber que hay información importante que puede ser difundida en personas que no tienen relación siquiera con la salud mental para fungir como meros espectadores y contenedores de situaciones en las que el sujeto afectado pudiese encontrarse desbordado, entendiendo así que la prevención del suicidio puede clasificarse en prevención general, prevención indirecta y prevención directa.

- Dentro de la **prevención general** encontraremos en efecto, las medidas de apoyo psicológicas, educativas, institucionales y sociales, es decir, que el apoyo puede brindarse por parte de las familias, los amigos, el personal docente y médico para detectar las señales de alarma y se puede enseñar el manejo de crisis para incrementar la capacidad que los individuos tienen para hacerles frente.
- En el rubro de la **prevención indirecta** encontramos entonces las medidas de prevención que se dirigen a la reducción de métodos suicidas y la ayuda a los problemas subyacentes

que pudiesen presentarse, tal es el caso de las enfermedades mentales, el abuso en el consumo de sustancias, enfermedades físicas y situaciones de crisis.

- Finalmente, en la **prevención directa** se centra en las medidas tomadas para abortar o yugular el proceso suicida.

Encontramos en la literatura que también la prevención se divide en prevención universal, la cual se dirige a la población en general, la prevención selectiva que es la que corresponde a los sujetos que presentan un factor de riesgo que determine mayor propensión a desarrollar conductas suicidas y finalmente la prevención indicada y esta se dirige a los individuos que evidencian conductas autodestructivas (Pérez, 2014, p. 624).

Diversos autores coinciden en la importancia de la detección de los factores de riesgo previamente mencionados como una estrategia válida de prevención y fomentan la divulgación de la información básica acerca de cómo detectar y/o prevenir un suicidio consumado, invitando a las personas que lo viven a buscar redes de apoyo para externar sus pensamientos suicidas y mencionando que en muchas ocasiones las crisis suicidas pueden ser pasajeras. También se señala la importancia, nuevamente de saber que la prevención no es del actuar exclusivo del sistema sanitario, sino que puede ser intervenido desde diferentes contextos socioculturales.

Protocolo de prevención bajo el enfoque cognitivo conductual

Es importante que la detección de pensamientos y/o ideas suicidas sean tomadas en serio en cualquier caso y de manera general, durante la exploración inicial los profesionales de la salud deberán confrontar al usuario sobre la existencia de dichas ideas para determinar el riesgo de suicidio de la persona, es decir: 1) Identificación de la presencia de factores de riesgo y protección, 2) Evaluación del riesgo actual y 3) Valoración del riesgo de suicidio. Se debe tener en cuenta que cuanto más sean los factores de riesgo asociados al individuo este puede presentar mayor riesgo de que la persona presente alguna conducta suicida, empero, el que no estén presentes no significa que una persona no lo lleve a cabo.

Asimismo, los factores de protección son punto clave para ser utilizados dentro de la intervención misma (Sáiz & Jiménez, 2020, p.93).

Para la detección del riesgo actual se hace uso de instrumentos como la entrevista en primer lugar puesto que es una fuente de información muy basta y flexible, ya que es ajustable a cada usuario. Es importante enfocar las preguntas al historial médico de la persona, explorar antecedentes psicológicos y psiquiátricos propios y de la familia además de abordar de manera directa el cuestionamiento acerca de los intentos de suicidio previos en caso de que hayan existido. Puede utilizarse la siguiente guía de evaluación para tocar las variables más importantes en este tipo de casos:

- Antecedentes psicológicos y psiquiátricos: es importante indagar sobre la presencia de sintomatología relacionada con cambios emocionales, trastornos de personalidad, consumo de sustancias y antecedentes en familiares.
- Intentos previos de suicidio o conductas autolesivas: se deben de tomar en cuenta el número de veces que cualquiera de estos ha sucedido y el grado de severidad.
- Ideación suicida: es importante sondear acerca de la construcción cognitiva que el usuario haya realizado en relación con el acto suicida. Esto ayuda para tener una perspectiva clara del riesgo que corre la vida del usuario.

Lo más recomendable es comenzar a realizar preguntas directas en torno al problema específico que la persona presenta, así como en relación con la frecuencia y la intensidad de pensamientos asociados que se indiquen, también será importante indagar sobre la posible planificación del suicidio desde método hasta la circunstancia e incluso saber si hay un día concreto planeado para realizarlo; asimismo, indagar sobre si se tiene un lugar predilecto y si hay un motivo principal para llevar a cabo dicha acción.

Es de igual manera relevante cuestionar a la persona acerca de los planes que tiene a futuro y se debe realizar una evaluación de la desesperanza, así como los sentimientos de culpa con respecto al contexto en el que se encuentra. Finalmente será bueno indagar acerca de las redes de apoyo que la

persona presenta y que, muy importante, el usuario los percibe realmente, también se debe indagar acerca de los valores y creencias que la persona tiene y en caso de ser necesario se deberán de realizar indagatorias con el fin de confirmar o descartar un posible padecimiento psiquiátrico, físico y/o mental.

Papel del terapeuta

Es relevante que la persona encargada de la evaluación y el control del suicidio se plantee si se encuentra capacitado y cuenta con las habilidades profesionales para la atención de este, es sumamente recomendable que el profesional sea capaz de desarrollar una evaluación adecuada y de la misma manera haga una intervención correspondiente en casos de crisis, de lo contrario, será su deber derivar la atención si es necesario. También es fundamental que el clínico hable de manera abierta y clara sobre el suicidio mostrando empatía y comprensión ante lo que el usuario se encuentre narrando, tomando en cuenta que el poseer la energía suficiente para tratar con personas que posiblemente estén deprimidas o sumamente desesperanzadas es clave para el mantenimiento y búsqueda de una correcta colaboración.

Algo que es poco tratado pero que, sin duda alguna es dicho de mencionarse es que los profesionales que atiendan este tipo de casos tengan presentes su capacidades y limitaciones puesto que tener una idea falsamente positiva de que todas sus intervenciones serán exitosas puede traerles problemas graves, es importante la comunicación con colegas y de igual manera se exhorta a mantener un plan de colaboración con el usuario asegurándose además de que el plan de control de riesgo estará notificado por escrito y de fácil acceso a los profesionales en caso de que el riesgo sea elevado y se salga de las manos del profesional que lo está tratando en ese momento.

Conclusiones

Pese a que se ha buscado normalizar el tema del suicidio, aun es un tema complejo de tratar en muchos ámbitos, sabido es que las intervenciones con personas que presentan conductas suicidas o bien que han tenido intentos de suicidio deben de ser hechas específicamente por profesionales capacitados y especializados en la materia, sin embargo, a lo largo del presente capítulo pudimos notar que existen

ciertas acciones que cualquier persona dentro de cualquier sector puede llevar a cabo para el apoyo a la disminución de la ocurrencia de este. Actualmente existen diversas instituciones que coadyuvan con la atención de crisis mediante el modelo “intervención en crisis” de primer orden, ya sea de manera presencial o a la distancia, incluso existen ya muchas aplicaciones tecnológicas que han aprovechado los avances a lo largo del tiempo para desarrollar “robots amigables” que acompañan a las personas que viven situaciones complejas y que incluso, han pensado en el suicidio siquiera una sola vez.

Es importante que como profesionales de la salud mental nos documentemos y busquemos compartir esta información a la mayoría de las personas posibles con el fin de divulgarla para que las acciones de detección oportuna sean más que las de intervención después de una tragedia.

2. Capítulo 2. Crisis psicológica

Erasmus (1466-1536) consideró al suicidio como la forma de librarse a uno mismo del "agobio de la vida..."

En páginas anteriores revisamos algunas consideraciones generales acerca del suicidio con respecto a cómo pudiese prevenirse y de qué manera podemos detectar algunas señales para ello, sin embargo, ¿qué es lo que orilla a una persona a considerar el suicidio como solución a lo que acontece? En el presente capítulo se abordará el tema de las crisis psicológicas y como estas pueden ser un referente para que un individuo considere la propia muerte como única solución a una situación que, en muchas ocasiones es algo transitorio más no permanente.

2.1 ¿Qué es una crisis psicológica?

Podemos afirmar que una crisis no puede definirse por sí misma, sino que es necesario explicar sus premisas para poder entenderla. "Toda crisis supone el enfrentamiento a algo que cambia de forma brusca e impensada y la salida es encontrar un nuevo equilibrio o bien, seguir en la confusión y el desorden" (Fiorini, 1999, en Rocamora, 2013, p. 27).

La palabra crisis tiene diversas acepciones que de alguna manera nos llevan al mismo significado, para comenzar esta escritura mencionaremos algunos de los más enunciativos significados de esta palabra dentro del contexto que a nosotros refiere: la psicología.

Para González de Rivera (2001) el concepto de crisis procede de la raíz sánscrita *skibh* que significa cortar, separar, distinguir, asimilada por la voz griega *krisis* que significa decidir. Tenemos también la siguiente definición que explica que crisis viene del vocablo griego *krisis* que significa decisión y *krino* que significa separar (Diccionario de psicopatología, 1978 en Rocamora, 2013), mientras que Slaikou (2000) hace un análisis semántico de la palabra haciendo referencia a que el término chino es "wei-ji" el cual se compone de dos caracteres que significan peligro y oportunidad. Ahora bien, en términos prácticos una crisis puede definirse como un estado temporal de trastorno y desorganización en donde la capacidad del

sujeto que la está experimentando para utilizar los métodos acostumbrados para la resolución de problemas se ve afectada. Armoniosamente Alejandro Rocamora en su destacada obra “Intervención en crisis en las conductas suicidas” enuncia las siguientes definiciones operativas de crisis:

- Para Lillibridge y Klukken (1978) la crisis es: “Una alteración en el equilibrio cuando se fracasa en una aproximación tradicional de resolución de problemas que genera desorganización, desesperanza, tristeza, confusión y pánico”.
- Para Erik Erikson (1950): “la crisis ya no connota una catástrofe inminente, sino que designa un punto crítico necesario, un momento crucial en el que el desarrollo debe tomar una dirección u otra, ordenando los recursos del crecimiento, la recuperación, y una mayor diferenciación”.
- Finalmente, para Caplan (1964) la crisis es: “la condición de la reacción de un individuo en un punto crítico, dentro de una situación peligrosa que amenaza la integridad o la totalidad”.

La crisis en si es un periodo crucial en la vida de una persona que no necesariamente presenta alguna enfermedad mental que trae consigo consecuencias tanto físicas como emocionales que puede significar el empeoramiento y destrucción o bien, el fortalecimiento y optimización del proceso que se está viviendo. Desde la perspectiva del concepto de crisis en salud mental la entendemos como una experiencia puntual que refuerza al sujeto a reconsiderar en un tiempo breve el sentido de su vida, de aquí que se tenga la ambivalencia entre el riesgo y la potencialidad de la misma (González de Rivera, 2001, p. 36). Clínicamente la crisis se conceptualiza como una situación de estrés que es transitoria y que su resolución será una decisión estructurante en la cual la persona tiene muy clara la disparidad entre el rendimiento normal de sus recursos habituales y las exigencias de la situación crítica presentada (González de Rivera, 2001).

Por otro lado, la Secretaría de Educación Pública (SEP) define el concepto “crisis emocional” como un conjunto de reacciones físicas y cognitivas que se presentan ante una situación que amenaza nuestra integridad, lo cual no se encuentra alejado de la realidad pues tenemos como distintos referentes conceptuales que es algo que se puede presentar en cualquier momento de la vida y que genera respuestas emocionales, cognitivas y conductuales, entendiendo entonces la crisis como un evento puntual y traumático que sobrepasa los mecanismos psicológicos de afrontamiento de una persona y, muy importante señalar, que no es el evento en si lo que desencadena la crisis sino la percepción que tiene la persona de este. Generalmente se entiende que la persona que está en crisis se encuentra “desbordada” y se le complica manejarse en su modo normal, por lo que podemos resumir que toda crisis supone un momento de peligro por las emociones que se experimentan y de igual modo supone una ocasión u oportunidad la cual se refiere a la reconstrucción a partir del momento de crisis. Los estados de crisis entonces son la forma en la que un individuo reacciona ante eventos límites que pueden ser diversos en donde se restringen los mecanismos de afrontamiento por el desconocimiento ante el enfrentamiento de una situación compleja, lo que genera un miedo excesivo, angustia y de respuestas automáticas (González, Higuera, Torres & Velásquez, 2020, p. 3) y para ubicar de una manera más sencilla la respuesta a la pregunta que dirige este apartado podemos apoyarnos de la tríada que da forma a toda crisis: el desequilibrio, la temporalidad y la capacidad interna de retroceder o de avanzar, es decir: la o las crisis siempre obligarán a tomar una decisión.

Cabe destacar que una crisis casi siempre es entendida por muchas personas como algo que sucede únicamente en un momento crucial y, tomando como referentes las diferentes definiciones que hemos mencionado antes, el hecho de saber que se da “en un momento traumático” da por hecho que suceden si y solo si la situación conlleva un accidente, un desastre natural o una situación sumamente trágica de vivir. Empero, esto no es cien por ciento real puesto que, retomando nuevamente algunos referentes de las definiciones previas, una crisis o una situación crítica puede suceder en cualquier lugar y

en cualquier momento implicando una vivencia desequilibrante por sí misma y que, así como sucede debe ser atendida, es decir, con una intervención crítica (Rocamora, 2013). Es así como entendemos que la crisis no es por tanto algo negativo, sino que es algo que depende de la manera en la que el sujeto enfrente la situación pudiendo así fortalecerlo o debilitarlo.

Caplan (1971) en Slaikeu (2000) pone énfasis en el trastorno emocional y el desequilibrio además del fracaso en la solución de problemas o el salir adelante de la crisis como característica específica. De cualquier manera, todos los seres humanos estamos expuestos a vivir circunstancias críticas que tendrán como singularidad una gran desorganización emocional que pudiera llevarnos al colapso y, finalmente, la resolución de dicha crisis dependerá de muchos factores, entre ellos está la gravedad del suceso previo, los recursos personales de quien la vive y la experiencia que se tenga de crisis anteriores, así como los recursos sociales que posea la persona (Slaikeu, 2000, p. 16). Es de relevancia poner este énfasis en que la crisis por sí misma no es una situación negativa puesto que, si bien es una situación de riesgo, como hemos revisado hasta ahora también podemos enmarcar a las crisis dentro de una posibilidad u oportunidad, de aquí la importancia de la formación y sensibilización ante situaciones de crisis así como la psicoeducación para estas, de lo contrario el personal tanto sanitario como los que no pertenecen a este grupo brindarán una atención de baja calidad pudiendo caer en cierto grado de iatrogenia. Es importante que como profesionales de la salud mental estemos capacitados para atender de forma inmediata a quien solicite el apoyo para disminuir en la medida de lo posible el dolor psicológico que presenta la persona que nos lo demanda, relevante es mencionar que si no se interviene ante una crisis esta puede derivar en diversos problemas psicológicos que, con el paso del tiempo, pueden agravarse.

En resumen, podemos señalar como características comunes de toda crisis las siguientes:

- El desequilibrio presentado ante la dificultad del problema mismo y los recursos de los cuales dispone la persona para afrontarla.

- La intervención externa que ayude a compensar el desequilibrio producido para que la persona obtenga un nuevo estado emocional armónico.
- La temporalidad, puesto que la crisis se presenta en un tiempo relativamente breve con un inicio y un final a corto plazo.
- La inmensa necesidad de ayuda que presenta una persona durante un episodio de crisis.
- Por consiguiente, la capacidad de la persona de caminar hacia un más o retroceder hacia un menos.

Por lo tanto, entendemos la siguiente secuencia como parte de una crisis:

conflicto, desorden y adaptación o desadaptación.

Delimitación de conceptos asociados

Será importante también referir el significado de trauma, estrés y cambio puesto que se encuentran ligados al tema que nos atañe. En primer lugar podemos denominar el estrés como aquella respuesta global de nuestro cuerpo ante una situación que genera angustia o bien, como cualquier estímulo intrínseco o extrínseco que provoca una respuesta biológica y además, el estrés podemos clasificarlo como estrés positivo (eustrés) el cual sucede cuando una persona se encuentra bajo presión pero los efectos de esta situación otorgan un beneficio o estrés negativo (distrés) que es cuando una persona se anticipa a una situación generalmente con resultados negativos. Cabe mencionar que una de las significancias de la crisis es precisamente romper con la homeostasis y cuando la influencia del ambiente supera al organismo el cual no puede responder con la máxima eficacia, entonces es cuando el sistema percibe la situación como peligrosa lo que desencadena los mecanismos básicos de luchar, paralizarse y/o huir, esto genera una hipersecreción de cortisol que puede resultar dañino para la salud en general. (González de Rivera, 2001, p. 37). En síntesis, el estrés es algo que corresponde a una dinámica de resistencia, tensión y lucha que persiste en tanto que los factores externos lo exijan o mientras dure la resistencia del organismo en cuestión. Cabe mencionar que aunque se relaciona, las reacciones que se

tienen en un periodo de estrés son un tanto distintas en cuanto a una crisis puesto que en casos de estrés los patrones de enfrentamiento son diferentes, además las personas que están dentro de este estado suelen encontrarse “cerradas y a la defensiva”, otra característica diferente es que, como hemos revisado, en una situación de crisis se tienen dos posibles alternativas: el crecimiento o el decremento del sujeto; en una etapa de estrés generalmente la persona se adapta al deterioro y a la aflicción que causó la circunstancia.

Por otro lado, tenemos al trauma el cual, aunque pudiese relacionarse con el estrés, lo cierto es que un trauma se caracteriza por ser un evento especialmente destructivo en la vida del individuo, la familia y las comunidades afectadas (Rubin Wainrib & Bloch, 2001 en Rocamora, 2013, p. 5). El trauma por lo tanto indica una ruptura en las capacidades de integración en la vida psíquica, es decir, es una alteración profunda y permanente del funcionamiento mental de la persona, con lo cual una situación traumática suele estar acompañada de amnesia y disociación, por lo que la intensidad de este es tal que supera las capacidades de procesamiento del sistema nervioso del sujeto dando paso a disrupciones permanentes en la organización del mundo interno del individuo. Podemos decir también que el trauma es una experiencia que por sí misma constituye una amenaza para la integridad tanto física como psicológica de la persona que lo experimenta la cual puede llegar a quebrar su seguridad y la confianza en los demás llevándolo a cuestionar valores y creencias propias (Pérez Sales, 2006 en Rocamora, 2013, p. 9).

Finalmente, el cambio en cualquier etapa del ciclo vital y, por más mínimo que sea, influye en traumas y estreses ya que exigen un reajuste de las funciones habituales de la vida cotidiana, Gonzáles de Rivera (2001) refiere que un cumulo de pequeños cambios en un periodo corto de tiempo pueden ser similares al impacto de una gran tragedia.

Síntomas y reacciones de una crisis

Generalmente una persona que se encuentra en crisis, independientemente de la situación que la desencadene, puede presentar diversos síntomas tanto físicos como psicológicos: taquicardia,

adormecimiento de las extremidades, cefalea, disnea o hiperventilación así como sentimientos de confusión, pensamientos negativos recurrentes e incluso catastróficos, temor hacia el futuro, ganas de llorar o bien llanto incontenible sin motivo aparente y sensación de “salir corriendo” del lugar; vale decir que existe también la crisis suicida en donde los síntomas y las conductas suelen ser de mayor dificultad tanto en el experimentar como en el tratar. Otros síntomas frecuentes que podemos mencionar con respecto a la persona que esté experimentando una crisis son sentimientos de agotamiento, cansancio, soledad y desamparo además de inadecuación, ansiedad y desorganización del funcionamiento en todas las esferas de su vida (laboral/escolar, familiar y social) (Slaikeu, 1988; Osorio, 2017 en Heredia, 2018, p. 9).

De acuerdo con Azzara (2020) cuando un individuo está viviendo una situación de crisis se produce una hiperactivación del sistema límbico el cual está encargado de dirigir las respuestas fisiológicas que caracterizan los estados emocionales como enojo y temor, a su vez, se disminuye la actividad de la corteza pre frontal la cual está encargada de la toma de decisiones, la regulación emocional y las sensaciones de control; de esta manera se entiende entonces el motivo por el cual se aumentan o se generan las sensaciones de indefensión, vulnerabilidad y pérdida del control, provocando una reacción de estrés agudo en muchos de los casos (Farchi, 2012 en Azzara, 2020, p. 186). En la tabla 3 se catalogarán las características de respuesta ante situaciones de crisis.

Tabla 3

Características de respuesta ante situaciones de crisis.

A nivel cognitivo	A nivel psicológico	A nivel fisiológico
El sujeto se siente desbordado por la situación que es inesperada y que puede afectar como se	La persona enfrenta vivencias de negación, temor, confusión, aplanamiento emocional, inquietud, etc.	El sujeto puede presentar reacciones de estrés tales como cambios en el ritmo

mencionado, su capacidad de resolución de problemas, así como sus mecanismos de afrontamiento.	cardiaco, en la respiración y sudoración excesiva.
--	--

Por su parte las reacciones posteriores a la crisis son similares a los síntomas e incluso, muchos son síntomas que se extienden por un periodo de tiempo largo y de igual manera dividen en reacciones cognitivas, conductuales y emocionales. Para el rubro de reacciones cognitivas tenemos la dificultad en la toma de decisiones y problemas de concentración y memoria, insomnio, desorientación, confusión y preocupación constantes, autocuestionamiento de creencias y pensamientos desordenados e intrusivos, aislamiento, dependencia, culpabilidad, evitación e impulsividad. En reacciones físicas aunadas a las cognitivas encontramos agotamiento, fatiga prevalectante, agresiones a los demás, complicaciones de condiciones médicas previas, hipervigilancia e hipersensibilidad a estímulos, cambios de alimentación, finalmente las reacciones emocionales se relacionan con la tristeza, enojo, frustración, irritabilidad, inestabilidad emocional en general, además se presentan reacciones de desesperación, ansiedad, distanciamiento y sensibilidad emocional e incluso baja autoestima (Gutiérrez & Hernández, 2017, p. 29).

En resumen, las reacciones ante eventos traumáticos y/o crisis son respuestas normales ante situaciones anormales puesto que nada puede preparar a una persona ante ciertas eventualidades y no existen predictores que indiquen lo funcional o disfuncional que podrá reaccionar cualquier individuo en concreto (Rubin Wainrib & Bloch, 2001 en Rocamora, 2010, p. 8).

2.2 Tipos de crisis

La crisis se puede dividir en dos rubros: crisis circunstanciales y crisis evolutivas o del desarrollo. Monroy (2020) refiere que las crisis circunstanciales (no normativas) ocurren como su nombre lo dice, en circunstancias, de forma inesperada y se asocian mucho más al daño debido a que presentan alteraciones

emocionales, conductuales, físicas, psicosociales y socioculturales, ejemplos de este tipo de crisis son accidentes viales, divorcios, desastres naturales, etc. Estas pueden relacionarse más con un peligro o una oportunidad ante la resolución de esta. Por otro lado, también menciona que las crisis del desarrollo (normativas) son aquellas que suelen ser más predecibles puesto que suceden durante el ciclo vital como por ejemplo la infancia, adolescencia, la edad media, menopausia, andropausia, etc. Vale decir que las crisis circunstanciales pueden presentarse en cualquier momento, en calidad de urgencia y pueden incluso afectar a nivel comunidad, lo que pone a prueba la resiliencia y la adaptación de un individuo, por otro lado, las crisis del desarrollo se presentan de acuerdo con las transiciones que todo ser humano deberá vivir a lo largo de su vida. Dicho esto, es sumamente importante recalcar que cada persona enfrenta de diferente manera un mismo evento traumático o crítico: lo que para una persona puede ser muy grave para otra no lo es, pese a que se trate del mismo evento (como, por ejemplo, la situación actual sanitaria, es decir, la pandemia, no todas las personas reaccionan y enfrentan la situación de la misma manera). Y esta reacción dependerá en mucha parte de las experiencias previas de la persona, así como los valores, creencias, contexto sociocultural, capacidad de resiliencia, entre otros.

Crisis circunstanciales

En este rubro encontramos situaciones que pueden afectar a cualquier persona en cualquier momento y a cualquier edad. Las crisis circunstanciales o no normativas: recibir noticias contundentes que cambien el rumbo de nuestra vida siempre es motivo de desestabilidad emocional, vivir eventos traumáticos que desborden sentimientos, conductas y pensamientos insostenibles y el enfrentamiento a sucesos inesperados serán siempre la particularidad del inicio de una crisis, algunos ejemplos de crisis circunstanciales pueden ser problemas económicos considerables, accidentes automovilísticos que deriven en la pérdida familiar ya sea parcial o total, el diagnóstico de una enfermedad, catástrofes naturales, separaciones, entre otras. Slaikeu (2000) enuncia las siguientes características de las crisis circunstanciales:

- Aparición repentina: las situaciones que evocan crisis circunstanciales parecen provenir “de ninguna parte”.
- Imprevisión: La mayor parte de las veces las personas creen que lo que le sucede a alguien más no les pasará a ellos, es decir, pocas personas están preparadas para una crisis circunstancial.
- Calidad de urgencia: Muchas de estas crisis representan una amenaza para el bienestar físico o psicológico de la persona por lo que las estrategias de evaluación deben ser de “urgencia” y se deben evaluar rápidamente las prioridades de la misma, siguiendo pasos adecuados para ello.
- Impacto potencial sobre comunidades: Algunas crisis circunstanciales pueden afectar a comunidades y la intervención deberá de realizarse en un número de personas elevado en un tiempo corto. Sismos, desastres naturales, incendios y, lo más significativo en este momento como la pandemia son ejemplos claros de desencadenantes de este tipo de crisis.
- Peligro y oportunidad: Considerándose al peligro como una de las distinciones principales de este tipo de crisis, esta tiene el potencial de trasladar a la persona a niveles más elevados o bajos de funcionamiento.

Crisis del desarrollo

Las crisis del desarrollo también conocidas como crisis normativas, como se coincide en literatura diversa, son aquellas que se relacionan directamente con un proceso de maduración, cabe señalar que no se cuenta con evidencia científica contundente que avale esta clasificación, sin embargo, se mencionará como referencia. Erik Erikson (1964) en González de Rivera (2001, p. 44) mencionaba que las crisis del desarrollo son universales puesto que ocurren en todos los seres humanos y esto va de la mano con las consideraciones que hacía con respecto a que la personalidad de un individuo se desarrolla durante el

ciclo completo de vida el cual dividió en ocho etapas del desarrollo puntualizando que en cada una existe un potencial de crisis. De acuerdo con Slaikeu (2000) aunque aún no hay una relación significativa entre la psicológica del desarrollo y el campo de la intervención en crisis, existen algunas hipótesis del desarrollo que vale la pena considerar para poder enunciarlas en este apartado y se incluye lo siguiente: la vida desde el nacimiento hasta la muerte es un cambio y crecimiento continuos por lo que el estado de crisis es único por ser extremista, también se menciona que las etapas del desarrollo se caracterizan cada una por ciertas preocupaciones y/o tareas y se dice que el individuo debe resolver cada una para funcionar en la siguiente. De igual manera se señala que las transiciones del desarrollo se viven de diferente manera, no es lo mismo el cambio de la niñez a la adolescencia que de la adultez al envejecimiento; en resumen, estas hipótesis refieren que la crisis es la versión extrema de una transición y son puntos decisivos entre dos periodos de mayor estabilidad las cuales pueden fácilmente involucrar trastornos considerables, siendo desorganizaciones que se presentan antes del crecimiento y que lo hacen posible (Danish & D'Augelli, 1980; Riegel, 1975 en Slaikeu, 2000).

Algunos ejemplos de este tipo de crisis son las etapas básicas de crecimiento y cambio continuos como la transición de la infancia a la adolescencia y la manera en la que esto puede ser parte, por ejemplo, de la formación de identidad de la persona. También podemos encontrar en este rubro la crisis por paternidad en la cual el nacimiento de un hijo ante circunstancias de ausencia de habilidades, economía y/o apoyos sociales puede conducir a esta. La menopausia, la viudez, los embarazos, la andropausia, la vejez, entre otras en combinación con sucesos delimitantes de la vida diaria pueden favorecer la ocasión para una crisis.

Gutiérrez y Hernández (2014) mencionan además que dentro de esta categoría encontramos los siguientes conceptos: choque y agotamiento. El choque se refiere a un evento que sucede sin aviso previo lo cual incapacita los mecanismos de afrontamiento con los que cuenta la persona por lo que no es capaz de asumirlo ni de adaptarse a él, provocando un estado de choque emocional, por ejemplo, un accidente

de tránsito. Por otra parte, tenemos el concepto de agotamiento, el cual sucede cuando una persona puede haber manejado de manera efectiva y durante un tiempo considerablemente prolongado la situación emergente o traumática, sin embargo, llega un punto en el cual la persona se agota y ya no tiene más fuerza para continuar enfrentando la situación, derrumbándose y “casi desintegrando” su estructura de enfrentamiento, por ejemplo, situaciones de violencia familiar.

En este nivel de información podemos mencionar entonces diversos puntos significativos a tomar en cuenta para una crisis, independientemente de la “modalidad” de esta y es que, lo que para una persona puede ser traumático para otra no lo será aun hayan experimentado el mismo evento (por ejemplo, un sismo y la pérdida de sus pertenencias), también vale decir que no todas las circunstancias o hechos serán iguales para las personas, mientras que una situación económica desfavorable puede ser motivo suficiente para que *sujeto X* desarrolle una crisis para *sujeto Y* eso será algo insignificante y fácil de enfrentar, también es cierto que no todas las personas se encuentran preparadas para recibir apoyo psicológico tras una crisis y/o evento traumático y que de igual manera, no todas las personas desarrollarán conflictos psicológicos ante ello. Valencia & Trejos (2013) mencionan “[...] la reacción de una persona frente a un suceso grave e inesperado es muy difícil de predecir”.

2.3 Fases de una crisis

Una vez que hemos delimitado los tipos de crisis y el concepto de crisis en sí para nuestra materia, será prudente entender cuáles son sus fases para una correcta intervención dentro de la misma, entendiendo que esta no es estática, sino que evoluciona. De acuerdo con González de Rivera (2001) citado en Heredia (2018) las fases de la crisis son:

1. Primera fase: caracterizada por el shock o el impacto agudo, predominan aquí manifestaciones psicósomáticas, irritabilidad y ansiedad. Generalmente es cuando algo ocurre de manera súbita o por lo menos así lo siente la persona lo cual le afecta

profundamente. Además del estrés que genere dicha situación, se suman sentimientos de impotencia, confusión, vulnerabilidad, etc.

2. Segunda fase: esta tiene como principal característica un caos crítico o desorganización crítica, lo que quiere decir que la tensión experimentada se eleva hasta niveles insostenibles lo cual deja en evidencia la carencia de recursos personales para afrontar la situación y se percibe además el grado de indefensión del individuo. En esta fase se deja claro que las estrategias de afrontamiento fallan y hay diversas actividades que pueden ser emprendidas a modo de escape más que por resolver lo que está pasando. Son entonces de renombre conductas “fuera de lugar” como abusos de diferentes grados, conductas autodestructivas y episodios de inestabilidad emocional. Cabe mencionar que la persona en cuestión también realizará algunas actividades que tengan como fin último la búsqueda de ayuda o “gritos de auxilio” fallidos, por lo que los sentimientos de fracaso e indefensión se elevan dejando en evidencia de nueva cuenta la insuficiencia de recursos personales para sortear la situación. Dato importante: en el peor de los casos la persona se considerará tan incapaz de afrontar una situación por tal sentimiento de indefensión que sentirá que cualquier otro podría resolver, sentirá que no hay esperanza alguna de recuperarse y “contaminará” de dichos sentimientos de incompetencia de un evento concreto a todas las áreas de su vida; en el mejor de los casos el sujeto entenderá que lo que sucede es algo inevitable pero universal y entenderá que es algo transitorio conservando la sensación de eficacia en el resto de áreas de su vida.
3. Tercera fase: Resolución. En esta fase la necesidad de dar resolución a la situación de urgencia estimula la creatividad lo cual hace que se desarrollen nuevas estrategias de afrontamiento o bien, puede encontrar nuevas redes de apoyo, así como establecer nuevas relaciones. Esta fase se considera el núcleo central de la crisis en donde la toma de

decisiones puede ser la salida a lo que está sucediendo mediante los nuevos recursos ya mencionados y puede ser sinónimo de un crecimiento interno apresurado o bien, puede ser la consolidación de mecanismos maladaptativos de evitación y retraimiento (González de Rivera, 2001, p. 39).

4. Cuarta fase: Retirada final. En esta fase la persona se encuentra ya en un estado de agotamiento significativo en donde lo primordial será la búsqueda de formas para escapar de la situación. Si la crisis no es resuelta en las fases anteriores la retirada puede ser total (suicidio) o parcial (como una desorganización psicótica o el cambio radical del entorno como la modificación de relaciones interpersonales y el entorno, por mencionar algunas). En cualquiera de estos casos la crisis se termina ya sea por la muerte del sujeto o por la renuncia a todo lo vivido y por el inicio de una nueva vida. Se hace especial énfasis en la diferencia de las tentativas de suicidio que existen entre la fase 2 en donde se presentan “llamadas de ayuda” y la fase número 4 en donde se busca directamente la muerte como solución a la crisis, de cualquier manera, se debe tener presente que, ante situaciones de crisis, las tentativas de suicidio son frecuentes, sobre todo en la adolescencia. (González de Rivera, 2001, en Heredia, 2018, p. 9). Esta fase también es conocida como Fase de Estabilización en la cual el sujeto comenzará a aceptar la situación que está viviendo, sin embargo, es vulnerable a explotar nuevamente.
5. Adaptación: finalmente se llega a una conciliación entre el evento sucedido y la realidad actual del individuo, es aquí donde se toma el control de la situación superada la fase 4 considerada crítica y se orienta hacia el futuro.

Estructura de la crisis

Podemos también tener aproximaciones a la crisis desde una visión ya sea cronológica o bien, desde una perspectiva sincrónica.

Desde una perspectiva sincrónica, la crisis puede manifestarse como una forma concentrada de angustia y esta, a su vez se descompone en tres elementos: el estupor, la incertidumbre y la amenaza. Estupor: este se entiende como la inhibición del sujeto ante las emociones nuevas que está experimentando y que son incomprensibles, se encuentra siempre presente y por su naturaleza paralizan al individuo por lo que la persona que está en crisis no reacciona inmediatamente ni busca una salida a lo que le provoca malestar, por el contrario, toda la energía es usada para tratar de reestablecer el equilibrio emocional, al mismo tiempo el desequilibrio manifestado es el origen de la desorganización psíquica. A pesar de esto, el estupor funge como protector puesto que de cierto modo amortigua las consecuencias graves de la crisis. Incertidumbre: esta es el reflejo del asombro que experimenta el sujeto que está en crisis y se puede traducir como la lucha entre optar por una salida o por otra; ayuda como alarma ante un peligro real o latente. Cabe mencionar que el estupor y la incertidumbre forman la “ansiedad confusional” la cual se refiere al impacto de la enfermedad orgánica sobre el individuo en donde predomina el caos por no entender lo que está sucediendo tanto interna como externamente. Amenaza: Todo desequilibrio implica cierto miedo a la destrucción. El sujeto entiende que el enemigo está fuera de sí mismo y por consiguiente se presentan conductas y comportamientos de desconfianza y defensivos, representando un peligro para la continuidad del mundo psíquico de la persona. En síntesis, podemos mencionar entonces que durante el periodo de crisis se distinguen tres fases: la confusional, la paranoide y la depresiva, de acuerdo con el punto de vista sincrónico, la importancia radica en determinar en qué posición se encuentra la persona afectada para poder realizar la ayuda adecuada.

Ahora bien, desde una perspectiva diacrónica se tiene presente que para el correcto análisis cronológico y abordaje terapéutico de una crisis se debe de tener en cuenta el nivel de salud mental previo

a ella y el factor de temporalidad (Rocamora, 2013, p.23). Esto quiere decir que la crisis no se produce tanto por los factores externos sino por la estructura previa de la personalidad del sujeto y por el momento evolutivo del mismo, es decir, se relaciona de manera directa con el nivel de salud previo.

Pre-crisis, crisis y post-crisis

Rocamora (2013) enuncia estos tres conceptos extras los cuales me parecen sumamente atractivos pues explica una temporalidad de la crisis de manera que resulta más sencillo entenderla.

La pre-crisis se define en dos posibles momentos; a veces es un periodo de gran tensión caracterizado por ansiedad y/o angustia y que es verbalizado por el sujeto afectado que, sea grave o no, es considerado como lo que produce la crisis. En otras ocasiones este periodo es menos específico, sin cosas significativas que lo enmarquen pero que hacen sospechar de que se avecina una crisis, sucede de manera repentina e incluso llega de sorpresa para el propio afectado.

La crisis propiamente la define como algo que es conformado tres periodos, 1) El impacto: momento cumbre de la crisis que se produce cuando los mecanismos de defensa del sujeto fallan siendo un estado de shock psicológico caracterizado por miedo, aturdimiento o confusión lo que caracteriza a esta etapa. Mientras más inesperado sea mas intenso se manifestará, generalmente dura pocas horas y predomina el presente. 2) El rechazo: La negación de la situación que se está presentando novedosamente retrae a la persona y es aquí donde los primeros síntomas clínicos se presentan: ansiedad, depresión, trastorno del sueño, culpa. A diferencia de la primera etapa, aquí existe un predominio del pasado y dura días, pero, además, es una etapa ideal para la intervención terapéutica. 3) El ajuste: ya se que la persona afectada lo hace por sí misma o con ayuda profesional, llega al nivel de salud mental previo a la crisis, esto puede ser una muy valiosa maduración psicológica o bien, puede ser el deterioro paulatino de la persona. En esta etapa la duración va de días a semanas.

Finalmente, la post-crisis, bellamente lo describe Pelicier (1981) en Rocamora (2013) como que “puede ser un motor y factor de evolución”. En este periodo puede dilucidarse si la crisis fue positiva o

negativa y esto, dependiendo de su causa será reforzador de la unidad familiar o bien, la dispersión de vínculos sociales y familiares.

2.4 Factores predisponentes para vivir una crisis.

Como ya se ha mencionado, pese a que diferentes personas enfrenten una misma situación la manera de responder dependerá de ciertos factores, uno de los principales es el desequilibrio presentado previamente a la crisis, así como los recursos de los que dispone la persona para afrontarla, de aquí que una vivencia crítica igual produzca respuestas diferentes en cada persona y que lo que para unos es grave para otros no y que, situaciones que objetivamente no son graves desencadenen una gran crisis. Datilio y Freeman (2000) en Osorio (2017) refieren que las situaciones de crisis dependerán de cómo las perciba, las interprete y conceptualice cada individuo, señalando como factores que interactúan para ello las experiencias previas, los valores y creencias, así como las estrategias de afrontamiento y las redes de apoyo que posea cada persona, sin olvidar la capacidad de resiliencia.

La gama de reacciones es muy variada hasta para una misma persona en expresión e intensidad, unas personas pueden experimentar angustia intensa y miedo mientras que otros pueden ser insensibles e incluso indiferentes a la situación, empero, hay que tener siempre en cuenta que cada persona tiene una manera particular de expresarse ya sea mediante el habla, el silencio o la conducta. Esta variedad de reacciones se relaciona con lo que se ha venido estableciendo hasta este punto: que el nivel de afectación dependerá de las habilidades y/o recursos que se posea y esto es denominado como *diferencias individuales* las cuales se mostrarán en la tabla número 4.

Tabla 4

Diferencias individuales que se relacionan con una crisis.

Factores	Incidencia
Edad	Dependiendo de la edad se podrá entender lo que sucede alrededor y se procesará lo sucedido.
Personalidad	Describen el comportamiento del individuo y es cambiante de acuerdo con el ciclo vital.
Cultura y tradiciones	Es el conjunto de cualidades, usos y costumbres que identifican a una sociedad los cuales se transfieren por generaciones.
Cohesión social	Se refiere a la unión que existe entre los integrantes de una comunidad los cuales comparten intereses, ideas y necesidades en común.
Salud	Es el estado de bienestar previo y se refiere al bienestar físico, emocional, mental y social.
Experiencias previas	Hace referencia a los sucesos anteriores a la crisis de donde se obtuvo alguna experiencia.
Recursos personales	Esto son los medios de los que una persona dispone para poder hacer frente a la situación y/o necesidad que se presente.
Temporalidad del evento	Es la intensidad o gravedad del evento, así como el tiempo de exposición al mismo.

Lo rasgos de personalidad enmarcan la manera de enfrentar una crisis puesto que funcionan como un filtro mediante el cual los acontecimientos serán considerados o no como críticos. Se entiende que a mayor madurez de la personalidad la capacidad resolutoria será más efectiva, por lo tanto, la duración de la crisis será menor y se encontrará una salida efectiva a ella, otro concepto clave aquí enmarcado es el de la flexibilidad el cual se refiere al grado de facilidad con la que pueden formarse nuevas estrategias renunciando a las que ya no sirven para lo que fueron creadas.

Con respecto a las experiencias previas, la crisis no actúa por sí misma, sino que es un recordatorio de las crisis pasadas, en la medida en la que hayan sido resueltas negativamente, entonces habrá un estrés sobreañadido a la situación de crisis actual que esté enfrentando el individuo. De acuerdo con la teoría de la crisis, cuando una situación nueva evoca una crisis pendiente de resolución la reacción puede reaparecer de manera exacerbada como “crisis fantasma”, acontecimientos aparentemente insignificantes pueden fungir como gatillo disparador de un problema largamente larvado que ya no puede mantenerse por más tiempo fuera de la consideración consciente inmediata (González de Rivera, 2001, p. 41). Por otro lado, están los condicionantes socioculturales como la educación, la cultura, el modo de vida, etc. En este rubro se consideran las pautas culturales de afrontamiento y la resolución de crisis a nivel social puesto que, una situación que afecte a una estructura mayor como la comunidad o la familia puede devenir en una catástrofe para una sola persona; por ejemplo, en un sistema organizado la intervención y prevención de crisis es algo frecuente, no es lo mismo el fallecimiento de una persona en un lugar en el que prevalecen costumbres y rituales de duelo donde se da lugar al dolor del otro y se favorece la expresión emocional que en un sistema o comunidad donde existe la negación, no se permite el sano duelo y no se habla de lo que sucede lo que conlleva graves consecuencias de salud mental para la población.

Otro ejemplo radica en el entorno laboral o familiar disfuncional en donde, dependiendo de la importancia y del conocimiento que se tenga con respecto al afrontamiento de situaciones difíciles y de

crisis entonces se encontrarán las posibilidades de potenciación colectiva de crisis a afrontar. Por un lado está el apoyo emocional que no culpa y que fomenta el desarrollo o, por el contrario, existen sistemas en los cuales se descalifica y se obliga al cumplimiento de las responsabilidades independientemente del factor desencadenante de crisis que se está viviendo, lo que culpabiliza al individuo generando mucha tensión, por ejemplo, frases hechas que escuchamos frecuentemente como: “no es para tanto lo que te pasa”, “no deberías llorar, otros pasan cosas peores”, “exageras con lo que te sucede”, “la vida no se puede detener por lo que sientes”, entre otras.

Cabe decir que cualquier persona puede experimentar una crisis y, como ya se ha revisado, la manera de afrontarla dependerá de los factores ya mencionados, empero, frecuentemente se perciben situaciones de vulnerabilidad que propician que una persona pueda vivir crisis más frecuentemente que otras, así como que se vivan crisis “únicas” pero que sean sumamente graves para quien las vive. Dicha vulnerabilidad puede verse propiciada por factores tanto internos como externos y suele poner a las personas en situaciones de riesgo de crisis, facilitando la predisposición a vivir una de ellas. Hay que recordar que las personas somos seres biopsicosociales y el impacto que tiene una crisis será en función de los factores ya mencionados, por ejemplo, en cuestión de edad los menores son quienes presentan mayor vulnerabilidad ya que claramente una situación traumática afecta en diferente forma a este sector que a los adultos, otro factor de vulnerabilidad importante surge de los individuos que presentan algún tipo de alcoholismo y/o drogadicción o que viven en situaciones marginales, así como en las personas con inestabilidad económica y que presenten situaciones de violencia familiar, acoso escolar, pocas o nulas redes de apoyo y falta de habilidades y/o recursos personales (Rabelo, p. 126)

Según la Secretaría de Salud la dinámica social que desafortunadamente limita el acceso a diversos satisfactores sociales propicia carencias fundamentales a nivel familiar, económico, educativo, en cuestión de salud, etc. Esto se refleja en diferentes contextos nacionales lo cual evidencia que, dependiendo de la edad, el género, las condiciones económicas y/o las limitaciones propias de cada individuo entonces se

presentarán mayores riesgos haciéndolos parte de los ya mencionados grupos vulnerables. Aunque la información que se presentará en la tabla número 5 de acuerdo con la Secretaria de Salud (2020) hace referencia a los factores de riesgo que influyen de manera potencial en el desarrollo de problemas de salud mental, muchos de estos factores confluyen con las premisas revisadas en líneas anteriores con respecto a las crisis.

Tabla 5

Factores potenciales de riesgo

Individuales	Familiares	Escolares	Sociales	Eventos
▪ Alteraciones genéticas	▪ Padres adolescentes y/o	▪ Manejo inadecuado de la	▪ Desventajas socioeconómicas	▪ Abuso físico, emocional y/o
▪ Discapacidad física e intelectual	solteros	conducta	▪ Discriminación	sexual
▪ Temperamento fuerte	▪ Modelos con rol antisocial	▪ Deserción y fracaso escolar	▪ Pertenencia a grupos vulnerables	▪ Desempleo
▪ Enfermedades crónicas	▪ Violencia familiar	▪ Alta exigencia académica	▪ Falta de servicios	Separaciones o divorcios
▪ Baja autoestima	▪ Familia disfuncional	▪ Pares desafiantes	▪ Aislamiento social	▪ Encarcelamiento
▪ Aislamiento	▪ Antecedentes de consumo de		▪ Falta de cumplimiento de	▪ Eventos traumáticos
▪ Impulsividad	sustancias		expectativas	criminales
▪ Apego inseguro en la infancia	▪ Antecedentes de enfermedades mentales		▪ Violencia	▪ Guerras o desastres naturales
▪ Carencia de habilidades	▪ Rechazo			▪ Fallecimiento
				▪ Diagnósticos de enfermedades

sociales y	▪ Divorcio o
estrategias de	separaciones
afrontamiento	▪ Estilos
	parentales
	negligentes,
	permisivos o
	autoritarios

A manera de síntesis, la importancia de hacer mención de estos factores radica en que así como hay distintas reacciones ante una crisis, independientemente del causante de esta, hay diferentes factores que la propician e incluso que la incrementan y que la agravan, del mismo modo habrá que tomar en cuenta estas situaciones para la intervención que se deba de realizar sabiendo que las respuestas pueden variar de persona a persona y que, dependiendo de los factores de riesgo presentados serán los niveles de impacto que estos pudiesen tener puesto que son diversos y casi siempre tendrán un efecto acumulativo.

2.5 Modelos de intervención en crisis en psicología

A lo largo de desarrollo del presente manuscrito y, llegados a este punto, ya puedo mencionar que la información vertida en estas líneas nos enseña y nos abre la perspectiva con respecto al entendimiento de ciertas situaciones y de las reacciones individuales que hemos tenido o de las que hemos sido partícipes en nuestro día a día. Puedo asegurar que al leer ciertos apartados nos fue imposible no pensar en alguien más o no darle respuesta a aquello tan inexplicable que alguna vez vivimos, pero, además, no fue inevitable preguntarnos entonces ¿qué estamos haciendo mal? O ¿qué es lo que debo comenzar a accionar en caso de encontrarme en una situación parecida? De manera coloquial habrá diferentes maneras de manejar

este tipo de situación (la crisis) e incluso de referirse a ella, sin embargo, en el campo que aquí nos atañe se mencionarán de manera general algunos de los modelos de intervención en crisis existentes, poniendo especial atención en el enfoque que ha venido erigiendo este documento: el modelo cognitivo-conductual.

Slaikeu (1996) en Agudelo y Rendón (2011) define a la intervención en crisis como un proceso de ayuda que se dirige a auxiliar a una persona o familia a sobrevivir a un evento traumático, con lo cual la probabilidad de efectos debilitantes será minimizada y la probabilidad de crecimiento será maximizada. Parad y Parad (1990) citado en Rocamora (2013) afirma que “la intervención en crisis es un proceso para influir activamente en el funcionamiento psicológico durante un periodo de desequilibrio con el fin de aliviar el impacto inmediato de los eventos estresantes trastornadores y con el propósito de ayudar a reactivar las capacidades latentes y manifiestas, así como los recursos sociales, de las personas afectadas directamente por la crisis para afrontar de manera adaptativa los efectos del estrés”.

Modelo psicodinámico

Rocamora (2013, p. 49) refiere que aunque el psicoanálisis no aborda de manera directa el concepto de crisis, sí lo hace mediante la noción de duelo y trabajo de duelo, menciona que para Sigmund Freud hay tres fases fundamentales para ello: narcisista, fijación y desplazamiento; y refiere que la crisis no es a causa de la pérdida de un objeto psíquico, de un rol o cosa concreta sino que es el desprendimiento de la estructura que hasta ese momento nos determinaba, introduciendo el concepto de “crisis vital”.

Fernández Moujan (1989) en Rocamora (2013) describe: “Este modelo postula una energía libidinal que permanentemente recubre los objetos, esto quiere decir que el equilibrio se establece entre una estructura narcisística dual y otra edípica triangular abierta a lo social. El paso de una a otra se produce por la pérdida del equilibrio estructural y la serie de mecanismos defensivos que tratan de recuperar el equilibrio amenazado por dos ansiedades típicas (el dolor por lo perdido y la persecución por lo nuevo desconocido que vendrá).

Modelo biopsicosocial

Para evitar el trastorno mental es necesario que una persona tenga ciertos aportes adecuados a cada etapa del desarrollo y crecimiento, estos aportes se refieren a los aportes biológicos, psicológicos y sociales. Los aportes biológicos hacen referencia a la alimentación y vivienda adecuadas, así como el ejercicio físico, estimulación sensorial, etc. Los aportes psicológicos son aquellos que implican el desarrollo intelectual y afectivo mediante la interacción personal ya sea con miembros de la familia como con miembros de la comunidad escolar, laboral, etc. También es importante satisfacer las necesidades interpersonales que en este rubro se presentan como son la necesidad de intercambio de amor y afecto, de limitación y control, necesidad de participación colectiva relacionados con la independencia de realización de tareas. Se dice que este aporte psicológico falla cuando las personas significativas no respetan al sujeto, pretenden manejarlo para satisfacer necesidades o la relación es truncada por enfermedad o muerte. Finalmente, los aportes sociales son aquellos que están meramente relacionados con las costumbres, valores culturales y estructura social en la que vive y se desenvuelve la persona. (Caplan, 1964, en Rocamora, 2013, p. 51 y 52).

Este modelo nos dice que la crisis se presenta cuando un individuo o sistema se enfrentan a una situación o a una fuerza que modifica su funcionamiento previo y que, además, existe una alteración del equilibrio, de aquí que el factor esencial para la aparición de una crisis sea el desequilibrio entre la dificultad y los recursos personales para enfrentarla inmediatamente.

Modelo cognitivo-conductual

Dentro de este modelo se enmarcan diferentes dimensiones de abordaje de la persona afectada y que se muestra complementario de lo ya mencionado, desde el aspecto biológico hasta el interpersonal pasando por las sensaciones, afectos y cogniciones, lo que englobaría el modelo C.A.S.I.C. I. D. que significa: Conductual, Afectivo, Somático, Interpersonal y Cognitivo e Imaginación y Drogas, Lazarus (1981)

en Rocamora (2013) menciona los siguientes procedimientos que ayudan a favorecer la evaluación y la terapia con respecto a la intervención en crisis:

- Puenteo: este consiste en introducirse en el modo cognitivo preferente del cliente y posteriormente preguntar por una modalidad distinta.
- Rastreo: este procedimiento es utilizado normalmente cuando las personas afectadas se encuentran confusas con respecto a sus reacciones afectivas que ellos encuentran inexplicables, para ello se les solicita que recuerden el último incidente y se trata de localizar el sentimiento más profundo.
- Evaluaciones de segundo orden: será necesario realizar una segunda evaluación del modelo general en caso de que haya un detenimiento.
- Perfiles estructurales: estos se producen una evaluación de corte cuantitativo que puede recopilarse mediante una escala de valoración, puede ser con un cuestionario que nosotros facilitemos evaluando los diferentes aspectos del modelo.

Este es un modelo multimodal propuesto por Slaikeu quien hace una distinción de suma importancia y que debemos de señalar: intervención en crisis de primera y segunda instancia.

Intervención de primera y segunda instancia

En este rubro podemos enmarcar que la intervención en crisis tiene dos modalidades ya señaladas, la intervención de primera instancia o primera ayuda psicológica que se centra en proporcionar apoyo inmediato buscando reducir la letalidad y facilitar y/o canalizar a otros servicios de ayuda siendo una de sus características la rapidez con la que sucede y la breve duración que presenta; también conocidos como Primeros Auxilios Psicológicos, esta intervención resulta atractiva y eficaz puesto que brinda un alivio inmediato y evita la cronicidad del episodio, pero de esta categoría se hablará con detalle más adelante.

Por otro lado, tenemos la intervención de segunda instancia o de segundo orden la cual tiene como objetivos el contribuir a la supervivencia física, identificar y expresar sentimientos, ordenar el dominio

cognitivo y generar nuevos patrones de comportamiento, así como relaciones interpersonales. La característica de esta intervención es que tiene una duración más extensa que la de primera instancia, de hecho, podría decirse que cuando la primera acaba se dirige a la segunda y, a diferencia de la previa, esta no se limita a restablecer el equilibrio causado por el evento traumático, sino que se prioriza para establecer nuevas estructuras psicológicas más funcionales mediante la intervención a través de sesiones realizadas por especialistas.

Agudelo & Rendón (2011) mencionan que esta categoría de intervención hace referencia a un proceso terapéutico breve pero que tiene una duración mayor a la primera ayuda psicológica, se enfoca en la resolución de la crisis y esto ayuda a que la persona pueda (en la medida de lo posible) enfrentar mejor situaciones de crisis posteriores. Resaltamos la importancia de que este tipo de intervención sea efectuado por profesionales de la salud mental con conocimientos en psicoterapia y atención en crisis emergentes puesto que el trabajo de quien brindará esta atención será encaminado a asistir a la persona a comprender los aspectos vitales que se han visto afectados por la crisis y se promoverá un desarrollo de un nuevo concepto tanto de sí mismo como del mundo (Slaikeu, 2000). Hay que mencionar que no todas las personas van a requerir llegar hasta este punto de intervención, empero, quienes lo hagan se verán abordados por el terapeuta el cual se enfocará en promover el desarrollo de estrategias de afrontamiento, solución de problemas y tolerancia al malestar, la duración como se mencionó previamente puede ir de semanas hasta meses, abarcando quizá las 12 semanas de atención.

La intervención en crisis resulta mayormente efectiva cuando esta sucede en el periodo de desorganización adecuado, la intención de esta ayuda es fomentar la reorganización hacia el crecimiento y no hacia el decremento encaminando a la persona hacia la identificación y expresión de sentimientos, a sobrevivir de manera física a la crisis y a adaptarse en todos los sentidos a la situación que está aconteciendo. Slaikeu (2000) hace una modificación en la terapia multimodal propuesta por Lazarus en donde se elimina la categoría de drogadicción y uniendo la categoría cognitiva con la de imaginación. Este

sistema proporciona algunas características individuales a considerar para hacer una correcta evaluación del estado de la persona afectada. El sistema conductual por ejemplo refiere la atención a todas las categorías y enmarca su importancia y el cómo se ven tanto relacionadas como afectadas unas con otras, valorando las carencias, antecedentes y consecuencias de los comportamientos clave de cada sujeto, así como sus áreas de fortaleza y debilidad (Slaikeu, 2000, p. 55). Se incluye el análisis de los patrones de comportamiento como hábitos alimenticios, higiene del sueño, y comportamientos generales. Para la categoría afectiva se tomarán en cuenta los sentimientos que la persona presente con respecto a los comportamientos descritos, así como sus antecedentes y las consecuencias de estos, se da importante atención a los estímulos tanto externos como internos que puedan evocar respuestas emocionales. El apartado somático se encarga de las reacciones corporales que abarcan los cinco sentidos y habla también del funcionamiento físico de manera general en donde se analizan posibles malestares que hayan sido desencadenados a raíz del evento y en este nivel de intervención se busca detectar problemas o cuestiones relacionadas con angustia psicológica que pudiesen haber tanto precipitado la crisis como hacerla prevalecer trayendo efectos nocivos en la salud. Por su parte, la modalidad interpersonal se enfoca en el análisis de la pérdida o merma de las relaciones sociales a raíz de la crisis y finalmente el apartado que nos habla de todas las representaciones y procesos mentales es el cognitivo, se incluye aquí la tendencia a la catastrofización sobre la sobregeneralización (Beck, 1976, en Slaikeu, 2000) dándole especial atención puesto que las fantasías son un papel fundamental en el estudio de la psicopatología. Alteraciones de este tipo relacionadas por ejemplo con sueños frecuentes referentes al evento y que desestabilizan a la persona podría ser indicador del posible desarrollo del Trastorno de Estrés Postraumático.

Slaikeu (2000) menciona también algunos supuestos de valoración correspondientes a la terapia de crisis, en donde se menciona lo siguiente:

- Es importante valorar el impacto de la crisis en las cinco áreas de funcionamiento de la persona para la comprensión parcial de la crisis y agilizar posteriores intervenciones terapéuticas.
- Aunque los sistemas del modelo C.A.S.I.C. se evalúan por separado debe de esperarse que si en uno existen cambios entonces se verán afectados los otros.
- La valoración de la crisis debe de abarcar fortalezas y debilidades del sujeto, así como las variables del entorno que le rodea teniendo claro que el fin último de estas valoraciones busca la selección de estrategias concretas para un adecuado tratamiento.
- El objetivo de la intervención de segunda instancia es translaborar los eventos traumáticos, es decir, integrarlos a la vida del individuo sin un impacto mayor.

Dicho esto, resumimos que la intención de la intervención de segunda instancia es elaborar un proceso terapéutico generalmente bajo el enfoque de la terapia breve que ayude a la persona a resolver la crisis y superar el evento que ha sucedido, esto se hace evidente cuando se detecta que la persona afectada presenta secuelas del tipo: estrés postraumático, trastorno de estrés postraumático, ataques de pánico, manías, pensamientos catastróficos recurrentes, pesadillas, estrés agudo, fobias desencadenadas a partir del evento, etc. En donde serán profesionales capacitados quienes deberán hacer la intervención sobre el inicio del proceso terapéutico y la atención puede brindarse en centros especializados o bien, en clínicas o instancias tanto gubernamentales como particulares que cuenten con personal capacitado para ello, todo esto basado en el análisis más específico de las áreas previamente mencionadas, encaminando a la mejora de la persona la cual deberá mostrarse estabilizada, habrá analizado el suceso añadiéndolo a su historia de vida de una manera positiva y estará mejor preparado para el futuro (Osorio, 2017, p. 6).

2.6 Habilidades profesionales requeridas para la intervención

En el apartado anterior mencionamos dos sub tipos de intervención en crisis: la que se centra en la atención de la emergencia psicológica que es inmediata y que debe de ayudar al individuo a

restablecerse psico emocionalmente y también hablamos acerca de la intervención de segunda instancia, la cual se refiere a una atención que lleva más tiempo y que no busca nada más ayudar al sujeto a establecer su bienestar en el momento sino que ayuda a superar el trauma y/o evento que propició la crisis desencadenada. Dos puntos relevantes a mencionar son: la intervención de primera instancia puede ser realizada por cualquier persona sea profesional de la salud o no que tenga un entrenamiento previo (se revisará este punto en el capítulo siguiente), la intervención de segunda instancia será llevada a cabo si y solo si la persona tiene amplia experiencia y una formación profesional que lo avale como terapeuta calificado para llevar a cabo el inicio de un proceso terapéutico propiamente dicho como por ejemplo haber tenido prácticas supervisadas, entrenamiento durante la formación como psicólogo (a) y si es el caso, contar con estudios de posgrado o especialización serán un punto a favor, de cualquier manera se enuncian algunas actitudes y habilidades básicas para ambos tipos de intervención.

En muchas ocasiones sino es que en la mayoría la persona que se ve afectada por una situación de crisis requiere realizar el desahogo emocional de la situación que le está aquejando, liberar el dolor psicológico que presenta es clave para comenzar a identificar las necesidades que pudiese presentar después y que ayudarán a reducir el impacto posterior. La efectividad de la aplicación de los conocimientos se puede ver elevada si el terapeuta cuenta con habilidades extras como las comunicativas y el manejo de las emociones tanto propias como las del sujeto afectado; la empatía, la asertividad y los conocimientos relacionados con la resolución de problemas, así como con el manejo de la cognición y cambios conductuales serán imprescindibles para ello. También se debe de tener en cuenta que quien atienda ambos tipos de intervención deberá de tener experiencia en la diversidad de reacciones que se pueden presentar ante situaciones traumáticas por lo que es importante decir que la improvisación ante este tipo de situaciones no será lo más adecuado, se debe evitar emitir juicios de valor con respecto a lo que el sujeto está expresando y también se debe de tener especial cuidado en no hacer promesas falsas que dañen a la persona, sino que se deben establecer metas y objetivos claros para su resolución ya sea en el

momento del suceso o en terapia a tratar, así como la capacidad para manejar situaciones de reacciones violentas o de desborde emocional exacerbado (sumamente estresantes y angustiantes).

Consideraciones generales para una intervención en crisis

Además de las habilidades ya mencionadas con las que una persona auxiliadora deberá contar para un correcto ejercicio de la intervención, es necesario mencionar algunos aspectos que deberán valorarse previos a la intervención. Caplan (1964) en Rocamora (2013) nos dice que son necesarias tres condiciones por cumplir: en primer lugar, la crisis debe de ser tratada en donde se produce, es decir, *intervención "in situ"* y en caso de que se requiera, se favorecerá la atención de la persona en centros de salud mental u hospitales, de lo contrario, lo mejor es dar la atención en el medio en el que se produce; también nos menciona la importancia de la inmediatez, la crisis debe de ser abordada en el momento en el que está sucediendo pues debemos recordar que, la persona que la está viviendo experimenta una necesidad de ayuda enorme y es más fácil propiciar un cambio o modificación, recordando facilitar la verbalización de emociones y sentimientos que el suceso está provocando para que esto no se cronifique en un estado patológico (Rocamora, 2013, p. 57); finalmente este autor nos menciona que se debe buscar la expectativa favorable la cual hace referencia a la capacitación profesional que posee una persona que interviene en la crisis con el fin de que el tratamiento sea mucho más eficaz.

De acuerdo con Rabelo (2010), también es importante tener las siguientes consideraciones:

- Aunque la prioridad es la protección del paciente o persona afectada y, por lo tanto, se buscará su bienestar y resguardo físico en caso de que este sea necesario, se debe de identificar la zona o lugar en donde se realizará la intervención valorando el riesgo y imitaciones que esto implica, recordando que la prioridad principal es el bienestar del interviniente o auxiliador y posterior la persona afectada (Álvarez et al., 2020). Si quien acude a ayudar no está bien, quien lo necesite tampoco lo estará.

- Se debe de promover el contacto emocional y físico, este último siempre y cuando sea adecuado dependiendo del evento que ha desencadenado la crisis y de la disposición de la persona para recibirlo, el auxiliador siempre deberá estar receptivo ante las necesidades de la persona afectada.
- La persona auxiliadora deberá contar con la capacitación básica requerida para realizar una intervención además de estar en condiciones emocionales y psicológicas para llevarlo a cabo (Álvarez, et al., 2020).

Es importante que determinemos el foco de la intervención a realizar, ser capaces de discernir entre los recursos o conocimientos con los que se cuenta como con los que no para dicha intervención, además, es importante considerar los problemas o dificultades de accesibilidad que pudiesen presentarse junto con los que pudieran aparecer al momento de tratar de entablar una relación terapéutica (Cuellar, 2019). Recordemos que una intervención de esta naturaleza es breve por lo que tendrá una duración aproximada de entre 10 y 15 minutos, no obstante, si la persona requiere más tiempo del mencionado entonces este se proporcionará, si la intervención corresponde a un rol de trabajo establecido se deberá de procurar tener un espacio adecuado para ello, lugar aseado y muebles cómodos, si la intervención se está dando en un contexto, por ejemplo de sismo en el que claramente todo es inesperado y no hay posibilidad de tener previo orden, entonces se buscará que la persona que acudirá al auxilio psicológico esté en las mejores condiciones posibles, con las necesidades personales adecuadas como alimentación, descanso, de esfínteres, etc. (Álvarez, et al., 2020, p. 57).

Intervención en conductas suicidas

En el capítulo 1 se revisó lo referente a las conductas suicidas y su atención, en el desarrollo del presente capítulo hasta el momento se ha revisado el tipo de intervención que se realiza en una crisis y las alternativas que existen para ello, empero, en este pequeño apartado extra mencionaremos algunas

consideraciones importantes en caso de que la crisis que estemos atendiendo derive o sea desde un inicio una crisis de conducta suicida.

Por experiencia profesional podría mencionar dos tintes que son notorios en una intervención con una persona que manifiesta este tipo de conductas: tanto es posible que se exprese abiertamente la intencionalidad que se tiene como puede que sea lo contrario, debemos saber actuar y estar sensibilizados ante el tema del suicidio para su mejor abordaje. Para ello, es importante que busquemos detectar la vivencia suicida pues muchas veces el origen de lo que manifiesta el usuario no es el punto inicial que está desencadenando la conducta suicida y, como menciona Rocamora (2013) es fundamental no caer en una especie de interrogatorio, sino que mediante la empatía y la asertividad se debe detectar la necesidad inicial de la persona afectada, los objetivos para ello son los siguientes:

- **Detección:** el interventor deberá “leer entre líneas” (Rocamora, 2013, p. 7). Se debe procurar hacer una consulta flexible a la persona sobre sus síntomas buscando detectar el significado real de la vivencia suicida de la persona.
- **Verbalización:** Se debe exhortar a la persona a que exprese en palabras lo que siente, piensa y desea, aun esto sea negativo o autodestructivo pues permite un mayor entendimiento y acercamiento.
- **Neutralización:** Confrontar al individuo a sus ideas autodestructivas ayudará a tener un crecimiento psicológico.

Exploración

La exploración con la persona debe ser de manera global con el fin de encontrar la profundidad de la manifestación emocional que hay detrás de lo externo, también es necesario mencionar que, si la persona no se encuentra en medio de una situación compleja como pérdidas de apoyo social o familiar, depresión, soledad, aislamiento, etc. entonces será necesario hablar y cuestionar sobre las ideas suicidas. Situaciones de pérdidas emocionales o que conlleven un gran dolor físico o psíquico suficientes para ello,

además hay que tener en cuenta que si la persona menciona haber tenido intentos de suicidio previos entonces se tendrá que prestar atención ante los relatos del comportamiento que representen un riesgo para su propia vida, así como el considerar que se cuentan con nulas estrategias de afrontamiento y habilidades de resolución de problemas.

¿Cómo cuestiono sobre ideación suicida?

Intervenir con alguien en un momento de crisis suicida es importante, claro está que es una actividad que no cualquier persona puede hacer pero, más allá de los conocimientos científicos, las capacidades y las habilidades mencionadas en el apartado anterior nos enuncian los requerimientos necesarios para poder hacerlo, ahora bien, de la misma manera en la que se trata el tema de manera general, preguntarle a alguien si ha tenido ideas suicidas o si las está teniendo así como abordar preguntas sobre las razones para llevarlo a cabo deben hacerse manera clara, abierta y paulatinamente, se le debe dar oportunidad a la persona de brindar una respuesta extensa, por ejemplo, si yo pregunto “¿has pensado suicidarte?” la respuesta más probable será “sí”, debemos procurar que la pregunta profundice en el usuario propiciando lo que se mencionó previamente, la verbalización emocional, es importante que se usen términos adecuados entendibles para la persona a la que estamos tratando sin caer en el temor de llamar por su nombre a las situaciones o probabilidades posibles (no temer utilizar la palabra suicidio, muerte, daño, autoestima, etc.) Cabe resaltar como lo menciona Rocamora (2013) que esta exploración mediante preguntas debe hacerse poco a poco, es decir, no por referir que se debe preguntar clara y abiertamente se hará de manera agresiva con el usuario sin ahondar previamente en lo que se está experimentando, podemos iniciar cuestionando sobre hace cuánto tiempo se siente triste, enojado, fastidiado, etc. también podemos inquirir sobre el usuario acerca de las posibilidades que él se plantea y cuestionar sobre por qué cree que el suicidio es la solución a lo que le pasa, cuidando la manera en la que expresamos esto, no es lo mismo decir “¿por qué se quiere suicidar?” a decir “¿podría comentarme los motivos por los cuales ha considerado que la única salida al problema es el suicidio?”.

Estrategias

Al igual que se lleva a cabo en la intervención en crisis, las estrategias para abordar una crisis suicida se centran en focalizar el problema, valorar la gravedad y actuar hacia la persona afectada, se reitera la importancia de coadyuvar a la verbalización de la situación que se está viviendo puesto que la persona afectada sentirá que lo que le sucede es grave y preocupa al otro, además de favorecer el desahogo emocional que muchas veces es clave para realizar una correcta intervención. La siguiente cita a cargo de Farberow & Shneidman (1961) en Rocamora (2013) describe de manera puntual, bella, eficaz y precisa lo que sucede en este punto de intervención y la importancia de facilitararlo: “cuando un paciente es capaz de expresar sus sentimientos perturbados y de pedir auxilio, el peligro de autodestrucción es grande, pero nunca tan extremo como cuando el paciente ha resuelto cortar toda comunicación” (p. 13). He aquí a importancia de saber hacer un acercamiento adecuado que ayude al sujeto a expresarse sin sentirse agredido o señalado por los cuestionamientos realizados.

Debemos, repito este apartado, evitar los eufemismos para poder tener una interacción clara, además, favorecer la relación terapéutica que se está gestando es crucial puesto que en infinidad de ocasiones las personas posponen la atención hacia la salud mental o incluso limitan su actuar por tramites y costos que no están a su alcance, aceptar y mostrar comprensión ante lo que le aqueja así como mostrar disponibilidad de atención ayuda a fortalecer a la persona en un principio, además, debemos tener claro y dar lugar al sufrimiento (casi siempre emocional) del usuario, explorando los sentimientos y deseos de muerte que, se ha demostrado, muchas veces el deseo real es acabar con el sufrimiento, no con la vida.

Por otro lado, cuando la persona expresa claramente la intencionalidad de muerte haciendo externos sus planes suicidas entonces los objetivos de la intervención serán un tanto distintos puesto que la necesidad primordial será evitar la muerte del sujeto y restablecer el equilibrio de la persona, buscando posibilitar el inicio de un proceso psicoterapéutico a largo plazo. El interventor deberá procurar reforzar al individuo, no se debe dejar de lado la expresión suicida clara de la persona, más aún si está a punto de

ser cometido o si está ocurriendo en ese momento. Se debe de explorar de manera que se detecte si la crisis suicida que se está manifestando tiene su origen en algún trastorno o no, además de explorar brevemente sobre redes de apoyo y la posesión de ayuda en la estructura familiar o social que le rodea conteniendo a la persona evitando que consume su cometido brindando calidez y comprensión mediante la empatía y la escucha activa a sus aflicciones. Rocamora (2013) toca este punto de manera sumamente concreta mencionando que más allá de ser únicamente un receptor de situaciones tristes que darán indicaciones de lo que se debe o no hacer ante la situación que nos están expresando, lo que debemos hacer transmitir confianza y seguridad a quien nos solicita ayuda de manera global, focalizando atención en los puntos importantes conteniendo de manera positiva favoreciendo la verbalización del problema, abarcándolo de manera general y facilitando alternativas reales, buscando negociar con la persona e incluso “ganar tiempo” puesto que no siempre la persona cambiará de inmediato la idea que presenta, sino que cederá ante la intervención pero seguirá considerando el suicidio, negociar con la persona afectada de manera en la que no se espere una respuesta contundente y un cambio completo ayudará puesto que se le menciona a la persona que se puede “posponer” su intento hasta que tenga otro tipo de atención y se sienta o se crea capaz de tomar alguna decisión o modificar su pensamiento y conducta., esto también puede llevarse a cabo mediante un “contrato de vida” o “contrato de no suicidio”.

La intervención en crisis en si es breve, es por ello por lo que se debe aprovechar todo el tiempo posible para valorar la gravedad de la situación, el desenlace de esta intervención serpa la canalización con otro servicio especializado para un seguimiento a corto plazo.

¿Cómo llevar a cabo una intervención adecuada?

Al llegar a este punto conocemos ya las consideraciones principales para realizar una intervención adecuada que nos ayude a salvaguardar la integridad de la persona que se encuentra en riesgo por una crisis e incluso que está dentro de una crisis suicida, la cual compromete aún más su bienestar mental y físico. Para Rocamora (2013) es importante tomar en cuenta algunos aspectos al momento de intervenir

en una crisis suicida, recordando que esta es breve y puntual con el objetivo de evitar un desenlace fatídico. En primer lugar, es necesario que se detecte la vivencia suicida mediante la exhortación a la persona de verbalizar sus sentimientos más profundos y/o más afectados por la crisis, es importante neutralizar la vivencia suicida puesto que la idea es que la persona logre enfrentar sus ideas autodestructivas.

La Secretaría de Salud en su Manual Operativo (2020) recomienda lo siguiente:

1. Presentación del auxiliador hacia la persona afectada con el fin de establecer un ambiente de ligera confianza, transmitir seguridad describiendo el perfil personal o profesional de actuación.
2. Realizar un breve encuadre de la intervención. Si bien en situaciones de suicidio (sobre todo en desarrollo) esto pudiera resultar complicado, la idea es establecer una especie de contrato con la persona afectada y el terapeuta (o auxiliador) por ejemplo: “le solicitaré que mientras mantengamos nuestra conversación usted aleje cualquier objeto que pudiese dañarlo y que usted se resguarde en un lugar seguro”.
3. Se debe de tratar de identificar cual fue el suceso que desató la crisis suicida para comprender mejor el contexto y de igual manera que la persona se sienta comprendida, apoyada y escuchada.
4. Con ayuda del modelo de evaluación CASIC se deberá de identificar el grado de afectación y desorganización que presenta la persona.
5. Finalmente, se buscará establecer un plan de acción que guíe a la persona hacia objetivos o alternativas claras que nos ayuden a salir de la premura principal: evitar a toda costa que la persona atente contra su vida.

Es conveniente concluir que al finalizar la intervención y, esperando que esta sea exitosa, entonces será prudente motivar a la persona mediante un reconocimiento o felicitación de las estrategias que se

llevaron a cabo para resolver el problema que se presentaba en ese momento, de ser necesario se reforzarán las metas planteadas y se verificará la opción de seguimiento y/p canalización con otras instancias (Álvarez, et al., 2020).

Conclusiones

La intervención en crisis, visto como un todo, es algo que se divide en diferentes apartados de acuerdo con las necesidades de la persona que se encuentra afectada. Como hemos revisado en diversa bibliografía, el suicidio es un problema que nos atañe a todos, pero, me gustaría agregar que lejos de solo ser el suicidio, la atención y promoción de la salud mental es una responsabilidad tanto individual como social. Es por ello por lo que la divulgación de información como la que estamos tratando en el presente documento debe ser priorizada, brindar estas herramientas ayudará demasiado para la atención de una crisis, de quien sea, cuando sea, ayudar a quien lo necesite, el dolor psicológico no se ve, pero se siente y puede ser fatal.

3. Capítulo 3. Primeros Auxilios Psicológicos

“Si puedes curar, cura; si no puedes curar, alivia; y si no puedes aliviar, consuela, es la indicación

Frankliana”.

Ancisar Restrepo.

3.1 Principios de la terapia cognitivo conductual

La intención del presente apartado no es mencionar grandes definiciones o descripciones inmensas sobre este enfoque terapéutico puesto que la información es basta y no terminaríamos de analizarla, mejor dicho, se busca enunciar de manera general algunas de sus bases para que, de este modo, entendamos mejor la manera de abordar cuando llevamos a cabo intervenciones de primera instancia o, mejor conocidos, los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP), teniendo bases sólidas que avalen el funcionamiento de las técnicas que aquí serán mencionadas.

¿Qué es la terapia cognitivo conductual?

Dentro de la ciencia de la psicología existen diferentes enfoques terapéuticos, uno de ellos es el enfoque Cognitivo-Conductual el cual tiene fundamentos científicos sobre su eficacia en distintos tipos de intervención y es singular por su flexibilidad en relación con que se adapta a las diversas necesidades que pudiesen expresar los usuarios. Puerta & Padilla (2011) describen esta terapia como aquella que ayuda al usuario a modificar sus pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras más adaptativas, teniendo la característica de ser un enfoque centrado en el problema que busca reducir y si es posible, eliminar los síntomas y malestares a lo largo de sesiones de tratamiento psicoterapéutico. La línea que rige este modelo se basa en que todas las perturbaciones psicológicas influyen tanto en el estado de ánimo y emocional como en la conducta manifiesta de una persona, por lo que las técnicas de modificación de conducta abarcan ambos campos de acción, siendo uno de los más utilizados por el gremio debido a que sus teorías, técnicas y aplicaciones han sido sometidas a estudios

científicos controlados que avalan y comprueban su eficacia, sobre todo en tratamientos de depresión, ansiedad, ataques de pánico, fobias, adicciones, entre otros. La terapia que se rige por el enfoque cognitivo conductual parte del pensamiento científico y del manejo del interior del ser humano ayudando al usuario a descubrir nuevas perspectivas y posibilidades de solución de manera terapéutica-directiva ayudando a descubrir los llamados pensamientos irracionales o distorsionados los cuales son los que de alguna manera llevan a la actuación de estos mediante una reestructuración cognitiva.

Fundamentos

Los fundamentos de este enfoque vienen del conductismo y del cognitismo como su nombre nos lo puede arrojar. Por un lado, el conductismo es un ejemplo de la metodología exhaustiva conforme al método científico que se centra en la evaluación únicamente de la conducta manifiesta y que claramente es aprendida, por el otro, el cognitismo menciona que es importante tomar en cuenta los procesos internos, es decir, mentales, que no son observables pero que se relacionan fuertemente con la conducta y su análisis. La intervención enfatiza en los procesos de aprendizaje práctico sin dejar de lado la importancia de los esquemas cognitivos de una persona mediante los cuales esta interpreta la realidad y, a su vez, esto se relaciona con las creencias poco adaptativas que alguien pudiese llegar a tener que fomentan el problema presentado. Duval (2019, p.11) la describe de la siguiente manera: “la terapia cognitivo conductual se realiza a partir de la reestructuración cognitiva para el cambio y se utiliza una diversidad de técnicas conductuales que ayudan a completar el mismo. Se centra en modificar conductas disfuncionales, distorsiones cognitivas relacionadas con situaciones específicas y actitudes inadaptadas relacionadas con el objeto de la intervención [...]”. También nos dice que el formato de atención es de 1 a 20 sesiones aproximadamente de una hora cada semana, teniendo en cuenta que este lapso puede alargarse en casos más severos o donde exista comorbilidad y que, de mención especial es decir que para las situaciones de conductas suicidas existen propuestas de tratamiento específicas de la terapia cognitivo conductual que buscan una mejor intervención. Chávez-León, Benítez-Camacho, y Uribe (2014) en Herrera

(2019) reiteran la premisa acerca de que los pensamientos tienen gran influencia en la conducta y las emociones de un individuo, por lo tanto, cuando una persona vive eventos estresantes se deberán evaluar los elementos internos y externos puesto que hay predisposición a la aparición de fantasías y creencias que determinarán las experiencias emocionales.

Principios básicos

Una vez entendiendo la dinámica de este tipo de enfoque terapéutico será prudente mencionar algunas especificaciones con respecto a los principios básicos del mismo, los cuales son esenciales para su funcionamiento:

- La eficacia de su funcionamiento se basa en la formulación dinámica del paciente y sus problemas planteada en términos cognitivos.
- Las cogniciones son productos de carácter verbal y el cambio conductual requiere la reestructuración semántica de los constructos cognitivos.
- La alianza terapéutica será vital para que el usuario pueda tener la confianza de iniciar y llevar a cabo el tratamiento necesario para él, además de la importancia que tiene el hecho de que haya una participación activa por parte del usuario para la obtención de mejores resultados.
- Este modelo se interesa en los comportamientos y cogniciones manifiestos que suceden de manera consciente.
- Cabe mencionar que la TCC se orienta a objetivos y a problemas determinados, estableciendo metas de tratamiento que se trabajaran en conjunto.
- Se requiere la atención activa del usuario en sus propias creencias, conductas y cogniciones puesto que, mediante el análisis de los antecedentes y las consecuencias de un determinado comportamiento se podrá llevar a cabo una intervención y modificación conductual exitosa.

Los principios de actuación terapéutica de este modelo derivan de hallazgos experimentales de la psicología del aprendizaje (condicionamiento clásico y operante) así como de técnicas de psicología cognitiva. No hay que dejar de lado que la acción de este modelo terapéutico va más allá de realizar manipulaciones ambientales puesto que las intervenciones conductuales que lleva a cabo buscan modificar, instaurar o disminuir las conductas indeseables en donde el terapeuta jugará un papel directivo que, como se mencionó previamente, exhortará al usuario a modificar ideas y pensamientos irracionales potencializando los procesos de auto atención para que, mediante estrategias como la reestructuración cognitiva, las estrategias de afrontamiento, el entrenamiento en habilidades sociales y el control cognitivo estas se vean afectadas y modificadas. Si bien es cierto, aunque se deben de tomar en cuenta los antecedentes de la persona, otro de los principios de este enfoque es que se centra en el presente, el aquí y el ahora y que de alguna manera esta terapia es de corte *educativo* puesto que el terapeuta en su papel directivo enseñará diferentes técnicas para el logro de metas y de enfrentamiento a los obstáculos que a la persona pudiesen presentársele. Hace algunas líneas se mencionó que este enfoque abarca un número limitado de sesiones puesto que tiene un límite de tiempo y, aunque este puede variar en función del motivo de consulta y la disposición de la persona, es cierto que siempre estarán estructuradas, las actividades a realizar en cada sesión deberán estas planeadas previamente se buscará en la medida de lo posible reducir la improvisación dentro del tiempo de atención. Finalmente podemos mencionar que el objetivo principal de este panorama es que el usuario o la persona afectada pueda identificar sus emociones, pensamientos, sentimientos y como estos influyen en su conducta manifiesta y por ende, en su vida cotidiana mediante el uso de diversas técnicas que ayuden a la modificación de estos (Beck, 2000).

Objetivos de la terapia cognitivo conductual

Puerta & Padilla (2011) enuncian algunos objetivos primordiales enfocados en el tratamiento de la depresión, empero, se puede decir que para el tema que aquí concierne, dichos objetivos bastan y se relacionan por lo que serán mencionados a continuación. Como se ha revisado, uno de los puntos clave de

este enfoque son los pensamientos irracionales por lo que un objetivo por excelencia será el de la disminución del pensamiento disfuncional que se está presentando en la persona y Beck refiere lo que ya habíamos mencionado previamente: la tríada cognitiva (patrones de ideas y actitudes negativas del mundo, de sí mismo y del futuro). También menciona los esquemas negativos los cuales son patrones de pensamientos estables y duraderos que generalizan experiencias pasadas afectando el presente y el futuro, finalmente, también se hace mención de las distorsiones cognitivas las cuales se refieren a la manera en la que responde un individuo a su ambiente, lo cual es generalmente de manera negativa y rígida ya que mediante de la experiencia previa se interpretan situaciones futuras con visión desesperanzadora. Otro de los objetivos de este enfoque es el incremento de las habilidades de autocontrol ya que se busca que el sujeto tenga la capacidad de cumplir sus metas mediante el automonitoreo, el auto refuerzo y la autoevaluación; de la mano con este objetivo se enuncia también el aumento de la capacidad en la resolución de problemas puesto que un déficit en ello puede resultar en el mal manejo de acontecimientos estresantes de la vida lo cual es un factor de vulnerabilidad para la persona que lo padece, llevándola a ver todos los problemas o situaciones complejas como amenazas que provocan frustración y molestia al no saber cómo enfrentarlos. Uno de los factores que mencionamos en el capítulo anterior que se consideraban de vulnerabilidad era el hecho de que las personas afectadas no contaran con información suficiente acerca de las habilidades sociales así como el de la falta de recursos para la solución y confrontación de problemas por lo que no podría pasar desapercibido como otro de los objetivos de este enfoque el aumento y la mejora de estos elementos, promoviendo el aumento de autoestima, estrategias de afrontamiento, funcionamiento adaptativo y la prevención de recaídas, además de la reducción de las alteraciones emocionales que esto pudiese traer consigo así como proveer de estrategias para la mejoría general (Travé & Pousa, 2012, p.50).

Técnicas de modificación en el enfoque cognitivo conductual

Para sintetizar la información referente a técnicas, manera de llevarse a cabo, en qué casos pueden utilizarse, antecedentes y autores se enlistarán los datos en la tabla número seis.

Tabla 6

Técnicas de modificación conductual.

Técnicas de modificación de conducta	¿En qué consiste?	Antecedentes históricos	¿En qué casos se puede utilizar?
Entrenamiento en auto instrucción	Se enseña al usuario a hacerse ciertas verbalizaciones para así poder cambiar su conducta. Consiste en verbalizar la instrucción dada en voz alta para después hacerlo de manera interiorizada. Al finalizar la terapia, el usuario emplea estas autoverbalizaciones para controlar su conducta hasta en situaciones en las que	Sus principales representantes fueron Emile Coué (1857-1926), L. Shaffer, J. Kelly, Korzibsky, Jonson, Donald Meichnbaum. Emile Coué (1857-1926) fue un psicoterapeuta que, en Francia, desarrolló una práctica terapéutica que se basó en la autosugestión. Con esta técnica, Coué trató diversos problemas tanto físicos como psicológicos y psicofisiológicos	Ante situaciones estresantes. Para reducir la ansiedad ante exámenes o cuando se tiene que hablar en público. Puede aumentar la creatividad. Mejora el rendimiento en pacientes psiquiátricos

cuales no estaba (parálisis, dolores, preparado o para las miopía, incontinencia, que no aprendió a etc.) El tratamiento hacerlo efectuado por Emile Coué consistía en sugerir al paciente la mejora del problema y sugerir el programa de autosugestión, en donde el paciente afirmaba continuamente que podía mejorar.

Donald Meichenbaum también experimentó con el entrenamiento en autoinstrucción para la modificación de conductas dentro de laboratorio.

Solución de problemas	Es un tratamiento de 5 pasos: Reconocimiento del problema: se le dan al usuario orientaciones	John Dewey, Thomas D'Zurilla, Marwin Goldfried fueron los representantes de este método. A partir de	Manejo de pérdidas anticipadas. Problemas de pareja.
-----------------------	--	--	---

generales para que Thorndike, tuvo usos en Control del estrés y
pueda reconocer las aplicaciones terapéuticas ansiedad.
situaciones y en extensas En problemas de
problemáticas y sus investigaciones de interacción social.
reacciones ante ellas. laboratorio llevadas a Trastornos de
Definición o cabo tanto en animales ansiedad
especificación del como en seres humanos. generalizada.
mismo: se descompone John Dewey describe en En general, se utiliza
la definición global en su libro titulado How We para dos tipos de
unidades específicas Think los cinco pasos personas, aquellas
para poder abordarlas básicos para la resolución que normalmente
de manera más fácil. de problemas, a pesar de tienen un buen
Planteamiento de ello, existen manejo y control de
posibles soluciones: Se relativamente pocos emociones pero
alienta a la persona a estudios dentro de la que, por la situación
que plantee posibles literatura sobre sus actual no pueden
alternativas de acción. aplicaciones en el campo hacerlo, o bien, para
Selección de solución clínico. aquellas personas
óptima: Entre todas las que no logran
posibilidades ya desenvolverse
pensadas, el usuario correctamente.
debe elegir la más
adecuada teniendo en
cuenta ventajas y

desventajas de cada una.

Puesta en práctica de la solución: Llevar a la práctica la alternativa elegida para asegurarse si era o no la mejor solución.

Autocontrol	<p>Es el conjunto de procedimientos que el usuario usa para modificar su propia conducta. Este se relaciona con los procesos cognitivos en terapia de conducta ya que muchas veces son situaciones privadas (más que la conducta manifiesta) la raíz del problema de la persona es aquí donde interviene el autocontrol.</p>	<p>Representantes: Homme, Goldiamond, Nurnberger, Skinner Sus aplicaciones proceden de las formulaciones acerca del cambio de conducta basadas en el condicionamiento operante. Es en el año de 1962 que Nurnberger y Ferster se hacían ciertas recomendaciones basándose en la conceptualización</p>	<p>Control de emociones. Mejora de hábitos de estudio. Mejora de hábitos generales (sueño, higiene, limpieza, orden) Para la mejora de la interacción entre parejas. Aumento del rendimiento académico</p>
-------------	--	---	--

operante para controlar la conducta de comer de manera excesiva. Ferster proporcionó un entramado teórico en donde podía estudiarse la conducta de comer en exceso y se especificaron una serie de recomendaciones que podrían utilizarse para el autocontrol de la conducta. En 1962 se volvió a sugerir el control de estímulos a cargo de Gilbert (pseudónimo, Fox) el cual versaba sobre un caso de 5 estudiantes que mejoraron sus hábitos mediante el autocontrol.

En inicios de los 60's, Goldiamond trabajó el autocontrol con personas

		tartamudas donde buscaba que pudiesen controlar el habla fuera del contexto de laboratorio.	
Control de estímulos	En este tratamiento, el usuario debe en primer lugar, identificar los estímulos con los que la conducta está asociada. Se le enseña a realizar la conducta deseada únicamente en presencia del estímulo correspondiente o viceversa, cuando el objetivo es eliminar cierta conducta entonces hay un control de estímulos específicos.	Se deriva de las técnicas de autocontrol donde Bandura y Kupers realizan estudios mediante la teoría del aprendizaje social en general. Algunos de sus representantes son Thorensey, Mahoney, Ferster, Albert, Bandura.	Control de insomnio. Excitación sexual ante fantasías sádicas. Comer en exceso. Fumar. Tomar bebidas alcohólicas.
Auto observación	Consiste en recoger datos por parte del usuario sobre la	Es otra técnica que se deriva del autocontrol, según Kadzin (1974) se	Reduce tics. Comer en exceso. Ingerir tabaco.

	<p>conducta que se quiera demostrar que la Alucinaciones. modificar. La Autoobservación podía Puede también Autoobservación puede modificar la conducta aumentar las ayudar a determinar la dentro y fuera del siguientes medida en la que se laboratorio. conductas: realiza la conducta no Prestar más deseada y de esta atención en clase. manera se puede entrar Participar en en acción para alterar actividades los patrones diversas. conductuales no Realizar distintas deseados. tareas.</p>
Auto refuerzo y Auto castigo	<p>Se enseña al usuario a Se rige por los principios Se ha utilizado administrarse básicos del principalmente para conciencias por su condicionamiento la mejora de la conducta. La persona operante, desarrollado conducta en niños, determina libremente a por Burrhus Skinner mejora de hábitos las que seguirá el (1904-1990). Se da a de estudio, etc. refuerzo y puede mediados de los años 60, Modifica conductas reforzarse a sí misma en cuando diversas técnicas como: cualquier momento. operantes ya tenían una Conducta sexual El autorefuerzo y el amplia gama de desviada. autocastigo se han propósitos clínicos. Drogadicción. empleado en pacientes Comer en exceso.</p>

		externos	para		Fumar.
		modificaciones	de		
		diversas conductas.			

Entrenamiento	en	Se le pide al usuario	Es otra técnica basada en	Control	de
respuestas alternativas		relajación absoluta	el autocontrol, es decir,	ansiedad.	
		mediante la progresiva	también	tiene	Control de ansiedad
		contracción y relajación	antecedentes	en el	antes del parto.
		de una serie de grupos	condicionamiento	Manejo	de
		musculares,	operante basados en la	emociones	ante
		mantenerse en calma y	corrección o modificación	hablar en público.	
		reposo. De esta	de conducta no deseada.	Manejo de ansiedad	
		manera, ante cualquier		y estrés	antes de
		situación que signifique		una entrevista.	
		tensión, el cliente		Entre otras.	
		aprenderá a relajarse y			
		tranquilizarse.			

Podemos concluir entonces que la terapia no se centra solo en los pensamientos disfuncionales, sino que abarca los problemas externos de la persona para eliminar las creencias disfuncionales y ayuda al usuario a adquirir las habilidades necesarias para que puedan ser utilizadas en un futuro a manera de aprendizaje el cual le ayudará a que estas habilidades se vuelvan parte de él, propiciando un funcionamiento más racional y adaptativo (Ruíz, Díaz & Villalobos, 2012, en Herrera, 2019).

3.2 ¿Qué son los primeros auxilios psicológicos?

Así como existen los primeros auxilios (que a mí me gusta denominar “primeros auxilios físicos”) existen también los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP de ahora en adelante) los cuales tienen como objetivo preservar y salvaguardar el bienestar y la salud de una persona en una situación de emergencia. Estos se encuentran dentro de la categoría denominada “intervención en crisis de primera instancia” los cuales son técnicas basadas en evidencia que tienen como fin ayudar a todo tipo de población que se haya visto afectada por un evento crítico y que tienen la característica de poder ser llevados a cabo, por una persona que sea profesional de la salud mental o bien, que no lo sea pero que tenga un entrenamiento y/o conocimiento básico de ellos.

Heredia (2018) refiere que la intervención oportuna en una situación de emergencia de acuerdo con los PAP evitará la aparición de psicopatologías, así como conductas nocivas que pudieran requerir asistencia profesional más específica pues una de las características de estos es que son inmediatos posteriores al suceso traumático ayudando a evitar que la persona afectada llegue a un estado más profundo de ansiedad buscando un breve restablecimiento de la homeostasis previo a la crisis (p. 11)

Es importante mencionar que, tal y como se ha manejado a lo largo de los capítulos de este manuscrito, referirnos a situaciones de emergencia así, tal cual como eso o con términos más rebuscados como “evento traumático”, “suceso de vital importancia”, “situación grave o de emergencia” nos hace imaginar escenarios de índole preocupante y quizá, a nuestra mente vienen imágenes catastróficas que harán referencia a desastres naturales, episodios de violencia, guerras, delincuencia, entre otras, empero, la ruptura de una relación, el cambio de ciudad, la modificación en la rutina diaria, divorcios o separaciones (ya sea propios o de los padres) o situaciones de cierto modo inesperadas como la noticia de un embarazo no planeado, el diagnóstico de una enfermedad o el despido de un empleo podrán causar en un individuo, dependiendo los factores que ya revisamos, una desestabilidad emocional fuerte que pudiera derivar en infinidad de posibilidades negativas si así se requiriera.

Ahora bien, en lo que a las conductas suicidas se refiere se sabe que la intervención en crisis realizada en tiempo y forma puede ayudar a detectar vulnerabilidades de una persona que pudiese presentar o que ya esté presentando este tipo de acciones, puntualizando además que los PAP pueden (y deben, considero) ser promovidos lo mayor posible para cuando nos encontremos en situaciones específicas de suicidios en fase de ejecución. ¿Cuántas veces no nos hemos encontrado con vídeos o anécdotas de personas que estaban a punto de acabar con su vida, pero hubo alguien (¿ya sea un bombero, un elemento de policía e incluso una “persona normal”) que lo impidió? Claro está que no cualquiera tendrá las habilidades necesarias para llevarlo a cabo, también dejamos claro que una intervención en crisis de ese tipo no es algo que alguien sin formación y experiencia profesional pudiera tratar, lo que buscamos es, como se menciona en literatura diversa, que podamos salvaguardar a la persona en el momento, alejándola del peligro en el que se encuentra para canalizarla con servicios especializados dependiendo de lo que esté sucediendo y, ahora sí, darle la atención necesaria.

Para Osorio (2017) los PAP son aquellos que se proporcionan en un momento de crisis como la ayuda breve e inmediata que la persona necesita para restablecerse de manera emocional, física, cognitiva y conductual y son realizados en su mayoría en el lugar donde sucedió la emergencia y pueden ser brindados por enfermeras, maestros, paramédicos, padres, compañeros, entre otros.

Principios de actuación y objetivos

Observar, escuchar y conectar. CENAPRED (2017) menciona que el objetivo primordial de los PAP es apoyar a las personas afectadas para el control de lo que están experimentando (en términos psicoemocionales) puesto que la capacidad de respuesta será diferente para cada individuo. Establecer comunicación con la persona después del evento es de suma importancia ya que las reacciones que pudiese presentar serán de confusión y alteración principalmente.

El CENAPRED (2017) menciona los siguientes principios de actuación los cuales se basan en los propuestos por la OMS y son los siguientes:

Principio de actuación número 1: Observar

- Si los PAP son de manera presencial es importante que no se acuda al lugar del evento si no se convence de la seguridad para el interventor.
- Es importante identificar a las personas afectadas y así como sus necesidades ya sean básicas, urgentes o graves.
- La persona que proporcionará los PAP debe ser consciente de su rol y evaluar quien los necesita ya que si se detecta a una persona que requiera apoyo especializado será oportuno obtener asistencia adicional.
- En caso de haber personas con afectaciones físicas se deberá de canalizar al servicio médico adecuado o de primeros auxilios físicos.

Principio de actuación número 2: Proteger

- Si se detectan peligros inminentes para la persona habrá que alejarla del lugar.
- En caso de haber medios de comunicación, también se deberá alejar del sitio.
- Si se percibe angustia elevada por parte de la persona afectada procuraremos no abandonarle hasta estabilizarla.
- Es importante determinar si la persona afectada pertenece a algún grupo vulnerable, si es propenso a discriminación o abusos se deberá procurar cuidar de dicha violencia.

Principio de actuación número 3: Escuchar

- Mediante la escucha activa se deberá detectar lo que es importante para la persona afectada ayudándole a establecer prioridades.
- Se deberá indagar acerca de lo que provoca mayor preocupación sin presionar.
- Si así se requiere, se deberá escuchar a la persona si esta decide platicar sobre lo que ocurrió.

- Se debe evitar el contar experiencias propias, la importancia aquí versa sobre la tranquilidad de la persona favoreciendo el desahogo emocional mediante la verbalización de lo sucedido.

Principio de actuación número 4: Conectar

- Se deberá ayudar a la persona a atender sus necesidades básicas y a que acceda a servicios de apoyo, los que este requiera además que es importante dar información certera y veraz.
- Se ayudará a la persona a enfrentarse a su o sus problemas.
- Se buscará poner en contacto a la persona con redes de apoyo.

Los objetivos o metas de los PAP podrían reducirse en otorgar apoyo, reducir el peligro y enlazar con ayuda mayor. Rabelo (2010, p. 124) lo enuncia de una manera más amplia pues refiere que el objetivo de la intervención es “ayudar a la persona a aceptar lo sucedido, expresar sentimientos, facilitar que busque soluciones y apoyo social y ayudar a que recupere el nivel de funcionamiento que tenía antes del incidente para prevenir la aparición de consecuencias negativas para su salud mental”. Caplan (1964) en Slaikeu (2000) menciona que las crisis son caracterizadas por un colapso de las capacidades de solución de problemas y enfrentamiento que antes eran las adecuadas por lo que la persona se siente incapaz de enfrentar lo que en ese momento está sucediendo, es por ello que Slaikeu (2000) menciona que entonces el objetivo de los PAP será ayudar a la persona a que de “pasos concretos” hacia el enfrentamiento de la crisis mediante el control de sentimientos para comenzar el proceso de la resolución del problema.

Corral & Gómez (2009) en Gutiérrez & Hernández (2014) enuncian los siguientes objetivos de los PAP:

- Proporcionar apoyo haciendo que la persona se sienta escuchada y comprendida ante lo que le pasa, la verbalización emocional será clave ya sea de sentimientos tanto negativos como positivos. Permitir a las personas mediante la cordialidad y el interés hablar para

crear un vínculo de presencia mediante la calidez y la empatía que permita aterrizar ideas pese a la atmosfera de crisis/traumática que se está viviendo pues se parte de la premisa de que es mejor para las personas afectadas no estar solas, ayudar va más allá de acercarse de manera subjetiva, sino que habrá que tener en nuestros hombros parte de esa carga, es la parte más humana de la intervención en crisis. (Slaikeu, 2000, p. 116).

- Reducir la mortalidad entendiendo que el evento estresante puede derivar en situaciones violentas hacia sí mismos o hacia otras personas, se desarrollarán redes de apoyo, se buscará el ingreso hospitalario, etc. La premisa de este objetivo es “primero la supervivencia” puesto que se deben de tomar medidas para reducir las posibilidades destructivas que represente la situación. ¿Cómo se lleva esto a cabo? Slaikeu (2000) refiere que será menester deshacerse de objetos potencialmente peligrosos como armas, concretar el contacto con algún amigo o persona de confianza, conversar para reducir la tensión de la situación, entre otros.
- Ser el nexo con recursos de ayuda. Se debe de proporcionar la información necesaria sobre los recursos que se requiera, así como brindar orientación de qué hacer y cómo hacerlo. Esto ayuda a limitar las acciones de la persona que esté brindando los PAP en tanto que es como lo dice su nombre, de emergencia pues se deberá crear un enlace apropiado con otro tipo de asistencia.

Es importante que además tengamos claro lo que requerimos nosotros como personal interventor para poder dar un apoyo adecuado, Parada (2009) enuncia la importancia de tener presente que a mayor información obtenida de la persona afectada en menor tiempo, mejor será nuestra intervención, se deberá de valorar de manera inicial la situación para que se puedan detectar los peligros posibles que supongan un riesgo para la persona, también se menciona como objetivo el asegurar necesidades básicas, reducir el riesgo físico y psicológico y facilitar la expresión de lo sucedido.

Diferencias entre intervención de primera y segunda instancia

Como ya hemos revisado, la meta principal de una intervención en crisis, independientemente de su modalidad es la de orientarse al malestar emocional de la persona que ha sido propiciado por el evento y/o situación traumática que rompe la homeostasis y desestabiliza al individuo, dejando a la intemperie la falta de recursos cognitivos y emocionales para afrontar lo que está sucediendo, de acuerdo con Palacios & Téllez (2017) “se debe prevenir el incremento de conductas psicopatológicas que afecten la capacidad de respuesta de un individuo”, no obstante, debemos enunciar cuáles son las diferencias entre la intervención de primera instancia en comparación con la de segunda instancia puesto que el momento y la manera de actuación así como la persona que puede llevarlos a cabo son distintas y se debe evitar caer en iatrogenia a toda costa pues la intención es ayudar y no empeorar, hace falta más que “buenas intenciones”, habrá situaciones que se salgan de nuestras manos, incluso de las manos profesionales, ante temas delicados soluciones adecuadas que den a conocer las herramientas necesarias para su ejecución. En el capítulo anterior se enunció diversa información acerca de esto, de cualquier manera, se sintetizará la información requerida en la siguiente tabla número 7. Recordemos que los PAP no deberán ser etiquetados como una técnica compleja de realizar, sino que es un enfoque de corte socio comunitario, una respuesta humanitaria ante un ser humano que atraviesa un suceso traumático que le genera sufrimiento (Colussi, 2017; Palacios & Téllez, 2017, en Heredia, 2018, p. 11).

Tabla 7

Diferencias entre intervención de primera y segunda instancia.

Intervención de primera instancia (Primeros auxilios psicológicos)	Intervención de segunda instancia (Intervención en crisis)
Puede llevarse a cabo por cualquier persona que tenga entrenamiento básico o capacitación previa,	Lo realiza un psicólogo y/o un profesional de la salud que tenga formación y entrenamiento específico sobre el tema.

independientemente de su formación académica,

empleo o profesión.

Se realiza de manera inmediata al suceso crítico o bien, durante las primeras horas posteriores a él, casi siempre en el lugar de la crisis y/o fenómeno perturbador.

Esta es llevada a cabo al finalizar la primera ayuda psicológica, generalmente es de la semana uno a la seis posterior al evento que desencadenó a crisis.

Este tipo de intervención es de una sola sesión que puede durar de minutos hasta horas como máximo.

Puede durar semanas o meses y el objetivo principal es la resolución de la crisis (Fernández, 2010, en Heredia, 2018) generalmente son sesiones de terapia breve.

Para su atención se enuncias cinco componentes de los PAP.

Para esta intervención se atienden los principios básicos de la terapia breve para crisis.

Ahora bien, ¿cómo sabemos que estamos llevando a cabo realmente un Primer Auxilio Psicológico? Atender a una persona que se encuentra fuertemente afectada por algo, cualquiera que sea la razón no es cosa fácil, muchas veces en la intención de ayudar se termina perjudicando, hay que tener claro que no todas las personas lo van a requerir y que su aplicación no lleva a cabo una terapia psicológica como tal por lo que será prudente informar esto a la persona a la brevedad posible para que sepa que en ese momento será auxiliada pero que lo que se está haciendo no sustituye en ningún término la asistencia adicional que pudiese necesitar. Un PAP se enfoca en atender las necesidades básicas de la persona mediante la escucha activa que calma y reconforta de manera práctica puesto que se evalúan las necesidades inmediatas de quien lo está padeciendo, se protege de amenazas posibles y se reducen los factores de riesgo en el desarrollo de trastornos mentales, esto mediante la facilitación del acceso a información adicional o a servicios de asistencia como sociales y de salud, así como los servicios necesarios.

Un PAP puede ser proporcionado vía remota, es decir, no es necesario que la persona se encuentre físicamente con el afectado para asistirle, es universal en tanto que se abarca la población infantil y adulta y puede ser llevado a cabo por un profesional o no de la salud mental. Es muy importante saber que no estamos haciendo PAP cuando nuestra intervención se asemeja a un interrogatorio invasivo hacia la persona puesto que no debemos abrumentarla y mucho menos debemos buscar realizar un diagnóstico psicológico o de salud en general, tampoco se trata de PAP cuando se presiona a la persona para expresar sus emociones y cuando se solicita el análisis de lo que está pasando puesto que la persona puede que se encuentre en alguna de las etapas del proceso de respuesta ante una situación de emergencia. Slaikeu (1996) en CIJ (2020) las define de la siguiente manera:

- Evento: Momento en el que ocurre o se manifiesta el agente perturbador.
- Shock: Es la reacción del individuo ante el suceso y que ocurre después del evento.
- Emergencia psicológica: Sucede alrededor de 6 horas posteriores al evento traumático y se puede identificar claramente por la desestabilización de la persona ante las reacciones habituales que pudiera tener, es en esta etapa en donde es prudente llevar a cabo los PAP teniendo como objetivos específicos que la persona que interviene busca ayudar a recuperar el equilibrio emocional, empleará técnicas de contención e intervención para restablecer el funcionamiento previo al evento y permitirá la respuesta ante la situación que se vive para que pueda ser superada.
- Crisis: Los efectos de una crisis pueden tener una duración de hasta seis meses posteriores al evento y esto llevara a que la persona presente un desequilibrio afectivo que sobrepasa sus capacidades de respuesta.
- Trastorno por Estrés Postraumático TEPT: eso sucede cuando después de seis meses o más de sucedido el evento la persona presenta temor excesivo, terror o sensación de desamparo además de conductas de evitación y/o reexperimentación del evento. Esto

solo puede ser diagnosticado por un profesional de la salud mental y requerirá atención multidisciplinaria.

3.3 Componentes de los primeros auxilios psicológicos

Para el desarrollo correcto de un trabajo que implica los PAP se deben seguir ciertos pasos estratégicos denominados “componentes” basados en Slaikeu (2000) y son los siguientes:

- **Primer componente, realizar contacto psicológico:** Escuchar hechos y sentimientos. Entendido como una sintonización empática con los sentimientos de la persona en crisis, la persona interventora debe escuchar y visualizar a la persona afectada para entender cómo, desde su perspectiva, visualiza la situación y se comunica. Se debe de ahondar sobre los hechos y los sentimientos que se fueron generando, propiciando que la persona se sienta escuchada y apoyada.

¿Cómo se lleva a cabo?: La persona interventora deberá escuchar con atención lo que la persona afectada está expresando, tomando en cuenta la carga emocional y conductual que eso conlleva, a la par de que esto sucede se debe de manifestar interés en lo que la persona está narrando, así como en los sentimientos que muchas veces se encuentran desbordados sin emitir juicios al respecto. Mediante la empatía demostrada en frases que conecten y devuelvan a la persona lo que nos ha dicho esta comprobará que le hemos escuchado y tomamos atención de lo que le pasa, es muy importante la validación y normalización de sentimientos y emociones vividos sin permitir que estos lleguen a nosotros o nos veamos afectados por ellos, es muy importante el control y la calma para manejar esto. Muy importante es mencionar que este contacto psicológico no necesariamente debe ser de manera verbal, sino que puede ser mediante un contacto visual y si se es posible, un contacto físico respetuoso, tomando en cuenta que esto no siempre será apropiado por lo que es fundamental el desarrollo de habilidades como la asertividad y la sensibilidad para anticipar la reacción de la persona (Osorio, 2017, en Heredia, 2018, p. 11).

- **Segundo componente, examinar las dimensiones del problema:** Se deben de evaluar los parámetros o dimensiones en pasado inmediato, presente y futuro inmediato. El objetivo de realizarlo de esta manera versa sobre que al trabajar en un orden de jerarquía las necesidades de la persona entonces será más sencillo saber cuáles son las necesidades urgentes o inmediatas y cuales pueden dejarse para después.

¿Cómo se lleva a cabo?: El pasado inmediato indaga sobre el evento o los acontecimientos que precipitaron el estado de crisis (separación, fallecimiento de un ser querido, desempleo) y el cómo se sentía la persona antes de esta para determinar los tipos de respuesta que la persona tenía antes de dicha crisis mediante la evaluación del modelo CASIC (se revisará más adelante). El presente busca identificar las fortalezas y debilidades en el periodo actual de afectación para conocer el tipo de respuestas que presenta ahora (Modelo CASIC). Para el futuro se indagarán las posibles dificultades que la persona podría presentar tanto de manera individual como familiar (Slaikeu, 2000, p. 119).

- **Tercer componente, explorar posibles soluciones:** De acuerdo con Slaikeu (2000) este componente implica identificar un rango de alternativas de solución para las necesidades que detectamos anteriormente ya sea que se deban atender inmediatamente o no. También se debe de conducir a la persona a generar alternativas realizando análisis de estas basándose en los beneficios y consecuencias de lo que pudiera resultar.

¿Cómo se lleva a cabo?: Quien realiza los PAP procurará dirigir las necesidades más apremiantes además de identificar los posibles obstáculos ante los planes propuestos. Se debe de promover que la persona afectada haga todo lo que pueda por ella misma, preguntando sobre lo que ya ha intentado con el fin de dar opciones nuevas para propiciar que la persona lo haga también, explorando pros y contras de las soluciones propuestas, haciéndolo en orden jerárquico para categorizar las necesidades inmediatas y las posteriores. En resumen, es una elaboración de una

“lluvia de ideas” en donde se detectarán los posibles obstáculos de cada una para descartarlas y finalizar con las que se esté de acuerdo.

- **Cuarto componente, ayudar a tomar una acción concreta:** El objetivo de este componente es limitado, se centra primordialmente en ayudar a la persona a llevar a cabo una acción concreta para el manejo de la crisis. Al llegar a este “paso”, ya se hizo un análisis previo por lo que el manejo y afrontamiento de la crisis será mejor.

¿Cómo se lleva a cabo?: Se promueve que la persona haga lo que pueda por ella misma, entendiendo la afectación que tiene la persona debido a la situación será prudente que el auxiliador lleve a cabo un papel directivo que ayude a la ejecución de las acciones de manera gradual. CIJ (2020) define las funciones del auxiliador en este componente de la siguiente manera: dependiendo de la gravedad de la situación y la capacidad de afrontamiento de la persona el auxiliador podrá ser un facilitador que ayude mediante la escucha y brinde consejos dirigiendo la discusión además de que podrá realizar un contrato verbal de las acciones que la persona deberá realizar, o bien, será un directivo el cual se realizará bajo una guía y acompañamiento teniendo en que todas las acciones realizadas deberán ser dentro del marco de la ley existente y se debe cuidar la confidencialidad, en caso de requerir hospitalización se ayudará a la persona afectada y familiares con las implicaciones negativas que eso contraiga. Esto se delimitará si la situación representa o no un peligro inminente para la persona y los demás. Heredia (2018, p. 13) refiere que hay que tomar un papel directivo si y solo si la capacidad del usuario es deficiente y la confidencialidad permanece solamente si los derechos e integridad física personal y de los otros no se ven afectados.

- **Quinto componente, seguimiento:** este es el último componente de los PAP y su objetivo es el de dar seguimiento y determinar si se realizaron los propósitos de esta intervención que es el de proporcionar ayuda y reducir la mortandad.

¿Cómo se lleva a cabo?: Se debe de recabar información para mantener un contacto posterior que nos ayude a evaluar el progreso y verificar si se logró el objetivo de los PAP (Heredia, 2018, p. 14). La función del auxiliador especificará el procedimiento a seguir para realizar dicho contacto, puede ser remoto o presencial y se establecerá día y hora, así como saber quién contactará a quién para llevarlo a cabo, Slaikeu (2000) lo denominó “contrato por recontacto”.

Slaikeu (1998) en Heredia (2018) menciona que en el proceso de aplicación de los componentes existen recomendaciones sobre lo que se debe y lo que no se debe de realizar en el proceso de intervención ya que de esto va a depender la efectividad de esta para la obtención de un resultado positivo, logrando las metas de intervención. Los PAP no están completos hasta que no se llevan a cabo cada uno de los procedimientos descritos y será importante en caso de ser necesario volver a explorar las dimensiones del problema para reexaminar la situación presente.

Aspectos para tomar en cuenta para la ejecución de los PAP

Aunque hemos mencionado que para llevar a cabo los primeros auxilios psicológicos es suficiente con tener un entrenamiento básico que dote al auxiliador de las herramientas necesarias para hacerlo, viene a bien mencionar que se requieren ciertos aspectos adicionales a tomar en cuenta para una correcta intervención. Slaikeu (2000, p. 136) refiere que los componentes mencionados previamente no deben de seguirse de manera lineal sino que pueden ser tomados como un “mapa cognoscitivo” o una guía para quien los lleva a cabo puesto que, teniendo claro que la situación de crisis en la que estará la persona involucra una desorganización total, puede que llegue a ser complejo el seguir ciertos pasos forzosamente en cierto orden, la persona puede comenzar por narrar lo que sucede o quizá puede comenzar a dar alternativas a lo sucedido buscando una solución muy pronto. Tener en cuenta esta guía ayudará al auxiliador a saber que está cumpliendo con los aspectos que los PAP requieren haciendo una verificación mental de cada uno.

Es necesario que antes de la intervención la persona haga una autoevaluación acerca de las acciones que va a ejercer y se cuestione si se encuentra en las condiciones necesarias para atender cualquier tipo de casos, también será prudente saber qué es lo que se estará enfrentando, por ejemplo, en una situación de crisis comunitaria como un sismo, la persona que vaya a asistir debe de saber a qué se va a enfrentar, los posibles riesgos para sí y para el afectado así como las posibles acciones para llevar a cabo. De igual manera, no hay que olvidar la importancia de la presentación puesto que la transmisión de la confianza y la seguridad son clave así que el auxiliador deberá proporcionar mínimamente su nombre y mencionará qué es lo que hace y para qué se encuentra ahí en ese momento de manera no intrusiva con el fin de comenzar entablando una buena relación para la intervención. No hay que olvidar el buscar cubrir las necesidades básicas de la persona fomentando el alivio, la protección y la contención emocional de la misma además de recabar la información posible sin incomodar para poder dar una ayuda más eficaz (Cuellar, 2019).

Qué hacer y qué no hacer al llevar a cabo los PAP

Es importante que tengamos en cuenta algunos aspectos al momento de realizar la primera ayuda psicológica para evitar cometer errores que traigan consigo situaciones o efectos negativos en las personas afectadas. Los PAP no se tratan de aconsejar a la persona sin algún fundamento, tampoco es, pese a su naturaleza inmediata, buscar la resolución de lo que sucede de manera inminente. Al llevar a cabo esta intervención, la persona auxiliadora no deberá prometer o hacer mención de cosas o situaciones irreales ni se deberá minimizar el probable peligro, por lo tanto, se enunciará un breve listado de las acciones que se deben evitar cuando se lleve a cabo esta intervención. Slaikeu (2000) menciona lo siguiente:

- **Contar experiencias personales:** al realizar el contacto inicial se debe de brindar a la persona afectada la escucha empática que genere confianza, mostrando aceptación y entendimiento ante los hechos sucedidos, se debe evitar hacer juicios de valor o ignorar los sentimientos y emociones que la persona está expresando en ese momento.

- Realizar cuestionamientos que limiten las respuestas del usuario: como ya mencionamos antes, se debe evitar llevar un cuestionamiento que parezca un interrogatorio policíaco que limite las respuestas de la persona a monosílabos que no nos arrojen suficiente información. Debemos plantear preguntas abiertas que nos ayuden a evaluar la mortandad y debemos solicitar concreción a la persona, evitando minimizar las señales de peligro que puedan hacerse visibles en ese momento.
- Ignorar obstáculos ante las necesidades y soluciones planteadas: Al establecer una jerarquía de acción con respecto a la lluvia de ideas que se creará en uno de los componentes de los PAP ayudará a encontrar las posibles soluciones a lo que está pasando, se debe de evitar ignorar lo que nos impedirá llegar a ellas, así como mezclar las necesidades detectadas.
- Buscar una resolución inmediata: es importante llevar a cabo acciones paulatinas y evitar la toma de decisiones que comprometan un tiempo más alargado al necesario para esta intervención.

Otros aspectos para tomar en cuenta son también el evitar obligar a la persona a asumir responsabilidades que no le correspondan, también es indispensable tener un trato adecuado con ella sin agobiarla ni mostrarnos demasiado abrumadores, pero con el cuidado de no tratar a la persona como a una extraña. Se deben evitar a toda costa las acciones que limiten o hagan sentir a la persona juzgada con respecto a lo que está viviendo y como lo está expresando pues debemos recordar que cada una tendrá una manera distinta de reaccionar así como las frases de consolación o que resten importancia a lo sucedido como “otras personas están peor que tú y no se quejan”, “lo que te sucede le pasa a todos”, “que mala suerte por lo que te pasó”, “entiendo lo que te pasa pero deberías mejorarte”, entre otras. El auxiliador deberá mostrarse seguro de sí mismo, mostrar respeto por lo sucedido y se debe de procurar no omitir ningún tipo de cuestionamiento o comentario por temor de dañar a la persona, cabe mencionar que no hay que apresurar la situación ni obligar al afectado a tomar decisiones o a contar lo que está pasando, muchas veces la crisis o el estado que la persona presente a raíz de ella no permitirá la expresión

verbal inmediata por lo que será prudente llevar a cabo algunos ejercicios de respiración que ayuden a la persona retomar el control en caso de llanto excesivo o shock emocional (revisar anexo 1). Heredia (2018) menciona además evitar escandalizarse por lo sucedido, no hay que interrumpir a la persona cuando esté mencionando lo que siente y no hay que hacer suposiciones ni demostrar lástima.

3.4 Importancia de los PAP como prevención

Llegados a este punto hemos revisado ya temas de relevancia a nivel social y de salud pública como el suicidio y las crisis psicológicas. La manera en la que se hizo la revisión de la literatura y la bibliografía buscaba tener un cauce de mayor a menor proporción o, mejor dicho, de lo general a lo particular con el fin de entender el problema en su totalidad y posteriormente saber cómo podemos abordarlo. Hablar de términos que generalmente se consideran como “delicados” y que obedecen a una ciencia que todavía se considera como tabú e insuficiente para algunas personas complica mucho más los niveles de acción que se pudieran tener para una mejoría o prevención de estos. “Terapia”, “suicidio”, “trastorno”, “crisis” y otros términos asustan a quienes los escuchan, muchas personas temen incluso hablar de ello o ven su intervención como algo muy lejano o que es imposible de prevenir, que sucede nada más, situación que es errónea y que se busca día con día, enunciar y difundir la información necesaria para la modificación de estos pensamientos.

Heredia (2018) menciona que los PAP han demostrado tener un alto grado de efectividad con respecto al restablecimiento psicológico de la persona afectada por una situación de crisis, disminuyendo su sintomatología y ayudando a fortalecer los recursos cognitivos y emocionales para ese momento y situaciones futuras. Entiendo que los PAP pueden y deben ser realizados en el momento del evento, difundir la información con población diversa perteneciente a distintos espacios sociales como escuelas, oficinas, hospitales, empresas, entre otros, ayudará a ayudar a quien lo necesite en el momento inmediato para evitar que la persona presente mayor daño y pueda recuperar su capacidad de afrontamiento (Osorio, 2017).

Para Trejos & Valencia (2013) el entrenamiento en la aplicación de los Primeros Auxilios Psicológicos es fundamental en personal de instituciones de primera respuesta como el cuerpo policíaco puesto que son casi siempre los primeros en ser llamados ante una situación que amerite pedir ayuda. Mencionan además que, las personas víctimas de eventos potencialmente traumáticos requieren una intervención oportuna y que no victimice que ayude a estabilizarlos a ellos y a la comunidad que presencia la situación estresante; además, una acotación sumamente interesante es, y cito: “cuando un miembro de la institución llega al lugar de los hechos con una actitud equivocada; puede tener muchos conocimientos, pero no logra un impacto positivo en la comunidad” (p. 2).

En este orden de ideas, limitar este entrenamiento únicamente a personal perteneciente a instituciones de atención ciudadana como bomberos, paramédicos, policías y demás pudiera ser adecuado, pero no tan efectivo como si se entrenara a la mayoría de la población para poder ser un primer apoyo a quien así lo manifieste. La flexibilidad de que los PAP puedan ser realizados por una persona profesional o no pero que cuenta con una capacitación previa no deja lugar a las excusas para no saber hacerlo y para no brindar apoyo cuando se necesite en alguna situación compleja, además de que, como hemos puntualizado a lo largo de esta lectura, la detección temprana de ciertas señales en el comportamiento de un individuo puede prevenir situaciones de riesgo más elevadas como el desarrollo de síndromes y/o trastornos mentales e incluso la presencia de conductas suicidas. Así pues, los PAP son técnicas basadas en evidencia enfocadas a ayudar a todo tipo de población dentro de las primeras horas del incidente o situación crítica los cuales ayudan a reducir el estrés, la sintomatología y ayuda a restablecer al sujeto en un plazo corto de tiempo.

Consideraciones generales para el personal que realiza la intervención

Se han establecido ya una serie de recomendaciones y se ha dotado de información que es prudente conocer con respecto a la persona afectada para que la intervención sea exitosa, empero, no hay que dejar de lado la salud mental y las condiciones éticas que una persona deberá de tomar en cuenta

antes, durante y después de realizar esta primera intervención. El cuidado de los auxiliares es primordial, sobre todo si estos se dedican únicamente a esta intervención, hemos mencionado que esta aplicación puede realizarla cualquier persona que tenga un entrenamiento para ello y por supuesto que los cuidados que ella deba tener son importantes, no obstante, en el contexto en el cual haya un grupo que se dedique únicamente a atender emergencias (llámese físicas, psicológicas, en comunidad, etc.) hay que tomar en cuenta algunas de las dificultades que ellos pudieran llegar a tener.

Las dificultades que la persona interventora pudiese presentar pueden ser a nivel familiar, social o individual y, aunque no deben de considerarse como síntomas de una enfermedad puesto que son reacciones normales ante sucesos anormales, estos pueden durar días e incluso semanas y aunque estos van en decremento conforme pasa el tiempo, se necesitará de apoyo y/o acompañamiento social y familiar, teniendo en cuenta que dichas afectaciones pueden verse agravadas si hay aspectos de vulnerabilidad en las personas.

También es importante tomar en cuenta algunos factores éticos al momento de realizar la intervención, hay que recordar el respeto a la privacidad y la confidencialidad de las personas afectadas así como mantener al margen opiniones y prejuicios personales, por ejemplo, puede que una persona se encuentre en crisis por una ruptura de pareja, esta se sentirá desbordada, incluso puede llegar a pensar en la muerte y para el interventor quizá esa situación no será algo que amerite dicha reacción, de cualquier manera el primer apoyo debe de proporcionarse independientemente de la situación que lo está originando y no por el hecho de no compartir la visión del problema nos burlaremos o demeritaremos lo que le está sucediendo a la persona afectada. Debemos recordar como ya se mencionó antes que previo al apoyo deberemos familiarizarnos con el contexto de la situación, esto facilitará la intervención y nos dotará de recursos para hacerlo, es importante conocer las normas que rigen ahí como las sociales, religiosas y culturales y será oportuno actuar con base en la persona en específico, es decir, aunque existen los componentes básicos para brindar los PAP, hay que aprovechar la flexibilidad que tienen y adecuarnos

a la persona con respecto a su edad, grado de estudios, cultura, género, etc. será mejor para asistirle. Finalmente, pero no menos importante, cabe recordar el evitar hacer promesas que no puedan cumplirse, hacer mención de soluciones irreales con tal de que la persona muestre mejoría, denotar desesperación por hacer que la persona vuelva a estar bien o como estaba antes del suceso solamente propiciará que se altere más, no hay que pedir nada a cambio de la ayuda, menos alguna remuneración económica y no se debe de tomar aprovechamiento de la autoridad que en ese momento el auxiliador tenga en relación con la vulnerabilidad que presenta el individuo afectado.

Reacciones y factores de riesgo

Los auxiliadores pueden ser propensos a reacciones complejas posterior a brindar los PAP, más aún si, como comentamos previamente, es una labor que realicen de manera cotidiana. Sensación de embotamiento, reexperimentación, ausencia de la realidad, irritabilidad, problemas con la higiene del sueño e incluso síntomas de ansiedad y depresión son algunas de las reacciones que se pudiesen presentar (Alarcón, et al., 2005). Asimismo, estos autores refieren que existen una serie de factores de riesgo que pudieran agravar o predisponer la aparición de dichas reacciones, por ejemplo:

- Que la persona auxiliadora no cuente con las habilidades suficientes para realizar la intervención.
- Estar expuestos a situaciones potencialmente estresantes en su vida personal.
- Antecedentes de trastornos físicos o psicológicos.
- Exposición continua a situaciones muy intensas de estrés (esto dependerá del tipo de crisis o evento que se esté atendiendo)
- Presencia de personas conocidas en el lugar del evento traumático.
- Problemas de organización y coordinación para la intervención.

En términos generales, las personas que realizan los primeros auxilios psicológicos se someten a situaciones de ansiedad y estrés elevado los cuales son propiciados principalmente por las propias

actividades diarias que el trabajo pudiese exigir, así también, son producto de diferentes experiencias que cada persona puede llevar en su vida diaria como largas jornadas de trabajo, responsabilidades abrumadoras, la escucha constante de situaciones abrumadoras o dolorosas que reflejan el sufrimiento de otras personas, ser testigo o experimentar situaciones de violencia, daños, destrucción, etc.

Otro punto importante por tocar es el Síndrome de Desgaste por Empatía. Este término hace referencia al “coste de preocuparse por los otros o por su dolor emocional” (Figley, 1995, en Alecsiuk, 2015, p. 44) y dentro de la psicotraumatología, este se refiere al agotamiento físico, mental y emocional que presenta una persona que está en contacto constante con personas que están o que pasaron por situaciones altamente estresantes. La empatía puede entenderse en términos coloquiales como “la capacidad de ponerse en el lugar de la otra persona” con el fin de entender lo que está viviendo y lo que esto le hace sentir, como ya mencionamos, las reacciones que pueden presentarse son la reexperimentación, el embotamiento afectivo y la evitación lo cual puede llevar al aislamiento puesto que evocan sentimientos de frustración, saturación emocional, irritabilidad y frustración en muchos de los casos a causa de la alta exposición a factores de riesgo al llevar a cabo las intervenciones necesarias además de sentimientos de fatiga, pánico, problemas para concentrarse y exaltación extrema e hipervigilancia (Alecsiuk, 2015, p. 44).

¿Qué hacer ante ello?

Importante es decir que la persona auxiliadora deberá prepararse para ayudar al otro, más que un ensayo antes del evento, puesto que sabemos que esto sucede de manera inesperada y que la intención de este documento es dirigirse a todo tipo de población, es que sepamos que estar disponibles y dispuestos a brindar una primer ayuda psicológica cuando se requiera necesitará además del entrenamiento teórico, una preparación sobre lo que se va a realizar. CIJ (2020) menciona que las características el interviniente deben ser las siguientes: motivación interna elevada, orientación ante retos, orientación a resultados, dedicación al trabajo y toma de riesgos en favor de ayudar al otro. Por su

parte, se recomienda que el auxiliador lleve a cabo actividades de autocuidado en todo momento para un bienestar tanto personal como profesional y la evitación de fantasías de omnipotencia, pasividad y del poder del pensamiento las cuales tienen las siguientes características: querer resolver todo asumiendo un papel protagonista, presionar para actuar cuando solo se debe escuchar y asumir que las cosas solo van a suceder por decirlo, desearlo o suponerlo, respectivamente. En lugar de esto se sugiere que las personas auxiliadoras mantengan sus conocimientos actualizados con respecto a los PAP, también se recomienda que se considere la información del contexto cuando se estén llevando a cabo los PAP y considerar además el estado de salud y estabilidad personal que presente la persona, así como al definición clara de roles y funciones y la fomentación acerca del entrenamiento adecuado (CENAPRED, 2017, en CIJ, 2020). Es importante la formación psicoeducativa para desarrollar resiliencia y obtener herramientas que ayuden a lidiar con el estrés diario, el uso de técnicas de relajación y meditación y procurar tener espacios de recreación y ocio que ayuden a desconectar a la persona de manera completa del trabajo o las actividades estresantes. Cabe mencionar que el hecho de ser parte de las personas que proporcionan ayuda no nos exime de necesitarla puesto que cuando nos percatemos de ello será prudente pedir apoyo y no sobrecargarnos de trabajo o de situaciones que sabemos de antemano no podremos manejar tan efectivamente.

Deactivación

La deactivación se entiende como el periodo de descanso breve e informativo que sucede inmediatamente después de que la persona auxiliadora ha terminado su tarea interventora en el lugar o en el momento del evento crítico. ¿Cómo se lleva a cabo? Bien, de acuerdo con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2005) esta es recomendable que se realice en grupos pequeños de 8 personas máximo que hayan trabajado juntas y que hayan sido expuestas a un eventos traumático o a atenciones de crisis que requieran la aplicación de los Primeros Auxilios Psicológicos. El objetivo de la reunión de estos grupos es que puedan hablar sobre el evento y debe de ser dentro de un ambiente relajado, privado y

confortable que no posea distracciones y, de ser posible, lejos del lugar donde se proporcionó la intervención. Se recomienda que esta deactivación tenga una duración de 20 a 60 minutos y lo que se busca lograr con ella es que se reduzca de manera significativa el impacto que esta haya generado o pueda generar, además de reducir la intensidad de las reacciones posteriores que se pudiesen presentar, así como evaluar el bienestar del personal auxiliador lo que ayudará a determinar si este necesitará servicios de seguimiento. La deactivación se divide en tres fases:

- **Introducción:** se realiza en un tiempo aproximado de 5 a 10 minutos y permite que los auxiliares se introduzcan a la sesión, se explicará el proceso a realizar y se fijarán expectativas.
- **Exploración:** es la que lleva más tiempo, se realiza en un lapso de 10 a 35 minutos y permite que la experiencia con la intervención sea discutida con los miembros del grupo mediante la consideración de las reacciones cognitivas y emocionales que se relacionen con dicho evento o intervención.
- **Información:** Finalmente, esta última fase se realiza en un tiempo estimado de 5 a 15 minutos y busca normalizar de forma cognitiva y educar sobre el TEPT.

Autocuidado

Ahora bien, hablar de autocuidado puede interpretarse como algo innecesario, cabe decir que es fundamental para poder proporcionar la ayuda adecuada sin poner en riesgo a la persona afectada ni al auxiliador mismo. Casi siempre se tiene la idea de que la persona que brinda este tipo de intervención se mantiene bajo control y tiene un gran manejo de las emociones, lo cual es cierto, sin embargo se debe de considerar que la persona auxiliadora también puede verse afectada por el suceso y por la naturaleza de lo que hace, considerar estrategias que ayuden al autocuidado de la propia salud mental es clave para mantenerse en un estado óptimo de servicio, prestar ayuda debe ser una actividad que se haga de manera

responsable y esto se refiere al cuidado de la salud propia asegurándonos de que somos capaces física y emocionalmente de ayudar a otras personas (OMS, 2012, en CIJ, 2020).

Es importante llevar a cabo actividades básicas como establecer horarios para dormir y despertar, tener actividades programadas en la medida de lo posible y destinar un tiempo para la recreación, el descanso y al relajación, estas tres deben de ser aisladas de las actividades que realizamos como parte de nuestra labor profesional o bien, si la persona no realiza los PAP de manera cotidiana pero tiene el conocimiento y de vez en cuando los lleva a cabo (cuando se requiere) también deberá de prestar especial atención al cuidado de su salud. Algunas sugerencias para mejorar el estado emocional y la estabilidad con respecto al autocuidado se basan en establecer horarios para comer, no consumir drogas ni automedicarse así como disminuir el consumo de sustancias perjudiciales como la cafeína, también se sugiere mantener relaciones sociales estables, expresión de sentimientos sobre todo si se relacionan con las intervenciones realizadas y creación de redes de apoyo, hacerlo con personas que realicen actividades similares ayudará mucho. Finalmente, el auxiliador deberá de evitar la responsabilización por lo sucedido y deberá saber reconocer los esfuerzos llevados a cabo, apreciar lo que se logró con la persona, los gestos por más pequeños que sean y deberá aceptar y reflexionar sobre lo que se hizo adecuadamente, a la par de analizar lo que no sucedió como se hubiera esperado junto con las limitaciones existentes, dejando claro que no hay culpabilidad en ello. También se recomienda destinar tiempo al descanso y a la reflexión después de haber brindado los PAP, no hay que caer en “eso o me afecta”, “ya tengo experiencia manejándolo”, el agotamiento y cansancio emocional y mental puede resultar perjudiciales para la salud del interventor/auxiliador (CIJ, 2020).

4. Capítulo 4. Modelo CASIC (Conductual, Afectivo, Somático, Interpersonal, Cognitivo)

“Conozca todas las teorías, domine todas las técnicas, pero al tocar un alma humana, sea apenas otra alma humana”

Carl Gustav Jung.

Como se describió en el capítulo tres, los Primeros Auxilios Psicológicos son una extensión (por así llamarlo) de lo que es la intervención en crisis y se mencionó de qué manera son utilizados y en qué situaciones son recomendados. En el presente apartado se abordarán los tópicos más importantes relacionados con el modelo CASIC el cual es un método de evaluación psicológica que tiene como fin el restablecimiento del funcionamiento de la persona afectada por el evento estresante (Castillo, 2014, p. 58). Entendiendo que una crisis afecta de manera distinta a cada persona en diferentes esferas de su vida y de su ser, este modelo busca abarcar de igual manera el bienestar posterior al evento. Recordemos que toda acción dirigida a tratar una crisis debe realizarse de manera inmediata y que tiene distintos tipos de abordaje por lo que en las siguientes líneas se justificará la elección del modelo ya mencionado.

La importancia de este perfil radica en la nobleza que tiene al poder adaptarse a la evaluación de diferentes procesos psicológicos que pudiesen verse afectados por los eventos estresantes, en palabras de Massey, Meyer & Mullen (2015) en Sarango (2016, p. 6) es el poder evaluar las modificaciones que el evento pudiese desencadenar en estas áreas.

4.1 ¿Qué es el modelo CASIC?

Bados (2008) define el perfil CASIC como un método de evaluación psicológica que es utilizado de manera muy amplia en los procesos de intervención en crisis el cual tiene como objetivo reestablecer al individuo afectado a su nivel de funcionamiento habitual en todas las áreas que dicho modelo abarca, esto es dividido en 5 diferentes grupos: Conductual, Afectivo, Somático, Interpersonal y Cognoscitivo. Por su parte, Espinoza (2009) refiere que el perfil o modelo CASIC es un método que evalúa los niveles de

funcionamiento de la persona afectada y que son clave para el apoyo que una persona requiere en un momento específico.

En palabras de Slaikeu (2000) este modelo aborda y clasifica los diferentes tipos de respuesta que una persona puede experimentar durante y después del evento que desencadena la crisis y denomina a cada uno como “sistemas”, retoma el modelo de Lazarus, el cual abarca diferentes dimensiones de la persona afectada y los divide de la siguiente manera: BASIC ID (siglas en inglés) que significan: Conducta (Behaviour), Afecto, Sensación, Imaginación, Cognición, Interpersonal y Drogas (Rocamora, 2013, p.45). Será importante retomar *grosso modo* información relevante de dicho modelo para entender la adaptación que se maneja posteriormente. Este formato multimodal descrito por su autor describe los siguientes procedimientos para favorecer la evaluación necesitada:

- Puenteo: Se refiere al modo de introducción en las cogniciones del sujeto, generalmente el que él prefiera para después intentar con una modalidad diferente como la imaginación o la sensación.
- Rastreo: Lazarus (1981) en Rocamora (2013, p.46) menciona que este procedimiento es utilizado cuando los usuarios se encuentran confundidos ante las claras reacciones afectivas inexplicables que presentan, ante ello, se solicita que traten de recordar el último incidente y de describir el sentimiento más profundo o que predominaba en ese momento.
- Evaluaciones de segundo orden: En este mismo orden de ideas, se explica que este paso se debe de realizar cuando hay algo que entorpezca la terapia, es decir, hacer una segunda evaluación del modelo BASIC ID para encontrar posibles alternativas.
- Perfiles estructurales: Finalmente, este punto se enfoca en el otorgamiento de un cuestionario a la persona con el fin de que él mismo evalúe los aspectos del modelo mencionado.

Las diferencias entre el modelo de Lazarus y el modelo que propone Slaikeu es en primer lugar la eliminación de la categoría de Drogas para incluirla en el apartado que habla de las actividades conductuales, también se incluyen en un solo sistema (el somático) las variables físicas, además, en el

sistema cognitivo se incluyen las codificaciones de fantasías y dimensiones cognoscitivas (Slaikeu, 2000, p. 55). En síntesis, el modelo CASIC es el nombre que se le da a una valoración que se realiza a la persona que ha sido afectada por una situación estresante que provoca una crisis que abarca diversas áreas personales de manera muy puntual. Sarango (2018, p. 6) resalta la importancia de este modelo pues ayuda al profesional de la salud mental a recabar la información necesaria con respecto al evento estresante con el fin de establecer el plan terapéutico que deberá llevarse a cabo, ni bien el que se tiene que realizar en el momento del suceso para minimizar y si es posible suprimir los malestares psicológicos provocados por el incidente.

Objetivo del modelo CASIC.

El objetivo de dicho modelo es muy simple: evaluar a la persona afectada como un sistema en el cual entran en juego variables cognoscitivas, comportamentales, afectivas, interpersonales y físicas, es decir, evaluar estos subsistemas tiene como fin último establecer un perfil de funcionamiento de la persona, así como hacer una valoración de su estado en el momento de la crisis y/o posterior a este (Pérez & Molina, 2011, p. 20).

Garcés & Valdivieso (2012) añaden que el objetivo de la intervención mediante este modelo es ayudar a la persona afectada a recuperar el correcto funcionamiento que tenía previo a la crisis, es por ello que se hacen estas subdivisiones las cuales cuentan cada una con objetivos específicos de cumplimiento, pero, de manera general, el auxiliador deberá evaluar el funcionamiento que tenía la persona que está afectada para así valorar el impacto posible que la situación va a tener en él/ella abarcando los siguientes aspectos:

En primer lugar, es importante conocer los medios que la persona tenía o tiene para el enfrentamiento y solución de problemas, como ya se revisó, se sabe que es uno de los factores de riesgo o predisponentes para vivir una crisis psicológica. También es importante valorar los recursos emocionales así como la percepción que tiene de la vida en general y en situaciones delicadas como la que esté

sucediendo en el momento; en un apartado previo se mencionó la importancia de conocer y tomar en cuenta las crisis previas y su manera de resolución con el fin de tener un antecedente que pudiese predecir la posible respuesta ante la crisis actual así como todo lo previo relacionado a ella, por ejemplo, el estilo de vida, estrategias de afrontamiento y las estrategias para el cumplimiento de metas establecidas.

La ventaja de poder dar valor a los distintos procesos psicológicos del afectado que se ven comprometidos durante un suceso estresante favorece la intervención de la persona auxiliadora pues podemos considerar como objetivos adicionales de este modelo de intervención en crisis el restablecimiento de la autorregulación emocional y el apoyo para que la persona logre tomar decisiones que ayuden a afrontar el momento a través del manejo y control de sus emociones, reacciones conductuales, sentimientos y pensamientos (Sarango, 2016, p.17).

La evaluación que hace el modelo CASIC durante un estado de crisis tiene como objetivo conocer en qué nivel se están viendo afectados o desequilibrados los subsistemas que lo componen, para Slaikeu (2000) es importante hacer un análisis individual (de cada subsistema) para conocer la afectación real que se está presentando. A continuación, se enunciarán uno por uno para su mejor manejo y entendimiento.

Objetivo de los subsistemas del perfil CASIC

Conductual:

Como ya sabemos, los teóricos conductuales enfatizan en que la conducta observable es la base para poder analizar las emociones (Rodríguez & Frías, 2005), por lo tanto, este subsistema recoge todas las conductas observables del individuo afectado que intervienen en fenómenos o situaciones importantes de la historia de la persona. En este apartado el auxiliador se permite obtener información acerca del contexto de las condiciones individuales y ambientales del afectado, también se abarca la obtención de datos personales y demográficos tanto de la persona afectada como de personas cercanas o significativas, así como el conocimiento de los recursos y el grado de satisfacción que la persona presenta funcionalmente y que se relacionan con sus actividades cotidianas.

En el momento de la intervención, el objetivo primordial es conocer y cuantificar en términos de conducta observable, así como indagar sobre actividades evidentes que la persona en cuestión presenta dentro del contexto en el que se desenvuelve, es decir, en el trabajo, en el estudio, se evalúan los hábitos de sueño y alimentación, conductas sexuales, adictivas (relacionadas con periodos de consumo y rehabilitación en caso de existir, periodicidad de la misma, entre otros) además de comportamientos y conductas agresivas, se evalúa la presencia de actos suicidas u homicidas, interacción social, descanso y actividades físicas. Para esto, es necesario que se determine si dentro de las conductas cuantificadas hay un exceso o una escases de alguna conducta en particular, la intención es obtener la mayor cantidad de información posible relacionada con este rubro para poder entender la rutina del afectado (Castillo, 2014, p. 59-60). De manera más sintetizada, podemos explicar que se hace hincapié en las actividades y patrones de conductas manifiestas que pudiesen verse afectadas por la crisis.

Afectivo:

Relacionado con el estado de ánimo de la persona afectada, este apartado busca indagar sobre los síntomas clínicos que se relacionan con el estado afectivo de manera general y, al igual que en el subsistema anterior, se busca indagar si hay un incremento o decremento de alguna emoción. Slaikeu (2000) refiere que se debe de valorar una gama de emociones y sentimientos que forman parte del sujeto, así como la manera en la que los expresa o los esconde. Para Benveniste (2000) en Castillo (2014, p. 61) los estados de ánimo que se manifiestan son producto de cualquiera de las conductas que un sujeto puede manifestar, desde alegría, emoción, felicidad, tranquilidad hasta enojo, ira, tristeza, miedo, etc. ¿Qué evaluamos en este subsistema? Su objetivo radica en conocer el estado de ánimo actual de la persona y el que se repite con mayor frecuencia en la vida de él, conocer miedos, temores o situaciones que este percibe como factores desencadenantes de emociones tales como el enojo y la ira, de igual manera se investiga acerca del contexto social y ambiental de la persona que fomenten, beneficien o afecten esta

esfera vital. En una situación de crisis, el objetivo es conocer los sentimientos con respecto a esta, así como sus componentes y el factor precipitante (Slaikeu, 2000).

Somático:

Deza (2007) describe a este subsistema como la evaluación del funcionamiento físico general y de salud, enfermedades actuales y anteriores, así como de las sensaciones de placer o de dolor que se experimentan en el momento, la influencia externa como por ejemplo el consumo de sustancias, alimentos, presencia o ausencia de dolor, tics o malestares físicos en general, así como la sensibilidad de alguno de los cinco sentidos. En este subsistema se tiene como objetivo la investigación de las inquietudes respecto del funcionamiento físico de la persona afectada, antecedentes en su línea familiar, medicamentos consumidos previamente, enfermedades, probables recaídas, hábitos de salud, adherencia a tratamientos médicos, entre otros. Todo ello codifica el nivel general de salud de la persona y en este punto es preciso descartar que alguna de las alteraciones percibidas no sea a raíz de una alteración de índole sensorial, neuronal, neuroanatómica, degenerativa o que sea por la influencia de algún fármaco (Castillo, 2014). En general, se encarga de evaluar el funcionamiento físico general y el estado de salud del consultante, así como de la presencia de malestares físicos generalmente inespecíficos que se relacionan con la crisis (Álvarez, et al., 2020).

Interpersonal:

Este subsistema se refiere a las relaciones sociales, familiares, escolares, laborales, etc. de la persona. Se valora la calidad de contacto, así como la frecuencia de este, se evalúa la naturaleza ya sea asertiva o conflictiva de las relaciones que se tienen con otras personas identificando fortalezas y problemas interpersonales como el número de amigos que se tiene, el estilo en la resolución de conflictos (agresivo, aislado o asertivo), el papel que se asume en sus distintos círculos sociales y los estilos interpersonales básicos (congeniante, manipulador, sumiso, dependiente, etc.) (Deza, 2007, p. 42).

El objetivo de este subsistema es el de hacer énfasis en el tipo de relaciones que la persona construye durante su vida en donde se toma en cuenta la manera que tiene de relacionarse y el tiempo de duración de los vínculos que se establecen y cómo estos se ven afectados durante y después de una situación de crisis. También se valora el incremento o decremento de las conductas sociales, así como la calidad y cantidad de socializaciones que se presenten. Conocer el impacto que la crisis tiene en el entorno social y familiar, así como las redes de apoyo disponibles y la actitud que la persona adopta ante el suceso es fundamental para completar el objetivo de este subsistema.

Cognoscitivo:

Finalmente, en este apartado se analizan los patrones de pensamiento del individuo (pasado, presente y futuro) así como los que involucran el autoconcepto, creencias, filosofía de vida, imágenes mentales y actitud en general hacia la vida. Para Deza (2007) es importante conocer información al respecto de sueños diurnos y nocturnos, así como las representaciones mentales distorsionadas asociadas con la crisis y la presencia de pensamientos catastróficos, delirios, sobregeneralización, alucinaciones, ideas paranoides, recuerdos e imágenes mentales incómodas y recurrentes. El fin de esto es identificarlo para poder minimizar, modificar o reemplazar estos por pensamientos más constructivos y funcionales. El objetivo de este subsistema consiste en que la persona afectada comprenda la dinámica del pensamiento que está generando y las consecuencias que tiene a nivel conductual y emocional (Slaikeu, 2000).

Con respecto al momento de crisis, este subsistema se enfoca en evaluar las afectaciones en este nivel con respecto al momento del evento y lo subsecuente. En palabras de Castillo (2014), trabajar con pensamientos o ideas frecuentes que resultan preocupantes ayuda conocer el estado de conciencia de enfermedad instaurado; esto va de la mano con la manera en la que se enfrentan los problemas y la actitud que la persona tiene ante la vida de modo general y se conocen además los panoramas que pueden existir con respecto a la personalidad de la persona. También se consideran en este apartado las expectativas

que se tienen sobre la intervención en terapia, así como as atribuciones de cambio que pueden presentarse.

Localizar fortalezas y debilidades del funcionamiento CASIC surge de la necesidad de conocer las modificaciones que la crisis puede hacer en cada uno de sus sistemas, la intención básica para esta modalidad es la de ayudar a la persona afectada a adaptarse a la situación que está viviendo para que así tenga mejor capacidad de decisión y de esta manera pueda favorecer su calidad de vida posterior al suceso traumático y/o estresor. La correcta aceptación de dicho suceso fomenta la capacidad de resiliencia de la persona, fortalece sus constructos psicológicos y, por supuesto, mejora el estado de ánimo de la persona mediante la confianza que se percibe para afrontar diversas dificultades (Sarango, 2016, p.16).

4.2 ¿Cómo aplicar el modelo CASIC?

Slaikeu (2000) menciona que, para hacer una correcta valoración respecto del problema presentado, se debe de tomar en cuenta el entorno de la crisis y el funcionamiento CASIC antes, durante y después de esta. Es importante valorar el impacto del suceso en todas las áreas del modelo ya que tienen relación entre ellas, aunque se evalúen por separado, tomando en cuenta además las distintas variables existentes como el entorno familiar, social, laboral, escolar, etc. así como también las variables de personalidad. Dicho esto, los métodos con los que podemos obtener datos necesarios para establecer el perfil CASIC de la persona afectada son diversos y dependerá mucho del momento en el que realicemos dicha evaluación, recordemos que esta puede ser aplicada en intervenciones en crisis de primera y segunda instancia y las fuentes de información pueden ser entrevistas clínicas, cuestionarios, inventarios en blanco, listas de verificación, entre otras.

¿Cómo vamos a evaluar cada área? Debemos investigar el nivel de afectación que el incidente tuvo en cada subsistema, como mencionamos previamente, debemos de indagar si hubo algún cambio con respecto a si aumentó o disminuyó algo en especial y esto lo podemos hacer mediante una serie de

preguntas que la persona pueda contestar para ayudarnos a conocer lo que está sucediendo con él respecto al incidente.

- **Conductual:** Para el área conductual algunas de las preguntas que podemos realizar son:
 - ¿A raíz del incidente sus hábitos alimenticios se han visto modificados de alguna manera?
 - ¿Ha iniciado, aumentado o reducido el consumo de sustancias como tabaco, alcohol o alguna otra?
 - ¿Ha sentido impulsos de realizar alguna conducta agresiva o autodestructiva?
 - ¿Sus horarios de sueño se han visto modificados de alguna manera?
- **Afectiva:** Con respecto al área afectiva algunos cuestionamientos válidos son los siguientes:
 - ¿Cómo describiría su estado emocional actual?
 - ¿Qué sentimientos son los que predominan o que expresa con mayor frecuencia?
 - ¿Qué emociones y sentimientos fueron característicos durante el incidente de crisis?
- **Somática:** Hablando del área somática, podemos examinar rápida y eficazmente con preguntas como:
 - ¿Ha presentado malestares físicos a raíz del incidente?
 - ¿Los malestares que presenta han modificado de alguna manera su estilo de vida?
 - ¿Cuáles de estos malestares son producto de una reactivación previa a la crisis?
 - ¿Cómo describiría la tensión física que experimentó durante la crisis?
- **Interpersonal:** Para el área interpersonal se cuestiona:
 - ¿Cuenta con redes de apoyo sólidas?
 - ¿Ha continuado con sus actividades sociales de manera normal o han cambiado a raíz del evento de crisis?
 - ¿Se siente en la disposición de aceptar apoyo de amigos o familiares?
 - ¿Cómo describiría sus relaciones interpersonales?

- **Cognoscitiva:** Finalmente, para el subsistema cognoscitivo podemos enunciar las siguientes preguntas:

¿Presenta pensamientos recurrentes catastróficos?

¿Sus metas o planes vitales se han visto afectados a partir del incidente?

¿Considera que la crisis ha afectado su autoimagen?

¿Podría describir pensamientos y sueños recurrentes asociados a la crisis?

Al finalizar la evaluación de todas las áreas, debemos detectar cuáles son las que provocan mayor conflicto, cuáles son las más fáciles de resolver y cuáles no se han visto tan afectadas, así como tomar en cuenta las áreas que hayan podido ser fortalecidas a raíz del evento precipitante. En el momento de la evaluación deberemos identificar las fortalezas personales y sociales con las que la persona cuenta para dicha situación, así como identificar plenamente cuál fue el evento o incidente que propició la crisis puesto que puede ser un evento único o puede ser “la gota que derramó el vaso” (Slaikeu, 2000, p. 174), es decir, que puede ser un incidente considerado como “mínimo” pero que ocurre después de una serie de acontecimientos estresantes continuos. También es importante saber cuándo sucedió y si había más personas implicadas en el acto, conocer la perspectiva que la persona tiene de la situación precipitante también es punto clave para poder hacer un correcto abordaje, por ejemplo, si la situación versa sobre una ruptura amorosa, entonces habrá que identificar si esto para la persona es una pérdida, un reto, una amenaza, etc. En este orden de ideas, también será importante considerar las afectaciones que el incidente que propició la crisis tuvo o pudiera tener en el entorno de la persona como su círculo social y familiar y si esta se suscitó en la comunidad que le rodea para así entender también el contexto y cómo se está percibiendo la translaboración de la crisis.

De igual manera es importante determinar cuál era el estado de la persona previo al incidente, sabiendo que cada subsistema es importante y que puede repercutir de manera distinta, se debe tener amplia comprensión ante lo que conduce a la crisis. Slaikeu (2000, p. 174) refiere que es importante

conocer el funcionamiento CASIC previo a la crisis con el fin de saber cómo ha sido desde la infancia hasta el momento del incidente para saber cómo es que estos pueden relacionarse, se considera de relevancia conocer los medios anteriores para la resolución de problemas, así como los recursos personales y sociales patentes (Caplan, 1964, en Slaikou, 2000, p. 175) también, Miller e Iscoe (1963 en Slaikou, 2000) mencionan que deben de tomarse en cuenta los asuntos inconclusos que pudiesen desencadenarse nuevamente debido al incidente de crisis, para Kraus (1979) las tensiones anteriores como problemas en el trabajo, en la familia, personales, entre otros, pudiesen agravar las consecuencias de la respuesta ante la crisis (Slaikou, 2000, p.175). Durante la crisis debemos evaluar de modo general el impacto que el incidente está teniendo en la persona y cómo está repercutiendo en cada una de las áreas que ya mencionamos, podemos hacer uso de preguntas como las que se colocaron en el apartado anterior a modo de ser un mapa cognoscitivo que nos ayude a indagar sobre el funcionamiento de la persona afectada.

Resolución de una crisis

El Manual para Práctica e Investigación de Intervención en Crisis escrito por Karl A. Slaikou (2000) menciona que el perfil CASIC tiene como objetivo para resolución de crisis traducirse en un lenguaje de tareas que funjan como una guía para el paciente durante el proceso de translaboración, es decir, cuando se busca resolver la crisis mediante la premisa de adoptar dicha situación en la vida de la persona para que continúe con ella de la mejor manera posible.

La primer tarea hace referencia a la “Supervivencia Física” y el objetivo de esta es que la persona mantenga su estado físico de la mejor manera posible durante el periodo de extrema tensión y desorganización que la crisis presenta, valorando las tendencias suicidas que pudieran existir para ejecutar acciones preventivas apropiadas. Slaikou (2000) también dice que más allá de prevenir de situaciones tan complejas, se debe de encomendar a la persona afectada la regulación de patrones de comportamiento como la alimentación, el ejercicio, las horas de trabajo, etc.

La segunda tarea “Expresión de Sentimientos” menciona que es necesario poner especial atención en la expresión de sentimientos, esto puesto que, desde la experiencia de la psicoterapia, los asuntos inconclusos que evocan emociones que nunca se comprenden, se aceptan o se expresan pueden reaparecer posteriormente como construcciones disfuncionales de pensamiento y de comportamiento, agravando la situación presente (Peris, 1969, en Slaikeu, 2000).

La tercera tarea se denomina “Dominio Cognoscitivo” y versa sobre la comprensión acerca de la manera en la que el paciente o persona afectada percibe la situación precipitante y cómo se moviliza a través de ella, también se encomienda que la persona comprenda lo que la situación precipitante está significando para él o ella y qué creencias o interpretaciones tiene acerca de sí mismo, de la situación y del futuro. Para este rubro también es importante la reconstrucción, reestructuración y/o el remplazo de imágenes, sueños y cogniciones que se hayan visto destruidos por la crisis. Para Taylor (1983) en Slaikeu (2000) la Teoría de la Adaptación Cognoscitiva para acontecimientos amenazantes busca obtener el significado del acontecimiento, además se busca el dominio de dicho acontecimiento y una reestructuración del autoestima durante el proceso de adaptación con el fin de ayudar con el desarrollo de nuevas cogniciones y a definir nuevas metas que se ajusten a la persona para encarar mejor el futuro.

Por último, la tarea número cuatro llamada “Adaptaciones Conductuales/Interpersonales” tiene la premisa de que el cambio conductual es la “línea base” para la misma, refiere la mejora de la autoimagen, el sentido del dominio cognoscitivo e incrementa la capacidad de adaptación y niveles de actividad (Slaikeu, 2000, p. 188). Para el logro de los objetivos de esta tarea se recomienda mantener el contacto social, dar pequeños pasos para ayudar al otro y mantener un cierto nivel de control sobre la vida diaria.

Tipos de respuesta en el modelo CASIC ante una crisis

Como lo mencionan datos del CENAPRED (2017) en recursos bibliográficos educativos del CIJ (2019), los tipos de respuesta que pudiesen presentarse ante una situación de crisis en cada subsistema son los siguientes (tabla 8).

Tabla 8

Tipos de respuesta por subsistema

Sistema	Tipo de respuesta
Conductual	Aislamiento social
	Hiperactividad
	Cambio de hábitos de sueño y alimenticios
	Pérdida de interés en actividades placenteras
	Agresividad, huida, negación, pasividad
	Hipersexualidad
	Actitudes obsesivas
	Respuestas de sobresalto exageradas
	Dependencia
Incredulidad	
Afectivo	Sensación de aislamiento
	Aplanamiento afectivo
	Miedo, irritabilidad, ansiedad, frustración
	Incapacidad de expresar sentimientos
Angustia	
Taquicardias o palpitaciones y problemas	
cardíacos	

Somático	Hipertensión temporal Dificultad para respirar y aumento en la transpiración Cefalea Fatiga y debilidad Rigidez y tensión muscular Insomnio, hipervigilia Problemas gastrointestinales
Interpersonal	Evitación de actividades de índole social como conversaciones, reuniones, lugares y/o personas Desapego Limitación o restricción de la vida afectiva Desconfianza Conflictos familiares, sociales y laborales
Cognoscitivo	Dificultad para tomar decisiones Confusión, recuerdos y sueños recurrentes Pensamientos intrusivos Incapacidad para recordar lo sucedido Problemas para la visualización del futuro Antecedentes de pérdidas sin resolver Problemas de atención, concentración y memoria

Dicho esto, podemos enunciar las siguientes pautas de actuación que el auxiliador puede llevar a cabo para el correcto desarrollo y aplicación de la evaluación bajo el modelo CASIC en una intervención en crisis.

Álvarez (et al., 2020) establece en primer lugar que las técnicas de intervención en crisis dependen en su mayoría de las habilidades que la persona auxiliadora tenga. Como hemos revisado, las habilidades tanto personales como profesionales que una persona posea para realizar este tipo de intervención suelen ser puntos clave que ayudarán a obtener un resultado más eficaz. De manera general, estos autores establecen que:

- Se debe de permitir que la persona exprese sus sentimientos puesto que uno de los objetivos interventores es que la persona reconozca, entienda y exprese sus emociones, esto ayudará a reducir la tensión y, de ser necesario, se propicia la catarsis emocional.
- Ayudar a la persona a explorar alternativas para enfrentar la situación ya sea que las establezca en ese momento o bien, que sean producto de la experiencia previa.
- Fomentar la búsqueda de redes de apoyo sostenibles.

Adicional a esto, las tareas o actividades del auxiliador serán las siguientes:

- Identificar el suceso precipitante de la crisis.
- Evaluar la intensidad del malestar del afectado.
- Determinar mediante la evaluación CASIC el impacto que ha tenido en la vida de la persona.
- Establecer un plan de intervención para la comprensión de lo sucedido, aclarar y conocer sentimientos, desarrollar estrategias de afrontamiento y referir al apoyo externo necesario.
- Normalizar emociones y sentimientos provocados por la crisis y favorecer la expresión de temores, así como conducir a la identificación de sentimientos de ambivalencia.
- Ayudar a establecer prioridades y a la comprensión de los acontecimientos.
- Fomentar la búsqueda de apoyo ya sea de familiares, amigos o personal profesional.

4.3 CASIC y su relación con los PAP y la prevención del suicidio.

Generalmente las situaciones de crisis que evocan en la persona una respuesta inestable vienen acompañadas de “claves suicidas” como las llama Slaikeu (2000, p. 148) a las que se les debe de prestar vital importancia, a continuación, se relatará un caso real el cual fue atendido personalmente por quien esto escribe y se señalarán los diferentes apartados de la historia narrada con el fin de enunciar el cómo puede hacerse un correcto abordaje y sobre cómo se relaciona la aplicación de la evaluación CASIC con un caso de conducta suicida.

Presentación del problema

El caso de Jazi.

Jazi es una mujer de 36 años que padece cáncer de estómago, es hipoglucémica y ha sufrido dos preinfartos, actualmente vive en el municipio de Xalapa, Veracruz, es madre de tres menores de 9, 7 y 4 años y es pareja sentimental de Rodolfo de 54 años. Viven en un cuarto de servicio que pertenece a la casa en la que su pareja trabaja como cuidador, ella se dedica a las labores del hogar y además hace manualidades con fomi para tener un sustento extra para su familia. Jazi comenta que sufre violencia psicoemocional por parte de Rodolfo y, aunque jamás la ha agredido físicamente, considera que la relación en la que vive es una llamada “relación tóxica” puesto que ha sido víctima de humillaciones, maltratos verbales, infidelidades y demás, Jazi describe a su pareja como un hombre de “carácter fuerte” que en ocasiones la ha obligado a mantener relaciones sexuales sin su consentimiento. Jazi no cuenta con redes de apoyo fuertes, solamente mantiene contacto con una de sus hermanas, pero considera que no puede contar con ella para situaciones graves, el resto de su familia se alejó de ella debido a que se embarazó de su hijo mayor de un hombre que pertenecía a la religión que predicaban sus padres (Testigos de Jehová), comenta que a lo largo de su vida ha sufrido situaciones fuertes como abusos, violación y privación de

Incidente
precipitante

Clave suicida

su libertad, cabe mencionar que los menores de 7 y 4 años en realidad son sus sobrinos, pero ella se ha hecho cargo de ellos ya que su hermana, es decir, la madre de los niños tiene problemas de drogadicción y hace tiempo no saben de ella, aunque ha tratado de hacer las diligencias legales correspondientes, Jazi no ha podido obtener la custodia legal de los menores, aunque están bajo su cuidado desde hace tiempo. Jazi sufrió un preinfarto más, motivo por el cual tuvo que ser internada en un hospital, su hijo de 9 años decidió publicar en los grupos de Facebook a los que su mamá pertenece (ya que es el medio por el cual ofrece sus manualidades y hace trueques) que intercambiaba juguetes suyos por algo de despensa y un pastel para su mami, además de que pidió escribieran un mensaje positivo para que, cuando su madre estuviera en casa, viera cuantas personas esperaban que regresara con bien. El resultado fue todo lo contrario, aunque hubo personas que mostraron su apoyo, hubo otras tantas que confrontaron y acosaron a Jazi y a su hijo, solicitaron recetas y comprobantes médicos para justificar las donaciones, los insultaron a ambos, fueron altamente cuestionados y juzgados, situación por la cual Jazi se sintió rebasada y durante la llamada llegó a mencionar ANTES de contar lo sucedido, que, y cito: ““HARTA Y MUY CANSADA, CON GANAS DE CERRAR MIS OJITOS Y DESCANSAR PARA SIEMPRE”.

Contacto
psicológico

Apoyo social

Acción y reducción
de mortalidad

Jazi se comunicó al 911 para solicitar apoyo y por la naturaleza de la llamada, esta fue transferida a mi centro de trabajo. Ella comentó que al iniciar la llamada se encontraba en la orilla de un balcón dispuesta a lanzarse y, además, tenía en su mano una cantidad considerable de pastillas listas para ser ingeridas, comentó que nunca antes había tenido esta sensación de acabar con su vida, pero sí admite haberse sentido sumamente cansada en muchas ocasiones, pero con ganas de continuar adelante por ella y sus tres hijos. Como posibles alternativas se le proporcionan datos de instancias de ayuda a la mujer en su entidad, se favorece el desahogo emocional mediante los PAP y se indagan sobre posibles soluciones ante la problemática como el contacto con redes de apoyo, se le describe que la desafortunada situación que pasó en ese momento no define las circunstancias futuras y se habla con ella del acontecimiento desde diversas perspectivas que brinden alternativas a lo que le está sucediendo. Mediante la intervención oportuna se guio a Jazi a la resolución del conflicto que presentaba en ese caso, además, se hizo un contrato de vida para salvaguardar su integridad física ayudándola a confrontar la situación haciendo evidente que la muerte no era necesariamente la salida a su problema, teniendo en cuenta que la preocupación primordial era que Jazi dispusiera de su propia vida por lo que en ese momento el trato era comprometerse con la estabilización de ella.

La división anterior se basa en un caso narrado por Slaikeu (2000) en donde identificamos diversos encabezados que nos ayudan a analizar de una mejor manera la ayuda que se le brindó a Jazi cuando fue requerida. Podemos detectar que el apoyo que se brindó se analiza desde los cinco componentes de los Primeros Auxilios Psicológicos y, de igual manera, se abordan los subsistemas que el modelo de evaluación CASIC nos plantea. Para casos como el que acabamos de redactar es importante hacer una intervención que sea puntual rápida y que logre persuadir a la persona de atentar contra su vida. Mencionamos ya en el capítulo 1 el cómo se puede abordar esto y la importancia que tiene una intervención en conductas de esta índole, empero, saber cómo hacerlo muchas veces suele hacer la diferencia para tener resultados positivos. Recordemos que la idea y el propósito de las intervenciones de primera instancia son las de contener emocionalmente con el fin de restablecer al sujeto a su estado habitual y enlazarlo con recursos de ayuda especializados si es que este los necesita.

Analizar el caso presentado nos dice que el incidente precipitante fue el ciberacoso que Jazi y su hijo lamentablemente tuvieron que vivir, lejos de ser una situación grave en comparación con los diagnósticos de salud que ella ya tenía, se entiende que fue un evento clave que sucedió después de una larga lista de sucesos negativos y/o altamente estresantes que Jazi a lo largo de su vida tuvo la pena de vivir, de ahí que ella interpretara esto como una grave afectación en uno de sus subsistemas (el afectivo) debido a la vulnerabilidad que ya presentaba a raíz de las experiencias previas mantenidas. De acuerdo con los procedimientos mencionados para la aplicación de los PAP, se adoptó una actitud de dirección con respecto a la búsqueda de alternativas de solución, así como para enfocar a Jazi a la negociación para prevenir en un futuro inmediato una nueva intencionalidad suicida. Se detectó que el subsistema Interpersonal se encuentra debilitado pero el afectivo, aunque estaba dañado, se fortaleció al nombrar recursos de ayuda como los sentimientos de protección hacia sus hijos los cuales fueron el motivo principal para desistir del acto. Mediante una reestructuración cognitiva se orienta al establecimiento de metas a

corto plazo que fomenten su estabilidad emocional y se hacen sugerencias para el subsistema conductual que requerirá de ciertas modificaciones para un mejor desarrollo y calidad de vida.

La meta en ese momento era salvaguardar la vida de Jazi, claramente no se le podría dar solución a todas y cada una de las situaciones que ella planteaba, sin embargo, se cumplió con el objetivo de la intervención de primera instancia que es la de restablecer al sujeto a un estado funcional similar o igual al que se encontraba antes de la crisis para así conectar con recursos de ayuda más amplios que le ayuden a confrontar y resolver el resto de situaciones existentes.

En palabras de Deza (2007), las recomendaciones básicas para la atención de personas que viven una situación de crisis que representa un riesgo potencial autodestructivo son las siguientes:

- Debemos enfocarnos en el problema valorando las áreas más afectadas precisamente mediante las manifestaciones en la estructura CASIC, es importante identificar el suceso desencadenante de la crisis suicida, por ejemplo, una pérdida ya que, generalmente, los estados de dolor psíquico se relacionan la mayor parte de las veces con una pérdida importante por lo que será menester entender el significado de esto para la persona afectada y lo conveniente e inconveniente de la situación.
- No debemos interpretar lo que la persona dice ni confrontar o retar a hacer algo que está simplemente mencionando, es importante también que no solicitemos explicaciones complejas a lo que está sucediendo ni debemos obligar a la persona a modificar el estado emocional que presenta, de lo contrario, esto podrá evocar sentimientos de culpa y desesperación.
- Tampoco debemos debatir o discutir con la persona, entendiendo que se encuentra en un estado anímico grave, será común escuchar “deme un motivo para vivir”, no debemos realizar comentarios que idealicen la situación, que sean irreales o que prometan cosas imposibles.
- Debemos motivar a la persona y sujetarlo al deseo de la vida, aún con un alto riesgo suicida, siempre existirá la ambivalencia característica entre el deseo de vivir y el deseo de acabar con el

sufrimiento existente, evaluando el perfil CASIC, deberemos de intentar reforzar pequeños logros y plantear un deseo inmediato de vida o que por lo menos nos ayude a salir del riesgo inminente que se presenta en ese momento.

- Hay que evitar dar opciones ante lo que sucede o dar consejos directos, la intención es empoderar a la persona y guiarla para que encuentre sus propias posibilidades ante dicha situación.
- Se debe mantener la conversación enfocada en la persona sin realizar preguntas personales a menos que se necesite.
- No hay que olvidar solicitar los datos personales con el fin de tener más información y brindar una atención más íntima, teniendo cuidado de no abordar a la persona cual interrogatorio policíaco.

Finalmente, Deza (2007) plantea preguntas clave para detectar las necesidades del sujeto, estas han sido tomadas y modificadas quedando de la siguiente manera para un mejor abordaje:

1. ¿Qué ha hecho usted para mejorar la situación? (Conductual)
2. ¿Cómo lo hace sentir lo que está pasando? (Afectivo)
3. ¿Hay algún padecimiento físico o mental que le impida solucionar el problema? (Somático)
4. ¿Tiene usted alguien que le ayude a solucionar este problema? (Interpersonal)
5. ¿Cuáles son sus ideas relacionadas con el problema? (Cognoscitivo)

Como hemos mencionado a lo largo del documento, cuando nos enfrentamos a una crisis suicida nos estamos enfrentando entonces a una persona que tiene una idea mucho más elaborada y que ha concretado el plan suicida. Los objetivos que tenemos en el uso del modelo CASIC como en los PAP y su relación con este tipo de crisis es en primer lugar evitar la muerte, no podemos pasar de largo ante la formulación de dicho plan y debemos posibilitar un medio de contención para la persona. La intencionalidad del uso de los PAP es el restablecimiento del equilibrio previo a la crisis, es decir, la homeostasis de la persona posibilitando un tratamiento psicoterapéutico a corto, mediano o largo plazo dependiendo de la gravedad de la situación que deberá tratarse.

Rocamora (2013, p. 57) menciona la importancia de la exploración de las fortalezas y debilidades de la persona afectada, así como la identificación del problema nuclear y el establecimiento de un plan terapéutico o mínimamente la posibilidad de uno para poder ser el enlace de ayuda, de esta manera, detectamos que la relación entre los modelos mencionados y las crisis suicidas son sumamente frecuentes, sobre todo si la intencionalidad es dar un apoyo emergente para evitar un siniestro.

4.4 ¿Quién puede aplicar el modelo CASIC y en qué momento?

La intervención de primera instancia a partir del modelo CASIC es un tipo de intervención que va de la mano con lo que se realiza al llevar a cabo los Primeros Auxilios Psicológicos, por lo tanto, es un modelo que puede ser aplicado por cualquier persona que haya sido previamente capacitada para ello sea o no un profesional de la salud mental. Siguiendo a Rabelo (2010), las necesidades emocionales de la persona que se encuentra afectada por un suceso de crisis se enfocan en el desahogo, el favorecimiento de la comunicación y la búsqueda de alivio mediante la descarga emocional que se presenta (p. 127) es por ello por lo que se reitera la facilidad y la nobleza que este tipo de intervención presenta para poder ser llevada a cabo por cualquier persona, teniendo en cuenta que habrá quienes hayan desarrollado o activado sus mecanismos resilientes en el momento o bien, habrá otros que requieran mayor ayuda profesional. Al ser un enlace con fuentes de asistencia, asumimos que la atención que se brindará no es propiamente el inicio de un proceso psicoterapéutico sino más bien, vamos a ayudar a que la persona afronte de una mejor manera los momentos de crisis que está viviendo (Slaikeu, 2000, en Osorio, 2017).

Si bien es cierto, en intervenciones de este tipo no podemos dejar todo a la improvisación, la formación resulta clave sin embargo, no va más allá o no es una preparación que obligue a estar centrado en una carrera de área de la salud, es decir, este modelo puede ser aplicado por policías, bomberos, maestros, amas de casa, choferes, es decir, cualquier persona en general que tenga una previa preparación y que tenga la capacidad de resolver de manera adecuada diversas interacciones, incluso violentas (Rabelo, 2010, p. 128).

La aplicación y uso de este modelo, siguiendo la línea que rige a este documento, será siempre que una persona lo necesite y se encuentre en una situación de crisis (Gorostieta, 2013). La aplicación que esta intervención puede tener se dirige a cualquier problema de tipo psicoemocional y de emergencia, desde una ruptura amorosa, problemas económicos, discusiones en el hogar hasta un evento precipitante más grave como un asalto, un desastre natural, el fallecimiento de algún familiar, entre otros. Se entiende entonces que puede ser utilizado siempre y cuando la persona afectada así lo manifieste independientemente de cuál fue el evento desencadenante de la situación y esta intervención deberá y podrá ser realizada por profesionales de la salud o cualquier otra persona capacitada para hacerlo que tenga como fin último la ayuda a la persona en cuestión, la promoción de la externalización de sentimientos, el fomento del dominio cognoscitivo y la ayuda para adaptaciones interpersonales (Gorostieta, 2013).

Para Álvarez (et al. 2020) otras consideraciones importantes para poder llevar a cabo la ejecución de dicho modelo son:

Tener capacidad para realizar un trabajo estructurado de modo que podamos adaptarnos a las circunstancias que se están presentando, también es indispensable tener cualidades de empatía, altruismo y sociabilidad por la naturaleza de la intervención que va a realizarse. Es muy importante también el autoconocimiento y considerar la capacidad con la que se cuenta para el manejo de emociones negativas que las personas en crisis puedan expresar y experimentar, de igual manera se debe de considerar la posibilidad del trabajo en equipo y el interés por encontrarse en constante preparación.

En palabras de Wolberg (1967) en Álvarez (et al. 2020) durante la intervención en crisis debe de evitarse la emisión de juicios morales o de valor, de igual manera hay que tener cuidado con las reacciones de sorpresa o sobresalto ante lo que la persona afectada pudiera expresarnos y mostrarnos al momento de establecer el contacto con nosotros. Mostrar una actitud que pudiera resultar amenazante para la persona o bien, que parezca una crítica puede resultar contraproducente, recordemos que ahondar en los

subsistemas mencionados es importante para conocer el nivel de afectación que la persona está presentando, sin embargo, no debemos invadir ni atacar con una serie de cuestionamientos que pudieran parecer interrogatorio que no den paso a la libre expresión del usuario. Slaikeu (2000) menciona la importancia de utilizar el modelo CASIC como un mapa que nos guíe con respecto a la manera en la que intervenimos con la persona, como bien nos puede brindar información sobre el área interpersonal incluso antes de que lo abordemos, como bien puede contestar preguntas a la primera oportunidad. También hay que recordar no mostrar actitudes que parezcan de burla o mofa hacia lo que la persona nos está planteando pues pudiera parecer que se está desestimando lo que sucede y puede afectar la relación entre la persona afectada y el auxiliador asignado.

Finalmente, la Secretaría de Salud (2020) hace algunas recomendaciones con respecto a las personas auxiliadoras que se enfocan en las intervenciones en crisis con el fin de procurar y procurarse, recordando la importancia de la escucha activa en todo momento para poder detectar los vacíos que buscamos llenar con respecto al perfil CASIC que estamos indagando, por ejemplo, la carga emocional que se percibe en la persona al hablar de un tema (afectiva), los malestares que manifiesta a raíz de eso o incluso antes de (somática), las ideas y las acciones que está llevando a cabo o que planea realizar (cognoscitiva y conductual) y si percibe o no que cuenta con redes de apoyo estables (interpersonal). En caso de que alguna de estas cuestiones no haya quedado del todo clara, Álvarez (et al., 2020) recomiendan reformular las preguntas de manera empática y buscando comprender mejor lo que la persona está expresando.

No olvidemos como medidas adicionales de seguridad para la persona auxiliadora la consideración del lugar en donde se realizará la aplicación del modelo CASIC en conjunto con la intervención de PAP así como la valoración tanto de los riesgos existentes como de las limitaciones que la persona presenta, teniendo en cuenta que la seguridad personal es primero y posteriormente la del paciente y/o afectado. También hay que recordar y fomentar el autocuidado, observar y analizar las emociones que la realización

de este modelo presente y tomar en cuenta también si estas actividades son de manera cotidiana o fungen simplemente como algo emergente en caso de que alguien pueda requerirlo.

Consideraciones generales para su aplicación en las conductas suicidas

Hemos revisado dos grandes perspectivas a lo largo del desarrollo de este documento, por una parte, enunciamos las dos modalidades que existen dentro de la intervención en crisis y quienes pueden o deben llevarlas a cabo, también se considera la preparación y los conocimientos necesarios que una persona auxiliadora deberá de tener dependiendo del tipo de crisis que se presente puesto que ya sabemos, no será lo mismo hacer una intervención en crisis con una persona que únicamente ha visto afectado su estado anímico por una separación que hacerlo con una persona que expresamente ha considerado el suicidio como única salida a lo que le sucede. En el entendido de que la intervención en crisis que estamos manejando en este texto es con la intención de que tanto personal de salud mental como personal que no lo es pueda hacer una correcta contención emocional, enunciaremos algunas cuestiones a tomar en cuenta para cuando nos topemos con un caso de crisis suicida.

Ya sea que la persona auxiliadora se dedica íntegramente a la atención de emergencias psicológicas o bien, que no lo hace pero cuenta con la preparación adecuada para intervenir cuando sea necesario, Álvarez (et al., 2020) hace las siguientes recomendaciones: el auxiliador deberá encontrarse en las condiciones óptimas para el desarrollo de su trabajo, el espacio en el que se lleve a cabo la intervención deberá ser confortable, ordenado y deberá tener todo lo necesario para el desarrollo de una jornada adecuada. También se sugiere que las necesidades personales del auxiliador estén cubiertas en la medida de lo posible como sueño, alimentación, fisiológicas, entre otras, sin dejar atrás la estabilidad psicológica que se debe de manejar puesto que se estará expuesto a una descarga emocional de la persona afectada que puede ir desde insultos, bromas hirientes hasta actitudes renuentes a la ayuda que se le está brindando, incluso cuando él mismo fue quien la solicitó.

Al referirnos a “momento adecuado” realmente no podemos establecer una regla con respecto a qué momento es pertinente para la aplicación de los PAP y la evaluación del perfil CASIC en una persona afectada, sobre todo si se trata de una expresión suicida o incluso un acto suicida que está en curso, es por ello por lo que, retomando las ideas que plasma de manera muy puntual Rocamora (2013) se hacen las siguientes observaciones:

Entendiendo como “suicidio en desarrollo” al acto en el cual existe un riesgo inminente de muerte como por ejemplo, que la persona tenga un arma en sus manos, que se encuentre en la orilla de un puente o edificio y que amenace con lanzarse o que menciona que va a consumir sustancias nocivas entonces sabremos que nos encontramos ante una situación en donde el tiempo de actuación es poco y valioso, conocer las estrategias para intervenir adecuadamente podría ayudar a conseguir un resultado favorable.

Rocamora (2013, p. 83) establece como objetivos: neutralizar la acción suicida, asegurar la supervivencia de la persona, prever nuevos intentos autolíticos y favorecer un tratamiento posterior para la persona. El primer contacto debe ser de acogida, siguiendo a Acinas Acinas & Muñoz Prieto (2008) debemos de tener un acercamiento físico progresivo que procure la seguridad del auxiliador y del afectado fomentando un ambiente de empatía, de respeto y de persuasión, buscando que la persona se aleje de objetos o lugares peligrosos para él o ella; también debemos de focalizar el problema, mediante el uso del modelo CASIC podremos indagar sobre cuál fue el evento que desencadenó la crisis y además, cuál fue la afectación que dicha crisis tuvo en cada uno de los subsistemas de la persona, lo cual nos ayudará a entender el estado mental de la persona suicida así como por qué dicho evento resultó tan impactante, si bien, esto va de la mano con el componente número dos de los PAP que nos enfatiza en el análisis de las dimensiones del problema que está surgiendo, inmediatamente podemos pasar al componente número 3 para sondear posibles soluciones mediante la valoración de la información obtenida a partir de la evaluación CASIC (CIJ, 2020).

Alejandro Rocamora (2013) también menciona la importancia de analizar la dimensión de la tentativa suicida con el fin de evaluar el riesgo real, el estado psicopatológico de la persona, su intencionalidad, antecedentes para saber si ha habido intento previos y la valoración de la existencia de redes de apoyo con el fin de obtener la mayor información posible para hacer una actuación e intervención correcta.

Conclusiones

Si bien las atenciones emergentes son eso, emergentes y no solemos estar preparados para ellas ya que suceden en un momento inesperado, tener la noción de las acciones que pueden ser llevadas a cabo para cuando se necesite ayudan demasiado para prevenir un fatal desenlace respecto a la persona afectada. Pareciera que lo que se menciona en este capítulo es algo obvio, de alguna manera los conceptos que tocamos se relacionan con el día a día a día de una persona como los pensamientos constantes, la historia de salud, las redes de apoyo y las actividades conductuales que desarrollamos en nuestra vida, sin embargo, hacer un análisis puntual de ello incluso aunque no estemos en medio de una crisis ayuda demasiado para detectar cuando algún subsistema no está funcionando adecuadamente y como esto puede ayudarnos ya sea a superar el evento crítico de una manera resiliente o bien, a prevenir futuras reacciones ante ello.

5 Capítulo 5. Propuesta de taller: “Primeros Auxilios Psicológicos y su relación con la prevención del suicidio”

5.1 Introducción

Como se ha comentado, la importancia de la detección oportuna de señales de alarma ante una probable conducta suicida puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte, pero, además de eso, saber actuar en el momento oportuno con las herramientas adecuadas será de gran ayuda para ello. En palabras de Shimabukuro (2002) la psicología de emergencias pone de manifiesto la necesidad de desarrollar y actualizar estrategias de atención e intervención que ayuden a dar una respuesta inmediata ante sucesos o situaciones de gran magnitud que atentan contra la salud psicológica de las víctimas.

Atendiendo a esta necesidad, se desarrolla el presente trabajo con el objetivo de diseñar una propuesta de taller acerca de los Primeros Auxilios Psicológicos que pueda ser impartido a una población variada, desde profesionales de la salud hasta a población que no tenga relación alguna con este sector pero que de alguna manera su trabajo se relacione con la exposición continua a personas que requieran apoyo psicológico emergente o bien, simplemente a personas interesadas en el tema. Para lograr dicho cometido se realizó una revisión teórica de la mano con la búsqueda y análisis de información diversa que se encuentra relacionada con la temática y como resultado de ello se logró producir el presente documento en donde se abordan los conceptos básicos para el manejo del tema: crisis psicológicas, primeros auxilios psicológicos, modelos de intervención, conductas suicidas.

De igual manera se retoman otros conceptos que enriquecen la información revisada además de señalar las reacciones de una persona que recibe esta intervención, así como las reacciones de quienes no lo hacen, se describieron las funciones del auxiliador y se presentó el modelo de intervención en crisis de primera instancia CASIC.

Es grato para quien esto escribe presentar como producto de un proceso investigativo una propuesta de taller en donde se presentan diversas herramientas que permitirán el uso responsable de

técnicas que permiten el abordaje psicológico de una persona que así lo requiera y que sea del entendimiento de una población extensa puesto que, como bien lo refiere el concepto “emergencia”, muchas ocasiones el tiempo es punto clave para actuar y qué mejor que la mayoría de las personas se encuentren preparadas para ella sin la necesidad o el requerimiento de pertenecer al gremio profesional de la salud física y/o mental. El motivo por el cual se eligió crear una propuesta de taller es porque los talleres ofrecen a los participantes experiencias de aprendizaje que resultan significativas puesto que se considera que, dentro de estos, el proceso de creación se realiza como parte de una tecnología social o humanitaria que transforma aspectos de la realidad social para beneficio de la humanidad (Kasavin, 2017).

5.2 Justificación

El interés por la realización de este trabajo nace de la necesidad de brindar a los profesionales de la psicología, áreas afines y población en general interesada en el tema los conocimientos y herramientas necesarios para actuar en casos de emergencia que pongan en entredicho la salud mental y emocional de la persona afectada. Al ser una propuesta de taller que incluye los datos necesarios así como las herramientas necesarias para su aplicación y que, además, resulta de fácil entendimiento para cualquier persona, se espera que el alcance que tenga sea basto, que sea aplicable en diferentes escenarios como escuelas, áreas laborales, centros comunitarios, hospitales y demás espacios que permitan esta enseñanza, siendo una de las ventajas principales el empoderamiento de las personas interesadas con el fin de que puedan intervenir en casos de crisis ya sea de personas cercanas, conocidas o desconocidas además de ser un reforzador para quienes se dediquen a esta maravillosa labor de lleno.

Se espera que el presente documento, a manera de manual, sirva como instrumento para la prevención y sea un referente para futuras investigaciones del mismo interés, abriendo líneas de investigación diversas como estrategias de aprendizaje, planeación e impartición de talleres de intervención, referentes de los primeros auxilios psicológicos y sobre todo ante el suicidio, con el fin de capacitar a la mayoría de población posible para la prevención del mismo.

5.3 Objetivos

Objetivo general

Diseñar una propuesta de taller sobre primeros auxilios psicológicos y su relación con la prevención del suicidio que pueda ser utilizado como una guía y/o manual de atención psicológica para la población en general que promueva el aprendizaje necesario y dote a los participantes de herramientas adecuadas para su ejecución.

Objetivos específicos

Los participantes conocerán la definición de suicidio, cuáles son las conductas asociadas al suicidio, así como los mitos y realidades, señales de alarma, factores protectores y de riesgo y estrategias de prevención.

Informar a los participantes sobre qué es una crisis psicológica, cuáles son los tipos de crisis, síntomas y factores predisponentes y modelos de intervención.

Enseñar a los participantes qué son los Primeros Auxilios Psicológicos, cuáles son los principios básicos de actuación, qué se debe hacer y que no se debe hacer en su aplicación y la importancia de su uso para el manejo de crisis psicológicas y para prevenir conductas asociadas al suicidio.

Enseñar a los participantes qué es el modelo CASIC, cómo se lleva a cabo, quién puede aplicarlo y cómo se relaciona con los Primeros Auxilios Psicológicos y la prevención del suicidio.

Proporcionar a los participantes estrategias de autocuidado para antes, durante y después de una intervención de primera instancia.

5.4 Metodología

El taller consta de ocho sesiones y cada una tendrá una duración de 2:30 horas. En cada sesión se utilizarán diversos materiales de apoyo y recursos didácticos ya sea digitales o impresos dependiendo del tema a tratar. La información propuesta para cada una de las sesiones será retomada del contenido teórico previamente enunciado en este documento.

Participantes: El taller constará de un máximo de 20 participantes por sesión. Al ser un taller dirigido a una población general solamente se tiene como criterio de inclusión tener 18 años en adelante y como criterios de exclusión no cumplir con la edad especificada.

Diseño: El diseño del estudio es pre-experimental pretest-posttest, de acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2010), cuyo propósito es crear conocimiento pues se trata de un estudio sobre un grado de control mínimo, donde no hay manipulación de variable independiente ni hay grupos de contraste, trabajando con un solo grupo el que se aplicará la intervención para después evaluar el efecto del mismo implementado el diseño A-B-A donde: A: línea base datos antes de la intervención, B: intervención para la modificación de la conducta y A: línea base se tomará sin la aplicación de la técnica para medir la estabilidad del cambio presentado y evaluar los resultados obtenidos.

Procedimiento y análisis de resultados: El procedimiento de la aplicación del taller se dividirá en tres fases: Fase I: En esta fase conocida como pre-evaluación se realizará durante la primera sesión con el fin de saber qué conocimientos y qué información poseen los participantes con respecto al tema central que rige el taller.

Fase II: En esta fase se llevará a cabo la intervención la cual consiste seis sesiones semanales de 2:30 horas cada una.

Fase III: Post-evaluación: versa sobre la contestación de los mismos instrumentos ya aplicados en la fase I para contrastar sus respuestas y valorar si hubo algún cambio entre el antes y el después de la fase II.

El análisis de resultados se realizará mediante un análisis cuantitativo basado en estadística descriptiva y diferencial debido a que esta tiene el objetivo de recolectar y presentar de manera útil y resumida el conjunto de datos obtenidos mediante el instrumento señalado.

Instrumentos: El recurso de evaluación elegido será un cuestionario elaborado *exprofeso* para evaluar el conocimiento que los participantes tienen previo a la aplicación del taller.

Escenario: En el contexto social actual, el taller podrá ser impartido en cualquier espacio que tenga la capacidad para albergar a los participantes y facilite la sana distancia, que tenga iluminación suficiente ya sea natural o artificial, con ventilación adecuada y que cuente con las medidas de higiene básicas. De igual manera podrá ser impartido mediante alguna plataforma de videoconferencia que permita albergar a los participantes requeridos y que permita la duración de cada sesión, así como que posea herramientas tecnológicas necesarias para la presentación de los contenidos.

5.5 Cartas descriptivas

A continuación, se presentarán las cartas descriptivas del taller en las cuales se explicarán las actividades a realizar en cada una de las sesiones planeadas.

CARTAS DESCRIPTIVAS

Sesión 1

TEMA EJE: PRESENTACIÓN DEL TALLER Y PREEVALUACIÓN.

OBJETIVOS:

- SABER CUÁL ES EL INTERÉS EN EL TALLER DE CADA PARTICIPANTE Y COMPARTIR EXPERIENCIAS COMO MÉTODO DE RAPPORT.
- CONOCER CUÁL ES LA INFORMACIÓN Y EL CONOCIMIENTO QUE LOS PARTICIPANTES TIENEN ACERCA DE LOS TEMAS QUE CONTIENE EL TALLER.
- PRESENTAR A LOS PARTICIPANTES EL CONSENTIMIENTO INFORMADO, EL CONTENIDO DE LAS SESIONES, EL MÉTODO DE TRABAJO Y ESTABLECER ACUERDOS DE PARTICIPACIÓN.

BLO-QUE	TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIAL	TIEMPO	ANEXOS
1	Bienvenida	Dar la bienvenida a cada participante con el fin de hacerlos sentir cómodos con quien dirige el taller y con el resto de los asistentes, así como conocer el interés individual en el mismo.	Cada participante se presentará proporcionando nombre, edad, ocupación y motivo por el cual ingresó al taller.	No aplica	30 minutos	No aplica
2	Consentimiento informado	Pedir a los participantes que firmen el consentimiento informado.	Se les explicará a los asistentes qué es el consentimiento informado y la manera de llenarlo.	Si es presencial: consentimiento informado impreso y plumas. Si es en línea: se enviará mediante un formulario de Google para su respuesta.	10 minutos	Consentimiento informado: https://drive.google.com/file/d/1hImLZUdM5LcYESCzkdU3lzVNI/EVt2mnV/view?usp=sharing
3	Información previa	Saber qué información y conocimientos tiene cada participante acerca de los temas que se abordarán en el taller	Se les solicitará a los participantes que se elabore una lluvia de ideas grupal con el fin de tener conceptos generales de todo el grupo con respecto a los temas que se revisarán a lo largo del taller.	Presencial: pizarrón para anotar los conceptos dados por los participantes. En línea: cuaderno donde se anotarán los conceptos dados por los participantes o un pizarrón pequeño que se manipule frente a la cámara web.	20 minutos	No aplica
4	Preevaluación de participantes	Explicar a los asistentes la finalidad de la aplicación del cuestionario y dar instrucciones de como contestar para obtener datos precisos acerca de con qué conocimientos inician el taller con el fin de compararlos con el final del taller. Se comentarán los resultados de manera grupal.	Se proporcionará a cada participante el cuestionario para que sea contestado.	Presencial: cuestionario impreso, lápices y goma. En línea: envío de documento.	30 minutos	Cuestionario: https://drive.google.com/file/d/1wLyeoWjqGogPP6j1Avttw5DfoAeHHrbD/view?usp=sharing
5	Conten	Informar a los participantes sobre el temario del taller, las actividades de	Mediante una presentación en power	Presencial: presentación,	40 minutos	Presentación:

	ido del taller y método de trabajo	cada sesión y el encuadre de trabajo.	point, se mostrará a los participantes el contenido del taller y el método de trabajo con el fin de esclarecer dudas al respecto.	laptop, cañón o proyector. En línea: presentación y plataforma que permita la emisión de la pantalla compartida.		https://drive.google.com/file/d/1V8i-tq6bJhIVYyuAru_K1crISZGUwak/view?usp=sharing
6	Tarea para la siguiente sesión: suicidio.	Que los participantes investiguen brevemente sobre intentos de suicidio o suicidios consumados ocurridos en la última semana previa al inicio del taller para concientizar sobre el tema.	Se les explicará a los participantes dónde y cómo buscar dicha información, ya sea en periódicos, revistas, noticieros o plataformas informativas de internet.	Cuaderno de actividades de cada participante donde anotarán dicha información	10 minutos	No aplica
7	Despedida	Aclarar dudas existentes y despedir a los participantes.	Ayudar a los asistentes a aclarar las dudas surgidas con respecto a los contenidos a revisar, así como a la tarea recomendada.	No aplica	10 minutos	No aplica

Sesión 2

TEMA EJE: CONDUCTAS SUICIDAS

OBJETIVOS:

- INFORMAR A LOS PARTICIPANTES SOBRE LAS CONDUCTAS ASOCIADAS AL SUICIDIO Y CONCEPTOS ASOCIADOS.
- ENSEÑAR CUÁLES SON LOS FACTORES DE RIESGO Y FACTORES PROTECTORES.
- ACLARAR MITOS Y REALIDADES ACERCA DEL SUICIDIO.
- ENSEÑAR EL PROTOCOLO DE PREVENCIÓN SUICIDA.

BLOQUE	TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIAL	TIEMPO	ANEXOS
1	Bienvenida	Establecer comunicación con los participantes y hacer un ambiente interactivo por medio de una dinámica.	Se agradecerá su participación, se pasará lista, se solicitará la tarea de la sesión anterior. Se preguntará de manera aleatoria a cada participante sobre la experiencia al realizar la tarea encomendada, qué información encontró y cómo se siente al respecto.	Para el tallerista: lista de asistencia con los nombres de los participantes, pluma o lápiz.	15 minutos	No aplica
2	Introducción a las conduc	Presentar el tema y los objetivos de la sesión.	Explicar mediante una presentación qué es el suicidio, cuáles son las conductas asociadas, cuáles son los factores de riesgo y protectores, cuáles son los mitos y realidades relacionados con el suicidio y cuál es el protocolo de prevención existente.	Presencial: presentación, laptop, cañón o proyector. En línea: presentación y plataforma que permita la	50 minutos	Presentación: https://drive.google.com/file/d/1Gk3mPLRL_YT7IIAKc0o46qhKxfL4P_uE/view?usp=sharing

	tas suicidas			emisión de la pantalla compartida.		
3	Actividad de reforzamiento	Realizar una actividad grupal para reforzar los conocimientos proporcionados previamente.	Se les proporcionará a los participantes una sopa de letras en donde tendrán que identificar algunos de los conceptos revisados en la presentación.	Presencial: sopa de letras impresa, goma y lápices. En línea: sopa de letras en formato pdf o imagen para su edición.	20 minutos	Sopa de letras: https://drive.google.com/file/d/1f6kzYabwL-LS9d6juhJpBT7m990WzviC/view?usp=sharing
4	Actividad dinámica	Realizar una actividad grupal dinámica para reforzar los conocimientos proporcionados previamente.	Se formarán 4 equipos de 5 participantes cada uno, se les asignará un concepto de conducta suicida como: gesto suicida, ideación suicida, amenaza suicida, etc. y el resto de los equipos tendrá que adivinar de cuál se trata.	Papelitos que contengan cada concepto para asignarlos al azar a cada equipo.	30 minutos	No aplica
5	Cierre de la sesión	Conocer la opinión de los participantes con respecto a los temas y actividades revisados y saber si existen dudas.	Se solicitará a los participantes que verbalicen su opinión con respecto a la sesión transcurrida, se creará una lluvia de ideas con respecto a lo mencionado. Despedida.	Cuaderno o pizarrón para anotación de ideas mencionadas, lápices, plumones.	20 minutos	No aplica

Sesión 3

TEMA EJE: CRISIS PSICOLÓGICAS

OBJETIVOS:

- QUE LOS PARTICIPANTES SEPAN QUÉ ES UNA CRISIS Y CUÁNTOS TIPOS HAY.
- QUE LOS PARTICIPANTES CONOZCAN LOS SÍNTOMAS, FASES Y REACCIONES DE UNA CRISIS.
- INFORMAR SOBRE LOS FACTORES PREDISONENTES Y LOS MODELOS DE INTERVENCIÓN EN CRISIS.

BLOQUE	TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIAL	TIEMPO	ANEXOS
1	Bienvenida	<p>Bienvenida y saludo a los participantes.</p> <p>Hacer una breve reseña acerca del tema revisado en la sesión anterior para reforzar</p>	<p>Saludo a participantes.</p> <p>Crear una lluvia de ideas anotando en el pizarrón cada concepto para conocer qué dominio tienen del tema revisado en la sesión anterior y cómo creen que se relaciona con el tema actual.</p>	Pizarrón o cuaderno para anotaciones, lápices, plumones.	10 min.	No aplica.

		conocimientos adquiridos.				
2	Crisis psicológicas ¿qué son? ¿cuáles son sus síntomas? ¿cómo intervenir?	Que los asistentes conozcan la definición de crisis, qué tipos existen en psicología, cuáles son los factores predisponentes y protectores, cómo se aborda una crisis, reacciones y síntomas.	Mediante una presentación se mostrará a los participantes el tema que corresponde a la sesión, se les solicitará que tomen nota de lo que sea de su interés en todo momento. Al finalizar la presentación se solicitará que escriban en una hoja un momento de crisis personal que hayan experimentado en algún momento de su vida para que puedan compartirlo con el resto del grupo con el fin de identificar sentimientos y experiencias personales.	Presencial: presentación, laptop, cañón o proyector, hojas, lápices, plumas, gomas. En línea: presentación y hojas, plumas, lápices por participante.	40 min.	Presentación: https://drive.google.com/file/d/1MYhZexrjMkhW9MeahREYdb3sPzzQRwhV/view?usp=sharing
3	Actividad didáctica.	Que los participantes comiencen a adquirir y aplicar técnicas de intervención en crisis de primera instancia.	Después de que los participantes hayan compartido su experiencia, se le solicitará al resto establecer un breve protocolo de intervención dependiendo del caso expuesto por sus compañeros con el fin de debatir su funcionalidad y valorar los aprendizajes adquiridos. Para ello se formarán 4 grupos de 5 personas cada uno.	Hojas, lápices, plumas, por cada participante.	30 min.	No aplica
4	Intervención en crisis suicidas	Que los participantes conozcan el tipo de intervención ante una crisis y/o conducta suicida.	A través de una presentación se informará a los participantes qué es una crisis suicida y cómo se puede intervenir en ella.	Presencial: presentación, laptop, cañón o proyector. En línea: presentación. Hojas, lápices, plumas, gomas.	30 minutos	Presentación: https://drive.google.com/file/d/1Pf5OATdIFdDH0TR3dpuTzf3N6Lc2rV7H/view?usp=sharing
5	Actividad de reforzamiento	Que los participantes refuercen los conocimientos adquiridos.	Se les presentarán a los participantes cuatro casos de crisis tanto suicidas como no suicidas con el fin de que diferencien entre cada una de ellas y elaboren una estrategia de intervención adecuada. Se formarán 4 equipos de 5 personas.	Presencial: presentación, cañón o proyector, laptop. En línea: presentación. Hojas, lápices, plumas, gomas.	25 minutos	Casos prácticos: https://drive.google.com/file/d/1YfqS8bqP-bgd1UMlcbPiARt15c680Z5w/view?usp=sharing
6	Cierre de sesión y tarea.	Comentar con los participantes los tópicos tratados en la sesión para conocer sus experiencias y opiniones. Que los participantes investiguen sobre el tema próximo.	Al finalizar las actividades se comentará de manera grupal sobre las experiencias acerca de lo realizado. Se encomendará a cada participante que busque breve información sobre qué son los primeros auxilios psicológicos y escriban si alguna vez los han utilizado.	No aplica.	15 minutos.	No aplica

Sesión 4

TEMA EJE: PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS

OBJETIVOS:

- QUE LOS PARTICIPANTES CONOZCAN LOS PRINCIPIOS DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL, OBJETIVOS, CONCEPTOS ASOCIADOS.
- QUE LOS PARTICIPANTES DIFERENCIEN ENTRE INTERVENCIÓN DE PRIMERA Y SEGUNDA INSTANCIA.
- LOS PARTICIPANTES APRENDERÁN QUÉ SON LOS PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS, CUÁLES SON SUS COMPONENTES Y CÓMO APLICARLOS.

BLO-QUE	TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIAL	TIEMPO	ANEXOS
1	Bienvenida.	Bienvenida y saludo a los participantes. Se solicitará la tarea encomendada la sesión pasada y se comentará sobre ella.	Se les solicitará a los participantes la tarea y que compartan los hallazgos obtenidos.	Tarea individual.	15 minutos	No aplica.
2	La terapia cognitivo conductual.	Que los participantes conozcan qué es la terapia cognitivo conductual, sus objetivos, fundamentos y principios básicos, así como las técnicas de modificación de conducta.	A través de una presentación se proporcionará a los asistentes la información necesaria acerca del tema eje de la sesión actual. Los asistentes podrán tomar las notas que así consideren.	Presencial: presentación, cañón o proyector, laptop. En línea: presentación. Hojas, lápices, plumas, gomas	35 minutos	Presentación: https://drive.google.com/file/d/1H3EqizGars9NF_ak-TJn7EKcbZap31bq/view?usp=sharing
3	Actividad práctica	Que los participantes identifiquen con mayor claridad las técnicas presentadas.	Después de revisar la información, se formarán 4 grupos de 5 personas cada uno y se le asignará al azar una situación de la vida cotidiana. El resto de los equipos deberá proponer alguna técnica de modificación de conducta revisada justificando su decisión.	No aplica	35 minutos	No aplica
4	Los primeros auxilios psicológicos: intervención de primera y segunda instancia.	Presentar a los participantes la información relacionada con la presentación.	Mediante una presentación, se hará del conocimiento de los participantes qué son los PAP, cómo se llevan a cabo, cuáles son sus componentes, diferencias entre intervención de primera y segunda instancia, etc. Los asistentes podrán tomar las notas que así consideren.	Presencial: presentación, cañón o proyector, laptop. En línea: presentación. Hojas, lápices, plumas, gomas	35 min.	Presentación: https://drive.google.com/file/d/1wUoklRtFtV4F0NKU6r-0CfW124PR_GRX/view?usp=sharing
5	Actividad	Que los participantes refuercen	Un vez revisada la información, se formarán 4 grupos de 5 personas cada uno,	Presencial: hojas de	20 minutos	Cuestionario:

	d dinámica	los conocimientos adquiridos.	se entregarán hojas con frases incompletas referente a los componentes de los PAP y a los quehaceres de aplicación, así como sobre las diferencias de intervención en crisis y ellos tendrán que elegir la respuesta correcta.	actividades impresas, lápices, gomas, plumas. En línea: hojas de actividades en formato pdf para su trabajo a distancia.		https://drive.google.com/file/d/1yNRY7dyQaTICgd_XFGq4paLwTOH1nuxJ/view?usp=sharing
6	Cierre de sesión	Identificar opiniones y dudas acerca del tema revisado.	Se cuestionará sobre si existen dudas respecto del tema revisado y como tarea se solicitará que escriban como reaccionan ante una situación emocional significativa de manera que describan sensaciones, pensamientos, emociones, etc. es decir, relacionados con el perfil CASIC.	No aplica	10 minutos	No aplica

SESIÓN 5

TEMA EJE: MODELO DE INTERVENCIÓN CASIC.

OBJETIVOS:

-QUE LOS PARTICIPANTES CONOZCAN EL MODELO CASIC, SUS OBJETIVOS, CÓMO SE APLICA Y QUIEN PUEDE HACERLO.

-QUE LOS PARTICIPANTES APRENDAN LA RELACIÓN DEL MODELO CASIC CON LOS PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS Y LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO.

BLO-QUE	TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIAL	TIEMPOS	ANEXOS
1	Bienvenida y revisión de tarea	Dar la bienvenida a los participantes. Comentar la tarea de la sesión anterior. Presentar los objetivos de la sesión.	Recibir a los participantes y comentar la tarea de la sesión anterior. Presentar el tema y los objetivos de la sesión.	No aplica	15 minutos	No aplica
2	Modelo CASIC	Que los participantes conozcan qué es el modelo CASIC, sus objetivos, aplicaciones, etc. y como este se relaciona con los PAP y la prevención del suicidio.	Dar a conocer a los participantes la información del tema actual mediante una presentación.	Presencial: presentación, cañón o proyector, laptop. En línea: presentación. Hojas, lápices, plumas, gomas	40 minutos	Presentación: https://drive.google.com/file/d/1aJptUQMgtiwBfDV4xf9ZrVqiyjZ49Ru/view?usp=sharing
3	Actividad práctica	Que los participantes refuercen los conocimientos adquiridos previamente.	Se revisará el caso "Jazi" presentado en la revisión teórica. En equipos de 5 personas tendrán que señalar las respuestas al modelo CASIC que así hayan identificado y una manera de intervenir en ellas.	Presencial: material impreso. En línea: material digital. Hojas, lápices, plumas, gomas	30 minutos	Material de apoyo: https://drive.google.com/file/d/1g9WQDlxKDPa1qfIjCv2QE4vnwgYZaE5q/view?usp=sharing

4	Actividad práctica	Que los participantes identifiquen correctamente cada subsistema del modelo CASIC.	Manteniendo los equipos, se dará la descripción de cada subsistema y cada equipo escribirá cuál a cuál cree que corresponda cada uno.	Hojas, lápices, plumas, gomas	20 minutos	No aplica
7	Emociones	Reconocer las emociones básicas y sensibilizar en el entendido de que las personas que viven una crisis pueden tener desborde emocional.	Se mostrará una breve presentación en donde se muestran las emociones.	Presencial: presentación, cañón o proyector, laptop. En línea: presentación. Hojas, lápices, plumas, gomas	15 minutos	Presentación: https://drive.google.com/file/d/15uxsFe7WZAATNr8wtMuCu-GrPCIOOpk7/view?usp=sharing
8	Actividad práctica	Concientizar y enunciar a los participantes todas las emociones involucradas en una situación de crisis.	Nuevamente se revisará el caso "Jazi" en esta ocasión, se solicitará a los participantes que identifiquen de manera puntual las emociones que expresa y que manifiesta la persona afectada, describiéndolas de manera puntual.	Presencial: presentación, cañón o proyector, laptop. En línea: presentación. Hojas, lápices, plumas, gomas	20 minutos	Material de apoyo: https://drive.google.com/file/d/1q9WQDlxKDpA1gfljCv2QE4vnwgYZaE5q/view?usp=sharing
9	Cierre	Aclarar dudas y escuchar a los participantes.	Se comentará de manera grupal acerca de las actividades y el tema revisados.	No aplica	10 minutos	No aplica

Sesión 6

TEMA EJE: AUTOCUIDADO

OBJETIVOS:

- QUE LOS PARTICIPANTES CONOZCAN LAS ACCIONES DE AUTOCUIDADO QUE DEBEN LLEVAR A CABO ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DE UNA INTERVENCIÓN EN CRISIS DE PRIMERA INSTANCIA.
- LOS PARTICIPANTES IDENTIFICARÁN FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN PROPIOS PARA PODER REALIZAR UNA INTERVENCIÓN ADECUADA.
- LOS PARTICIPANTES CONOCERÁN EL PERFIL DE UNA PERSONA QUE PUEDA SER AUXILIADORA EN INTERVENCIÓN EN CRISIS.

BLOQUE	TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIAL	TIEMPO	ANEXOS
1.-	Bienvenida.	Recibir a los asistentes y presentar el tema y los objetivos de la sesión.	Dar la bienvenida a los asistentes. Abordar brevemente lo visto en la sesión previa. Presentar el tema y los objetivos de la sesión.	No aplica	10 minutos	No aplica
2.-	¿Qué es el bienestar	Que los asistentes conozcan lo que es el bienestar emocional, el autocuidado y algunas técnicas para su aplicación.	A través de una presentación se mostrará a los asistentes las definiciones de bienestar emocional y autocuidado, además, se les enunciarán algunas técnicas y estrategias para su aplicación.	Presencial: presentación, cañón o proyector, laptop. En línea: presentación. Hojas, lápices, plumas,	30 minutos	Presentación: https://drive.google.com/file/d/1MD7LHee-VVmffdvX9-xAKEldzEsqW/view?usp=sha

	emocional y el autocuidado?			gomas		ring
3.-	Actividad práctica	Reforzar los conocimientos adquiridos.	Se entregará a cada participante una sopa de letras en la que tendrán que identificar las diferentes técnicas de autocuidado ya mencionadas.	Presencial: sopa de letras impresa, goma y lápices. En línea: sopa de letras en formato pdf o imagen para su edición.	30 minutos	Sopa de letras: https://drive.google.com/file/d/1CFW2i11ZL2KXjnZnqKfjq08fzrTyqljE/view?usp=sharing
4.-	Factores de riesgo y factores protectores y perfil del auxiliar	Presentar a los asistentes los factores que influyen en el auxiliar con el fin de que los identifiquen plenamente.	Se mostrará mediante una presentación los factores de riesgo y protectores que puede presentar una persona auxiliadora y cómo estos influirán en su desempeño al intervenir en una crisis.	Presencial: presentación, cañón o proyector, laptop. En línea: presentación. Hojas, lápices, plumas, gommas.	20 min	Presentación: https://drive.google.com/file/d/1JeRIP_1IgmplHxxLvPxHEVh2bPj_SH7/view?usp=sharing
5.-	Actividad práctica	Reforzar los conocimientos adquiridos mediante la información brindada.	Los participantes formarán equipos y establecerán un itinerario ideal para un auxiliar de intervención en crisis con base en las técnicas de autocuidado previamente revisadas.	Hojas, lápices, plumas, gommas.	20 minutos	No aplica
6.-	Cierre.	Aclarar dudas respecto al tema revisado. Indicar la realización de un itinerario individual.	Se cuestionará a los participantes la existencia de dudas, como tarea se les indicará realizar un itinerario de autocuidado propio.	No aplica.	15 minutos	No aplica

Sesión 7

TEMA EJE: REFORZAMIENTO DE CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS: ACTIVIDADES PRÁCTICAS.

OBJETIVOS:

-MEDIANTE JUEGOS DE ROLE PLAY, LOS PARTICIPANTES PONDRÁN EN PRÁCTICA LOS CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS A LO LARGO DE LAS SESIONES.

-REFORZAR LA INFORMACIÓN OBTENIDA PREVIAMENTE.

BLOQUE	TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIAL	TIEMPO	ANEXOS
1.-	Bienvenida.	Recibir a los asistentes y presentar el tema y los objetivos de la sesión.	Dar la bienvenida a los asistentes. Abordar brevemente lo visto en la sesión previa. Presentar el tema y los objetivos de la sesión.	No aplica	10 minutos	No aplica
2.-	¿Cómo intervenir en una crisis emocional?	Que los participantes pongan en práctica las técnicas aprendidas a lo largo del taller.	Se solicitará que se reúnan por equipos de 5 personas y que establezcan cada uno una situación de crisis que se actuará como role play para que el resto de los equipos haga una intervención respecto de la crisis que se estará actuando.	No aplica	30 minutos	No aplica
3.-	¿Cómo intervenir con una persona que presenta conductas suicidas?	Que los participantes pongan en práctica las técnicas aprendidas a lo largo del taller.	Se solicitará que se reúnan por equipos de 5 personas y cada equipo planteará una situación de conductas suicidas, el resto de los equipos deberá plantear de qué manera puede intervenir.	No aplica	30 minutos	No aplica
4.-	¿Cómo intervenir en una crisis suicida?	Que los participantes pongan en práctica las técnicas aprendidas a lo largo del taller.	Los equipos se mantendrán en número, pero intercambiarán participantes, cada equipo establecerá una situación de crisis suicida "en curso" y se elegirá a un participante para realizar el role play. El resto de equipos designará a otro único participante que intervendrá para evitar un suicidio consumado.	No aplica	30 min	No aplica
5.-	Cierre de sesión	Mediante una retroalimentación e intercambio de ideas se conocerán los puntos de vista de cada participante.	Los participantes expresarán sus experiencias, opiniones y retroalimentarán a sus compañeros respecto de las actividades realizadas. Se entregará el mismo cuestionario aplicado al principio del taller como tarea para su respuesta y se revisará la sesión siguiente.	No aplica.	30 minutos	Cuestionario: https://drive.google.com/file/d/1wLyeoWjqGogPP6j1Avttw5DfoAeHHrbD/view?usp=sharing

--	--	--	--	--	--	--

Sesión 8

TEMA EJE: POST EVALUACIÓN Y CIERRE DE TALLER

OBJETIVOS:

- ANALIZAR LOS AVANCES Y LOGROS OBTENIDOS A LO LARGO DEL TALLER.
- DETECTAR ÁREAS DE MEJORA PARA EL TALLER Y SU APLICACIÓN.
- ENTREGA DE RECONOCIMIENTOS POR PARTICIPACIÓN.

BLO-QUE	TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIAL	TIEMPO	ANEXOS
1.-	Bienvenida.	Recibir a los asistentes y presentar el tema y los objetivos de la sesión.	<p>Dar la bienvenida a los asistentes.</p> <p>Abordar brevemente lo visto en la sesión previa.</p> <p>Presentar el tema y los objetivos de la sesión.</p> <p>Recibir el cuestionario encomendado la sesión previa.</p>	No aplica	10 minutos	No aplica
2.-	Avances y logros obtenidos	Que los asistentes conozcan sus avances y expresen sus experiencias.	Se entregará a los asistentes el cuestionario previo y el último con el fin de contrastar respuestas y detectar el avance que hubo o no a lo largo del taller. Cada participante relatará brevemente su experiencia en el taller.	Cuestionarios contestados	30 minutos	No aplica
3.-	Evaluación del taller	Conocer la opinión de los participantes con respecto al taller.	Se proporcionará a los asistentes un cuestionario que evaluará su opinión, percepción y sugerencias para el taller.	Presencial: cuestionario impreso, goma, plumas, lápices. En línea: cuestionario en formato pdf o imagen para su edición.	25 minutos	Cuestionario: https://drive.google.com/file/d/1qs7a5kIIQmO92oS7XvIAZF9ndkpaOloZ/view?usp=sharing
4.-	Entrega de reconocimientos y cierre.	Agradecer y reconocer la participación, constancia y compromiso de cada asistente	Se le entregará a cada asistente un reconocimiento por su participación. Retroalimentación grupal.	Presencial: reconocimiento impreso. En línea: reconocimiento digital.	20 min	No aplica

5.6 Conclusiones

Aun en la actualidad, abordar temas que se consideran delicados como el suicidio, las crisis emocionales e incluso la consulta a un psicólogo todavía son temas que resultan difíciles de tratar en distintos ámbitos.

Partiendo del supuesto de que el presente documento sirva como manual para realizar intervenciones en crisis, especialmente en personas que presentan conductas suicidas, se buscó enunciar toda la información relacionada posible con el fin de cumplir el objetivo planteado y otorgar a las personas interesadas en el tema central de esta investigación las herramientas suficientes para ejercer la acción auxiliadora en el momento emergente necesario, independientemente del sector laboral o social en el que se desarrolle pues la intención es reducir en la medida de lo posible las afectaciones psicológicas que una crisis (suicida o no) pudiera causar.

Un punto importante por mencionar es que en la búsqueda bibliográfica de la información relacionada con los tipos de intervención en crisis se encontraron infinidad de documentos, artículos y publicaciones de corte menos formal y/o académico, empero, los datos aportados resultan engañosos o confusos para quien no se encuentra familiarizado con los temas. Si bien, como profesionales de la salud mental es importante mantenernos actualizados en diversos tópicos también es nuestra responsabilidad difundir la información oportuna mediante la promoción de la salud mental y emocional que asegure el auxilio necesario para quien se encuentre experimentando un malestar o dolor psicológico que difícilmente se ve, pero, sin duda alguna se siente y puede tener un cese fatal. Si bien las atenciones emergentes son eso, emergentes y no solemos estar preparados para ellas, tener la noción de las acciones que pueden ser llevadas a cabo para cuando se necesite ayudan demasiado para prevenir afectaciones en cualquiera de los aspectos vitales de la persona necesitada.

La integración de este trabajo tuvo como objetivo final informar, concientizar, enseñar y entrenar a personal relacionado al área de la salud y afines, así como a la población en general para la correcta

ejecución de los Primeros Auxilios Psicológicos como herramienta primordial en las intervenciones en crisis. Se espera que la propuesta de taller resulte de utilidad y funja como referente para futuras investigaciones relacionadas con este tema y que exista la oportunidad de reformular, añadir y mejorar resultados para obtener la máxima eficacia de los objetivos propuestos.

5.7 Referencias

- Abud, C. y Román, V. (2017). *Suicidio: comunicación, infancia y adolescencia, guía para periodistas*. Argentina: UNICEF. Recuperado de: <https://www.unicef.org/argentina/media/1536/file/Suicidio.pdf>
- Alarcón, E., Alcaraz, M., Corpas, A., López, A., Montilla, A., Navarro, R., y Soriano, A. (2004). *Protocolo de intervención psicológica en crisis ante situaciones de emergencias y desastres*. Córdoba: Patronato Provincial de Servicios Sociales de Córdoba. Recuperado de: http://www.ipbscordoba.es/uploads/Documentos/Publicaciones_Ipbs/Protocolo_ipcased.pdf
- Alecsiuk, B. (2015). Inteligencia emocional y desgaste por empatía en terapeutas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXIV(1),43-56. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2819/281944843006>
- Álvarez, J., Andrade, C., Vieyra, V., Esquivias, H., García, I., Neria, R., y Benzanilla, J. (2020). *Manual operativo del Curso Emergente para la Brigada de Atención Psicoemocional y Psicosocial a distancia durante la pandemia de la COVID-19 en México, Módulo 1*. Secretaría de Salud, México. Recuperado de: http://inprf.gob.mx/ensenanzanew/archivos/2020/manual_brigadas_2020.pdf
- Amador, G. (2015). Suicidio: consideraciones históricas. *Revista Médica La Paz*, 21(2), 91-98. Recuperado de: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582015000200012&lng=es&tlng=es
- Andrade, J., Calle, D., Gonzáles, J., Luna, J., Alvis, L., y Cabas, K. et al. (2016). *Ensayos académicos en torno al suicidio*. Santiago de Cali: Fundación Participar IPS.
- Ángel-Garzón, C., Suárez-Beltrán, M. y Escobar-Córdoba, F. (2015). Escalas de evaluación de riesgo suicida en atención primaria. *Revista de la Facultad de medicina*. 63(4), 707-716. Recuperado de <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v63.n4.50849>

- Arellano, D., García, J., y Ríos J. (2020). *¿Qué es el suicidio? ¿Cómo va el suicidio en México? ¿Qué pasa en Durango?* México. Recuperado de: <https://blockdemy-hackathons.s3.us-east-2.amazonaws.com/projects/news/1602989519636/En%20contra%20del%20Suicidio.pdf>
- Argüello, C. (2007). Abordaje psicosocial con personas adultas mayores desde la experiencia de la brigada de atención psicológica en situaciones de emergencias y desastres. *Revista electrónica de estudiantes de psicología*, 2(1), 9-20. Recuperado de: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/wimblu/article/view/20701/20858>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5a Ed.). Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Azzara, S. (2018). La asistencia psicológica en situaciones de crisis: los dos momentos en el abordaje de la víctima. *Revista Defensa Nacional*, (1)184-189.
- Bados, A. y García, G.E. (2014). *Resolución de problemas*. Barcelona: Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona.
- Beck, J. (2000) *Terapia Cognitiva: Conceptos Básicos y Profundización*. México: Gedisa
- Borges, G., Orozco, R., Benjet, C., y Medina-Mora, M.E. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Pública de México*, 52(4), 292-304. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342010000400005&lng=es&tlng=es
- Castellvi-Obiols, P. y Piqueras, J. A. (2018). El suicidio en la adolescencia: un problema de salud pública que se puede y debe prevenir. *Revista de estudios juventud*, 3(121), 45-59. Recuperado de: http://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/06/3.el_suicidio_en_la_adolescencia_un_problema_de_salud_publica_que_se_puede_y_debe_prevenir.pdf
- Castillo, C., (2014). Aplicación de un programa de intervención psicológica para el mejoramiento de la adaptación psicosocial en pacientes epilépticos con síntomas psicológicos asociados que acuden

al servicio de neurología del Hospital Provincial General Docente Riobamba. (Licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Recuperado de: <https://repositorio.pucesa.edu.ec/bitstream/123456789/973/1/80212.pdf>

Centros de Integración Juvenil, (2020a). *Autocuidado*. México: CIJ

Centros de Integración Juvenil, (2020b). *Componentes de los primeros auxilios psicológicos*. México: CIJ

Centros de Integración Juvenil. (2020c). *Primeros Auxilios Psicológicos: Intervención de primera instancia*. México: CIJ

Cruz, A. (2015). Diagnóstico para la prevención del suicidio a través del proceso de enfermería (Licenciatura). Universidad Autónoma del Estado de México. Facultad de Enfermería y Obstetricia. Recuperado de: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/32929/TESIS.pdf?sequence=1>

Cuellar, B. (2019). Intervención en crisis desde la psicología. [Blog]. Recuperado de: <https://quepiensaunpsicologo.com/psicologia-urgencia-emergencia/intervencion-crisis-psicologia/>.

Cuellar, B. (2019b). Principios básicos de los primeros auxilios psicológicos. [Blog] Psicología de urgencias y emergencias. Recuperado de: <https://quepiensaunpsicologo.com/psicologia-urgencia-emergencia/principios-basicos-primeros-auxilios-psicologicos/>

Daray, F., Grenda, L. y Rebok. F. (2016). Cambios en la conceptualización de la conducta suicida a lo largo de la historia: desde la antigüedad hasta el DSM-V. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, 73(3), 205-211. Recuperado de: <https://revistas.psi.unc.edu.ar/index.php/med/article/viewFile/12457/15367>

De la Torre, M. (2013). *Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida*. Universidad autónoma de Madrid.

- Deza, S. (2007). Intervención en crisis: primeros auxilios psicológicos. *Universidad Femenina del Sagrado Corazón*, 3(1), 37-43. Recuperado de: <http://revistas.unife.edu.pe/index.php/tematicapsicologica/article/view/896/809>
- Duval, M. (2019). *Intervención cognitivo conductual y dialéctica conductual en la conducta suicida*. (Licenciatura). Universidad Técnica de Machala. Recuperado de: <http://186.3.32.121/bitstream/48000/13946/1/ECUACS-2019-PSC-DE00027.pdf>
- Garibay, C. y Fonseca, Y. (2017). Guía de campo para la primera ayuda psicológica. CENAPRED. Recuperado de http://www.cenapred.gob.mx/es/Publicaciones/archivos/419-GUIA_AYUDA_PSICOLOGICA.PDF
- Espinoza, L. (2009). *Propuesta de capacitación en intervención en primeros auxilios psicológicos para el personal que brindará atención a víctimas de tercer nivel*. (Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de: http://132.248.9.195/ptd2009/noviembre/0651001/0651001_A1.pdf
- Espinoza, D. L. y Jimbo, L. E. (2014). *Conocimientos y aplicación de primeros auxilios psicológicos por parte de los docentes en los colegios urbanos de Cuenca*. Cuenca-Ecuador.
- Frías, L. y Rodríguez, L. (2005). Algunos factores psicológicos y su papel en la enfermedad: una revisión. *Psicología y Salud. Universidad Veracruzana*. 15(2): 169-185.
- Galli, E., Luis, F., Altamiro, A., Durand, D. y Guio, H. (1996). Marcadores biológicos en el suicidio: uno se aplica a la práctica médica. *Psiquiatría Biológica*, 4 (4), 219-226.
- González, J. y Camejo, Z. (2014). Ideación suicida, diagnóstico psiquiátrico y factores de riesgo suicida en pacientes adolescentes con conducta suicida. *Alcmeón*, 19(1), 62-78. Recuperado de: https://www.alcmeon.com.ar/19/09_suicidioadolesc_gonzalez.pdf
- González de Rivera y Revuelta, J. L. (2001). Psicoterapia de la crisis. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (79), 35-53. Recuperado de:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021157352001000300004&lng=es&tlng=es.

Gorostieta, R., (2013). *La utilización del modelo de intervención en crisis para la prevención del Burnout en personal de primer contacto con usuarios telefónicos y presenciales de la Defensoría de Oficio en Materia Familiar del Gobierno del Distrito Federal*. (Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de: <http://132.248.9.195/ptd2013/agosto/0698595/0698595.pdf>

Gutiérrez-García, A., Contreras, C., y Orozco-Rodríguez, R. (2006). El suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental*, 29(5),66-74. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252006000500066&script=sci_arttext

Gutiérrez L. y Hernández, I. (2014). *Manual básico de primeros auxilios psicológicos*. México: Universidad de Guadalajara. Recuperado de: http://www.cucs.udg.mx/sites/default/files/adjuntos/manual_primeros_auxilios_psicologicos_2017.pdf

Gutiérrez-Quintanilla, J. (2013) El suicidio: etiología factores de riesgo y de protección. *Revista Entorno*, (54), 6-11. Recuperado de: <http://biblioteca.utec.edu.sv:8080/xmlui/bitstream/handle/11298/191/83841.pdf;jsessionid=4B8DFF3E4E77F90A2629EE1F72B75793?sequence=1>

Heredia, J., (2018). *Intervención en crisis de acuerdo a los primeros auxilios psicológicos*. (Licenciatura). Universidad Técnica de Machala. Recuperado de: <http://186.3.32.121/bitstream/48000/12793/1/ECUACS-2018-PSC-DE00031.pdf>

Hernández, M. (2006). *Afrontando la realidad del suicidio: Orientaciones para su prevención*. Madrid, España: FEAFES. Recuperado de: <https://consaludmental.org/publicaciones/Afrontandorealidadsuicidio.pdf>

Hernández, S., R., Fernández, C., C., & Baptista, L. M. (2010). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill.

- Herrera, G. (2019). *Plan de intervención psicológica desde el enfoque cognitivo conductual para la depresión*. (Licenciatura). Universidad Técnica de Machala. Recuperado de: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/13883/1/ECUACS-2019-PSC-DE00010.pdf>
- Instituto Jalisciense de Salud Mental (2020). *Guía para el abordaje presencial de crisis emocional ante COVID-19 en la población en general*. Jalisco.
- INEGI. (2020). *Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio datos nacionales*. Recuperado de https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2020/suicidios2020_Nal.pdf
- Kazdin. (1983) *Historia de la Modificación de Conducta*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2006). *Modelo de intervención en crisis en situaciones de emergencias y desastres*. San Salvador: El Salvador, C.A. Recuperado de: file:///modelo_intervencion_situaciones_emergencias.pdf
- Morán-Astorga, M. (2019). Estrategias de afrontamiento que predicen mayor resiliencia. *Revista INFAD de Psicología*, 4(1), 184-185. Recuperado de <http://www.infad.eu/RevistaINFAD/OJS/index.php/IJODAEP/article/view/1542>
- Navio, M., & Pérez, V. (2020). *Depresión y suicidio 2020*. Madrid: Wecare-U. Recuperado de: <http://www.sepsiq.org/file/Publicaciones/LibroBlancoDepresionySuicidio2020.pdf>
- Nock, M., Borges, G., Bromet, E., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., Bruffaerts, R., Chiu, W. et al. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *The British Journal of Psychiatry*, 192(2), 98 – 105.
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Suicidio*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.

Osorio, A. (2017). Primeros auxilios psicológicos. *Integración Académica en Psicología*. 5(15), 4-10.

Recuperado de: <https://integracion-academica.org/attachments/article/173/01%20Primeros%20Auxilios%20Psicologicos%20-%20Aosorio.pdf>

Pérez Molina, M. J. y Rodríguez, N. (2011). Estrategias de afrontamiento: un programa de entrenamiento para paramédicos de la Cruz Roja. *Revista Costarricense de Psicología*, 30(45-46),17-33.

Recuperado de: <http://www.rcps-cr.org/openjournal/index.php/RCPs/article/view/2>

Puerta, J. y Padilla, D. (2011). Terapia cognitiva - conductual (TCC) como tratamiento para la depresión:

una revisión del estado del arte. *Duazary*, 8(2), 251-257. Recuperado

de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=5121/512156315016>

Rabelo, J. M. (2010). Primeros auxilios psicológicos e intervención en crisis desde el Trabajo Social. *Revista*

de trabajo y acción social, (47),121-133. Recuperado de:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3655753>

Rendón, M. I. y Agudelo, J. (2011). Evaluación e intervención en crisis: retos para los contextos

universitarios. *Hallazgos*, 8(16),219-242. Recuperado de:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=4138/413835206013>

Restrepo Toro, A. (2001). CURA MÉDICA DE ALMAS (CMA). *Psicología desde el Caribe*, (7),109-117.

Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=213/21300709>

Reyes Ortiz, J. A. y Tovar, M. (2020). Extracción y análisis de las causas de suicidio a través de marcadores

lingüísticos en reportes periodísticos. *Linguamática*, 11(2), 67-77. Recuperado de:

<https://linguamatica.com/index.php/linguamatica/article/view/276/455>

Rocamora, A., (2013). *Intervención en crisis en las conductas suicidas*. Desclée de Brouwer.

Salvador, S. (2006). Modelo de intervención en crisis en situaciones de emergencias y desastres. El

salvador: Ministerio de salud pública y asistencia social. Recuperado de:

http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/otrosdoc/modelo_intervencion_situaciones_emergencias.pdf

Santillán, C. (2020). *Las conductas asociadas al suicidio*. [Webinar]. División de Extensión Universitaria.

Universidad Nacional Autónoma de México. <https://www.facebook.com/DeuFeslztacala/live/>

Sarango, C. (2016). *La psicoterapia breve de emergencia como estrategia para una intervención en crisis por accidentes de tránsito*. (Licenciatura). Universidad Técnica de Machala. Recuperado de:

http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/8390/1/E-3794_SARANGO%20SANCHEZ%20CESAR%20DAVID.pdf

Secretaría de Educación Pública. (2018). ¿Qué es una crisis emocional? [Imagen]. Recuperado de:

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/257392/Infografia_Qu_e_es_una_crisis_emocional.pdf

Secretaria de la salud. (2002). Conceptos generales. En Secretaria de la salud, *Programa de Acción en Salud Mental*. (2da ed., pp. 29-42). México: Secretaria de Salud. Recuperado de:

http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/pasm_cap2.pdf

Slaikue, K. A. (2000). *Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación*. México: Editorial Manual Moderno.

Toasa, M. (2020). *El suicidio y el derecho a la vida*. (Licenciatura) Universidad Técnica de Ambato.

Recuperado de: <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/31170/1/BJCS-DE-1142.pdf>

Travé, J y Pousa. E. (2012). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual en pacientes con psicosis de inicio reciente: una revisión. *Papeles del Psicólogo*, 33(1),48-59. Recuperado de:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=778/77823404006>

Universidad Industrial de Santander. (2014). *Guía de atención paciente en crisis emocional- Primeros Auxilios Psicológicos*. Colombia. Recuperado de:

https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/bienestar_estudiantil/guias/GBE.80.pdf

- Valdez, R., y Arenas, L. (2019). *Simplemente quería desaparecer: aproximaciones a la conducta suicida de adolescentes en México* (1ra ed.). México: Instituto Nacional de Salud Pública. Recuperado de: https://www.insp.mx/resources/images/stories/2019/Docs/190731_Conducta_suicida.pdf
- Valencia, A. (2020). Caso Cristian: intervención en crisis desde el enfoque cognitivo conductual". (Licenciatura) Universidad Cooperativa de Colombia. Recuperado de: https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/18209/2/2020_intervencion_crisis.pdf
- Valencia, A. y Trejos, J (2013). Los primeros auxilios psicológicos en el servicio de atención al ciudadano desde un enfoque humanista. *Revista Logos, Ciencia & Tecnología*, 4(2),42-52. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=5177/517751544005>
- Vargas, H. y Saavedra, J. (2012). Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 75(1), 19-28. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3720/372036937004>