



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Intervención en Crisis en Adolescentes y Jóvenes con Intento Suicida

T E S I S I N A  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A (N)

**María Fernanda Torres Vera**

Directora: Mtra. **María Cristina Bravo González**

Dictaminadores: Mtra. **Margarita Chávez Becerra**

Lic. **José Esteban Vaquero Cázares**



Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2012



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.

# ÍNDICE

Resumen	4
Introducción	5
1. Generalidades de la intervención en crisis	9
1.1. Antecedentes de la intervención en crisis	10
1.2. Conceptos básicos	14
1.2.1. Crisis	14
1.2.2. Tipos de crisis	17
1.2.3. Respuestas o fases ante una crisis	21
1.3. Intervención en crisis	24
1.3.1. Intervención en situaciones de urgencia: modalidades de atención	27
1.3.1.1. Intervención de primera instancia o primeros auxilios psicológicos	29
1.3.1.2. Intervención de segunda instancia o terapia para la crisis	36
1.4. Técnicas de intervención en crisis	38
2. Suicidio	59
2.1. Conceptos básicos y clasificaciones de suicidio	59
2.2. Factores de riesgo de suicidio	63
2.3. Prevalencia del suicidio	68
2.4. Aspectos éticos del tratamiento y conducta suicida	75
2.5. Evaluación del riesgo suicida	84
2.6. Estrategias de intervención en crisis de suicidio	89

3. Manual del terapeuta para la intervención en crisis para casos de intento de suicidio en adolescentes.	112
3.1.Las crisis	112
3.1.1. Respuestas ante una crisis	114
3.1.2. Intervención en crisis	115
3.2. Suicidio	117
3.2.1. Evaluación del riesgo	119
3.2.2. Formas de intervención	120
3.2.3. Recomendaciones	126
3.3. Lecturas recomendadas	129
Conclusiones	131
Bibliografía	136

## RESUMEN

El objetivo del presente trabajo es mostrar un manual de lectura rápida dirigido al profesional de la psicología, que lo ayude a enfrentar situaciones de crisis generadas por intentos de suicidio. Para lograrlo, primero se aborda el tema de forma teórica estudiando los dos principales temas que conforman el trabajo, que son la intervención en crisis y el suicidio; la primera parte habla de, los antecedentes la intervención en crisis, cómo ha ido cobrando importancia, qué son las crisis, los tipos de intervención y algunas estrategias para intervenir en situaciones generales que proponen los principales autores del tema. La segunda parte habla del suicidio, cómo se define una conducta suicida, sus clasificaciones, cómo se ha visto el suicidio históricamente, consideraciones éticas ante esta situación tan polémica y difícil, mitos en torno al suicidio, factores que lo fomentan y población en riesgo, donde se muestra evidencia basada en datos estadísticos que indica que existen dos poblaciones de mayor vulnerabilidad ante situaciones de suicidio, una es la población de la tercera edad y la otra es la de los jóvenes, en la se centra el trabajo, ya que es una población que cada vez es más vulnerable a situaciones de suicidio y las tendencias indican que cada vez se encuentra en riesgo población de menor edad. Una vez presentada esta información, se encuentra una tercera parte, que es el manual, donde se explica de manera resumida la información teórica mostrada en las dos primeras partes del trabajo y las principales estrategias de intervención en crisis en situaciones de suicidio o intentos de suicidio.

# INTRODUCCIÓN

Existen muchos autores que trabajan el concepto de crisis, como Caplan, Tom, Taplin, a quienes retoma Slaikou (1996) entre otros, sin embargo todos concuerdan en que las crisis son un “punto de cambio” el cual puede ser para bien o para mal. Según la teoría de la crisis, ésta es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del individuo para manejar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo.

Slaikou (1996) indica que existen tres variables fundamentales que determinan el curso de la crisis, la gravedad del suceso, que se refiere a la manera como se presentó el acontecimiento que produjo la crisis. El impacto de un suceso particular, que depende de su oportunidad, intensidad, duración, continuación y grado de interferencia con el desarrollo de la vida del individuo. Y el tercer grupo de variables son los contactos sociales a los que la persona tiene acceso inmediatamente después del incidente, las personas que están disponibles para ayudar con las consecuencias inmediatas del suceso de crisis y qué clase de ayuda proporcionan estos asistentes.

De acuerdo con este autor, las crisis se clasifican en circunstanciales y de desarrollo. Las crisis circunstanciales son accidentales o inesperadas y su rasgo más sobresaliente se apoya en algún factor ambiental, por ejemplo la pérdida de un ser querido por un desastre natural o cuando se es víctima de crímenes violentos; sin embargo también se suman a esta categoría las crisis que se centran en sucesos como cambios de residencia, divorcios y desempleo. Por otro lado, las crisis de desarrollo son aquellas relacionadas con el desplazamiento de una etapa del crecimiento a otra, desde la infancia hasta la senectud.

Las respuestas presentadas por las víctimas de una crisis se dan en tres direcciones, a nivel cognitivo se ven desbordadas las habilidades de resolución de problemas y los mecanismos de afrontamiento, a nivel psicológico el estado temporal de shock puede ser seguido por negación, confusión, temor, terror, tristeza, aplanamiento emocional, incredulidad, excitabilidad e inquietud que pueden traducirse en alteraciones del equilibrio psicológico del individuo, y a nivel fisiológico pueden presentarse reacciones de estrés general tales

como cambios en el ritmo cardiaco, respiración y una sudoración excesiva (Rubin y Bloch, 2001).

Ante situaciones de urgencia, Bellak (1993) menciona la importancia de que el profesional de la salud debe enfocarse en comprender de la manera más completa posible al paciente y su problema, para después introducir las variables, que lo ayudarán a obtener mejores herramientas para enfrentarse a la realidad.

Durante una intervención en crisis Slaikeu (1996) habla de submetas a cumplir, una de las cuales es reducir la mortalidad es decir, la salvación de la vida y la prevención del daño físico o suicidio durante las crisis, ya que tras cualquier crisis o trauma representan una posibilidad real.

La intensidad de la crisis, el hecho de sentirse abrumado y el dolor insoportable pueden combinarse para desencadenar el potencial suicida. Rubin y Bloch (2001) mencionan que si la persona no puede expresar la violencia provocada por la crisis, la dirigirá hacia el interior y el suicidio puede constituirse en el producto final. De igual manera, cuando se presenta la posibilidad de dicho evento, el propio suicidio se convierte en una situación de crisis.

El suicidio es un fenómeno que ha existido desde tiempos muy remotos, al hacer estudios y observaciones, los investigadores han acordado que no basta con definir el Suicidio, igualmente es necesario definir los términos relacionados. La Organización Panamericana de la Salud (2006) menciona que recientemente, se ha puesto el término “Comportamiento Suicida Mortal” que se refiere a los actos suicidas que ocasionan la muerte, así como “Comportamiento Suicida No Mortal” para las conductas autodestructivas que no provocan la muerte pero tienen esa intención.

Debido a las diferencias específicas de los casos de suicidios logrados y no logrados, y las clasificaciones y definiciones que daban a éstos los autores, la OMS (1969, en Días, Bousoño y Bobes, 2004) propuso términos concretos que ayudarían a la investigación en el tema:

- Acto suicida. Hecho por el que un sujeto se causa a sí mismo una lesión, independientemente de su intención y conocimiento de sus motivos.

- Suicidio. Muerte que resulta de un acto suicida.
- Intento de suicidio. Acto suicida cuyo resultado no fue la muerte.

Rubin y Bloch (2001) señalan que el trauma constante y la posibilidad de acceder a un arma letal, hacen que el riesgo de suicidio sea más alto, el suicidio también puede ser desencadenado por cualquiera de las crisis evolutivas o circunstanciales. Sin embargo, existen otros factores que hacen más probable que se presente esta situación, según Bellak (1993) los pacientes suicidas presentan un alto nivel de desesperanza y mientras más elevado sea éste, hay más riesgo de suicidarse. Estos pacientes también presentan un déficit cognitivo que les provoca problemas para solucionar sus problemas y tienden a caer en un pensamiento rígido dicotómico.

Bellak (1993) indica que el suicidio se relaciona con otros padecimientos, como son depresión, ansiedad, esquizofrenia, o características del paciente como conductas de acting out o historia familiar con tendencia al suicidio, por lo que al presentarse cualquiera de éstos, se debe poner especial atención ante cualquier riesgo de suicidio.

Aunque el riesgo de suicidio no debe limitarse a estos padecimientos o predisposiciones, ni subestimarse como causa de muerte, ya que el suicidio se ubica en el décimo lugar entre las principales causas de muerte entre los adultos y se ha observado un aumento significativo del índice de suicidios entre adolescentes, Rubin y Bloch (2001) apuntan que la tasa de suicidio es elevada en los adolescentes.

Cabe mencionar que en situaciones de crisis, sobretodo de suicidio, es difícil que el paciente se preocupe por sí mismo, lo que hace importante mencionar las cuestiones éticas que rodean a quien cuida del paciente y de la situación del suicidio como tal.

Los reglamentos, deberes o requisitos legales que rigen a los profesionales de la salud mental son de total incumbencia para el terapeuta, quien debe tomar la iniciativa de asegurarse de que tales derechos sean preservados mientras, da la atención necesaria al sujeto en crisis (Sullivan y Everstine, 2000).

Debido al riesgo, es importante que durante la intervención en crisis con pacientes suicidas, el terapeuta mantenga una actitud empática, que permita al paciente expresar sus

sentimientos abiertamente sin hacerle sentir culpable, no dejarlo solo y escuchar atentamente lo que tenga que contar sin juzgar ni minimizar el estrés desencadenante (Hernández y Medina, 2004).

# **CAPÍTULO 1. GENERALIDADES DE LA INTERVENCIÓN EN CRISIS**

Actualmente estamos muy expuestos a una gran cantidad de situaciones violentas en todos los medios y esto continúa gracias a que no sólo percibimos la violencia, sino que también la demandamos. Hillman (2002) sostiene que la mayoría elige familiarizarse con eventos violentos, tal vez, para estar más en contacto con el sufrimiento humano, lo que permite prepararse para eventos traumáticos, ya que de algún modo se vive una crisis temporal que no es propia.

Desde una visión estadística de un país cuya forma de vida es adoptado por la mayoría de los países occidentales y de los cuales México no es la excepción, Hillman (2002) menciona que, al menos en Estados Unidos, el 40% de los hombres y el 70% de las mujeres experimentan por lo menos, un evento traumático en sus vidas, y que de éstos, el 75% experimentan síntomas de estrés postraumático. Dentro de estas estadísticas, una de tres pacientes de urgencias es víctima de violencia doméstica y dos de cinco ciudadanos americanos han experimentado abuso sexual o físico. Y si esto se ve desde un punto de vista económico, se puede dar cuenta de que millones de dólares se pierden al año, al menos en Estados Unidos, que se presentan como ineficiencia laboral, ausentismo, violencia en el trabajo, abuso de sustancias, depresión, desórdenes de ansiedad y enfermedades mentales. Es por esto, que en los últimos años, sobre todo después de los atentados del 11 de septiembre en Estados Unidos, se le ha dado gran apoyo a la atención de las crisis.

Sin embargo, los profesionales que tratan con las crisis, disponen de pocos recursos que les den una información detallada y una guía paso a paso para el ejercicio de la intervención en crisis. De hecho, Hillman (2002) afirma que la intervención en crisis se aprende más de manera informal con la práctica, debido a la falta de educación prescrita sobre la intervención en crisis; incluso la división de psicología clínica de la APA no había establecido una sección de crisis y emergencias, sino hasta el 2001. Esto se debe a varios factores como la creciente importancia de formar habilidades de evaluación y diagnóstico en los estudiantes de psicología.

### **1.1 Antecedentes de la intervención en crisis**

Slaikeu (1996) explica que la teoría de las crisis tiene principalmente cuatro influencias teóricas generales. La primera se trata de la teoría del origen de las especies propuesta por Darwin, sus estudios condujeron al desarrollo de la ecología humana, cuya hipótesis característica es que la comunidad humana es un mecanismo adaptativo esencial en la relación humana con su medio. Si se emplean términos darwinianos se consideraría a la crisis como un periodo de adaptación y evolución que se da en las personas.

Una segunda influencia se origina en la teoría psicológica que considera la realización y el desarrollo humano en el sentido de qué mantiene activa a la gente y con qué fin. Freud apuntaba que la motivación es un intento por reducir la tensión, fundamentada por impulsos sexuales y agresivos, sin embargo esta idea fue desafiada años después por diversos teóricos como Carl Rogers y Abraham Maslow, quienes se enfocaron en la tendencia del hombre hacia la autorrealización y necesidad de enriquecer sus horizontes.

La tercera influencia es el enfoque de Erickson del ciclo vital del desarrollo, él concebía el desarrollo como un proceso e identificaba ocho etapas, la prioridad de esta influencia recae en el estudio de la transición de una etapa a otra.

La cuarta influencia surge de datos empíricos sobre cómo las personas superan acontecimientos que les generan estrés extremo, por ejemplo la superación de traumas causados por la estancia en campos de concentración, muertes, desastres o enfermedades, en un estudio hecho por Holmes y sus colaboradores, en 1973 demostraron la relación entre el estrés asociado a sucesos de la vida, la salud física y la enfermedad.

En tanto que la crisis se caracteriza por un colapso en la capacidad para resolver problemas, la ayuda externa es fundamental para determinar cómo reaccionarán los individuos en estos puntos de cambio, es por esto que la intervención en crisis es de vital importancia. Pero antes de llegar a la intervención en crisis, es importante retomar el primer movimiento de higiene mental de principios del siglo XX, este movimiento tenía como objetivo sustituir los manicomios y la exclusión de los enfermos mentales, y en vez de esto, actuar no sólo

sobre los enfermos, sino también sobre sus familias y la comunidad en general; además de que fue precursor del movimiento de salud mental comunitaria de Estados Unidos de América en los años sesenta, de donde han surgido los conceptos de salud y enfermedad mental (Fernández y Rodríguez, 2000).

Así, el origen de la moderna intervención en crisis tuvo cabida en el marco de la psiquiatría, un par de décadas antes de los conceptos de salud y enfermedad mental, y sus principales exponentes fueron Bellak y Caplan, quien retomó un proyecto de Erick Linderman; en esta misma década este proyecto brindó atención en el Hospital General de Massachusetts a los sobrevivientes del incendio de un centro nocturno llamado Coconut Grove en Boston, este acontecimiento tuvo lugar el 28 de noviembre de 1942 (Hillman, 2002; Slaikeu, 1996).

El informe clínico de los síntomas psicológicos de los sobrevivientes fue la base de su teoría, él sostenía que existían una serie de etapas mediante las cuales las personas aceptaban y superaban la pérdida, de tal modo que las instituciones comunitarias, como la iglesia, podían jugar un papel importante en la superación del duelo. Y en casos necesarios, con una apropiada intervención psiquiátrica, los pacientes podrían sobrellevar una reacción normal de dolor. Con este tipo de intervención, los pacientes tenían que identificar y trabajar sus sentimientos relacionados con enojo, dolor, pérdida y alivio. Linderman (1944, en Hillman, 2002) planteó que para la intervención en crisis, es importante tomar en cuenta que las personas en crisis son receptivas a mayores cambios de vida; que la intervención en crisis se puede completar en un periodo de tiempo corto (10 sesiones aproximadamente); que los contactos de las personas en crisis son de gran ayuda, ya sean amigos, personas no profesionales y líderes religiosos, entre otros; y que una solución positiva a la situación de crisis, generalmente resulta en un cambio positivo.

Esta concepción impulsó el establecimiento de los primeros centros comunitarios de salud mental, entre los cuales destaca el Centro de Ayuda en Relaciones Humanas de Wellesley (Boston) por su concentración en la terapia breve en el entorno de la psiquiatría preventiva, dicho centro se fundó en 1948 en Boston (Slaikeu, 1996).

Siguiendo la línea de Linderman y basándose en sus pacientes psiquiátricos, Gerald Caplan, también miembro del Hospital General de Massachusetts y de la Escuela de Salud Pública

de Harvard, fue el primero en poner énfasis en la trascendencia de las crisis vitales en la psicopatología del adulto. El interés central de Caplan fue entender cómo la gente trascendía de una etapa del desarrollo a otra y logró identificar que los recursos personales y sociales juegan un papel sumamente importante en las consecuencias positivas o negativas que puede desencadenar la crisis, esto encaminó su enfoque a intervención temprana, ya que de este modo se podría procurar inducir al paciente una resolución positiva de su crisis, aminorando el riesgo de presentar una patología psicológica grave. En este sentido el papel del profesional de la salud mental consistía en la capacitación de maestros, enfermeros, clero y consejeros para detectar y abordar las crisis en establecimientos comunitarios (Slaikeu, 1996).

En el marco del movimiento de salud mental comunitaria de Estados Unidos de América, Caplan (1964, en Fernández y Rodríguez, 2000) desarrolló una propuesta de psiquiatría preventiva con el fin de reducir la frecuencia de trastornos mentales en la comunidad (prevención primaria); la duración de los trastornos (prevención secundaria), que pretendía abordar a través del diagnóstico y tratamiento precoz; y el deterioro que los trastornos pudieran causar (prevención terciaria), facilitando la rehabilitación y actuando sobre las consecuencias.

En cuanto a la prevención primaria, Caplan (1964, en Fernández y Rodríguez, 2000) refiere que es la disminución de la proporción de nuevos casos de trastornos mentales, contrarrestando las circunstancias perniciosas antes de que tengan ocasión de producir la enfermedad en una determinada población. Siendo así, su modelo de prevención primaria se basa en la previsión de aportes, ya sean físicos, psicosociales o culturales, para progresar en cada etapa del desarrollo y no sufrir crisis; y la intervención en crisis, para influir en los momentos que exigen cambios bruscos.

En base a la teoría de la crisis propuesta por Caplan, surge un movimiento de la prevención del suicidio, el cual creció rápidamente a principios de 1960 en Estados Unidos. Comenzaron a surgir diversos centros que otorgaban atención telefónica directa para la prevención de suicidios vinculados las 24 horas del día los 365 días, estos centros se apoyaban principalmente de voluntarios que no eran especialistas en salud mental pero eran capacitados por ellos. Sin embargo, rápidamente varios centros cambiaron su enfoque y

ampliaron su atención de sólo prevención de suicidio a crisis por suicidio, divorcio, desempleo, maltrato o rebeldía adolescente e incluyeron funciones de alcance externo el cual consistía en acudir, en situaciones que fuera necesario, al lugar donde se encontraba la persona que requería de la atención y brindársela (Slaikeu, 1996).

Por su parte, Bellak (1993) menciona que sus inicios en las intervenciones breves de psicoterapia tuvieron lugar inmediatamente después de la segunda guerra mundial, en respuesta a las necesidades de la gran cantidad de veteranos de atención psicológica, así que la Administración de Veteranos permitía que éstos consultaran a los psiquiatras sólo en 3 ocasiones, y posteriormente en 6. Con tan corto tiempo para terapia, se intentó diseñar un método que más que intervención, ofreciera tranquilidad, apoyo y consejo a los usuarios; y de hecho este método daba buenos resultados.

Consecutivamente aplicó tal método con buenos resultados en un centro de rehabilitación para enfermos de tuberculosis y del corazón, debido a la gran demanda de pacientes. Y ulteriormente en una clínica psiquiátrica de consulta externa. Al parecer, la terapia breve y de urgencias de Bellak, fue una respuesta práctica a las limitaciones de tiempo y de personal a las que se enfrenta la población en situaciones graves, y que ayuda en menor tiempo al mayor número de personas que lo requieran.

El enfoque de Bellak (1993) se diferencia de métodos de tratamiento breve anteriores que preseleccionan a los pacientes adecuados como el de Sifneos (1972, en Bellak, 1993), o terapias relativamente largas como las 30 sesiones de Malan (1976, en Bellak, 1993), terapias con limitaciones teóricas como la de Mann (1973, en Bellak, 1993), o terapias difíciles de soportar para personas en crisis como el método confrontativo de Davenloo (1978, en Bellak, 1993).

Con todo esto, Slaikeu (1996) advierte que la intervención en crisis y servicios de urgencia ha ido tomando un lugar de suma importancia en las instituciones de salud debido a su relación costo-beneficio, a tal grado que se consideró como parte integral de cualquier sistema de salud mental y era requisito en toda fundación federal. Para la década de los 70's, en los sistemas de salud se debían de cumplir con cinco áreas: servicios, administración, participación ciudadana, investigación y evaluación y capacitación del

personal. El área de servicios se dividía en ocho subáreas de las cuales dos incluían actividades comprendidas bajo la noción caplaniana de intervención durante las crisis vitales, estas áreas eran estabilización y decremento.

Paralelamente al auge de los centros comunitarios, en la década mencionada, las investigaciones y publicaciones que proporcionaban información acerca de cómo abordar a personas en crisis también tuvieron un crecimiento notable, los profesionales que publicaban alrededor de este tema eran principalmente psiquiatras, psicólogos, enfermeros y trabajadores sociales. Para finales de los 70's ya se contaba con un gran acervo bibliográfico de este tema lo cual respaldaba la presencia fundamental de esta área en las instituciones de salud.

Actualmente, la intervención en crisis se utiliza para actuar en situaciones de urgencia, y es uno de los programas obligatorios de los centros de salud y en el 2001 se ha establecido una sección de crisis y emergencias en la división de psicología clínica de la APA.

## **1.2 Conceptos básicos**

### **1.2.1 Crisis**

Para comenzar a hablar de crisis, es importante mencionar que este término es utilizado indistintamente en diferentes áreas, desde la medicina hasta la economía, lo que puede provocar una confusión y por lo que es necesaria su delimitación en el campo de la psicología (Fernández y Rodríguez, 2000).

Desde un campo psiquiátrico, Chinchilla (2003) define la crisis como una situación de agudeza brusca, con duración y desorden de funciones psicomotoras variables, que se presenta en síntomas y conductas riesgosas, en ocasiones, con imprevistos conductuales que pueden desbordar la situación.

En el campo de la psicología, el término crisis generalmente evoca imágenes de eventos, circunstancias o experiencias negativas que afectan el bienestar en cualquier ámbito de la vida de la persona que la viva. Una crisis psicológica puede involucrar la pérdida o un cambio radical en la relación con uno mismo o con otros significativos (Dattilio y Freeman, 2000).

Para complementar esta visión Derito (2006) considera una crisis cuando han aparecido síntomas psicopatológicos como cambios cualitativos y cuantitativos en la estructura psíquica previa, rupturas en el acontecer histórico vital, pérdida de libertad; y cuando aparecen trastornos de conducta que conducen a la desadaptación social y familiar.

Existen muchos autores que trabajan el concepto de crisis, como Caplan, Tom y Taplin, a quienes retoma Slaikeu (1996) entre otros, sin embargo todos concuerdan en que la crisis es un “punto de cambio” el cual puede ser para bien o para mal. Según la teoría de la crisis, ésta es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del individuo para manejar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo.

Swanson y Carbon (1989, en Fernández y Rodríguez, 2000) retoman la teoría de la crisis y la resumen en 10 puntos, consultando a varios autores:

1. Las crisis son experiencias normales de la vida y reflejan una lucha en la que el individuo intenta mantener un estado de equilibrio entre sí mismo y su entorno (Caplan, 1964).
2. El estrés que desencadena una crisis puede ser interno o externo (Erikson, 1950), un hecho catastrófico o la acumulación de hechos de poca gravedad (Korner, 1973).
3. La gravedad de la crisis no se relaciona con la gravedad del estresor, sino por cómo la perciba el individuo.
4. En ocasiones existe un nexo emocional entre la situación actual y conflictos pasados (Hoffman y Remmel, 1975).
5. Las crisis son acontecimientos autolimitados, generalmente de 4 a 6 semanas, y al terminar tal plazo, se resuelven adaptativa o desadaptativamente (Bloom, 1977).
6. Dado que en las crisis se debilitan las defensas, el sujeto está más receptivo a la ayuda (Schwartz, 1971), así, esfuerzos mínimos conllevan resultados máximos (Rapoport, 1962).
7. Dar solución adaptativa a una crisis ofrece: dominar la situación actual, elaborar conflictos pasados y aprender estrategias para el futuro (Caplan, 1964).

8. La resolución no está tan determinada por las experiencias pasadas o la estructura de la personalidad como por procesos presentes (Paul, 1966).
9. Las pérdidas anticipadas o reales suelen ser un factor importante a trabajar (Hitchcock, 1973; Stickler y LaSor, 1970).
10. Con la resolución adaptativa emergen nuevas habilidades de solución de problemas útiles para el futuro.

Al hablar de las reacciones ante las crisis, Derito (2006) señala que dependen de la personalidad, inteligencia y entrenamiento para enfrentarla de cada individuo. Aunque también es cierto que enfrentarnos a lo desconocido, produce temor, y éste provoca reacciones primitivas de ataque, huida o inmovilización.

Slaikeu (1996) indica que existen tres variables fundamentales que determinan el curso de la crisis y por ende las reacciones que se desencadenan. La gravedad del suceso, que se refiere a la manera como se presentó el acontecimiento que produjo la crisis. El impacto de un suceso particular depende de su oportunidad, intensidad, duración, continuación y grado de interferencia con el desarrollo de la vida del individuo.

Retomando esta definición que da Slaikeu (1996), Dattilio y Freeman (2000) rescatan cada aspecto importante de ésta y los amplían. En cuanto a la primera variable, el “estado temporal” de las situaciones de crisis, mencionan que para muchos individuos la crisis puede ser inmediata; mientras que para otros, la temporalidad de la crisis puede ser de varios años, este tipo de crisis prolongada puede ser parte de un estrés postraumático. Otro tipo de personas, pueden tener predisposición a ver ciertos estímulos como peligrosos, por lo que pueden percibir muchas circunstancias como crisis, para estas personas, no es una crisis, sino una serie de crisis que continúan afectando su vida.

El segundo grupo de variables que indica Slaikeu (1996) tiene que ver con los recursos personales de los sujetos, algunos están mejor dotados que otros para manejar las tensiones de la vida, este grupo de variables se refiere a los recursos cognitivos que la persona posee para superar la crisis, cómo percibe el suceso y cómo es que incorpora el suceso a su vida, que vendría siendo cómo es que éste incide en la estructura existencial de la persona.

Al respecto, Dattilio y Freeman (2000) añaden que la desorganización o molestia que causa una crisis, provoca ansiedad y depresión. La desorganización involucra confusión y un decremento en la habilidad para resolver problemas, esta desorganización puede ser cognitiva, conductual y emocional. Cuando se interrumpe el equilibrio de una persona y da como resultado una forma de ansiedad, la flexibilidad cognitiva de la persona disminuye y las estrategias más comúnmente usadas en estas situaciones son la evitación y negación, lo que sólo consigue abrumar más al afectado.

Volviendo con Slaikeu (1996), el tercer grupo de variables son los contactos sociales a los que la persona tiene acceso inmediatamente después del incidente, pueden ser familiares, amigos, autoridades especialistas e incluso desconocidos, se trata de las personas que están disponibles para ayudar con las consecuencias inmediatas del suceso de crisis y qué clase de ayuda proporcionan estos asistentes.

Dattilio y Freeman (2000) añaden que al contar con este apoyo social, las consecuencias de una crisis también pueden ser vistas positivamente, como puede ser la oportunidad de tener nuevas experiencias, comenzar de nuevo, o adquirir nuevas habilidades, comportamientos, e incluso insights, así como la apreciación de la vulnerabilidad humana frente a los peligros de la vida.

Con respecto a esto, Rubin y Bloch (2001) aclaran que cuando se habla de recursos, se engloban cuatro áreas que son los recursos internos, los recursos interpersonales, los recursos comunitarios y los recursos espirituales. Si un individuo percibe una falta de recursos adecuados de apoyo o flexibilidad, la situación de crisis puede parecer abrumadora y destructiva, sin embargo, esas fuentes de apoyo pueden encontrarse disponibles si el individuo es capaz de acceder a ellas, existiendo así la posibilidad de que la situación sea concebida como desafiante en vez de amenazadora.

### **1.2.2. Tipos de crisis**

Los recursos que mencionan Rubin y Bloch (2001) suelen encontrarse en un nivel de adaptación óptimo, pero en los casos en que no se cuenta con estos recursos, existen reacciones de inadaptación, surgen entonces las crisis, por cualquier situación o motivo como pérdidas, vivencias de inferioridad ante los demás, situaciones de callejón sin salida,

sobrecargas emocionales o sentimentales como agresiones o reacciones primitivas ante catástrofes, factores psicofísicos como menopausia o pérdida de rol o aislamientos afectivos, o incluso sociales como patologías de la inmigración (Chinchilla, 2003).

Estas situaciones o motivos desencadenantes, Slaikeu (1996) las clasifica como circunstanciales y de desarrollo. Las crisis circunstanciales son accidentales o inesperadas y su rasgo más sobresaliente se apoya en algún factor ambiental, por ejemplo la pérdida de un ser querido por un desastre natural o cuando se es víctima de crímenes violentos; sin embargo, también se suman a esta categoría las crisis que se centran en sucesos como cambios de residencia, divorcios y desempleo. Por otro lado, las crisis de desarrollo son aquellas relacionadas con el desplazamiento de una etapa del crecimiento a otra, desde la infancia hasta la senectud.

Para Navío, Leira y Quintero (2003) las crisis no resultan ser una especificidad diagnóstica, sino un estado en el que ocurrirá un cambio. Y cuando éstas son resultado del ritmo habitual del desarrollo, se denominan crisis naturales, entre éstas se encuentra el matrimonio, la llegada de hijos, la adolescencia de éstos y la jubilación por mencionar algunos ejemplos, que generalmente se presentan tras sucesos precipitantes y definitorios. Respecto a esto, Bellak (1993) agrupa en dos a las situaciones críticas: las que involucran violencia y despiertan temores para la vida y salud; y bajo el otro grupo, las que se refieren a pérdida de autoestima y de amor o seres queridos, en la mayoría, las crisis de este grupo representan sentimientos de culpa.

La resolución final de estas situaciones depende de factores como la gravedad del suceso, factores personales o recursos sociales con los que se cuente. Y el objetivo principal que debe perseguir quien intervenga será devolver al paciente al nivel previo de funcionamiento.

Siguiendo con las crisis del desarrollo, Dattilio y Freeman (2000) retoman la definición de Erickson (1951) en donde explica que la idea de una crisis no necesariamente es una experiencia negativa que destruye o daña al individuo, más bien es un punto de crecimiento. Este crecimiento le da al individuo fuerza, amplía su repertorio de habilidades para manejar situaciones difíciles y lo ayuda a tener éxito en diferentes áreas de la vida;

aunque la falta de resolución de crisis puede guiar al individuo a un pobre estilo para enfrentar crisis. También menciona que la naturaleza y el grado en que se resuelven o no las crisis definen la dirección del desarrollo del individuo, este crecimiento lleva al desarrollo de una forma de ver la vida con sus comportamientos, cogniciones y emociones particulares formando el esquema de cada persona.

Por su parte, Rubin y Bloch (2001) hacen un listado de las características de las crisis vitales, como ellos las llaman:

- Son un punto crítico potencialmente catastrófico, gratuito, de la propia vida. Aunque se trata a menudo de un fenómeno universal, la propia experiencia es solitaria y el individuo se siente sólo y único.
- Muy raramente es algo percibido por los demás, puede alterar la vida del individuo pero la estructura social permanece inalterada.
- El evento de la crisis vital provoca que la gente que rodea al sujeto se movilice y responda de forma novedosa. También implica el contacto con personas con roles inexpertos como profesionales dentro de una variedad de modalidades “asistenciales”.
- Aunque con frecuencia es algo anticipado, esto no ayuda a que el individuo se prepare: la crisis vital es vivida como algo impactante, inesperado y que puede sucederle a los demás pero nunca a uno mismo.
- Algunas veces puede poner en riesgo la vida. Implica siempre la pérdida del modo de vivir tal y como éste era antes de la crisis. La vida ya nunca será igual.
- Muy rara vez se encuentra implicada una lección y siempre está ausente la posibilidad de elegir una reacción espontánea.

A la clasificación propuesta por Slaikeu (1996) se suman las crisis existenciales propuestas por Guilliland y James (1993, en Rubin y Bloch, 2001), éstas se refieren a los conflictos internos y a la ansiedad que acompaña a las importantes cuestiones humanas como el propósito, la responsabilidad, la independencia, la libertad y el compromiso, siguiendo esta lógica, la crisis de la madurez o la crisis de envejecimiento se encuentran en esta categoría cuando traen consigo remordimiento e insatisfacción (ver Tabla 1).

Aunque es importante conocer la situación que provoca las crisis, éstas no sólo se definen por esta variable, Dattilio y Freeman (2000) exponen que también es importante tomar en cuenta la percepción individual de tal situación por quien la padece y por las habilidades o falta de éstas con que cuente la víctima para poder lidiar con la circunstancia vivida. Cabe mencionar que en una misma situación, diferentes personas manejan la crisis en diferentes niveles de competencia o éxito.

Crisis circunstancial incluye:	Crisis evolutiva o del desarrollo incluye:
Las crisis sexuales: violación, incesto	Concepción o esterilidad
El aborto	Embarazo, parto, nacimiento
El suicidio	La infancia y la niñez temprana
La enfermedad aguda o crónica	Las crisis que involucran la identidad sexual
El alcoholismo y abuso de sustancias adictivas	Las crisis de madurez, incluyendo el cambio de carrera
El divorcio y la separación	La jubilación
Maltrato	El envejecimiento
Crisis familiar	La muerte
La viudez	
Víctima de accidentes y crímenes	
Choques culturales	
Las relacionadas con al trabajo: pérdida, traslado	
Secuestro	

Tabla 1. Eventos incluidos en crisis circunstanciales y de desarrollo (Rubin y Bloch, 2001).

Para Dattilio y Freeman (2000) las crisis son el resultado de la ruptura del balance individual, ya sea firme o precario, y se dan en momentos de la vida en que el estrés y la tensión rebasan las proporciones a las que se está acostumbrado, provocando que el individuo sea incapaz de resolver tal situación. Como consecuencia, el sujeto presenta síntomas, los cuales son indicadores clínicos de que se requiere intervención.

Para ejemplificar lo que puede ser una crisis, se menciona un estudio realizado por Holmes y Rahe (1967, en Slaikeu, 1996), quienes para determinar el grado de la crisis, investigaron la relación entre salud física y los cambios más importantes en la vida como sucesos que provocan tensión, por ejemplo muertes, divorcios, embarazos, cambios de residencia. A los sucesos de la vida les asignaron un peso numérico (unidades de cambio en la vida), los cuales se sumaban para cuantificar el cambio que experimenta una persona durante una secuencia temporal particular. De esta manera una crisis vital vendría siendo cualquier conjunto de unidades de cambio en la vida que suma 350 puntos o más al año.

### **1.2.3. Respuestas o fases ante una crisis**

Generalmente, cuando una persona se encuentra en crisis y sus recursos actuales no sirven para resolverla, hace referencia a reservas poco utilizadas de fortaleza personal y espiritual, o habilidades practicadas rara vez que la ayuden a superar la crisis. O si tiene la ventaja de contar con familiares, personas cercanas o profesionales, a los que pueda recurrir y le brinden apoyo, este recurso resulta significativo (Dattilio y Freeman, 2000).

En referencia a la forma de utilizar los recursos personales para resolver una crisis, Caplan (1964, en Fernández y Rodríguez, 2000) plantea un modelo secuencial de desarrollo normal en cuatro fases:

Fase 1. Se eleva la tensión por el impacto del estímulo, pone en acción las habituales respuestas homeostáticas de solución de problemas.

Fase 2. El mantenimiento del estímulo y la falta de éxito de las respuestas homeostáticas, provocan, aún más, la elevación de la tensión, de alteración e ineffectividad.

Fase 3. Al seguir aumentando la tensión, ésta comienza a actuar como un poderoso estímulo que modifica recursos internos y externos, así que el individuo recurre a sus reservas de energía y mecanismos de energía para resolver problemas, y comienza a redefinir sus técnicas de solución de problemas mediante ensayo y error.

Fase 4. Si aún no se ha podido resolver el problema, la tensión se eleva hasta el punto de la ruptura, siendo entonces cuando se produce una importante desorganización del individuo, con resultados graves.

También es importante mencionar que si una persona no pudo solucionar una crisis en determinado momento, siempre tendrá otras oportunidades de resolver crisis a lo largo de su vida, para que pueda desarrollar nuevas habilidades.

Por otra parte, Lazarus (1983, en Rubin y Bloch, 2001) cree que un individuo, al enfrentarse con una situación potencialmente estresante realiza una evaluación cognitiva con base a las agendas personales llevadas a la situación y en base a su creencia sobre la disponibilidad de los propios recursos y distingue tres tipos de evaluación: la evaluación del daño o pérdida (he sufrido un daño), la evaluación de la amenaza (puedo sufrir daño) y la valoración del desafío (puedo hacerlo: enfoque sobre el crecimiento). La reacción a esta evaluación depende el inventario inmediato que efectúa el individuo sobre sus recursos personales e interpersonales.

Una forma secuencial de ver las crisis resulta práctica al explicar y estudiarlas, por lo que muchos autores optan por usarla, Fernández y Rodríguez (2000) hacen su propio resumen de las crisis en los siguientes puntos:

- La persona cuenta con un funcionamiento previo razonablemente satisfactorio para ella hasta el momento anterior a la aparición de la situación de crisis.
- Se produce una quiebra brusca de este funcionamiento, que puede atribuirse a una suspensión de los aportes físicos, psicológicos y/o socioculturales, esto es una ruptura del equilibrio previo.
- A pesar de que la persona cuenta con la experiencia de que anteriormente ha podido enfrentar situaciones difíciles y resolver problemas, los procesos utilizados para salir adelante en las situaciones de crisis no son aplicables o no han dado resultado a partir del momento en que se ha producido esa ruptura.
- Si quien vive la crisis se presenta a terapia, muestra los siguientes elementos en las primeras sesiones:
  - Experimenta el tiempo como un conjunto de instantes aislados sin proyección sobre el pasado ni el futuro.
  - El paciente se vive como dominado por el problema e incapaz de remontarlo, lo que facilita la petición de ayuda.

- Hay una pérdida del significado y el sentido sostenidos hasta ahora por el paciente acerca de su mundo personal, relacional y de creencias.
- Hay una vivencia de malestar subjetivo.

Las respuestas presentadas por las víctimas de una crisis se dan en tres direcciones, a nivel cognitivo se ven desbordadas las habilidades de resolución de problemas y los mecanismos de afrontamiento, a nivel psicológico el estado temporal de shock puede ser seguido por negación, confusión, temor, terror, tristeza, aplanamiento emocional, incredulidad, excitabilidad e inquietud que pueden traducirse en alteraciones del equilibrio psicológico del individuo, y a nivel fisiológico pueden presentarse reacciones de estrés general tales como cambios en el ritmo cardiaco, respiración y una sudoración excesiva (Rubin y Bloch, 2001).

Las respuestas más comunes por las que transcurren las víctimas de crisis, Horowitz (1976, en Navío, Leira y Quintero, 2003) las describe, también como una secuencia:

- Llanto o reacción inicial al impacto.
- Negación, que conduce a un bloqueo del impacto.
- Intrusión, que supone la invasión involuntaria de ideas acerca del suceso doloroso.
- Comprensión, en que se divulgan pensamientos o sentimientos.
- Consumación, que conduce a una integración del suceso en la vida del sujeto.

Enfocándose en consecuencias más específicas, Framer (1900, en Rubin y Bloch, 2001) enlista una serie de reacciones derivadas de las catástrofes que son comunes en los individuos de todas las sociedades:

- Aplanamiento emocional
- Incredulidad
- Perturbaciones del sueño, pesadillas, en los niños terrores nocturnos
- Enojo e irritabilidad
- Flashbacks, pensamientos intrusivos
- Tristeza
- Olvido y pérdida de concentración

- Miedo a “volverse loco”
- Culpa del superviviente; pérdida de la sensación de seguridad del mundo; pérdida de confianza en los demás, sensación de que la vida carece de sentido
- Incremento en el uso de alcohol y droga
- Aislamiento social
- Excitabilidad, inquietud, y nerviosismo
- Quejas de dolor; síntomas de gripe y resfriado
- Minimización del incidente traumático
- Hipervigilancia
- Sentimiento de vergüenza, desesperación y desesperanza
- Sentimiento de invulnerabilidad “ganas de problemas”
- Vértigo, temblor y mareo
- Taquicardia
- Sentimiento de euforia

Caplan (1964, en Fernández y Rodríguez, 2000) defiende la idea de que el desenlace de la crisis depende de la forma en que se maneje la situación en ese momento y no tanto de la historia anterior de la persona, y señala la bilateralidad de la crisis como una amenaza a la salud mental del paciente y a la vez, como la oportunidad de que surjan cambios que permitan un mejor funcionamiento. También señala que durante la crisis, el sujeto experimenta una gran necesidad de asistencia y por lo mismo es más susceptible a la influencia de los otros, lo que favorece la petición de ayuda a la comunidad.

### **1.3.Intervención en crisis**

Chinchilla (2003) hace la distinción entre los términos *urgencia psiquiátrica* y *psiquiatría en las urgencias*. Donde la primera se refiere a una situación variable que en algún momento genera una demanda de atención y asistencia psicológica o psiquiátrica inmediata, ya sea por iniciativa de la víctima, familiares, especialistas o instituciones; la cual conlleva factores sociales, culturales, étnicos y económicos, lo que dificulta la formulación de un diagnóstico.

Asimismo, las urgencias psiquiátricas se diferencian de las urgencias médicoquirúrgicas, porque éstas llevan implícito el peligro o riesgo de enfermedad; sin embargo, en las urgencias psiquiátricas se suman a esto los trastornos comportamentales como desadaptación o intolerancia a la situación de cada paciente. Otra diferencia que enuncia Chinchilla (2003) sobre estos tipos de urgencias, es que en las psiquiátricas no siempre se delimita un trasfondo etiológico, ya que la relación causa efecto casi nunca llega a ser genérica, es decir, una misma causa puede producir síntomas psíquicos diferentes en distintos sujetos, incluso la misma causa puede producir diversos síntomas en la misma persona bajo diferentes circunstancias. Estos diferentes contextos o circunstancias condicionan, de alguna manera, la demanda de ayuda terapéutica.

Fernández y Rodríguez (2000) se refieren, con el término intervención en crisis, al procedimiento de intervención y al modo de concebir la salud y los trastornos mentales, y a sí mismo, a la posibilidad de intervenir sobre ellos desde la óptica de la salud pública.

Retomando los esquemas de Erickson (1951), Dattilio y Freeman (2000) señalan que al entender los diferentes tipos de comportamiento, producto de una solución o no, de crisis, el terapeuta puede entender las estrategias individuales de afrontamiento. Este entendimiento lleva a intervenciones más efectivas que ayudan a los pacientes a resolver las crisis. La primera tarea del terapeuta sería discernir y manifestar un esquema particular que le permita examinar, tal esquema con el paciente, las ventajas y desventajas de mantenerlo o cambiarlo.

En cuanto a la prevención de crisis psicológicas Bellak (1993) señala que existen tres etapas, cuando las personas están en peligro psicológicamente, se hace lo que se llama prevención primaria, que ayuda a prevenir los problemas, esto tiene diferentes aplicaciones como el duelo, cirugías o en casos de violencia, antes de que los pacientes se den cuenta de que tienen un problema psicológico es decir translaborar el impacto de estas situaciones mientras aún se encuentran en estado de negación o choque.

Por su parte, Slaikeu (1996), también identifica tres momentos en la intervención en crisis, al primer momento también lo llama Prevención Primaria, sólo que se diferencia de la que propone Bellak (1993), ya que el primero menciona que ésta tiene lugar antes de que los

sucesos desencadenantes ocurran, su objetivo es reducir la incidencia de los trastornos mentales y el mejoramiento del crecimiento y desarrollo humano a través del ciclo vital.

Un segundo momento es la Prevención Secundaria que para Slaikeu (1996) tiene lugar inmediatamente después del suceso de crisis. Ésta tiene como objetivo reducir los efectos debilitantes de la crisis vital y facilitar el crecimiento por medio de la experiencia de crisis, en este sentido esta intervención está dirigida a víctimas de experiencia de crisis y a sus familias y es en este momento donde se podría hablar meramente de una intervención en crisis.

En contraste, la prevención secundaria para Bellak (1993) aplica cuando los estados agudos ya existen, pero aún se puede prevenir que se conviertan en estados más graves o crónicos. Y la prevención terciaria se enfoca al alivio de los estados crónicos, lidia con exacerbaciones agudas y los síntomas más perturbadores.

El tercer momento, la Prevención Terciaria de Slaikeu (1996) incluye las estrategias encaminadas a reducir el deterioro y los trastornos emocionales que resultan de una resolución deficiente de la crisis. Esta intervención tiene lugar años después del incidente y tiene como objetivo reparar el daño hecho por crisis vitales no resueltas.

Desde un punto de vista más práctico, Derito (2006) indica dos modelos de intervención en crisis:

**Modelo preventivo.** Actúa sobre los factores de riesgo antes que la crisis se desencadene. Esto en realidad no está muy desarrollado y se limita a la educación y detección precoz de casos.

**Modelo institucional.** Espera a que llegue el paciente, cuando la situación ya es una crisis intolerable y que no puede ser manejada por el entorno. Se controla la situación en forma rápida y eficaz con una intervención directiva.

Dattilio y Freeman (2000) sugieren que en general la intervención en crisis está dirigida a la resolución psicológica de una crisis en la vida de una persona, y restaurarla al nivel de funcionamiento en que se encontraba antes del suceso.

La intervención en crisis es una relación a corto plazo, orientada al problema, que persigue el objetivo de producir un cambio constructivo en la situación vital del cliente tan rápida y directamente como sea posible. La concepción que Rubin y Bloch (2001) plantean con respecto a la intervención en crisis es la de dos personas que trabajan juntas para ayudar, a una de ellas, que se encuentra abrumada, a superar un periodo de crisis positivamente; la suposición que proponen es que la persona en crisis es un individuo con un funcionamiento normal que se encuentra necesitado de un guía durante este periodo de aflicción, siendo la crisis un acontecimiento que puede sucederle a cualquiera durante su vida.

### **1.3.1. Intervención en situaciones de urgencia: modalidades de atención**

Como puede verse, desde sus inicios en la década de los 40's, la intervención en crisis ha tenido un enfoque preventivo, sin embargo Slaikeu (1996) refiere que este concepto no es el más pertinente para caracterizar la intervención en crisis ya que esto sugiere que con la intervención en crisis se debería de alejar a la gente de sus experiencias de crisis con la esperanza de reducir la posibilidad de un debilitamiento psicológico posterior. Por lo que en una crisis es importante tomar en cuenta al paciente, quien generalmente tiene una especie de visión de túnel, donde sólo alcanza a percibir un espectro muy reducido de opciones, así que lo primero que se tiene que hacer para convertir una situación de urgencia o crisis en algo más manejable, es ayudar al paciente a tener una visión más amplia y a ser capaz de ver sus alternativas (Bellak, 1993).

Con el paso del tiempo se viven nuevas situaciones y los pacientes que acuden a urgencias han cambiado en las últimas dos décadas, ahora son cada vez más los que acuden por problemas de personalidad, ansiedad, neurosis desadaptaciones, consecuencias de toxicomanías y conductas suicidas; también son cada vez personas más jóvenes y con mayor intolerancia (Chinchilla, 2003).

Estos constantes cambios de forma de vida representan un nuevo desafío para los profesionales de la salud y una confrontación con el drama de quien la sufra. Este desafío obliga al profesional a captar la gravedad de la situación y a jerarquizar las acciones de manera rápida, ya que se trabaja contra el tiempo, aunque sin dejar de lado la calidad de la intervención (Derito, 2006).

La situación de crisis se debe abordar desde el marco de referencia que mejor domine el profesional, como en cualquier otra situación, sólo que las crisis pueden llegar a plantear una dinámica diferente, ya que la diversidad de escenarios no llega a adaptarse tan rápido como se necesita, por tanto, es necesaria una visión flexible.

De acuerdo con esto, Hillman (2002) indica que si bien la intervención en crisis es por definición una tarea desafiante, con una guía y ayuda de retroalimentación, el trabajo es posible aún con pacientes caóticos. Aunque es importante saber que apearse rígidamente a un plan preestablecido sin la habilidad de hacer los cambios y las excepciones necesarias, es tan malo como no tener ningún plan.

De esta forma, lo que Bellak (1993) propone, es una psicoterapia breve que pueda ser utilizada en distintos escenarios y distintas situaciones de crisis; que se basa en distintos enfoques teóricos como el psicoanálisis, el sistémico y la teoría del aprendizaje.

Chinchilla (2003) advierte que en la praxis de la intervención en crisis, es importante considerar algunas variables de interés, ya que éstas influirán en el tratamiento que se le dé al paciente, así como la forma en que éste se presenta, su aspecto, comunicación, estado psicofísico y actitud en general y hacia su situación ya sea de intolerancia, exageración, evitación o minimización; la razón por la que se presenta, que puede variar del verdadero problema, y si lo hace por iniciativa propia, por emergencia socio-familiar, por repercusiones en otros ámbitos de su vida y terceros, o por búsqueda de refugio; su historia previa y actual y fuentes de información de éstas, los riesgos que muestra para sí mismo y para otros; lo que se debe y puede hacer; las posibilidades terapéuticas se deben implantar con vistas a corto y mediano plazo; si es necesaria la derivación a otro servicio; otros soportes que se deben buscar; valorar lo que es urgente, lo importante, lo necesario y lo que puede esperar; si pertenece a alguna etnia, religión, cultura, su estrato social y economía; capacidad para la tolerancia terapéutica; y posibles ganancias con la posición de víctima. También identifica algunos de los objetivos de la intervención en crisis como son la identificación temprana y la prevención, la orientación biopsicosocial del paciente y trabajar con la familia del paciente para prevenir complicaciones por reacciones de la familia o paciente ante el malestar.

### **1.3.1.1. Intervención de primera instancia o primeros auxilios psicológicos**

Cuando alguien ha sufrido de una situación impactante que le genere una crisis, quien intente ayudar, generalmente sigue el impulso de centrarse en el suceso. Sin embargo, es de mayor ayuda entender el significado que el sujeto le da a su situación, que es diferente para cada persona. Al hacer esto, es imprescindible lograr el acercamiento con tacto, proporcionar comprensión, apoyo emocional y la seguridad de que recibirá la ayuda necesaria en el futuro inmediato y mediano; se debe evitar interpretar al paciente o solicitarle comentarios a propósito (Navío, Leira y Quintero, 2003).

Esto forma parte de la primera fase de la intervención en crisis o primeros auxilios psicológicos, la cual puede durar de minutos a horas y su objetivo es reducir la mortalidad, vincular al sujeto a los recursos de ayuda, y el restablecimiento inmediato de sus estrategias de afrontamiento. Navío, Leira y Quintero (2003) retoman a Slaikeu (1984) quien menciona los cuatro componentes principales de esta etapa:

1. Establecer contacto psicológico. Invitar al paciente a hablar, resumir hechos y sentimientos, proporcionar calma.
2. Examinar las dimensiones del problema. Preguntar por el pasado inmediato, suceso precipitante, funcionamiento previo de la persona, recursos sociales y futuro inmediato.
3. Explorar conjuntamente las soluciones posibles. Preguntar al paciente por las soluciones previas que ha intentado, explorar lo que puede hacer ahora, proponer otras alternativas, redefinir el problema.
4. Ayudar a decidir una acción concreta. Cuando hay riesgo de muerte la actitud ha de ser directiva, y más facilitadora cuando el riesgo es más bajo.

Para lograr una mejor intervención de primera instancia o primeros auxilios psicológicos, Slaikeu (1996) propone una valoración de los principales sistemas que se ven afectados con las crisis, a la que llama valoración del modelo CASIC (Tabla 2). Esta valoración se debe hacer tomando dos referentes, cómo funcionaba antes de la crisis y después de esta, ya que en base a las diferencias entre estos dos puntos se hará la intervención de primera instancia.

<b>Modalidad</b>	<b>Variables</b>
<b>Sistema</b>	<b>Subsistemas</b>
<b>Conductual</b>	Patrones de trabajo, interacción, descanso, ejercicio, dieta (hábitos de comida y bebida), comportamiento sexual, hábitos de sueño, uso de drogas y tabaco; presencia de cualquiera de los siguientes actos: suicidas, homicidas o de agresión. Métodos acostumbrados para salir adelante con la tensión.
<b>Afectiva</b>	Sentimientos acerca de cualquiera de los comportamientos citados; presencia de ansiedad, ira, alegría, depresión; adecuación de los afectos a las circunstancias ¿se expresan o se ocultan los sentimientos?
<b>Somática</b>	Salud y funcionamiento físico general. Presencia o ausencia de tics, dolores de cabeza, malestares estomacales y cualquier otro mal somático; estado general de relajación/tensión; sensibilidad de la visión, tacto, gusto, percepción y oído.
<b>Interpersonal</b>	Naturaleza de las relaciones con la familia, amigos, vecinos y compañeros de trabajo o escuela; fortalezas y problemas interpersonales; número de amigos, frecuencia del contacto con ellos y con los conocidos; papel asumido con los distintos amigos íntimos (pasivos, independiente, líder, como un igual); estilo de la resolución de conflictos (asertivo, agresivo, aislado); estilo interpersonal básico (congeniante, suspicaz, manipulador, explotador, sumiso, dependiente)
<b>Cognitiva</b>	Sueños diurnos y nocturnos usuales; representaciones mentales acerca del pasado o el futuro; autoimagen; metas vitales y las razones para su validez; creencias religiosas; filosofía de la vida presencia de cualquiera de los siguientes: catastrofización, sobregeneralización, delirios, alucinaciones, hablarse a sí mismo de manera irracional, racionalizaciones, idealización paranoide; actitud general hacia la vida (positiva/negativa).

Tabla 2. Evaluación CASIC (Slaikeu, 1996)

La terapia para la crisis busca asistir al paciente en la reevaluación de sus creencias, expectativas destrozadas o creencias irracionales para sustituirlas por unas más funcionales. Slaikeu (1996) menciona que lo que se debe aprovechar de las crisis es que durante los momentos de perturbación y motivación para el cambio la información diagnóstica sobre la cognición está disponible fácilmente.

Se debe poner especial énfasis sobre las rupturas en cada modalidad al determinarse el impacto del incidente de crisis sobre el funcionamiento CASIC. Sobre todo a las áreas que no han sido afectadas, o sobre otras que pueden haber sido fortalecidas como resultado de la crisis, por ejemplo recibir más apoyo de sus amigos, y así fortalecer sus lazos interpersonales.

Una vez que se tienen los datos de cada modalidad CASIC, se procede a transformar esta información en cuatro tareas que forman parte de un programa de intervención para la resolución de la crisis. Las cuales se deben cumplir en su totalidad, de modo que haya un crecimiento a partir de la crisis (Tabla 3).

Por su parte, Lazarus (1981) propone tomar en cuenta los siguientes componentes, basados en el esquema de la terapia multimodal:

- Hacer un contrato
- Examinar las dimensiones del problema
- Explorar las posibles soluciones
- Ayudar a optar por una actuación concreta
- Garantizar el posterior seguimiento

<b>Tarea</b>	<b>Modalidad</b>	<b>Actividad del paciente</b>	<b>Estrategias terapéuticas</b>
Supervivencia física	Somática	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preservar la vida (impedir el suicidio u homicidio)</li> <li>• Mantener la salud física</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Otorgara los primeros auxilios psicológicos.</li> <li>• Consultar al paciente acerca de la nutrición, el ejercicio y la relajación.</li> </ul>
Expresión de sentimientos	Afectiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar sentimientos relacionados con la crisis.</li> <li>• Expresar sentimientos relacionados con la crisis de manera socialmente apropiada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discutir sobre el incidente de crisis, con atención particular sobre cómo se siente el paciente acerca de distintos aspectos de la crisis.</li> <li>• Instruir al paciente acerca del papel de los sentimientos en el funcionamiento psicológico global, y alentar modos apropiados de expresión.</li> </ul>

Tabla 3. Las cuatro tareas de la resolución de la crisis (Slaikeu, 1996).

<b>Tarea</b>	<b>Modalidad</b>	<b>Actividad del paciente</b>	<b>Estrategias terapéuticas</b>
Dominio cognitivo	Cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollar una comprensión basada en la realidad acerca del incidente de crisis.</li> <li>• Comprender la relación entre el incidente de crisis y las creencias del paciente, expectativas, asuntos inconclusos, conceptos, sueños y metas para el futuro.</li> <li>• Adaptar o cambiar creencias, autoimagen y planes futuros a la luz del incidente de crisis.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reflexionar sobre el incidente de crisis y las circunstancias.</li> <li>• Analizar los pensamientos a la crisis y las expectativas, planes y el impacto del incidente en cada una de estas áreas.</li> <li>• Asistir al paciente en la adaptación de creencias, expectativas y al hablar de sí mismo.</li> </ul>
Adaptaciones conductuales e interpersonales	Conductual e interpersonal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hacer cambios en los patrones cotidianos de trabajo, desempeño de un rol y relaciones con las personas a la luz del incidente de crisis.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reflexionar con el paciente los cambios que pueden requerirse en cada una de las áreas principales; utilizar sesiones de terapia, asignar tareas para la casa y cooperación de la red social para facilitar el cambio en cada área.</li> </ul>

(Continuación) Tabla 3. Las cuatro tareas de la resolución de la crisis (Slaikeu, 1996).

Sobre las acciones a tomar en la intervención en crisis, Lindemann y Caplan (1944, en Hillman, 2002) postulan algunos puntos prácticos:

- Sea cual sea la orientación teórica, es imprescindible guardar la seguridad, tanto del paciente como del terapeuta, sobretodo porque la intervención se puede dar inmediata a la situación de crisis, incluso en el mismo contexto, aunque es preferible que sea en un lugar privado y establecido para la atención terapéutica, aunque a veces esto no es posible.
- La intervención en crisis requiere de un papel más activo por parte del terapeuta, incluso desde el primer encuentro, en casos de extrema confusión, se podrán dar algunas sugerencias, pero siempre dentro de una práctica ética, sin que las propias creencias influyan en éstas.
- Debido al poco tiempo con que se cuenta, es conveniente realizar una rápida evaluación del caso y no malgastar el tiempo con métodos como historia de vida, genograma, historia familiar, pruebas psicométricas y proyectivas; y completar la información faltante sobre la marcha, ya que también puede pasar que el paciente se resista a dar información muy personal debido a su estado de crisis, o que ésta se exacerbe por la insistencia del terapeuta sobre algunos temas delicados de su historia de vida.
- La intervención en crisis requiere flexibilidad terapéutica tanto para la evaluación como para la intervención propiamente dicha; así que el terapeuta debe estar familiarizado con varias orientaciones y técnicas, y encontrar la forma de que éstas se ajusten al paciente y no éste a las técnicas.
- Se debe tener una disposición abierta a tratar con cualquier población, con cultura, creencias o religión diferente a la propia, aunque también se recomienda estar familiarizado con las normas y tradiciones generales de estas comunidades y siempre ser respetuoso con éstas.
- El objetivo principal de la intervención en crisis es regresar al individuo al nivel de funcionamiento previo a la crisis, cualquier mejoría es más de lo que se debiera esperar, así no es conveniente que ni paciente ni terapeuta tengan expectativas muy altas sobre los resultados de la intervención en crisis.

Un punto importante que Chinchilla (2003) menciona para mejorar la atención terapéutica, es tener una buena comunicación con el paciente, ya que esto clarifica y reduce las demandas. La intervención también debe ser puntual, inmediata, intensiva y de duración suficiente, de tal forma que se acorte el estado crítico, se facilite el seguimiento, y sobre todo se le debe dar un lugar importante a la seguridad del paciente y del profesional, por lo que es imperativo que la intervención se lleve a cabo en zonas con, al menos, mínima seguridad donde haya fácil acceso y evacuación, seguridad asistencial y se utilicen protocolos a fin de evitar descuidos o riesgos innecesarios.

Es por esto, que en situaciones de crisis se requiere de una persona, de preferencia profesional, que pueda mantener la calma y sepa cómo actuar, y para esto se recurre todos los conocimientos, toda la experiencia, toda la creatividad y todos los recursos, ya sean humanos, materiales o sociales (Derito, 2006).

Chinchilla (2003) también apunta algunas valiosas recomendaciones. En los casos en que se tiene que posponer el tratamiento terapéutico por que existan otras prioridades, se debe procurar la contención del paciente para evitar riesgos auto o heteroagresivos, y en ocasiones observar y esperar a que se clarifiquen las cosas para poder tomar decisiones más atinadas ya que evolucione la situación. Es probable que los pacientes no colaboren, estén autistas, evitativos, recelosos, catatónicos, agitados u hostiles y muestren desconfianza hacia el terapeuta, en estos casos se debe dar especial importancia a la comunicación, sobretodo la no verbal. En la medida de lo posible, también se debe valorar a los familiares o acompañantes del paciente puesto que podrán dar pistas fundamentales para el diagnóstico y tratamiento. En todo momento se debe escuchar al paciente con tacto, paciencia, habilidad y seguridad, intuyendo lo que espera de un terapeuta, y dejar claro lo importante que es la continuidad del tratamiento.

Por su parte, Bellak (1993) menciona que la intervención en crisis debe enfocarse en comprender de la manera más completa posible al paciente y su problema, para después introducir las variables, que lo ayudarán a obtener mejores herramientas para enfrentarse a la realidad; considerando así que la psicoterapia breve y de urgencia es un aprendizaje, desaprendizaje o reaprendizaje de lo que específicamente se necesita en ese momento, y enfocándose en los síntomas principales y más perturbadores y su causa. Dentro de este

tipo de terapia se selecciona el problema para tratamiento, no al paciente, así la psicoterapia breve y de urgencia se puede utilizar en prevención primaria, secundaria y terciaria.

Pero la diferencia entre estos dos tipos de terapia, radica en que dentro de la terapia breve los objetivos se tienen que definir, y en la de urgencia el objetivo se encuentra claramente definido por lo que sea que se presente el peligro, ya sea suicidio, crisis de angustia u homicidio; para esclarecer esto, la meta de la intervención en crisis, sería, restaurar al paciente al estado en que se encontraba antes de la crisis, sin pedirle algún tipo mayor de resolución o funcionamiento. Aunque cualquier proceso de resolución, por más pequeño que sea, da, a quien lo logra, cierta experiencia y un nivel superior de solución de problemas; y para lograrlo, la terapia debe ajustarse a todo tipo de circunstancias (Bellak, 1993).

### **1.3.1.2. Intervención de segunda instancia o terapia para la crisis**

La intervención propiamente dicha o de segunda instancia persigue objetivos generales que van enfocados a crisis no resueltas y según Fernández y Rodríguez (2000), requiere encuadres diferentes, y retomando a Slaikeu (1996) se puede distinguir la intervención de segundo orden que tiene como objetivos:

- Contribuir a la supervivencia física
- Identificar y expresar los sentimientos involucrados en la crisis
- Obtener el dominio cognitivo
- Generar nuevos patrones de comportamiento y relaciones interpersonales

De manera opuesta en el modelo de transición vital propuesto por Van Gennepe (1960, en Rubin y Bloch, 2001) plantea que tras sufrir una crisis la vida, la persona cambia. Este modelo consta de tres fases, la primera es la de *duelo*, generalmente se ha pensado que el duelo es un producto final, sin embargo ya sea que la crisis sea un cambio positivo o una pérdida negativa, siempre existe un duelo necesario; por más que se piense “vive como ayer”, cuando alguien se enfrenta inicialmente con una situación de crisis, la realidad es que el ayer nunca existirá de nuevo. Esta realidad hace necesario un reconocimiento de la pérdida, la renuncia, la tristeza y el duelo; esta tristeza debe tomarse, no como una patología, sino como el dolor de un límite del crecimiento. Dentro de este proceso a

menudo se produce confusión, incertidumbre, amargura y frustración, el asistente debe estar dispuesto a provocar y tolerar preguntas que carecen de respuesta y que quedan más allá del área de conocimiento y especialización, por ejemplo ¿por qué le sucedió esto a él?

La siguiente fase corresponde a la *confusión* la cual coexiste simultáneamente con la tristeza, esta fase es descrita de la siguiente manera: “este sentimiento es diferente a extrañar lo que se ha dejado atrás o a temer lo que llega ahora. Es la sensación de encontrarse absoluta y completamente solo en un intervalo de existencia”. El intervalo de existencia se refiere a sentirse completamente indeciso, desorientado, encontrarse sin ninguna meta futura que pueda verse y sólo se sabe que las cosas ya no son tal como eran y no se visualiza aún una nueva dirección clara. Los asistentes en las crisis deben aprender a sentirse cómodos con la tristeza y poder tolerar su expresión, es válido llorar con el cliente aunque esto sólo sirve para reforzar la validez del sufrimiento de los clientes, se le demuestra que aunque el asistente sea fuerte y competente y está dispuesto a brindarle esa fortaleza para ayudarlo, también reconoce su sufrimiento.

Muchas veces la confusión va acompañada por la ira, ésta es la expresión de una pérdida dolorosa más intensa y problemática para el asistente. El individuo iracundo se percibe como alguien inaccesible y en ocasiones parecen irracionales y ocasionalmente autodestructivos, en la víctima se pueden apreciar los impulsos destructivos dirigidos a los causantes de su pérdida. En estos casos es sumamente importante para el asistente hacerle saber a la víctima que no teme de sus impulsos destructivos, y que necesita que broten los detalles de lo que está pensando y sintiendo.

La última fase es de *identidad*, en esta la persona en crisis experimenta gradualmente la sensación de un nuevo comienzo, de una nueva imagen de quién es. Cuando esta nueva independencia empieza a surgir, la parte crucial del trabajo como asistente ha pasado, sin embargo, eso no pasa de la noche a la mañana, el auxiliar debe tener paciencia, consideración, un fuerte sistema de esperanza y una gran capacidad para tolerar la ambigüedad hasta llegar a este punto.

Dependiendo del grado de estos trastornos, se debe comenzar a tomar decisiones sobre la intervención, comenzando por la necesidad de internar al paciente, considerando que en

caso de ser necesaria, se imprimirá un estigma que posteriormente será parte de las secuelas de la crisis. En los momentos de crisis, el paciente requiere de un espacio al que pueda aferrarse y donde pueda ser escuchado, para que recobre su seguridad (Derito, 2006). Haciendo la clave de una intervención en crisis exitosa, el poder descifrar los síntomas de la crisis y la patología subyacente, sin tomar decisiones erróneas, precipitadas o sólo con un conocimiento parcial de la situación (Chinchilla, 2003).

Como se puede ver, las crisis son puntos de cambio ya sea de una etapa de la vida a otra, o de cómo se conocía la vida a cómo será después de una circunstancia imprevista. Es importante notar que nadie está exento de verse involucrado en una situación de crisis, lo único que depende de cada individuo es el nivel de competencia que se tiene para manejar la crisis. Lo que es importante para la intervención en crisis, es la detección de respuestas que cada víctima presenta, para poder identificar las estrategias individuales de afrontamiento y trabajar sobre ello. Al intervenir en una crisis, es muy importante escuchar con atención a la víctima, validar cuales quieran que sean los sentimientos de quien vive la crisis y estar preparado para reaccionar ante las respuestas de la víctima. Una de las respuestas cognitivas más frecuentes es la visión de túnel, en la que el terapeuta tendrá que abrir este panorama al sujeto en crisis. La intervención en crisis se da en un periodo corto y persigue un objetivo claro, que es llevar a la víctima al estado en que se encontraba antes de la crisis; esto hace importante mencionar que existen tres etapas de intervención: la prevención, la crisis como tal y la reparación del daño por crisis no resueltas. A pesar del corto periodo de tiempo en que se realiza la intervención en crisis, es necesario, por parte del terapeuta, tener paciencia y tolerancia a las dudas y miedos del usuario.

#### **1.4. Técnicas de intervención en crisis**

Acorde a los momentos de la prevención de crisis que Slaikeu (1996) menciona, existen estrategias o técnicas que se emplean en cada una. Para la primera, indica que las más acordes son la educación pública, cambios en la administración en relación con los tenses ambientales y la enseñanza de habilidades para resolver conflictos, éstas están dirigidas a todas las personas que presenten riesgo. Para el segundo momento propone las técnicas que se denominan primeros auxilios psicológicos. Y para el tercer momento, la psicoterapia a largo plazo, el reentrenamiento, la medicación y la rehabilitación.

Para lograr las metas, Slaikeu (1996) propone cinco componentes de los primeros auxilios psicológicos:

1. Realizar el contacto psicológico. Tiene como objetivo que el paciente se sienta comprendido, aceptado y apoyado, reducir la intensidad del aturdimiento emocional y reactivar las capacidades de la persona para la resolución del problema. Para lograr esto el terapeuta debe invitar al paciente a hablar, debe escuchar los hechos y sentimientos y hacerle ver que lo está escuchando sintetizando y reflejando lo que le dice, efectuar declaraciones empáticas, mostrar interés y establecer contacto físico.
2. Examinar las dimensiones del problema. Consiste en indagar acerca del incidente que propició la crisis y sus fortalezas y debilidades con las que contaba para resolver problemas antes y después de la crisis, los recursos personales y sociales con los que cuenta el paciente para resolver la crisis y las decisiones que necesita tomar en un futuro cercano a la crisis para superarla. En este sentido el objetivo de este componente es identificar las necesidades inmediatas o posteriores a corto plazo, es decir menos de un mes.
3. Analizar posibles soluciones. Tiene como objetivo identificar una o más soluciones para las necesidades inmediatas o posteriores para lo cual el terapeuta debe preguntar qué es lo que el paciente ha intentado hasta ese momento para resolver el problema, qué es lo que podría o puede hacer en ese momento y proponer nuevas alternativas como nuevos comportamientos, redefinir el problema, cambios ambientales o asistencia externa.
4. Asistir en la ejecución de acción concreta. El objetivo es ejecutar soluciones inmediatas, planeadas para satisfacer las necesidades inmediatas. Esta parte es de suma importancia, si la circunstancia presenta un riesgo de mortalidad bajo y la persona es capaz de actuar en su propio beneficio el terapeuta debe tomar una actitud facilitadora donde se establezca un diálogo y se establece un contrato para actuar entre el asistente y el paciente. Si se presenta un alto riesgo de mortalidad y la persona no es capaz de actuar en su propio beneficio el asistente debe tomar una actitud directiva brindarle ayuda y el contrato de acción se establece incluyendo terceros como a la familia y otros recursos comunitarios.

5. Seguimiento. En este rubro, el asistente debe asegurar la identificación de información, examinar los posibles procedimientos para dar seguimiento y establecer un convenio para recontactar al paciente. El objetivo del seguimiento es asegurarse de la retroalimentación en las tres submetas ya mencionadas.

Slaikeu (1996) presenta un cuadro que resume claramente qué es lo que se debe y no se debe hacer en los primeros auxilios psicológicos en cada uno de los componentes (ver Tabla 4).

<b>FASES</b>	<b>QUÉ HACER</b>	<b>QUÉ NO HACER</b>
<b>Contacto</b>	Escuchar de manera cuidadosa Reflejar sentimientos y hechos Comunicar aceptación	Contar tu “propia historia” Ignorar sentimientos y hechos Juzgar o tomar partido
<b>Dimensiones del problema</b>	Plantear preguntas abiertas Pedir a la persona que sea concreta Evaluar la mortalidad	Depender de preguntas de sí/no Permitir abstracciones continuas Soslayar las señales de “peligro”
<b>Posibles soluciones</b>	Alentar la lluvia de ideas Trabajar de manera directa por bloques Establecer prioridades	Permitir la visión de pasar por un túnel Dejar obstáculos sin examinar Olear una mezcla de necesidades
<b>Seguimiento</b>	Hacer un convenio para recontactar Evaluar los pasos de acción	Dejar detalles en el aire, o asumir que el paciente continuará la acción del plan por sí mismo Dejar la evaluación a alguien más

Tabla 4. Indicaciones para cada fase de los primeros auxilios psicológicos (Slaikeu, 1996).

<b>FASES</b>	<b>QUÉ HACER</b>	<b>QUÉ NO HACER</b>
<b>Acción concreta</b>	<p>Dar un paso cada vez</p> <p>Establecer metas específicas de corto plazo</p> <p>Hacer confrontaciones cuando sea necesario</p> <p>Ser directo, sí, y solo sí, debes hacerlo</p>	<p>Intentar resolverlo todo ahora</p> <p>Realizar decisiones que comprometan por largo tiempo</p> <p>Ser tímido</p> <p>Retraerse de tomarse decisiones cuando parezca necesario</p>
<b>Seguimiento</b>	<p>Hacer un convenio para recontactar</p> <p>Evaluar los pasos de acción</p>	<p>Dejar detalles en el aire, o asumir que el paciente continuará la acción del plan por sí mismo</p> <p>Dejar la evaluación a alguien más</p>

(Continuación) Tabla 4. Indicaciones para cada fase de los primeros auxilios psicológicos (Slaikou, 1996).

Antes de la intervención como tal de primeros auxilios psicológicos, Hillman (2002) propone un examen del estado mental como forma de evaluación en caso de ser conveniente:

1. Descripción general. El objetivo de una descripción apropiada es permitir la identificación de la persona descrita en lugares públicos en situaciones de crisis en los que alguna autoridad deba intervenir, como pueden ser casos donde exista riesgo de homicidio, o en que un paciente esté extraviado debido a padecimientos de demencia. Se debe describir la apariencia, comportamiento, actitud y forma de hablar.
2. También se deben describir las características objetivas y subjetivas del humor.
3. Contenido del pensamiento.
  - Suicida. Si hay presencia de alguno de los siguientes factores, se deben explicitar explicaciones detalladas:

- a) Ideación suicida. Pensamientos sobre muerte o suicidio, del tipo “desearía estar muerto” o “todos estarían mejor si yo desapareciera”; de los cuales se debe especificar la frecuencia y nivel de preocupación.
  - b) Intención suicida. En la mayoría de los casos, los pacientes no son abiertos sobre los niveles de su intención, por varias razones, entre las cuales está el deseo de llevar a cabo sus planes sin interrupciones; otros pacientes pueden mostrar ambivalencia. Cualquier cosa que el paciente refiera de forma abstracta o concreta en torno al suicidio, debe ser documentada.
  - c) Plan suicida. Información tan específica como sea posible: modo, fecha, lugar y si hay personas involucradas. Ésta es crítica para evaluar el riesgo.
  - Preocupación con miedos, culpa excesiva o sentimientos de poca valía.
  - Alucinaciones y delirios. Obtener información detallada sobre este tipo de pensamientos, su contenido, tipo y frecuencia.
  - Paranoia. Es importante determinar si un paciente que ha reportado paranoia tiene fundamentos reales.
  - Disociación.
    - a) Despersonalización. Sentimientos de distanciamiento, los pacientes presentan una experiencia sensorial anormal en la que identifican la situación y así mismos pero como si estuvieran a distancia, en una película o desde un tren.
    - b) Desrealización. Representa la forma más extrema de disociación, ya que los pacientes no sólo experimentan un distanciamiento de percepción de su cuerpo y experiencias, también pierden el sentido de identidad, esto se relaciona con serias psicopatologías.
  - Preocupaciones somáticas. Relacionadas con alguna forma de hipocondrías.
4. Procesos mentales.
- Dirección. Disponibilidad para realizar actividades diarias encaminadas a una meta.
  - Alerta. Capacidad para reconocer cambios en el ambiente inmediato.
  - Orientación. Ser consciente de su propia persona, lugar y tiempo en que se encuentra.

- Concentración. Ser capaz de realizar pruebas mentales sencillas como deletrear palabras o contar de atrás para adelante.
  - Pensamiento abstracto. Habilidad para encadenar pensamientos simbólicos, por ejemplo poder decir lo que significan algunos dichos populares.
  - Memoria. Descripción de la calidad general de memoria a corto y largo plazo.
  - Estrategias para manejar la situación. Lo que hace generalmente en situaciones estresantes: confabular, negación, evitación, sublimación, intelectualización y racionaliza.
  - Insight. Estar consciente de la naturaleza de los problemas y del rol que le corresponde.
  - Juicio. Grado en que el paciente entiende y se sujeta a las convenciones sociales, y entiende lo que es peligroso para sí mismo y los demás.
  - Perseverancia. Si se presenta, se deben tomar en cuenta los comportamientos repetitivos.
  - Control de impulsos. Se evalúa la capacidad para controlar sobretodo impulsos agresivos y sexuales.
  - Confiabilidad del discurso.
5. Síntomas vegetativos. La presencia o ausencia de estos síntomas se toma en cuenta desde las dos últimas semanas.
- Cambios en el apetito, calidad del sueño y aumento o disminución psicomotora y de energía.
  - Variación de los síntomas y su intensidad durante el día.
  - Cambios de peso. Un aumento o disminución de más de 2.5 kg en dos semanas se considera clínicamente significativo.
  - Pérdida de libido. Aún en pacientes que no tienen pareja sexual, se debe preguntar si últimamente han pensado más o menos, de lo normal, en sexo.
  - Síntomas somáticos: dolor de cabeza, problemas gastrointestinales, dolores musculares y de espalda, mareos, urticaria, presión alta y ataques de asma.

Al llevar a cabo la intervención propiamente dicha, Swanson y Carbon (1989, en Fernández y Rodríguez, 2000) afirman que los momentos de crisis dan las situaciones para que el

terapeuta pueda poner en juego sus estrategias preferidas de intervención, bajo cualquier marco teórico.

Integrando diversos modelos, como el de Peryear (1981), Roberts (1991), Guilliland y James (1993), entre otros, Rubin y Bloch (2001) formularon un modelo con dos aspectos teóricos. Uno es el continuo de dilatación-constricción, éste sostiene que las características de una persona en crisis recorren la gama que va de la dilatación hasta la constricción. La primera se caracteriza a nivel cognitivo por pensamientos desorganizados, caóticos y gran confusión, a nivel afectivo, las características del paciente son la emoción excesiva y no presenta intento por controlar la expresión emocional, y a nivel conductual se nota la expresión de una conducta exagerada e inapropiada. En este caso, por parte del asistente es necesario clarificar el pensamiento del paciente, que sea específico e identificar el problema, que enfoque los sentimientos específicos y que la propuesta de solución esté orientada a la realidad. Con lo que respecta a la constricción, el paciente se caracteriza a nivel cognitivo por presentar una gran preocupación por el problema, rumeación cognitiva, obsesión, a nivel afectivo contiene las emociones, y a nivel conductual presenta paralización, inmovilización y retirada. En este caso el asistente requiere proporcionarle sugerencias de alternativas viables, trabajar en las soluciones, ayudarlo a expresar los sentimientos de cualquier forma, y ayudarlo para estimular y hacer cosas.

El segundo aspecto teórico es el modelo general de la respuesta de Relación-Evaluación-Remisión, para hacer más específica su estructura el factor de relación se subdivide en Relación Actitudinal y Relación técnica. A continuación se presenta una síntesis del modelo (Rubin y Bloch, 2001):

### *Relación*

#### Relación Actitudinal

1. Establecer la relación y crear un ámbito seguro
2. Estimular las reacciones emocionales en el caso de constricción y las expresiones cognoscitivas para la dilatación
3. Comprobar sus propias reacciones ante la situación y cliente

4. Marcar apropiadamente el ritmo y modificarlo si fuera necesario (reflejo-ritmo-cambio)
5. Validar y normalizar
6. Respetar las diferencias individuales y culturales
7. Crear un clima de esperanza
8. Evitar trivializar
9. Ser consciente de la sugestionabilidad

#### Relación Técnica

1. Reforzar las capacidades del cliente e incrementar su autoestima
2. Estimular la autoconfianza
3. Definir el rol que se empleará
4. Definir claramente el problema y desarrollar la resolución de problemas
5. Explorar las anteriores habilidades de afrontamiento del cliente para reforzar la autoimagen
6. Enseñar una nueva habilidad, mecanismo de afrontamiento o aproximación
7. Planificar conjuntamente las actividades
8. Apoyar al cliente

#### *Evaluación de:*

1. La urgencia
2. La severidad
3. La adecuación de la respuesta
4. El estado previo a la experiencia
5. Los recursos (internos, externos, comunitarios y espirituales)
6. Grado de correspondencia entre la severidad de la crisis y los recursos

#### *Remisión*

1. Recursos comunitarios
2. Otros profesionales

Un trabajo reciente al respecto es el de Ramos (2005), él trabaja diversas técnicas de intervención para aplicar en situaciones de urgencia y apunta que ésta debe guiarse básicamente por el cumplimiento de los requisitos de inmediatez, proximidad, simplicidad y expectativa de una pronta recuperación, y el no etiquetaje de las personas por su comportamiento ansioso o agresivo ya que son respuestas normales durante la crisis.

La comunicación tanto verbal como no verbal es, sin duda, la herramienta más útil de y efectiva que tiene el psicólogo para trabajar, por tal razón Ramos (2005) pone gran atención a este recurso. En la Tabla 5 se presenta un resumen de las habilidades no verbales que se consideran pertinentes.

Es aconsejable	No es aconsejable
✓ Acercarse	✗ Cruzar y descruzar las piernas repetidamente
✓ Sentarse cerca sin ningún objeto en medio	✗ Taconear
✓ El cuerpo completamente de frente e inclinado hacia delante	✗ Cambiar la orientación del cuerpo, no mirando de frente o repatingarse en el asiento
✓ Brazos y manos que gesticulan	✗ Hablar en un susurro inaudible o de forma muy rápida, muy lenta o espasmódicamente
✓ Piernas y pies en una postura relajada	✗ Brazos cruzados sobre el pecho todo el rato
✓ Contacto ocular	✗ Aferrarse a un objeto
	✗ Abrir la boca sin hablar
	✗ Llevar gafas de sol mientras habla
	✗ Mirar de reojo

Tabla 5. Habilidades no verbales pertinentes y no pertinentes en una intervención en crisis (Ramos, 2005).

Con lo que respecta a las técnicas de comunicación verbales Ramos (2005) expone las siguientes:

**Escucha activa:** observar lo que dice y cómo lo dice, asumir una postura activa, mantener contacto visual, producir indicadores verbales y no verbales de que se está escuchando, no interrumpir, no rechazar, resistir distracciones internas.

**Empatizar:** observar su expresión facial y el lenguaje usado, mantener el contacto ocular y decir: “entiendo lo que dices, lo que sientes...”, “noto que...”.

**Resumir:** sirve para demostrar que se está escuchando, o para interrumpir una divagación, haciendo un breve resumen de lo expresado.

**Reflejo:** repetir el contenido emocional del mensaje, incluso el tono. Sirve para animar a expresar emociones e intensificar los sentimientos del otro.

**Afirmación de la capacidad:** sirve para animar y ampliar la conciencia respecto a las posibilidades del sujeto, también pone en primer plano una acción potencialmente beneficiosa para la otra persona.

**Dar información útil:** hay que ser sinceros y no dar falsas esperanzas o contestaciones esquivas, la información útil disminuye el estrés y la ansiedad.

**Ayudar a pensar:** consiste en hacer preguntas que llevan a un análisis objetivo de la situación.

**Elegir el lugar y el momento adecuado:** la experiencia es la que sugiere la idoneidad de actuación respecto a este apartado.

Con respecto a técnicas no consideradas de comunicación apunta la distracción atencional, la cual tiene como fin interrumpir la rumiación cognitiva o la ideación fatalista, en general puede lograrse realizando cuentas aritméticas mentalmente, centrar la atención de forma intensa en un objeto o haciendo ejercicio físico, sin embargo en una crisis es recomendable hacer una distracción atencional de forma que la persona no se dé cuenta de que está siendo objeto de una intervención psicológica. Estableciendo un buen rapport y conociendo su círculo de relaciones y parientes, se puede desviar la atención de la persona de forma sutil con preguntas del tipo “¿cómo le está afectando esto a...?”.

Dentro de las técnicas de intervención que menciona, Ramos (2005) da lugar a la relajación, dejando claro que existe una amplia gama de técnicas pero que las que se elijan en los casos de crisis deben ser aquellas que tengan entre sus características la de poseer una aplicación rápida y sencilla.

En cuanto a esto, Kleinke (1998) también propone como técnica de intervención en situaciones de urgencia, la relajación, sin embargo también menciona ciertos lineamientos y limitaciones que son de gran importancia a tomar en cuenta para su aplicación, ya que existen situaciones en las que la práctica de la relajación estaría contraindicada o presenta riesgos, como en una crisis hipotensiva o hipoglucemia, en personas con tendencia a la disociación patológica de conciencia o en psicosis en las que se podría agravar la vivencia desintegrativa del yo del paciente y en caso de problemas relevantes de salud. La práctica de técnicas de relajación *como cualquier cosa en la vida* especialmente de forma exagerada o con una técnica inadecuada puede llegar a ser desencadenante de posibles efectos indeseables como hipotensión arterial, hiperventilación, crisis vagales, episodios de despersonalización, entre otras cosas.

Por su parte Bellak (1993), propone otros métodos de intervención en la psicoterapia breve y de urgencia, como la catarsis mediata, que si bien es útil, no es suficiente por sí sola; en ésta, se le expresan al paciente proposiciones con una carga emocional, tal vez un poco fuerte para el paciente, acerca de su situación, pero que crean identificación entre paciente y terapeuta. Otra forma de catarsis mediata es decir al paciente por ejemplo: “por supuesto, una persona consciente como usted no se permitiría pensar esto, ni lo haría, pero alguien más podría, sin duda, sentir deseos de matar al desgraciado” (p. 38), de esta forma se le dan dos mensajes al paciente, por una parte, que es alguien que no perdería el control, y por otra que esos sentimientos agresivos no son impropios.

Otro método que propone Bellak (1993) es la prueba auxiliar de realidad, para clarificar las distorsiones que el paciente hace de la realidad, pero su aplicación depende del grado de perturbación del paciente. También propone la sensibilización a las señales, que es hacer que el paciente identifique que sus conductas disfuncionales son consecuencia de la presencia de uno o varios estímulos; la psicoeducación va de la mano, al explicar al paciente el funcionamiento de estos estímulos previos a sus conductas desadaptativas.

El apoyo, trata de que el terapeuta acepte y haga afirmaciones sobre los sentimientos que el paciente expresa, lo que hace que éste sea capaz de soportarlos. Este método es pertinente en cierta medida, más no en cualquier momento de la terapia (Bellak, 1993).

Aplicar las técnicas mencionadas por los autores y tomar en cuenta la comunicación resulta de gran ayuda durante la intervención en crisis, sin embargo, Derito (2006) y Hillman (2002) proponen programas completos de intervención en crisis paso por paso, los cuales pueden servir de guía útil en los momentos de crisis, aunque, como ya se ha mencionado, tener una visión flexible y saber hacer los cambios pertinentes en cada caso resulta vital.

Derito (2006) propone cuatro pasos para la intervención en crisis:

#### 1. Evaluación de la peligrosidad

Lo primero que se debe hacer en presencia de una crisis es evaluar el riesgo de autoagresiones, agresiones a otros y violencia; ya detectado el nivel de riesgo, se puede determinar el tipo de tratamiento, la urgencia de éste y en caso de ser necesario, la internación.

Para poder hacerlo, es necesario trasladar al paciente a un espacio separado del bullicio, si se cree pertinente, apartarlo de los familiares, ya que podrían cohibirlo, y si es posible, en casos de violencia, contar con dos o más profesionales que estén cerca para acudir al llamado de quien atiende la crisis. Así como la seguridad del paciente es primordial, también lo es la del personal, así que cuando la contención verbal no es suficiente, se justifica la contención física, sólo durante el tiempo estrictamente necesario.

Por otra parte, permitir que un paciente potencialmente peligroso se retire sin ser atendido, podría dar lugar a una demanda legal, si éste se lesiona o daña a otros.

#### 2. Evaluación del paciente

Consta de tres áreas a explorar:

**Exploración psiquiátrica.** Al hacer esto se debe tomar en cuenta que en situaciones de urgencia, no se cuenta con mucho tiempo, así que es conveniente tomar en cuenta las siguientes recomendaciones:

1. Evaluación rápida con actitud abierta y adecuada a las circunstancias.
2. No intentar realizar una entrevista con pacientes muy perturbados o confundidos, es recomendable sólo considerar los síntomas observables.

3. Por el contrario, con pacientes neuróticos, es acertado dedicarles el tiempo suficiente para que expliquen su situación y adoptar una actitud comprensiva y de escucha.
4. Escuchar y tratar de no ser manipulados por los pacientes, y no desestimar las amenazas de suicidio, porque la frustración puede llevar al paciente a intentar suicidarse, sólo por perjudicar a quien no accedió a sus deseos.
5. Utilizar entrevista semidirigida, ya que permite organizar el pensamiento del paciente y comprender cómo es que llegó a la crisis.
6. Mantener una distancia interpersonal adecuada con el paciente y su familia.
7. Intentar llegar a un acuerdo con el paciente sobre el tratamiento, con una actitud rotunda y clara sobre las recomendaciones.

En caso de ser necesario, realizar un examen breve del estado mental de un paciente con las siguientes preguntas:

¿Me puede decir su nombre completo?	¿Sabe dónde está?
¿Me puede decir en qué fecha estamos?	¿Cómo llegó a este lugar?
¿Cuántos años tiene?	¿Sabe quién es el presidente?
¿Cuándo nació?	¿Conoce a alguna de las personas de este lugar?
¿Cómo se compone su núcleo familiar?	

**Exploración somática.** Se debe tomar en cuenta cualquier daño o riesgo físico antes de intervenir terapéuticamente.

**Evaluación del entorno social.** Notar si el paciente llega solo o acompañado, quién solicitó la consulta, dónde se desencadenó la crisis, los factores precipitantes, el grado de continencia familiar y el nivel sociocultural y económico, ayudan a formarnos una idea sobre qué colaboración se puede esperar de las personas cercanas al paciente.

### 3. Acuerdo en el plan de tratamiento

El paciente y sus familiares, deben estar de acuerdo con el tratamiento que se le ofrecerá, y deben también, estar informados sobre los riesgos y beneficios del tratamiento propuesto, y quien otorga el consentimiento deberá firmar.

### 4. Historia clínica

Obtener datos precisos sobre el paciente siempre es de gran importancia, sobretodo porque ayudan a elaborar un diagnóstico presuntivo. Para Derito (2006) los datos más importantes son:

- Perfil del paciente. Nombre, edad, sexo, raza, estado civil, profesión, religión.
- Motivo de consulta. También se debe considerar el relato del paciente por más extravagante que parezca.
- Estado actual. Los episodios que desencadenaron la crisis, ordenados cronológicamente.
- Personalidad previa. Ayuda a definir si la crisis se trata de un proceso, un desarrollo una vivencia anormal.
- Acontecimientos o enfermedades previas, propias y de los familiares cercanos, como acontecimientos importantes se incluyen intentos de suicidio.

Una vez que se hallan recabado estos datos, se podrán establecer el plan disposicional y de tratamiento. El primero se refiere al contexto en que se llevará el tratamiento contemplando las posibilidades y limitantes de cada caso. Para el plan de tratamiento se deben considerar tres variables:

1. Si la conducta del paciente es violenta o peligrosa.
2. Situación económica, geográfica, familiar del paciente.
3. Necesidad de canalizarlo con otro especialista, ya sea psiquiatra.

Por otro lado, el plan de intervención en crisis paso por paso que propone Hillman (2002) se presenta a continuación:

**Rapport y confianza.** Es probable que los pacientes que sufren una crisis, en las primeras sesiones experimenten emociones intensas, y que bajo estrés extremo manifiesten dificultades de concentración, memoria y modulación afectiva. Estas barreras hacen que sea muy importante trabajar con rapidez y crear confianza para poder establecer el rapport. Un aspecto importante es el lugar de encuentro (independientemente de la calidad de la relación terapéutica), ya que influye en los pacientes por ser parte de la primera impresión y puede sugerir la seguridad del ambiente. Se sugiere tomar en cuenta los siguientes puntos:

- En caso de catástrofe, estar en un lugar lejano a ésta.
- Temperatura templada para que el paciente se pueda concentrar en sus respuestas internas y no se distraiga.
- Sala de espera cómoda y con material de lectura, pañuelos y agua.
- Personal, incluyendo recepcionista y aseo, amable y entrenado para trabajar con aspectos delicados de las personas.
- Sensación de privacidad. Hacer notar que no se pueden escuchar conversaciones ajenas.
- Lo básico es que no haya irrupciones.

El hacer que los pacientes decidan cosas sencillas como dónde sentarse o la temperatura del lugar en los primeros momentos del encuentro terapéutico, les da la sensación de que son capaces de tomar decisiones. Tomando en cuenta las expectativas que los pacientes se hacen sobre la relación terapéutica, es importante discutir ambos roles abiertamente desde el principio y que el terapeuta actúe con seguridad.

**Definir el problema.** Es importante por la falta de tiempo y es más común que los pacientes en crisis no conozcan las verdaderas razones por las que buscan ayuda, y en ocasiones hay que hacerlo sin la ayuda de un historial. Para averiguar estas razones sin inducir respuestas o sugerir que hay efectos típicos de las crisis es útil preguntar: “¿qué la(o) trae por aquí hoy?” También es importante identificar cuándo ha ocurrido el evento precipitante, y si han transcurrido semanas, meses o años, es vital determinar por qué busca ayuda hasta ahora. Así, terapeuta y paciente deben trabajar juntos para generar una definición concisa del problema, lo que ayuda a tener una perspectiva más balanceada del

problema. Una forma efectiva de hacer esto es articular los cambios específicos de últimos días.

**Evaluar el peligro y procurar la seguridad.** Cuando el paciente se encuentra en peligro físico, la prioridad de la terapia y cualquier tratamiento es la seguridad y los demás objetivos de la terapia pasan a segundo plano. Para responder de forma efectiva al peligro, resulta útil tener una lista de números de emergencia que incluyan policía, abogados y refugios, y mantener el contacto. También es importante que las necesidades básicas estén cubiertas (comida, refugio y seguridad) ya que no se puede hacer un trabajo terapéutico si se está pensando en el dolor o el hambre. Del mismo modo, el terapeuta también se debe sentir seguro para poder hacer su trabajo correctamente; aunque no se espera que sean héroes, así que el terapeuta debe aceptar su condición de humano competente, mas no de profesional omnisciente.

**Evaluar estrategias de afrontamiento.** Una vez que el paciente está seguro y se ha definido el problema, es momento de preguntar al paciente lo que ha tratado de hacer para afrontar el problema. Es común encontrar pacientes que no admitan incurrir en comportamientos negativos, en estos casos resulta útil mencionar que cuando las personas se encuentran en una crisis es común que reaccionen tomando alcohol, fumen o ingieran drogas, duerman más, pelean o golpean o lastiman a otras personas o cosas. También es importante evaluar qué tan efectivos creen que son sus métodos de afrontar sus problemas y preguntar sobre experiencias pasadas y sobre cómo las resolvieron, recordar que antes ya han podido solucionar problemas, les da mayor control. En el caso contrario, conviene explorar nuevas posibilidades.

**Estructurar la relación terapéutica.** La intervención en crisis es muy diferente de la terapia tradicional, la diferencia más notable es que la intervención en crisis tiene un tiempo límite de 10 sesiones máximo; esta limitante de tiempo puede aumentar la motivación tanto del terapeuta como del paciente, si desde el principio se explicita el número de sesiones y se tienen bien definidas las metas, las resistencias de los pacientes suelen desaparecer, aunque también es algo que se tiene que discutir. En casos más complejos donde el paciente muestre excesiva resistencia, existe gran riesgo de homicidio o suicidio, o evidencia de

abuso (físico, sexual o psicológico) se debe hacer saber al paciente que al terminar su tratamiento, puede continuar trabajando su situación incluso, si lo desea, con otro terapeuta.

**Psicoeducación.** Es común que los pacientes no encuentren relación alguna entre la situación que están viviendo y lo que los llevó a un estado de crisis, y algunos síntomas físicos que podrían estar padeciendo. Y es normal que no sepan que las respuestas al trauma incluyen múltiples síntomas tanto emocionales como físicos como dolor de cabeza, de espalda o de pecho, insomnio, respuestas alérgicas, debilidad muscular, fatiga; falta de concentración, fobias, enojo, tristeza e impotencia.

Explicar esta relación, da a los pacientes una sensación de alivio y normalidad, y además de ser un conocimiento que pueden aplicar posteriormente, la psicoeducación adicional con otro razonamiento, pueden marcar el inicio de respuestas adaptativas. Así el terapeuta debe asumir que cierto grado de Psicoeducación es apropiado para todos los pacientes en tiempos de crisis.

**Formular metas apropiadas.** Esto se trabaja en colaboración con el paciente, lo que ayuda a incrementar el rapport y la confianza de la relación terapéutica. Este paso es esencial ya que permite a los pacientes tener una sensación de control y auto-eficacia, así como aumentar la motivación de paciente y terapeuta. Para identificar metas específicas se puede preguntar al paciente sobre lo que necesitaría que pase para que pueda superar su situación. Para ser efectivas las metas deben cumplir ciertas características:

- Específicas. Resulta más útil para los pacientes proponer acciones específicas orientadas a metas, como “levantarse a las 8:00 am los tres días siguientes”, en lugar de “trabajar sus desórdenes del sueño.”
- Medibles. Deben ser articuladas en términos claros, objetivos y numéricos.
- Realistas. En ocasiones, los pacientes tienen expectativas poco realistas o fantasías sobre no tener malos recuerdos una vez que la crisis haya pasado, o que nunca más se sentirán tristes o deprimidos, y es trabajo del terapeuta dar una visión realista. Las metas deben estar diseñadas para garantizar el éxito del paciente sobretodo durante las primeras etapas del tratamiento, ya que las experiencias positivas se deben coleccionar durante los tiempos de crisis.

- **Tiempo límite.** Las metas más efectivas son las que tienen el tiempo limitado a las próximas 24 horas, éstas permiten la renegociación de metas y mayores experiencias exitosas, así como enfocarse en el aquí y ahora y en su propia recuperación.

Después de haber construido metas específicas, el terapeuta debe continuar ayudando al paciente a conseguir sus metas. Así que debe tomar en cuenta las resistencias, preguntando sobre el tipo de cosas que pueden obstaculizar el logro de sus metas, y explicando que el proceso no es fácil. Si los impedimentos son dominantes se debe modificar la meta de modo que sea más fácil de obtener.

En algunos casos los pacientes muestran resistencia a trabajar en colaboración con el terapeuta y éste debe identificar las razones de esta resistencia, como pueden ser:

- Perder ganancias secundarias del papel de víctima.
- Deseo de ser rescatado en vez de asumir la responsabilidad de sí mismo.
- Miedo a la confrontación con la situación negativa y dejar de evadirla.
- Deseo de culpar a otros por la situación.
- Ausencia de habilidades para lidiar con la situación.
- Patrones muy arraigados de superación.

Descubrir y trabajar la base de las resistencias es una de las tareas más importantes de la intervención en crisis.

**Movilizar el apoyo social.** Existe evidencia de que la calidad actual y percibida de apoyo social influye significativamente en la respuesta que el paciente muestre ante las crisis (Brissette, Scheier y Carver, 2002, en Hillman, 2002). El terapeuta puede hacer un inventario de los recursos disponibles, preguntando al paciente sobre sus amigos, familiares, vecinos, compañeros de trabajo, figuras de autoridad y miembros de alguna comunidad a la que pertenezca el paciente; y quién de todas las personas que conoce considera que sería de gran ayuda en el momento de la crisis. También es pertinente informar al paciente sobre fuentes potenciales de apoyo que puede ser de tipo legal, trabajo social, sitios web, líneas telefónicas, fundaciones y refugios. Al discutir los roles del personal de apoyo se debe delimitar quién es responsable de cada aspecto del tratamiento

del paciente. Al mismo tiempo se debe alentar al paciente a iniciar tantos contactos personales como sea posible, esto ayudará a recuperar el sentimiento de control.

**Brindar un objeto de transición.** Para los pacientes resulta tranquilizador, sobretudo en momentos de estrés, tener algo que los haga sentir en contacto con la fuente de apoyo (terapeuta), esto puede ser desde una tarjeta que indique la próxima cita, el número de teléfono y saber que puede llamar cuando algo se le ofrezca o, preferentemente instrucciones específicas de relajación.

**Mantener límites profesionales.** En general, un terapeuta no debe tocar o abrazar a sus pacientes, aunque existe cierta controversia respecto a la decisión de tocar o no a los pacientes, concretamente cuando se trata de niños, enfermos o en etapa terminal, en estos casos el terapeuta debe tener razones claras y específicas para mantener contacto físico. Particularmente en las crisis los pacientes son más vulnerables a la sugestión terapéutica o tienden a asumir erróneamente ciertas situaciones. Y aunque toda regla tiene su excepción, se deben considerar algunos aspectos como si se trata de una mujer o de un hombre, la duración de la relación terapéutica, el tipo de contacto y la habilidad del paciente para procesar la interacción. De cualquier forma, es mejor ser más conservador que liberal al tomar una decisión al respecto.

**Reconocer la contratransferencia.** Una característica central para poder llevar a cabo una intervención en crisis exitosa y objetiva, es reconocer los propios procesos internos, sobre todo los que sean potencialmente peligrosos o estresantes en interacción con los pacientes. Según Lakovics (1983, en Hillman, 2002) la contratransferencia que experimente el terapeuta se sitúa dentro de una escala de seis categorías, desde la concordancia, en la cual el terapeuta experimenta pensamientos y sentimientos consistentes con los del paciente, hasta la complementariedad, donde el terapeuta experimenta respuestas muy diferentes a los pensamientos y sentimientos que el paciente expresa. Ésta última puede generar un mayor entendimiento de las dinámicas interpersonales en la relación con el paciente. Cualquiera que sea el caso, si existe una respuesta de contratransferencia intensa, es necesaria ayuda extra tanto para el paciente como para el terapeuta.

**Prepararse para el cierre.** Aunque se pueda creer que una preparación para dar por terminada la relación terapéutica es exclusiva de tratamientos extensivos que duran más de un par de meses, esta discusión sobre la finalización de la terapia debe ser igual o más crítica en el contexto de la terapia breve. Incluso es válido comenzar a tocar el tema durante las primeras sesiones, con esto se logrará tener mayor conciencia del tiempo productivo en terapia y cómo se deberá alargar o contraer para encajar en el tiempo estipulado. Para los pacientes en circunstancias caóticas, tener recordatorios de líneas de tiempo específicas, les da claridad y establece estructuras limitadas, además de recibir el mensaje de que podrán superar su situación al finalizar la terapia, aún sin ayuda del terapeuta; aunque para otros pacientes esto puede significar una barrera para confiar sus sentimientos más íntimos si sienten que desde el principio les están recordando el número de sesiones que les quedan.

**Seguimiento.** Debido al corto tiempo de la terapia, es apropiado dar seguimiento, sobre todo para evitar dar al paciente la sensación de abandono.

Con todo esto, se puede decir a manera de resumen que las crisis son situaciones inesperadas que pueden ser parte del mismo curso de la vida o de efectos ajenos, que dan un giro en la vida de quien las sufre, siendo una oportunidad de cambio y una experiencia de la que se puede aprender. Lo que hace que una situación en particular sea una crisis en un momento y no en otro, es el tratamiento o intervención, de ahí la importancia de la intervención temprana, desde momentos en que se puede prevenir la crisis hasta el momento en que ésta ya se ha presentado. En general lo que se requiere de parte del terapeuta para una intervención en crisis exitosa es capacidad de escucha y validación de los sentimientos del paciente, además se espera de él que sea un guía en una situación difícil. Ya que el trabajo se enfoca en la intervención en crisis en adolescentes suicidas pondremos principal intención en los primeros auxilios psicológicos, como ya se mencionó su meta principal es restablecer el enfrentamiento inmediato, sin embargo Slaikeu (1996) habla de tres subtemas, los cuales son el proporcionar apoyo, lo cual basa en la premisa de que es mejor para las personas no estar solas; la segunda submeta es reducir la mortalidad la cual se dirige a la salvación de la vida y la prevención del daño físico durante las crisis; y la última submeta es proporcionar enlace con fuentes de asistencia como orientación

individual, asistencia legal o auxilio de parte de una agencia de servicio social, por mencionar algunos ejemplos.

Tras cualquier crisis o trauma, el suicidio es una posibilidad real. La intensidad de la pérdida, el hecho de sentirse abrumado y el dolor insoportable pueden combinarse para desencadenar el potencial suicida. Rubin y Bloch (2001) mencionan que si la persona no puede expresar la violencia provocada por la crisis, la dirigirá hacia el interior y el suicidio puede constituirse en el producto final. De igual manera, cuando se presenta la posibilidad de dicho evento, el propio suicidio se convierte en una situación de crisis.

## CAPÍTULO 2. SUICIDIO

### 2.1 Conceptos básicos y clasificaciones de suicidio

El suicidio es un fenómeno que ha existido desde tiempos muy remotos, durante la República Romana se tenía una actitud hacia el suicidio bastante abierta, si algún ciudadano deseaba suicidarse, debía comparecer ante una comisión especial, donde exponía sus razones, y si la comisión consideraba que su situación era lo suficientemente intolerable, entonces le autorizaba efectuar el acto y le proporcionaba el veneno apropiado (Guzmán, 1992).

Posteriormente al convertirse en un Imperio, en Roma había leyes específicas para los soldados, esclavos o ciudadanos que cometieran suicidio, constituyendo éste, una acusación penal, ya que el suicidio era considerado negativo porque la muerte del sujeto privaba al Estado de sus servicios. Las leyes que se impusieron en materia de suicidio eran negar los servicios funerarios, las propiedades del suicida serían ahora del Estado y el nombre del suicida sería eliminado con deshonor.

Guzmán (1992) apunta que la iglesia también ha formado su opinión sobre el suicidio, tomándolo como un rompimiento de las leyes de dios y oponiéndose a éste. Ya que en sus leyes está estipulado no matar, y el suicida ha matado a un hombre, aun siendo él mismo, esto no lo hace mejor que un homicida.

Sin embargo, el término suicidio tiene su origen con Thomas Browne, quien lo creó para su obra “Religio Medici” en 1642, con la finalidad de que el término marcara una diferencia entre el hecho de matarse a uno mismo y el de matar a otra persona, Browne creó la palabra basándose en los términos del latín *sui* (uno mismo) y *caedere* (matar) (Organización Panamericana de la Salud, 2006).

No obstante, otras personas comenzaron a utilizar el término dándole toques particulares. Por ejemplo, Freedman, Kaplan y Sadock (1982) hablan del suicidio como el acto humano de autolesionarse con la intención de acabar con su propia vida. Días, Bousoño y Bobes (2004) mencionan que el suicidio va más allá del mismo hecho y retoman la definición de Durkheim (1985): “El suicidio es toda muerte que resulta, mediata o inmediatamente, de un

acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir ese resultado” (p. 21). De manera similar la Organización Panamericana de la Salud (2006) define el suicidio como el acto humano de causar la cesación de la propia vida.

Ya entrados en el siglo XIX los estudios sistemáticos sobre el suicidio comenzaron con Emilio Durkheim, al publicar su libro *Le Suicide* en 1897. Este autor estudia las variables sociológicas del suicidio, que aún hoy en día siguen vigentes. Durkheim (1897, en Guzmán, 1992) estudió las variables que compartían las víctimas de suicidio y encontró que era más común en las ciudades que en el medio rural; era más frecuente entre solteros y divorciados que en casados; y se suicidaban más los hombres, los ricos y los protestantes que las mujeres, los pobres y los católicos.

Al hacer estos estudios y observaciones, Durkheim (1897, en Guzmán, 1992) propone dividir al suicidio en tres categorías:

- Suicidio anómico. Este resulta de un desequilibrio severo en el balance de la integración del sujeto en la sociedad.
- Suicidio egoísta. Se produce cuando hay una falta de integración del sujeto a algún grupo social, ya sea familiar, religión o comunidad. La ausencia de solidaridad grupal deja más vulnerable al individuo.
- Suicidio altruista. Este se debe a una exagerada integración del sujeto al grupo social.

A estos tipos de suicidio, Guzmán (1992) incluye el sansónico que expresa deseos de venganza contra quienes han hecho daño al suicida, creando en ellos sentimientos de culpabilidad.

Para Fernández (1978), los suicidios pueden dividirse en:

- Impulsivos: su base puede ser un impulso primario o uno secundario, es decir un impulso montado sobre una crisis, preferentemente de miedo o desesperación

- Reflexivos: el sujeto quiere cambiar de forma de vivir, le resulta imposible continuar en las mismas circunstancias, y se plantea el suicidio como una forma de evasión
- Teatrales: dirigido dramáticamente para impresionar a los demás, muchas veces en forma de venganza

Para Baechler (2002) el suicidio es una forma de solucionar una situación vista por una persona como problema. Un acto que no se puede denominar como normal o patológico, simplemente, desde el punto de vista del sujeto, lógico. Y distingue cuatro principales tipos de actos suicidas:

1. **Suicidio escapista.** Es la forma de escapar de una situación intolerable para la persona y se debe a la combinación de varias emociones como pena, culpa, miedo e impotencia, o bien, a la pérdida de un elemento central de la vida o la personalidad del individuo. La clave es la intolerancia.
2. **Suicidio agresivo.** Puede ser por crimen, que involucre la muerte de otra persona; venganza, para hacer sentir remordimiento a otros; o por chantaje.
3. **Suicidio por sacrificio.** Que actualmente son casi desconocidos. Se relacionan con valores muy altos o estados de deseo infinito, en esta categoría podrían entrar algunos monjes budistas.
4. **Suicidio lúdico.** Se refiere a los juegos o prácticas que ponen en riesgo la vida y que se dan para que la persona se pruebe algo.

En cuanto al suicidio escapista, que es el más común, Baechler (2002) menciona que se podría suponer que las personas con desórdenes mentales, son más propensas a ser representadas por los suicidios por escape, no porque tengan que estar desequilibrados como para suicidarse, sino porque necesitan estar desequilibrados para concebir su situación tan desesperante como para que el suicidio sea la única solución.

Lo anterior da pie a pensar que no basta con definir Suicidio, igualmente es necesario definir los términos relacionados. La Organización Panamericana de la Salud (2006)

menciona que recientemente, se ha puesto el término “Comportamiento Suicida Mortal” que se refiere a los actos suicidas que ocasionan la muerte, así como “Comportamiento Suicida No Mortal” para las conductas autodestructivas que no provocan la muerte pero tienen esa intención.

Al respecto, Días, Bousoño y Bobes (2004) indican que la intencionalidad del comportamiento suicida no siempre es matarse, en ocasiones ni siquiera hacerse daño, existen otras intencionalidades conscientes como obtener de otros lo que no se ha logrado por otros medios como chantaje; llamar la atención ante una situación que se vive como desesperada, ya sea real o irreal, presente o futura, física o social; agredir vengativamente a otros con la responsabilidad de la muerte del suicida, entre otras.

Debido a las diferencias específicas de los casos de suicidios logrados y no logrados, y las clasificaciones y definiciones que daban a éstos los autores, la OMS (1969, en Días, Bousoño y Bobes, 2004) propuso términos concretos que ayudarían a la investigación en el tema:

- Acto suicida. Hecho por el que un sujeto se causa a sí mismo una lesión, independientemente de su intención y conocimiento de sus motivos.
- Suicidio. Muerte que resulta de un acto suicida.
- Intento de suicidio. Acto suicida cuyo resultado no fue la muerte.

Para determinar si una conducta de autoagresión es suicida o no, existe un concepto que delimita esta cuestión: ideación suicida. Esto se refiere a la persistencia en que un sujeto piensa, planea o desea cometer suicidio. Siendo independiente de la letalidad o situación en que se dé, distinguiendo así al suicidio de otras formas de comportamiento autodestructivo, en donde el deseo de morir no está presente.

De este modo, resulta importante diferenciar las conductas relacionadas con el suicidio, así, Derito (2006) propone las siguientes definiciones: en la ideación suicida no hay intentos y sólo se piensa en ello; la tentativa de suicidio sólo es un intento frustrado para llamar la atención; y el intento de suicidio es algo serio que se frustra porque el método falla o porque lo descubren.

El tema del suicidio es bastante amplio y para abordarlo resulta importante conocer sus clasificaciones, origen del término y evolución de las representaciones sociales que se hacen alrededor del tema. Así que una vez mencionado lo anterior, se puede dar paso a ahondar en el tema y conocer la opinión que tienen de éste algunos autores, para poder formar una propia, así como mencionar estudios e investigaciones que ayuden al conocimiento de los factores que intervienen en el suicidio.

## **2.2 Factores de riesgo de suicidio**

Como ya se ha mencionado, el suicidio es una posibilidad real tras cualquier crisis o trauma, Rubin y Bloch (2001) señalan que la traumatización constante y la posibilidad de acceder a un arma letal, hacen que el riesgo sea más alto, el suicidio también puede ser desencadenado por cualquiera de las crisis evolutivas o circunstanciales. Sin embargo, existen otros factores que hacen más probable que se presente esta situación, según Bellak (1993) los pacientes suicidas presentan un alto nivel de desesperanza y mientras más elevado sea éste, hay más riesgo de suicidarse. Estos pacientes también presentan un déficit cognitivo que les provoca dificultades para solucionar sus problemas y tienden a caer en un pensamiento rígido dicotómico.

Siguiendo con lo mencionado por Rubin y Bloch (2001), los medios o instrumentos con los que se cuenta para el suicidio, así como los factores culturales, también influyen en el método que se elija para hacerlo. En la cultura occidental es más frecuente que se elijan métodos indoloros como el gas de cocina o de automóvil, de forma irónica, la mayoría de la gente no piensa en lastimarse de manera cruel al causarse dolor físico, aunque por otra parte no les importe matarse, o a sus objetos valiosos como la ropa, en el sentido de negar la naturaleza mortal que el acto implica, lo que la mayoría de los suicidas harían al usar alguna prenda de vestir que les guste, sería quitársela y acomodarla antes de cometer el acto (Bellak, 1993).

Bellak (1993) indica que el suicidio se relaciona con otros padecimientos, como son depresión, ansiedad, esquizofrenia, o características del paciente como conductas de acting out o historia familiar con tendencia al suicidio, por lo que al presentarse cualquiera de éstos, se debe poner especial atención ante cualquier riesgo de suicidio. Esto no quiere decir

que todos los pacientes con depresión o ansiedad estén en riesgo de cometer suicidio, o que quienes lo hacen tengan que padecerlas.

Asimismo, Derito (2006) afirma que la conducta suicida tiene posibilidad de surgir en cualquier trastorno psiquiátrico como ansiedad, psicosis por melancolía, depresión o esquizofrenia, trastornos orgánicos cerebrales, trastornos de la personalidad o drogadicción.

Al respecto, Fernández (1978) menciona que al conjugarse depresión, soledad y una enfermedad corporal importante se crea el conjunto *suicidogenio* por excelencia. Un punto importante que menciona es que en cuanto al suicidio abundan más los factores psicopatológicos que los conflictos psicológicos, y en las tentativas ocurren al contrario, entre los factores psicopatológicos más frecuentes en los suicidas sobresalen la depresión, el alcoholismo, la farmacodependencia y la esquizofrenia.

De manera similar Moreno y Jiménez (2001) afirman que algunos hallazgos psicométricos sugieren que los sujetos que llevan a cabo un intento suicida planeado pueden ser diferentes a aquellos que lo hacen sin planearlo, los primeros presentan puntuaciones más elevadas en depresión, desesperanza y deseos de morir que aquellos con un intento suicida impulsivo. Estos autores llevaron a cabo un estudio piloto donde se examinó la severidad de la desesperanza, la depresión y la impulsividad entre sujetos con intento suicida y no impulsivos, se encontró que el grupo impulsivo obtuvo puntuaciones altas en impulsividad pero bajas en intento suicida, a comparación del grupo no impulsivo, donde se encontraron puntajes elevados en depresión, desesperanza e intento suicida.

En cuestiones de género, hay diferencias en cuanto a la elección de métodos e instrumentos, según Bellak (1993), en el caso de las mujeres, es más probable que elijan la vía oral, mientras los hombres utilizan con más frecuencia armas como pistolas o cuchillos. Con respecto al estado civil, Rubin y Bloch (2001) mencionan que tanto en hombres como en mujeres, es mayor tras la separación y el divorcio, es inferior para la gente casada y más aún para gente con hijos, sin embargo la tasa de suicidios son mayores entre las personas viudas que entre las casadas y entre las mujeres la tasa de suicidio no es tan alta para las viudas como para las divorciadas o separadas.

Los sucesos particulares que se han tratado de vincular con el riesgo de suicidio en algunos estudios (Appleby et al, 1999; Beautrais, 1997; Foster et al, 1999 y Heikkinen et al, 1995; en Organización Panamericana de la Salud, 2003) incluyen la pérdida personal, conflictos interpersonales así como el aislamiento social, una relación rota o perturbada y problemas jurídicos o laborales. La pérdida de un ser querido, sobre todo si es excepcionalmente cercano, ya sea por separación o por muerte, puede desencadenar sentimientos depresivos intensos. También los antecedentes de maltrato físico o abuso sexual en la niñez pueden aumentar el riesgo de suicidio en la adolescencia y edad adulta, ya que las víctimas generalmente sienten humillación y vergüenza, así como desconfianza de las relaciones interpersonales, lo que provoca que tengan dificultada para mantenerlas, así como dificultades sexuales persistentes y sentimientos intensos de inadecuación e inferioridad.

La orientación sexual quizá también esté relacionada con mayor riesgo de suicidio entre los adolescentes y los adultos jóvenes, ya que es mayor la prevalencia en los jóvenes homosexuales, tanto mujeres como hombres. Factores adicionales a los casos de homosexualidad como la discriminación, estrés en las relaciones interpersonales, drogas y alcohol, ansiedad acerca de la infección por VIH y limitaciones fuentes de apoyo también influyen.

Por otra parte, aunque tener una relación matrimonial es un factor protector contra el suicidio, quienes se casan a una edad temprana (antes de los 20 años) tienen una tasa más alta de suicidio que sus pares solteros. Además, el matrimonio no es protector en todas las culturas, se observan tasas más elevadas de comportamiento suicida tanto mortal como no mortal en las mujeres casadas de Pakistán, en comparación tanto con los hombres casados como con las mujeres solteras. Lo que puede obedecer a que la discriminación social, económica y jurídica produce un estrés psíquico que predispone a estas mujeres al comportamiento suicida (Organización Panamericana de la Salud, 2003).

Un factor muy importante relacionado con el comportamiento suicida, es el aislamiento social, y se ha observado que en muchos casos, la declinación progresiva de las relaciones interpersonales precede al suicidio.

Field, Diego y Sanders (2001) mencionan que la ideación suicida normalmente se investiga utilizando modelos multivariados que incluyen factores como: relaciones familiares, soledad, enojo, depresión y abuso de drogas. Los autores mencionados realizaron un estudio con 88 estudiantes de preparatoria (52 mujeres y 36 hombres) a quienes les aplicaron un cuestionario que retomó los factores anteriores para estudiar su relación con la ideación suicida, incluyendo otros como bienestar y felicidad, así como desempeño académico. En sus resultados encontraron que el 82% de la muestra no experimentó ideación suicida, siendo que tan sólo un 18% lo hizo; los alumnos que mostraron haber experimentado ideación suicida se distinguieron por contar con un alto grado de infelicidad, tener pocos amigos, mostrar un alto grado de enojo y por consumir marihuana; por último, faltaría decir que en los estudiantes con ideación suicida se encontró un nivel bajo de desempeño escolar que se relaciona con la depresión y el uso de drogas.

Además de esto, la Organización Panamericana de la Salud (2003) presenta algunos factores sociales y ambientales que posibilitan la ocurrencia de suicidios:

- **El método elegido.** Un factor importante que determina que el comportamiento suicida sea mortal o no, es el método elegido. El método más utilizado, sobre todo en Estados Unidos, es por arma de fuego, seguido del ahorcamiento, saltar desde un lugar alto y el ahogamiento. En general, las personas mayores tienden a adoptar métodos que impliquen menos fuerza física como ahogarse o saltar. Las mujeres tienden a usar métodos más suaves, como sobredosis de medicamentos. La decisión de una persona de suicidarse generalmente guarda relación con la letalidad del método elegido, las personas mayores, por ejemplo, expresan normalmente una voluntad de morir mayor, así que tienden a elegir métodos más violentos y que ofrecen menos posibilidades de un rescate.
- **Lugar de residencia.** En general, la tasa de suicidios es más alta en zonas rurales que urbanas, tanto en hombres como en mujeres, esto puede deberse al aislamiento social, al acceso limitado a los servicios de salud y los niveles inferiores de educación. Los métodos de suicidio en las zonas rurales también suelen ser diferentes, tienen mayor disponibilidad de plaguicidas y herbicidas.

- **Situación laboral y migratoria.** Se ha encontrado que la tasa de comportamiento suicida de un grupo dado de inmigrantes es similar a la tasa en su país de origen. En cuanto a la situación económica, se ha observado que las tasas de suicidio aumentan durante periodos de recesión económica y crisis. A nivel individual, también se relaciona el desempleo con el suicidio, posiblemente a causa de la pobreza y la función social disminuida.
- **Religión.** En una clasificación aproximada de mayor a menor de las tasas de suicidio por países según sus creencias religiosas primero se encuentran los países donde se prohíben las creencias religiosas; en segundo lugar donde predomina el budismo, hinduismo y otras religiones asiáticas; después donde predominan los protestantes; posteriormente los países que son predominantemente católicos romanos; y finalmente los musulmanes. Una excepción notable es Lituania, donde a pesar de que la religión predominante es católica, muestra una tasa de suicidio muy alta. Un factor que resulta inhibitor del suicidio en relación a la religión es la alta concurrencia a la iglesia, lo que muestra un fuerte compromiso con ésta.

Al analizar las causas del comportamiento suicida, no se debe dejar de lado el hecho de que todos estos factores de riesgo suicida interactúan entre sí. Identificar a los individuos que tienen predisposición al suicidio y que además afronten una combinación de factores de riesgo, puede ayudar a detectar a quienes más necesitan la prevención. Por otra parte, cuando existen factores protectores suficientemente fuertes, aun si se presentan varios factores de riesgo como esquizofrenia o depresión grave, es probable que no se creen las condiciones idóneas para que un individuo muestre comportamiento suicida; aunque al respecto es importante mencionar que los factores protectores no han sido suficientemente estudiados, lo cual sería de gran importancia si se desea un mayor avance en el estudio y prevención del suicidio.

Algunos factores protectores que se han reportado son el matrimonio, la religión, la paternidad, el apoyo social, la integración familiar, la autoestima y la represión del ego. En un estudio realizado por Borowsky et al. (1999, en Organización Panamericana de la Salud, 2003) se encontró que concentrarse en los factores protectores como la integración familiar,

el bienestar emocional y los amigos es más útil que tratar de reducir los factores de riesgo en la prevención del suicidio.

Como se ha expuesto, existen numerosos factores de riesgo y el comportamiento suicida va en aumento, sobretodo en los jóvenes, así que surge una gran necesidad de intervenciones eficaces para que se produzcan resultados sostenibles a largo plazo. En este sentido resulta útil retomar la identificación temprana y el tratamiento de los trastornos mentales, ya que se asocian significativamente con el suicidio.

### **2.3 Prevalencia del suicidio**

En el ámbito de la salud mental, ha cambiado el motivo por el que se interne a los pacientes en los últimos 10 años, ahora la principal causa es el intento de suicidio o abuso de alcohol y drogas que desencadenan en intentos suicidas (Derito, 2006).

El suicidio es la decimotercera causa de muerte en el mundo. Tan sólo en el Reino Unido representa 100 000 urgencias al año, 120 000 en Francia y 750 000 en Estados Unidos; y alrededor de 1000 personas se suicidan diario en el mundo. También se sabe que, en Estados Unidos, en el 98% de los casos de suicidio, los individuos padecían alguna enfermedad (psiquiátrica en el 94%), el 68% sufría trastornos del estado de ánimo y el 23%, alcoholismo crónico.

Aunque las tasas por país son variables, siendo Lituania el país con la tasa más alta de suicidios para el año 1999, con 51.6 suicidios por 100 000 habitantes; y Azerbaiyán el país con la tasa más baja de 1.1 por 100 000 habitantes. La tasa de suicidios en México es de 5.1 por 100 000, lo que representa una tasa de suicidios relativamente baja, así como en la mayoría de los países de Latinoamérica (Organización Panamericana de la Salud, 2003).

A pesar de esto, Monge, Cubillas, Román y Valdez (2007) afirman que el suicidio es una de las principales causas de muerte en la adolescencia en México. Durante los últimos años se ha incrementado la tasa de suicidios en el grupo de edad de los 15 a los 19 años. Entre 1995 y 2002 se observó un crecimiento medio anual de 3.34% en la ocurrencia de suicidios en el país y actualmente ocupamos el cuarto lugar en América Latina en cuanto al número de suicidios.

En cualquier caso, las tasas de suicidio no tienen una distribución igual en la población general, un factor importante es la edad. A nivel mundial, las tasas de suicidio tienden a aumentar con la edad, aunque en algunos países se puede notar un punto máximo secundario en la población joven de 15 a 24 años (Organización Panamericana de la Salud, 2003).

Sin embargo, en estadísticas más precisas, por entidad, se ha observado un aumento significativo del índice de suicidios entre adolescentes. Rubin y Bloch (2001) apuntan que la tasa de suicidio es elevada en los adolescentes, después decrece y más tarde se incrementa con la edad, es más probable que los intentos realizados por personas mayores sean más letales, la proporción de intentos suicidas efectivo es del 86%, pero por debajo de los 65 años es del 50%.

El sexo, la cultura, la raza y el grupo étnico son también factores importantes en la epidemiología del suicidio. Las tasas de suicidio de los hombres son superiores a las observadas en las mujeres. En esta razón parece que el contexto cultural influye ya que en general, la diferencia entre sexos en los países asiáticos es menor que en otros sitios del mundo. La prevalencia de suicidio entre los caucásicos es aproximadamente el doble de la que se muestra en otras razas. En cuanto a grupos étnicos, se ha mostrado una mayor frecuencia de suicidios en los grupos indígenas sobretodo en países como Australia, China y Canadá (Organización Panamericana de la Salud, 2003).

En el boletín de Estadísticas de Intentos de Suicidio y Suicidios publicado por el INEGI (2004), se señala que en el año 2003, fueron registrados 222 intentos de suicidio en el ámbito nacional, con los cuales ascendió a 3031 el volumen de actos autodestructivos, identificados de 1995 al 2003 (véase Tabla 1). De las personas que intentaron suicidarse, se identificó a 124 mujeres, quienes representaron 55.9% del total y a 98 hombres que constituyeron el restante 44.1% de la población que realizó actos que pusieron en peligro su vida. Con respecto a los intentos de suicidio, Rubin y Bloch (2001) señalan que las mujeres se intentan suicidar tres veces más que los hombres, pero los hombres son más efectivos.

Año	Total	Variación
		Porcentual
1995	232	N.A.
1996	232	0
1997	340	46.6
1998	433	27.4
1999	417	-3.7
2000	429	2.9
2001	422	-1.6
2002	304	-28
2003	222	-27

Tabla 1. Intentos de suicidio según variación porcentual anual de 1995 a 2003

En relación con la edad que tenían, cuatro de cada diez personas que intentaron el suicidio tenían entre 20 y 29 años de edad. La frecuencia más significativa se identificó en el grupo femenino de 15 a 19 años con un porcentaje de 15.3%, mientras que entre los hombres sobresalió el volumen de casos en los que contaban con edades comprendidas entre 20 y 24 años, en dos de cada diez intentos y enseguida, en orden descendente, los de 25 a 29 años. Según la Organización Panamericana de la Salud (2006), entre las personas de 15 y 44 años de edad, las lesiones auto infligidas son la cuarta causa de muerte y la sexta causa de mala salud y discapacidad.

Cabe mencionar que en el boletín expedido por el INEGI (2004), se muestran datos que revelan que de las causas más conocidas para llevar a cabo el acto suicida, destacan el disgusto familiar con 9.0%, seguido por la causa amorosa con 7.4% y en seis de cada diez casos no fue posible registrar la causa que llevó al individuo a cometer su autodestrucción

(véase Figura 1). Por cada tres suicidios realizados por disgusto familiar como causa, ocurrió uno por dificultad económica y por cada seis uno por remordimiento.

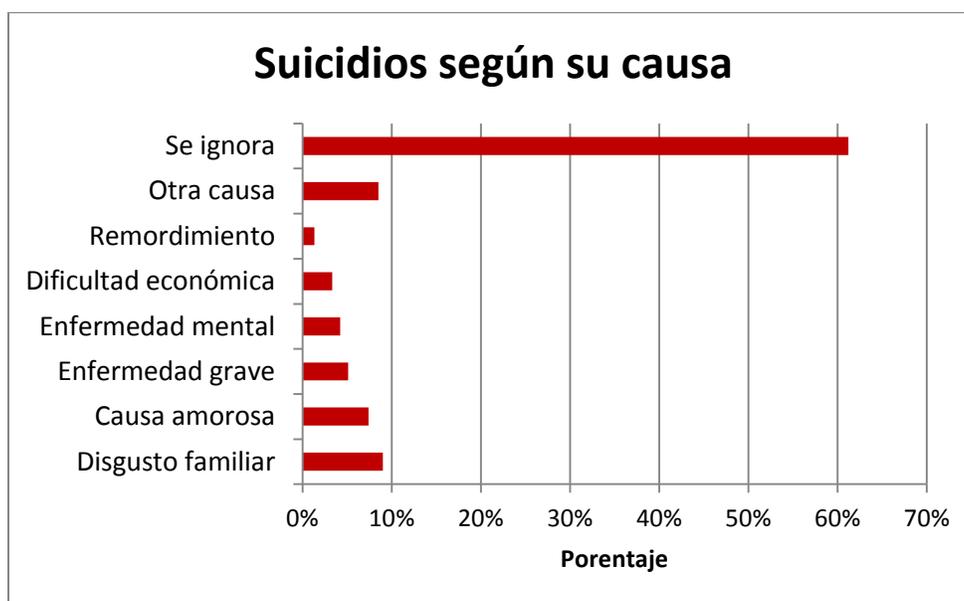


Figura 1. Distribución porcentual de suicidios según causa que motivó el acto en el año 2003

Como ya se mencionó, según el boletín del INEGI (2004), en el transcurso del año 2003, se registró un total de 3 327 (en 2009, el 7.7% de las defunciones fueron por causa de suicidio, lo que da un total de 5,190) suicidas de uno u otro sexo. Correspondió a los hombres una participación de 83.3% y a las mujeres 16.7% del total. En las cifras registradas, se observó una proporción de cinco hombres suicidas por cada mujer. Según su edad y sexo, sobresalió la proporción de mujeres que tenían entre 15 y 19 años, al representar uno de cada cuatro hechos suicidas, siguiendo en orden descendente la de quienes tenían entre 20 y 24 años, con una proporción de uno por cada diez eventos. Por lo que se refiere a la población suicida masculina, la mayor proporción advertida por grupo de edad se ubicó en el de 20 a 24 años donde se presentaron 16.7% de los casos; mientras tanto, en sólo cinco grupos de edad (de 15 a 39 años) se concentró 60.7% del total de hombres suicidas (véase Figura 2).

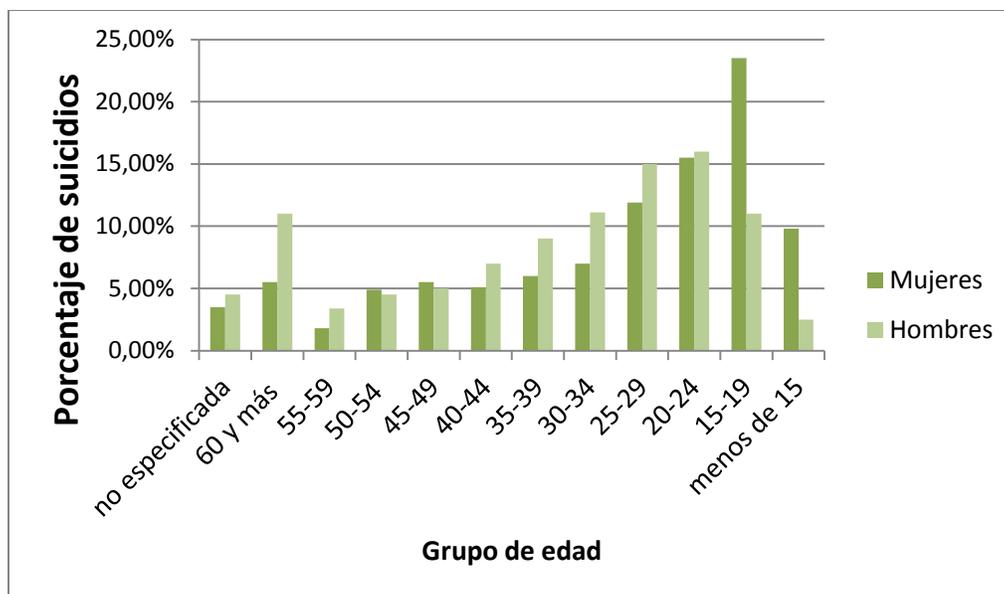


Figura 2. Distribución porcentual de mujeres y hombres suicidas según grupo de edad del año 2003

Madrigal de León (2004) menciona que en México, las muertes por suicidio en adolescentes y jóvenes por lo menos se han duplicado en los últimos 30 años, en algunos grupos de edad, en jóvenes de 20 a 24 años el aumento es casi del triple y en el grupo de niños y adolescentes de 0 a 14 años, de ser esta causa en 1970 prácticamente inexistente, para el año 2000 la tasa fue ya de 0.47. Así, la tasa de mortalidad por suicidio en nuestro país en el grupo de 15 a 19 años, aumentó de 1.49 en el año de 1970 a 3.40 a 5.29 de muertes por cada 100,000 habitantes en el 2000, la de 20 a 24 años, de 2.38 a 5.29 en los mismos años y el grupo de 25 a 29 años, de 2.20 a 4.89.

Según el boletín coordinado por Madrigal de León (2004), el número de suicidios en México para el año 2000 fue de 2 736 casos registrados, de los cuales la mitad lo cometieron personas menores de 30 años, 39.3% varones y 8.7% mujeres, lo cual apoya lo citado anteriormente por Rubin y Bloch (2001) acerca de que los varones son más efectivos que las mujeres en el acto suicida.

Con respecto al proceso previo al suicidio, la ideación suicida, Monge, Cubillas, Román y Valdez (2007) indican que por cada suicidio consumado, hay ocho o diez intentos de suicidio, y por cada intento, ocho personas habían pensado, planeado y estuvieron a punto

del intento suicida. El 40% de quienes han intentado suicidarse lo han hecho en otras ocasiones; y de ellos, aproximadamente el 12% lo logra.

En cuanto a los motivos de suicidio de los adolescentes, se reporta que el 11% es por disgustos familiares, 7% por razones amorosas y el resto se desconoce (INEGI, 2003 en Monge, Cubillas, Román y Valdez, 2007). Una de las razones por las que la adolescencia es una población de riesgo ante el suicidio es porque ésta es una etapa de cambios significativos tanto físicos como psicológicos y en la que se ven ampliamente afectados por su medio. En el caso de las mujeres, la principal causa de ideación suicida tiene base en la familia; y en el caso de los hombres, está en el estatus económico o educativo, así como el desempleo propio o de algún miembro de la familia.

El estudio que Monge, Cubillas, Román y Valdez (2007) realizaron tuvo como objetivo identificar la prevalencia del intento de suicidio en estudiantes de nivel medio superior en escuelas públicas y privadas del estado de Sonora y su relación con el entorno familiar. En el que participaron 1358 estudiantes de entre 15 y 19 años de ambos sexos con una edad media de 16.6 años de los que el 59% eran mujeres y 42% hombres; el 79% provenían de escuelas públicas, y el 21% de escuelas privadas. Encontraron que el 11% de la muestra respondió que han intentado quitarse la vida, el 8% una vez y el 3% en más de una ocasión. La edad media en que se dan los intentos es a los 14.2 años; también resultó notable el hecho de que 15 jóvenes reportaron haber intentado suicidarse en el rango de edad de los 7 a los 12 años. Del total de estudiantes con intento suicida, son tres mujeres por cada hombre, lo que es una diferencia estadísticamente significativa y que coincide con otros estudios realizados en diferentes regiones; en cuanto a la escuela de procedencia no se encontraron diferencias significativas. Los motivos por los que intentaron suicidarse se muestran en la Tabla 2.

Motivos	Porcentaje
Sentir que la vida no vale la pena en ese momento	24.5%
Intentar escapar de una situación dolorosa o estresante	21.1%
Discutir fuertemente con sus padres	18.9%
Provocar remordimientos a la gente cercana	10.9%
Experimentar una fuerte desilusión	7.9%
Discutir o terminar con su pareja	7.5%
Hacer algo malo y querer castigarse	3.8%
Sentirse muy triste por el fallecimiento de una persona cercana	3.0%
Querer conocer qué es la muerte	1.5%
Probar a sus amigos o a sí mismo que es valiente	0.8%

Tabla 2. Principales motivos de intentos de suicidio entre jóvenes (Monge, Cubillas, Román y Valdez, 2007).

En cuanto a formas de intentarlo, el 56% intentó intoxicarse con medicamentos, el 18% intentó cortarse las venas, 14% se cortó las venas y el 7% ingirió drogas, saltó de un lugar alto o intentó sufrir un accidente automovilístico. Posterior a los intentos, el 72% expresó que no acudió a ningún lado, el 13% fue a un hospital, 7% recibió tratamiento psicológico y el 5% tratamiento médico. También resalta que la mitad de los jóvenes no comentó a nadie que había intentado suicidarse, aun cuando la mayoría de quienes lo intentan es por llamar la atención; en el caso de quienes sí lo comentaron, el 55% se lo comentó a un amigo, el 10% a su pareja, el 4% a un externo (psicólogo, orientador, sacerdote), el 16% a su madre y el 4% a ambos padres.

Con respecto a la percepción de su ambiente familiar, el 49% de quienes habían intentado suicidarse lo percibían negativo, lo que significa que hay 4 veces mayor riesgo de intentar suicidarse que quien percibe su ambiente familiar positivo; el 76% reportó sentimientos de incomprensión, que representa 2.2 veces más riesgo; el 55% experimentó sentimientos de rechazo por parte de sus padres, lo que es 3.6 veces más riesgo; el 24% reportó tener miembros de su familia con alcoholismo, que significa 2 veces más riesgo; el 34% percibe preferencia por alguno de los hijos de parte de su madre, 2.97 veces más riesgo; y el 35% tiene un padre que muestra preferencias por alguno de sus hijos, que es 3.09 veces más riesgo. De éstas, el ambiente familiar negativo y la percepción de rechazo son las variables familiares que representan mayor riesgo (Monge, Cubillas, Román y Valdez, 2007).

Al analizar todas estas cifras, no debe perderse de vista que la manera en que se registran las defunciones de todo tipo varía enormemente según los países, lo cual hace sumamente difícil comparar las tasas de suicidio de diferentes países. Los datos sobre la mortalidad por suicidio generalmente subestiman la verdadera prevalencia del suicidio en una población, ya que son el producto final de una cadena de informantes que incluye a quien encuentra el cuerpo, que por lo general son familiares, o bien médicos, policía o forense; cualquiera de estas personas, quizá sea renuente a definir la muerte como un suicidio, sobretodo en lugares donde la actitud religiosa o cultural condena el suicidio. El suicidio también puede clasificarse equivocadamente como defunción por una causa indeterminada o por causas naturales, por ejemplo cuando las personas de edad avanzada no toman los medicamentos que los mantienen con vida, o los casos de accidentes automovilísticos que son causados deliberadamente (Organización Panamericana de la Salud, 2003).

#### **2.4 Aspectos éticos del tratamiento y conducta suicida**

El miedo más importante de los humanos es la muerte (Maris, Berman y Silverman, 2000) y las habilidades psicológicas son los mejores distractores del hecho de que el humano pasa mucho tiempo de su vida esperando la muerte y temiéndole, tener conciencia de la propia muerte es una de las cosas que nos distingue de las demás especies. También es cierto que todas las cosas a las que les damos sentido durante la vida no son una protección efectiva contra la muerte, sólo son distractores. Claro que esto no significa que la muerte sea el propósito de la vida.

Sullivan y Everstine (2000) enfatizan la importancia que tiene seguir ciertas normas de rectitud en la vida profesional, sobretodo si se trata del área de la salud, ya que de esto depende la evaluación que dé al trabajo la sociedad.

Existen normas éticas generales que rigen a los profesionales de la salud. Sin embargo, en el caso de las urgencias se pueden encontrar condiciones específicas, ya que en momentos de crisis, quien la sufre e incluso su familia se encuentran perturbados, desesperados y con un sentido común bastante disminuido, lo que hace que en estos momentos sea especialmente difícil para el terapeuta conservar una conducta ética, que en una

circunstancia normal sería cotidiano, como conseguir un consentimiento para el tratamiento por parte del paciente.

Bousoño, García y Bascarán (2004) indican que dentro del quehacer de la salud, se toman en cuenta diversos códigos éticos, siendo uno de los más famosos el Juramento Hipocrático, así como códigos legales, que perfilan conceptos básicos en torno a la conducta ética y del suicidio en particular. Los criterios de actuación en el ámbito de la salud se enmarcan en las cosmovisiones culturales vigentes, donde se incluyen visiones sociales e incluso religiosas.

No obstante, Sullivan y Everstine (2000) mencionan que no existe un código comprensible ni perfectamente instituido que regule estrictamente la psicoterapia, aunque al formar parte del área de la salud la psicoterapia, debe adscribirse a la ley común de la medicina general, que es el deber de cuidar al paciente. Esto aún no resuelve la ambigüedad del todo, ya que cuidar queda definido de manera bastante vaga y existen muchos grados de cuidar que quedan al criterio del profesional.

Por otra parte, Bousoño, García y Bascarán (2004) indican que en el actuar del profesional de la salud, resulta muy importante apegar la práctica a los principios éticos que la regulan, y mencionan siete principales:

1. Preservación de la vida. Este es el deber primordial del profesional de la salud y es donde, en relación al suicidio, surge su obligación de prever y prevenirlo. Este principio puede producir conflictos de confidencialidad, que deberán ser superados, convenciendo al paciente de la conveniencia de avisar del peligro a los familiares.
2. Aliviar el sufrimiento. Este principio matiza el anterior en los casos de grave sufrimiento del paciente, en el caso de los médicos, tienen autorización para utilizar métodos de tratamiento que alivien dicho sufrimiento, aunque puedan suponer un cierto acortamiento de su vida. Cabe mencionar que la inducción o auxilio al suicidio no pueden dirigirse como metodos para aliviar el sufrimiento y justificar el mismo.

La necesidad de limitar el principio de aliviar el sufrimiento, surge de la necesidad de preservar la vida como un bien esencial del ser humano, que debe estar por encima de otras consideraciones.

3. Evitar la iatrogenia. Deben evitarse los medicamentos o terapias experimentales cuya utilidad se desconoce, así como las psicoterapias que prolongan el estado de sufrimiento o favorecen la desesperanza.
4. Principio de autonomía del sujeto. Se debe permitir al sujeto elegir los tratamientos en función de un consentimiento informado de forma suficiente, este principio toca su límite cuando en uso de su autonomía, el paciente decida poner fin a su sufrimiento y al mismo tiempo su vida.
5. Principio de justicia. Se debe buscar la distribución equitativa de los recursos médicos, en casos extremos de insuficiencia, se puede decidir quién tiene una probabilidad razonable de supervivencia, tales decisiones no se pueden basar en los deseos subjetivos de los pacientes que deseen morir.
6. Principio de veracidad. Se deberá informar al paciente la verdad sobre su situación, pero sólo la que no lo dañe, es decir, no dejarlo sin esperanza, ya que esto conduciría al paciente al suicidio.
7. Hacer bien a los pacientes. Toda actuación se debe regir bajo este principio cuya única limitación es el primero de los mencionados. Este principio también admite la matización impuesta por la realidad social en situaciones en que el bien social se contrapone al bien del paciente.

En situaciones de crisis es difícil que el paciente se preocupe por sus garantías individuales o por sus derechos civiles; los reglamentos, deberes o requisitos legales que rigen a los profesionales de la salud mental importan poco a quien vive la crisis, que sólo se encuentra dentro de sus problemas. Por lo que, es necesario que el terapeuta tome la iniciativa de asegurarse de que tales derechos sean preservados mientras da la atención necesaria al sujeto en crisis (Sullivan y Everstine, 2000).

Con respecto al suicidio y la decisión que en ocasiones tendrá que tomar el profesional de la salud de hospitalizar al presunto suicida, resulta un proceso bastante subjetivo y de intuición, ya que en algunos casos resulta difícil determinar qué tan peligrosa puede ser una persona para sí misma, porque hay quienes amenazan con suicidarse una y otra vez a lo largo de los años y no lo hacen, o quienes realizan intentos de quitarse la vida sin dañarse seriamente; pero también hay quienes son capaces de ocultar inteligentemente sus intenciones letales antes de suicidarse realmente.

Estas son las cosas que obligan al psicoterapeuta a prestar toda su atención en los casos de quien atenta contra su propia vida, ya que por una parte se podría producir un elevado número de falsos positivos, y por otra pasar desapercibido a quien en realidad logra quitarse la vida.

Al hospitalizar a una persona contra su voluntad, su privacidad personal se pierde en gran medida, pero también se tiene que entender que quien decide hospitalizarlo, está atendiendo a un principio que debe ser antepuesto a cualquier otro, que es cuidar del paciente para preservar la vida de éste. Algo similar ocurre con el principio ético en psicoterapia de la confidencialidad, donde al existir peligro de cometer suicidio, se debe advertir del peligro a las personas cercanas al paciente para que puedan evitar dicho suceso (Sullivan y Everstine, 2000).

El comportamiento suicida pone en contraposición los derechos fundamentales del ser humano, que son la libertad y la vida. Resulta bastante debatible el hecho de que alguien, en el ejercicio de su libertad decida poner fin a su propia vida, resultando de esto, la degradación de al menos un derecho que en principio es más básico y trascendente, que es el derecho a la vida. Este dilema ético resulta de gran importancia, ya que también ocasiona dudas sobre los límites de los derechos individuales y sobre el concepto de vida como un bien a proteger por parte de la sociedad y en particular por los profesionales de la salud (Bousoño, García y Bascarán, 2004).

Maris, Berman y Silverman (2000) revelan que existe un debate sobre si el suicidio puede ser racional bajo algunas circunstancias. Hay quienes creen que el suicidio nunca se justifica, sin embargo el psiquiatra Szasz (1985, en Maris, Berman y Silverman, 2000)

argumenta que el suicidio es un derecho inalienable de los individuos, por lo que estaría siempre justificado.

Para Bousoño, García y Bascarán (2004) la complicación del tema también es resultado de la diversidad de comportamientos, en este caso suicidas. Ya que representan diferentes opiniones los suicidios premeditados, frente a los impulsivos, el suscitado por enfermedad mental y el altruista, tampoco es lo mismo un suicidio por depresión psicótica que el de trastorno límite, o el del terrorista frente al del padre Kolbe que ofrece su vida a cambio de un compañero en los campos de concentración nazi.

Para Maris, Berman y Silverman (2000) la base de la discusión se centra en la diferenciación entre el suicidio racional y el irracional. Para esto, es necesario definir primero la racionalidad, que para ellos es la capacidad de ejercer una razón de manera propia teniendo un juicio sano. A los suicidas siempre se les ha visto como personas que no piensan claro, depresivas, que están bajo efecto de algunas sustancias, impulsivas, extremadamente estresadas y aisladas. Esto indicaría que el suicidio no puede ser racional porque quienes lo hacen no lo son. Sin embargo, existen cuatro ambigüedades fundamentales del concepto de suicidio racional que Maris, Berman y Silverman (2000) discuten:

**1. Tener una razón para suicidarse en contraposición al derecho a suicidarse.**

Aunque el suicidio no sea correcto o ético, se dice que a nadie le faltan razones para suicidarse.

- El suicidio no sólo incumbe a quien lo lleva a cabo, podría resolver sus problemas, pero puede causar severos problemas a sus seres queridos, por eso el suicidio se considera, aunque perdonable, un acto muy egoísta, así que no está de sobra pensar en los derechos de los otros afectados.
- Si existen cosas que tienen un efecto similar a la muerte, como tomar antidepresivos, el divorcio o cambiar de trabajo, entonces el suicidio sería irracional.

- Desde un punto de vista religioso, si toda la vida le pertenece a dios, y el sufrimiento tiene un propósito, entonces no tenemos derecho a suicidarnos aunque tengamos razones para ello.
  - El suicidio puede ser ilegal o inmoral, no un derecho, aunque tampoco llega a ser un crimen porque no hay forma de que el suicida cumpla su condena.
2. **De alguna forma u otra, el suicidio racional excluye el afecto.** Es difícil imaginar una total exclusión del afecto y ciertamente el afecto puede llegar a distorsionar el juicio, especialmente cuando se sufre un intenso dolor físico o psicológico; en dichas circunstancias uno se ve tentado a hacer cualquier cosa, incluyendo el suicidio, para detener el dolor. Por otra parte, uno puede llegar a ser emocional y racional, y aunque puede que el suicidio no se sienta bien, tal vez haya muchas razones para llegar a cometerlo. Finalmente, toda la racionalidad pueden no ser suficiente si se piensa en todos los actos horribles de la humanidad justificados por razones y cálculos lógicos.
  3. **Si los suicidas no son racionales, están locos.** En ocasiones el suicidio se toma como evidencia de desorden mental, sin embargo es perfectamente posible no estar loco y ser irracional o tener desórdenes mentales y ser capaz de razonar correctamente. Mucha gente que se suicida experimenta tristeza pero no está clínicamente deprimida; de hecho, es frecuente que las personas con desórdenes mentales no consideran el suicidio como la mejor alternativa.
  4. **Los suicidios llegan a ser irracionales siempre o en ocasiones.** Mucha gente que está en contra del suicidio argumenta que éste es siempre irracional, siendo que con esto ellos mismos tienden a caer en lo rígido, dogmático y hasta irracional. No hay que excluir el hecho de que bajo muchas circunstancias uno es responsable de su propia vida, y aunque a muchos no les guste la idea de la muerte bajo cualquier circunstancia, es un hecho que, eventualmente, todos tendremos que morir y es algo natural, incluso la muerte por suicidio; y aunque la mayoría de las veces el suicidio es irracional, no lo es siempre.

Algo importante, es que una muerte nunca es apropiada cuando se usa para escapar de problemas que no se han resuelto, muchos suicidios son debidos a la impaciencia, impulsividad o falta de control.

Así como dentro del concepto suicidio se incluyen diversos componentes, se debe entender que los derechos a la vida y a la libertad no son absolutos y tienen matices que hay que tomar en cuenta para validar el comportamiento profesional en relación a este fenómeno, desde el ámbito legal hasta el de la salud, incluyendo el físico y mental.

Para su análisis ético, Bousoño, García y Bascarán (2004) dividen el suicidio en diversos criterios, que no se excluyen entre sí, en aras de realizar un análisis más global, siendo el primero de éstos el criterio de voluntariedad, dado que todo comportamiento suicida es voluntario, de otra forma no se consideraría suicidio, y ya que es un comportamiento tan complejo, es necesario subdividir la voluntariedad en pensamiento, deliberación, decisión y ejecución; tomando en cuenta que a mayor voluntariedad, mayor compromiso ético.

El pensamiento es el vehículo sobre el cual aparecen las ideas suicidas y se encuentra matizado por la afectividad que determina la connotación positiva o negativa de las ideas; la voluntad en este nivel cognitivo se determina por la consciencia que el sujeto tenga de las consecuencias de sus actos. La deliberación volitiva de un acto suicida se da en la medida en que es aceptada como propia por el sujeto, a diferencia de situaciones patológicas en que existe una elevada impulsividad y aparecen comportamientos suicidas no meditados. La decisión es el acto por el que nuestra voluntad determina nuestro comportamiento y es el momento psicológico en el cual se pasa del pensamiento a la acción, lo que lo hace esencial para el entendimiento del comportamiento suicida; la capacidad de decisión puede estar alterada debido a situaciones patológicas, lo que puede hacer que el sujeto se deje influenciar para cometer suicidio por estímulos exteriores. La ejecución es la parte activa del comportamiento voluntario, y requiere la integridad de los sistemas neuromusculares esenciales para el movimiento, lo que hace de este aspecto algo esencial para entender los problemas que plantea el suicidio asistido, en el cual el sujeto tiene mermada la capacidad de realización y requiere la ayuda de otro.

El segundo criterio al que apelan Bousoño, García y Bascarán (2004) es el de causalidad, siendo éste esencial y, a la vez, difícil de determinar, ya que en la mayoría de los casos de suicidio no hay notas, o si las hay, no todas expresan los motivos de tal acto, quedando como único recurso la intuición. De cualquier forma, las causas de suicidio pueden ser divididas en dos grandes tipos.

En el primero, al ser de origen psicopatológico, existen deseos e impulsos suicidas que alteran el pensamiento, condicionan la afectividad, nublan el juicio, aumentan la impulsividad y determinan en mayor o menor medida el comportamiento, además que la voluntariedad se ve disminuida, mientras que en el segundo, el suicidio no psicopatológico, no, lo que da como consecuencia que a mayor causalidad psicopatológica, menor imputabilidad y responsabilidad por parte del sujeto.

Este criterio resulta importante como explicación del hecho, ya que el encontrar una causalidad psicopatológica atenúa el sufrimiento de los familiares al no atribuir así culpa al suicida, y les sirve también para adoptar actitudes preventivas en caso de que la psicopatología sea de carácter genético. Sin embargo, la presencia de una psicopatología no exime totalmente la responsabilidad del sujeto suicida, para lo que se ha dado una jerarquía en cuanto a la influencia que pueda ejercer una psicopatología en el acto suicida; ya que incluso, en casos graves, consideraciones éticas permiten que el enfermo controle suficiente su comportamiento, como para evitar la tentación suicida.

El tercer criterio es el de finalidad o motivación del comportamiento suicida, se pueden hacer diversas clasificaciones respecto a este criterio, pero para fines éticos sólo se hacen dos distinciones, que son motivaciones egoístas y altruistas. Sin embargo, estas distinciones no son del todo claras y hacen que sea difícil determinar la finalidad de un comportamiento suicida, ya que en principio se debería tener claro qué se entiende por egoísta y hasta qué punto o en qué medida se es egoísta o altruista al cometer suicidio. Así, quedaría en disyuntiva el comportamiento del misionero que sacrifica su vida por martirio, y qué tanto hay de egoísmo en esto si sabe que alcanzará la salvación de su alma.

El último criterio que señalan Bousoño, García y Bascarán (2004) es el de inducción y auxilio al suicidio, donde se encuentra otra complicación, ya que de entrada, la delimitación

de lo que es inducción no es clara y también porque en muchos casos resulta difícil determinar si ha habido o no inducción, si ésta ha sido directa o indirecta y en qué medida se ha dado. Pese a estas dificultades, lo que sí queda claramente definido es que la inducción o auxilio al suicidio por parte de un tercero, supone un grave compromiso ético.

Bousoño, García y Bascarán (2004) también hacen diferenciaciones entre ciertos tipos de suicidio y hacen una consideración ética de éstos. Como primer ejemplo, mencionan el suicidio ampliado, en el que una persona se suicida junto con otra u otras que pueden o no participar de la idea suicida; donde afectar no solamente la propia vida sino la de otros, supone un mayor compromiso ético. Otro tipo de suicidio que mencionan, un tanto similar, es el colectivo, donde de igual forma, los participantes pueden estar o no de acuerdo en el suicidio, pero lo que lo hace diferente, es que hay un líder que elige el método.

También, mencionan a los llamados equivalentes suicidas, que son quienes realizan actividades que conllevan un elevado riesgo de muerte, claro que es necesario aún entre éstos, distinguir la naturaleza de estas actividades, ya que pueden ser parte de una profesión, como bombero, o sólo por entretenimiento, como quien juega a quitarse de enfrente de un tren en el último segundo.

Visto desde una perspectiva filosófica, abstracta, formal y enfocada más en el método que en la sustancia, Maris, Berman y Silverman (2000) examinan críticamente lo que muchos dan por sentado, como que la vida debe ser preservada bajo casi cualquier circunstancia, existen dos perspectivas principales que abordan el suicidio:

- Perspectiva de Kant. De acuerdo con Kant, la persona ideal es un agente racional con autonomía, y el suicidio compromete el ideal de racionalidad o de autonomía de alguna forma, en este sentido Kant podría argumentar que el suicidio es una violación del propio deber de la persona, y que siempre es algo malo porque degrada a la humanidad.
- Perspectiva Utilitaria. Se centra en las consecuencias, imaginar qué vendrá tras el suicidio no sólo para esa persona, sino para sus allegados o para la sociedad en general. Esta perspectiva argumenta que el suicidio es algo malo si esto causa angustia, dolor o dificultades de cualquier tipo a otras personas. Aunque, el cuerpo

de una persona sólo le pertenece a ésta y puede hacer con él lo que le plazca, siempre y cuando no dañe a otros y no es una obligación continuar a pesar de lo difícil que sea la situación, sólo para satisfacer los deseos de otros. Claro que no siempre se conocen las consecuencias de un suicidio antes de que ocurra, lo que dificulta contemplarlas racionalmente.

El dolor es probablemente la razón más dada para un suicidio racional, y a pesar de la empatía, en el argumento del lenguaje privado, Wittgenstein (1953, en Maris, Berman y Silverman, 2000) menciona que nadie es capaz de sentir el dolor de otro, así que no es posible para alguien evitar o justificar el suicidio de otro por el dolor que sentía, ya que nunca se podrá saber cómo o qué tan intenso era.

Lo que es cierto es que el suicidio es una decisión irrevocable y que la mayoría no quiere estar solo en su muerte, así que si el suicidio es un derecho tras haber tomado una decisión privada, también puede ser un evento solitario. En cualquier caso, la gente le teme más a la soledad que al dolor o la muerte (Maris, Berman y Silverman, 2000).

## **2.5 Evaluación del riesgo suicida**

Debido a estos datos es importante la evaluación de riesgo suicida, para esto Pope (1986, en Rubin y Bloch, 2001) enumera una serie de indicadores:

1. La advertencia verbal directa
2. Intentos anteriores
3. Afirmaciones indirectas y signos conductuales
4. Depresión
5. Desesperanza
6. Intoxicación
7. Síndrome clínico
8. Vivir solo

9. Estado de salud deteriorado
10. Impulsividad
11. Rigidez mental
12. Eventos vitales traumáticos
13. Salida de una hospitalización

Cabe mencionar que Guzmán (1992) y Hernández y Medina (2004) afirman que el suicidio ha estado vinculado a una serie de ideas y supuestos que no son precisamente correctos y que incluso pueden ser engañosos y peligrosos, así que los enumeran para que se tomen en cuenta al presentarse y poder evaluar el riesgo real de suicidio para evitar o prevenirlo:

1. Existe el mito de que quien comunica que se va a suicidar en realidad no lo hace, esto lo pueden hacer por varios motivos como obtener ayuda, crear inquietud y alarma, o manipular a otras personas. Pero en realidad, cualquiera que sea el motivo de exteriorizar los deseos suicidas, se debe considerar seriamente y no tomar a la ligera.
2. A pesar de las observaciones y estudios de Durkheim, donde se presenta una tendencia al suicidio en ciertas poblaciones, no se puede dejar de lado el hecho de que personas que no encajan en estas poblaciones específicas también son propensas al suicidio, habiendo menos adherencia en cuanto a clases sociales y religión.
3. Existe la creencia errónea de que el suicido obedece a una sola enfermedad mental que es la depresión. Aunque si bien es cierto, que es con la que más se vinculan los casos de suicidio, también existe riesgo en padecimientos como esquizofrenia, neurosis, psicopatía, alcoholismo, epilepsia y retardo mental, aunque estas dos últimas en menor medida. Incluso el peligro de suicidarse no sólo se relaciona con enfermedades mentales, también se presenta en enfermos crónicos de cualquier padecimiento, sobretodo en etapas terminales, donde el enfermo busca terminar con su sufrimiento y evitar un futuro incierto, prefiriendo ser ellos quienes elijan el momento y lugar de su muerte.
4. También se tiene la idea que los pacientes bajo cuidado médico no presentan riesgo suicida, sin embargo la relación de suicidios es de 3 a 5 veces más frecuente en una clínica

psiquiátrica que en pacientes externos, aún teniendo las mejores precauciones para evitar suicidios.

Con lo que respecta a la evaluación del riesgo suicida, Freedman, Kaplan y Sadock (1982) dan a conocer tres claves para evaluar pacientes con potencial suicida, mencionan la letalidad, perturbación y posibilidad de perjudicarse, en donde es esencial diferenciar de forma inmediata y continuada entre la letalidad del paciente y su perturbación. La perturbación o angustia subjetiva se refiere a lo agitado y lo normal-anormal que se encuentre el paciente, la letalidad se refiere a la probabilidad de que el paciente lleve a cabo el suicidio. La letalidad elevada es la que mata al paciente, no la alta perturbación. Las conductas perjudiciales incluyen patrones de autodestrucción, como el alcohol, drogas, mutilaciones y negligencias en el cumplimiento de regímenes médicos en enfermedades delicadas.

La segunda clave que proponen es la intencionalidad, a la que dan tres clasificaciones cuando se presenta una muerte por causas naturales, accidentes, suicidio u homicidio, que son: con intencionalidad (buscan la muerte), subintencionalidad (desempeña un papel inconsciente en su mente) o inintencionadas (en realidad no se busca la muerte).

Clasificar las situaciones de suicidio es en realidad más complejo de lo que ya se ha mencionado, ya que como Rudd, Joiner y Rajab (2001) indican, no existen dos crisis de suicidio idénticas porque cada persona presenta síntomas diferentes en intensidad y cualitativamente, incluso las crisis varían en el mismo paciente con el tiempo. Dentro de las crisis, existe una amplia gama en que se pueden presentar, desde pensamientos suicidas vagos y poco frecuentes, un primer intento de baja letalidad, o hasta intentos suicidas recurrentes de alta letalidad que requieran cuidados médicos intensivos; y al atender una crisis, es importante distinguir entre estos tipos y su peligrosidad. Aunque en el proceso, todas las crisis se manejarán de la misma manera.

Durante una crisis aguda con serio intento suicida, a pesar de si es un indicativo de patrón habitual o un problema episódico, el paciente manifestará una fuerte desilusión y excitación psicológica. En cambio, para quienes experimentan crisis habituales con bajo riesgo suicida, el sistema de creencias se caracteriza por una marcada ambivalencia. En el caso de

un suicida crónico, las motivaciones o características conductuales necesitan ser cuidadosamente consideradas. Aunque esto no excluye que también se tengan que considerar a quienes sólo llevan un intento de suicidio. Esto es sólo para notar que quien habitualmente sufre de crisis suicidas, es más propenso a tener otras motivaciones que sólo la muerte; frecuentemente, estas motivaciones incluyen enojo, venganza, auto-castigo o a otros, búsqueda de atención y apropiada o inapropiada búsqueda de ayuda. Notar estas diferencias es crítico para un cuidado efectivo y eficiente.

Lo que es innegable es que quien considera el suicidio, muestra evidencia de una falta de habilidad para afrontar su estado. Finalmente el paciente, al concluir su tratamiento, ya sea su primera crisis o un patrón habitual, acabará por sentirse mejor (Rudd, Joiner y Rajab, 2001).

Para poder hacer diferenciaciones entre crisis suicidas, Derito (2006) indica que siempre es importante preguntar si ha habido ideación suicida, pero de forma sutil, por ejemplo, preguntar al paciente si alguna vez ha pensado que no tiene deseos de vivir o de causarse algún daño. En el caso de que ya se hayan producido intentos, se tiene que valorar la gravedad y posibilidad de repetición, ya que el 25% de las personas que intentan suicidarse, lo logran en el curso de un año.

Derito (2006) sugiere que existen 5 criterios que indican la gravedad y probabilidad de repetición de actos suicidas:

1. Potencial letal del intento. Se determina si el acto fue impulsivo o premeditado.
2. Posibilidad de rescate o ayuda. Se averigua si llamó para pedir auxilio y cometió el acto, o si esperó a estar solo y no lo comunicó a nadie, se evalúa si en realidad quería morir, sólo llamar la atención, vengarse o si fue un acto desesperado.
3. Antecedentes personales y familiares de conductas suicidas.
4. Diagnósticos psiquiátricos que implican un mayor riesgo de suicidio.
5. Factores generales de riesgo por considerar en la biografía del paciente:

**Edad.** Mayor riesgo entre los 15 y 25 años.

**Sexo.** Los intentos son más en las mujeres, aunque los hombres se suicidan más.

**Raza.** Se relaciona más con inmigrantes, debido a la inadaptación y el aislamiento, sobre todo si se encuentran solos y contra su voluntad, independientemente de la raza.

**Estado civil.** Hay más riesgo en los viudos y divorciados, seguidos de los solteros, al parecer, el matrimonio tiene un efecto protector.

**Situación social.** Tienen más riesgo quienes están menos integrados a grupos sociales.

**Situación económica.** Es mayor la tasa de suicidio en personas desempleadas y con menor nivel cultural.

**Rol social.** Algunas profesiones, registran un mayor número de suicidios debido al estrés o al fácil acceso a los métodos, y a la tendencia al alcoholismo; como abogados, farmacéuticos y médicos, entre éstos últimos destacan los psiquiatras, otorrinolaringólogos, cirujanos, anesthesiólogos y odontólogos.

**Crisis vitales o accidentales.** Son factores de riesgo la jubilación, la etapa del nido vacío o la pérdida de la pareja. Y como crisis accidentales riesgosas son la pérdida de un ser querido, fracaso profesional, separaciones, problemas económicos, catástrofes. La personalidad del individuo, sumada a la imposibilidad de elaborar el hecho o la acumulación de nuevos conflictos estresantes, llevan a un trastorno de estrés postraumático o un trastorno de adaptación, marco en el que se puede desencadenar una conducta suicida.

**Enfermedades somáticas.** El 35% de las conductas suicidas obedecen a enfermedades orgánicas, ya sea por el dolor que ésta causa, por la imagen corporal, por la marginación social o por la depresión que causan.

**Trastornos psiquiátricos.** Como ya se ha mencionado, es muy alto el porcentaje (90%) de personas que cometen suicidio y padecen estos trastornos, entre los padecimientos de mayor riesgo están la esquizofrenia y los fenómenos alucinatorios.

## **2.6 Estrategias de intervención en crisis de suicidio**

Como se ha mencionado en la primera parte de este trabajo, la intervención en crisis tiene como objetivo estabilizar emocionalmente a la persona de forma que pueda ser funcional en su vida cotidiana, así como reducir el riesgo inmediato de que pueda atentar contra su vida. Madrigal de León (2004) afirma que la intervención en crisis con ideación suicida implica poner en marcha una serie de estrategias diferentes a la intervención general, ya que está en juego la integridad de la persona.

Esto implica algunas dificultades, ya que como Rudd, Joiner y Rajab (2001) mencionan, el mundo externo del paciente no va a cambiar en forma drástica en una o dos sesiones, pero el sentido de urgencia emocional y perturbación, se puede resolver efectivamente con una intervención activa y específica. Existe una compleja red de factores que llevan a los paciente suicidas a terapia, en ocasiones se presentan con un entendimiento o insight limitado.

Cuando alguien se presenta en un estado de disforia, perturbado y suicida, se requiere de una atención inmediata. La clave de la respuesta terapéutica durante una crisis de suicidio es detallar un plan específico de respuesta a la crisis y discutirlo con el paciente. Una crisis suicida no sólo se caracteriza por los pensamientos de autodestrucción, también por sentimientos asociados de desesperación e impotencia. Así que el plan de respuesta a la crisis, además de incluir respuesta terapéutica, flexibilidad, enfoque en los sentimientos de desesperación e impotencia, resolución inmediata de los síntomas, garantizar la seguridad del paciente y recursos de apoyo, también debería incluir tres componentes básicos (Rudd, Joiner y Rajab, 2001):

1. El paciente necesita ayuda para reconocer lo que una crisis suicida desencadena, y para mejorar su entendimiento de los pensamientos y sentimientos asociados.
2. El paciente necesita participar de manera que sus pensamientos suicidas vayan en decremento y que su recuperación emocional se facilite.

3. Si no se logran desactivar los pensamientos suicidas, el paciente requeriría de asistencia y cuidados, de forma que se facilite el desarrollo y se minimice la dependencia y manipulación.

Debido al riesgo, es importante que durante la intervención en crisis con pacientes suicidas, el terapeuta mantenga una actitud empática, que permita al paciente expresar sus sentimientos abiertamente sin hacerle sentir culpable, no dejarlo solo y escuchar atentamente lo que tenga que contar sin juzgar ni minimizar el estrés desencadenante (Hernández y Medina, 2004).

Freedman, Kaplan y Sadock (1982), mencionan que en los intentos suicidas, como cortarse o ingerir sustancias dañinas, lo que muchas veces buscan quienes lo hacen es cambiar su vida o la de personas significativas de su alrededor, que acabar con la vida misma.

Esta primera parte de evaluación forma parte de la denominada intervención, que tiene lugar antes de la crisis y antes de la tentativa suicida. Con lo que respecta a la intervención durante la crisis suicida, Kaplan (1988) propone algunas iniciativas terapéuticas, las cuales son:

1. Una sesión temporal enfocada a las necesidades de dependencia infantiles y exigentes del paciente, proporcionando un sustituto paterno fuerte y amable para apoyarle.
2. Mostrar una actitud directiva y de autoridad para la toma de decisiones.
3. Abandonar las habituales técnicas de reflexión, asociación libre y otras intervenciones no directivas, permitiendo así una intervención directa.

Derito (2006), por su parte, indica que durante la entrevista es indispensable indagar sobre el estado afectivo y considerar los siguientes puntos:

- No debe desestimarse ningún intento de suicidio, por más trivial que parezca, ya que incluso cuando se trata de una conducta manipuladora, indica que se utilizan mecanismos enfermos para afrontar los conflictos.

- Si el intento se ha consumado, se deben atender primero los problemas médicos urgentes.
- El lugar donde permanezca el paciente debe contar con las más exageradas medidas de seguridad.
- Es conveniente realizar la entrevista en un lugar tranquilo, a fin de que se establezca una relación empática. No es recomendable criticar las ideas o sentimientos del paciente, ni intentar convencerlo con ejemplos ajenos.
- Las preguntas realizadas deben ser formuladas discretamente, por ejemplo, en vez de preguntar si ha pensado en el suicidio, preguntar si hay momentos en que piensa que no vale la pena vivir.
- Obtener información sobre la existencia de síntomas psicóticos, alucinaciones o delirios; y enfermedades crónicas que impliquen dolor, deformaciones, pérdidas funcionales o posibilidad de muerte.
- Obtener información sobre adicciones, en especial alcoholismo y drogas blandas (marihuana o cocaína)
- Evaluar el potencial letal del suceso, premeditado o impulsivo.
- Saber cómo ve el paciente su futuro, si manifiesta arrepentimiento y ganas de volver a empezar, o si tiene una actitud de indiferencia.
- Precisar con quiénes cuenta el paciente para que le brinden apoyo emocional y lo ayuden a salir de la crisis.
- Apoyo emocional por parte de los profesionales, tratando de aumentar la autoestima del paciente.

En la misma dirección, Madrigal de León (2004) también propone algunos puntos básicos para la intervención en crisis en casos de ideación suicida:

- Permitir que la persona hable libremente del problema, no limitarlo, dejar que haga un desahogo emocional, sobre todo del dolor y la angustia.
- Identificar el problema que genera la situación de crisis suicida.
- Reconocer el factor desencadenante de la ideación suicida activa; qué incidente le provocó tomar la decisión de suicidarse.
- Hablar abiertamente de su deseo de morir o quitarse la vida, enfrentar a la persona en crisis sin permitir evasiones al referirlo claramente.
- Hacer una evaluación del riesgo suicida, preguntar por el tiempo que lleva de haber tomado la decisión, los preparativos que ha hecho para ello, el medio con el cual decide quitarse la vida, la cercanía de dichos elementos en el momento actual y la presencia de otras personas en su entorno inmediato, intentos previos y consumo de drogas o alcohol en el momento.
- Buscar aspectos positivos de su vida. Esto puede ser el motivo de vida de la persona en crisis y apegarse constantemente al aspecto positivo.
- Investigar sobre los intentos previos para solucionar el problema, no sin esfuerzo o compromiso mutuo de salir adelante.
- Iniciar con la exploración activa de la búsqueda de soluciones, de opciones y permitir la reflexión adecuada.
- Ayudar en la elaboración del plan de acción para la solución recordando que debe ser muy claro y preciso, desglosándolo paso a paso.
- Establecer las acciones inmediatas a realizar, tienen que ser acciones concretas para el día siguiente.

- Analizar los recursos necesarios para implementar las acciones, ubicar recursos personales, familiares, comunitarios e institucionales.
- Establecer con la persona en crisis las primeras acciones a realizar, con los recursos que se encuentren a su disposición.
- Establecer un compromiso de siguiente sesión para evaluar los cambios obtenidos, no importando los resultados.
- Establecer un mecanismo de ayuda en caso de urgencia, en que se active la ideación suicida nuevamente por el motivo que sea.

De la misma manera, sugiere algunas conductas a evitar en el transcurso de la intervención en crisis con personas con ideación o intento suicida:

- Retar al paciente para que se quite la vida
- Dudar de la seriedad del intento suicida
- Pedirle que no se suicide
- Pedirle que se suicide
- Darle ideas de cómo quitarse la vida
- Juzgar sus actos, sentimientos e ideas
- Entrar en debate sobre su percepción de la vida
- Faltar a los compromisos adquiridos con el paciente

Bellak (1993), por su parte, describe nueve factores para un plan de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia a tomar en cuenta en el tratamiento de pacientes con riesgo de suicidio.

1. Factor o situación precipitante.

Como ya se mencionaba, el suicidio tiene gran relación con el estado de depresión, ya que en este estado es muy común que se exprese algún deseo de morir, como un deseo de

dormir sin preocupaciones. Estos deseos han sido muy difundidos, y esa, probablemente, sea la causa de la frecuencia con la que se dan los pensamientos suicidas en la población, en especial en los adolescentes. Sin embargo, cuando estos pensamientos están acompañados de actitudes hostiles, son motivo de extrema precaución, y es de gran importancia la comprensión de los impulsos suicidas, que pueden estar implicados con deseos de llevar a cabo un delito real o imaginario, de venganza, de reunirse con la pareja fallecida o forzar el amor de las personas. Esto es de gran importancia, ya que las motivaciones pueden dar por resultado un acto suicida.

## 2. Contenido, precisión y primitivismo de las fantasías y planes.

Si existe alguna posibilidad de suicidio, es importante pedir, o si es necesario insistir, al paciente que exprese los detalles de forma tan concreta como sea posible. Esto tiene un efecto catártico y facilita la prueba de realidad tanto del acto como de las ideas que se tienen de lo que pasa después de este, como la fantasía de que sobrevivirá y despertará de la muerte como de un sueño.

Al igual que es muy importante tomar en cuenta el primitivismo de la fantasía, ya que mientras mayor sea éste, mayor es el riesgo de suicidio. Las personas que consideran la automutilación muestran una falta de control de impulsos que resulta alarmante, donde el primitivismo de la fantasía se correlaciona con el primitivismo de la estructura de personalidad.

También, a partir de lo que el paciente comente o de las fantasías, se puede descubrir en contra de quién se intenta inconscientemente la agresión, y esto da más herramientas para un trabajo terapéutico posterior.

## 3. Intentos y planes previos.

Según Bellak (1993), el criterio más importante para una posibilidad de suicidio es un serio intento previo. La consumación de muchos actos suicidas está relacionada con amenazas e intentos previos, y de éstos, los más serios son en los que el paciente ha tenido una alta probabilidad de morir y fue descubierto por coincidencia o se las arregló para sobrevivir a una situación muy grave dentro de un intento suicida; a diferencia de los casos en que

toman unas cuantas pastillas o se cortan las venas superficialmente, los cuales son más como una afirmación.

Como ya se mencionó, mientras más preciso sea el plan de suicidio de alguien, mayor será el riesgo, aunque la ausencia de un plan, no es causa de subestimación, ya que quienes intentan suicidarse sólo para probar algo, accidentalmente, pueden sobrepasarse y lograrlo.

#### 4. Historia familiar de intentos suicidas o depresión.

El que en la historia familiar hayan existido suicidios o violencia, sobretodo en la infancia, es causa de peligro ante una fantasía suicida. Incluso están en riesgo quienes expresan agresión hacia otros, ya sea personas o animales, hacia el interior o hacia otros; la agresión también se correlaciona con un deficiente control de impulsos.

#### 5. Si el paciente es agudamente suicida, abandonar la neutralidad terapéutica.

Este punto marca que si el paciente está en grave riesgo de cometer suicidio, es necesario dar apoyo, tranquilizar al paciente, hacer que se dé cuenta de que existen otras opciones disponibles aparte de autodestruirse y asegurarle que uno estará disponible las veinticuatro horas del día. También si es posible, obtener el permiso del paciente para informar de la situación a los miembros de la familia, así como familiarizar al paciente con la disponibilidad de líneas y servicios de atención de crisis en caso de que no pueda encontrar al terapeuta.

#### 6. Trabajar con la visión de túnel.

Esto se refiere a que los pacientes sólo ven una solución en particular, así que es importante mostrarles que existen otras opciones.

#### 7. Convenir por una demora.

Los pacientes en el acto suicida buscan la descarga inmediata del impulso, lo que ocurre de manera inmediata, por lo que cualquier demora probablemente debilitará tal impulso. De esta forma, lo que se sugiere es comunicar al paciente que no hay nada que uno pueda hacer si desea quitarse la vida y nadie lo podrá impedir, aunque tampoco se lo podrán impedir el

día de mañana, así que se le pide al paciente que lo posponga un poco para que lo puedan discutir, y si después de discutirlo aún siente deseos de hacerlo será su decisión.

Aunque con frecuencia, la demora por sí sola es suficiente para retirar el peligro principal, con esto, no sólo se obtiene el aplazamiento, que es de gran importancia, sino que también se tiene la oportunidad de intervenir.

8. Involucrar dentro de la situación a los otros significativos: recursos de la comunidad.

Cuando existe una preocupación sobre la posibilidad de suicidio, es probable que si el terapeuta intenta tomar toda la responsabilidad se produzca ansiedad por parte del terapeuta y se la comunique, aún sin quererlo, al paciente, lo cual sólo logrará alarmarlo y ponerlo en mayor riesgo de suicidarse. Cuando exista una gran preocupación por parte del terapeuta, sería útil que llame a un familiar del paciente al consultorio, para que lo acompañe a su casa, en un caso extremo aún si él no está de acuerdo. O bien, si es necesario, también es válido abandonar la neutralidad terapéutica y llevar uno mismo al paciente a su casa u hospital.

Ya que el suicidio es con frecuencia una crisis donde interviene la relación que se tiene con otro significativo, también se debe considerar el trabajo terapéutico con este otro significativo en la vida del paciente. Claro que no verlo con la misma frecuencia que al paciente, pero sí involucrarlo directamente.

También se debe confiar en los recursos de la comunidad, como líneas telefónicas de ayuda en crisis, o la familia y amigos del paciente, ya que el saber que cuenta con su apoyo, es de gran importancia para el paciente.

9. Hospitalización.

Es útil que el terapeuta tenga contacto con el médico general o con un hospital o clínica, ya que en caso de un intento grave de suicidio, prevalece asegurar la vida del paciente, y tal vez hasta sea necesario internarlo, y en este caso, la terapia se puede llevar a cabo en un escenario protegido.

Es importante resaltar que los casos de internación son extremos, donde los pacientes se presentan con actividad psicótica, que están bajo influencia de drogas y sin posibilidad de continencia familiar o con ideación suicida irreductible (Derito, 2006).

Otros autores proponen como alternativa la terapia cognitiva para pacientes suicidas, entre ellos están Bellak (1993) y Freeman y Reinecke (1995); los factores que se manejan en esta terapia son:

- Evaluación completa.

Esta tarea es difícil porque generalmente los pacientes suicidas no divulgan sus pensamientos, pero al hacer la evaluación, se deben tomar en consideración algunos aspectos importantes, como lo son pensamientos y conductas suicidas; si el paciente tiene acceso a los medios para suicidarse; si tiene amigos o parientes que puedan intervenir en una situación de intento de suicidio; los motivos por los cuales desea quitarse la vida, entre estos pueden estar que desee escapar de sus problemas, manipular a personas significativas o que sea un llamado de ayuda; también es importante conocer si ha habido conductas suicidas pasadas.

- Interrumpir el plan.

Una forma de hacerlo es lograr que el paciente retire los medios o herramientas para suicidarse, de hecho se le puede pedir que las entregue a uno mismo o a familiares o amigos. Al involucrar a las personas cercanas al paciente, se les puede pedir que ayuden a protegerlo, poniendo bajo llave o alejando objetos peligrosos del paciente, y supervisando las dosis y tomas de fármacos del paciente, en caso de que los tome.

- Enfocarse en la desesperanza del paciente.

Como primera intervención, se puede hacer un contrato con el paciente, donde éste se comprometa a no suicidarse durante un periodo de tiempo estipulado por el terapeuta. Hay otras técnicas cognitivo-conductuales que se pueden utilizar en estos casos como son:

- a) Someter a juicio y a prueba de realidad el pensamiento rígido de que las cosas nunca mejorarán. Esto ayuda a reducir las desesperanzas del paciente.

- b) Pedir al paciente que haga un balance entre las ventajas y desventajas de vivir y morir, y hacer una lista de problemas.
- c) Identificar las situaciones que hacen que se aísle y que tenga pensamientos suicidas, si esto resulta difícil, se puede comenzar haciendo una lista de todas las actividades y después identificar los pensamientos en cada una. Una vez que estén identificados los pensamientos suicidas con respecto a las situaciones o actividades, se deben evitar en la mayor medida posible.
- d) Evitar la inactividad y apatía, asignándole tareas, auto-observación, y programación de actividades. El estar ocupado en tareas, evita la preocupación y los pensamientos disfuncionales distraendo al paciente de las ideas suicidas. Cuando se califican estas actividades, el paciente se ve forzado a prestar atención a cualquier sentimiento de agrado o placer experimentado durante la semana.
- e) Pedir al paciente que evite cualquier juicio antes de que intente cualquier otra actividad nueva o conducta, esto ayuda a descartar la idea de que nada funciona.
  - Establecer puentes de una sesión terapéutica a la siguiente.

Esto es para que el paciente se interese e involucre en la terapia, de esta forma se gana tiempo. Esto se puede lograr asignando tareas que se discutirán en la siguiente sesión, agendar temas de gran interés o preocupación para el paciente en la siguiente sesión y si no están en el programa, dedicar al menos 20 minutos a éstas, o hacer arreglos para tener contacto telefónico con el paciente entre sesiones.

- Desafiar la rigidez cognitiva a través de:
  - a) Intercambio de roles paciente – terapeuta. Donde el paciente es ahora el terapeuta y tiene que ayudar a su “paciente” a generar nuevas soluciones, forzándolo a tomar una perspectiva más objetiva del problema.
  - b) Hacer que el paciente visualice un escenario problemático y luego ensaye mentalmente o con role-play varias soluciones y resultados posibles.

- c) Generalmente los pacientes suicidas sólo pueden ver un aspecto de su problema, para esto, es útil la terapia alternativa, en esta se le pide al paciente que busque evidencia, que apoye otras explicaciones o alternativas posibles a su problema, hacer esto aumenta la posibilidad de que el paciente sea capaz de encontrar una solución.
- Desafiar el pensamiento dicotómico y otras distorsiones cognitivas.

Se le pide al paciente que categorice cosas o situaciones en términos de todo o nada y que especifique el criterio que utiliza para emitir tal juicio, por ejemplo: mi esposo era el mejor del mundo; un marido perfecto es alguien amable, dadivoso, inteligente, etc. Después de esto pídale que vuelva a calificar la situación o cosa de tal juicio extremo, en esta parte, frecuentemente los pacientes descubren que su juicio extremo no tiene fundamentos cuando se le analiza de esta forma y que hay tonos grises.

- Entrenar habilidades de solución de problemas.

Dado que los pacientes suicidas y en general quienes se encuentran en crisis generan una incapacidad para solucionar problemas, al principio de la terapia en solución de problemas, el terapeuta se debe mostrar directivo al ayudar al paciente a definir su problema, a generar soluciones y a evaluar las alternativas, para que el paciente lleve a cabo la solución que eligió, antes de ponerla en marcha, se puede ensayar mediante role-play.

- Hospitalización.

Esta se sugiere en casos en que el paciente no especifique su plan, ya que de esta forma no es posible trabajar en colaboración con él para disminuir el riesgo de suicidio; si el paciente ha comenzado a llevar a cabo su plan; si el control de impulsos del paciente es limitado; o si su plan es ininterrumpible, esto se refiere a métodos inmediatos como arrojarse de las alturas o darse un balazo por ejemplo.

Hasta ahora se han propuesto soluciones o principios terapéuticos que son de gran ayuda al tratar una crisis de suicidio, sin embargo, la mayoría están enfocados a cuestiones que tienen más que ver con el terapeuta que con el paciente, es decir, son más de tipo directivo y dejan al paciente en un rol pasivo. Cada caso a que se enfrenta un terapeuta es diferente y

habrá algunos en los que funcione mejor una actitud directiva, pero habrá otros casos en que se obtengan mejores resultados cuando el paciente interviene de forma activa y se tienen herramientas tangibles que muestren su desarrollo.

Atendiendo a estos casos Rudd, Joiner y Rajab (2001) proponen algunas tareas importantes de la intervención en crisis en casos de suicidio:

- **Asegurar la seguridad del paciente.** Una de las principales metas de la intervención en crisis suicidas es mantener a la persona viva. Esta es una decisión clínica que se toma en relación con el riesgo que se identifique y es necesario seguir los siguientes pasos:
  - a) Si se ha expresado un claro intento de suicidio, es necesaria una evaluación psicológica inmediata y considerar la hospitalización. Bajo estas condiciones el paciente debe estar acompañado y ser monitoreado todo el tiempo, con un involucramiento activo de los miembros de la familia.
  - b) Cualquiera que sea el nivel de riesgo, es importante no dejar disponible para la persona cualquier medio con el que sea posible el suicidio.
- **Auto-monitoreo durante las crisis.** Es importante introducir estructuras de intervención durante un estado de crisis, ya que le dan al paciente medios para aminorar sus pensamientos suicidas, inhibir la intensificación de emociones, desarrollar habilidades básicas, modificar la naturaleza desesperanzadora del sistema de creencias suicida, y le provee de un fundamento para desarrollar una personalidad duradera. Para esto, primero es importante que los pacientes estén más alerta de lo que piensan y lo que sienten, después que entiendan sus sentimientos de forma precisa, y finalmente que aprendan a responder a ellos efectivamente.
- **Llenar un formato de pensamientos suicidas.** En las primeras sesiones, después de una aguda crisis, pueden no ser del todo práctico. Sin embargo, después de una o dos sesiones, será relativamente fácil completar el formato (Tabla 3) si lo hacen conjuntamente terapeuta y paciente. Este formato se puede usar para representar el ciclo suicida y concientizar de éste y de sus patrones de comportamiento al paciente.

Al usar este tipo de formatos, se dota al proceso de estructura y organización predecible, lo que hace claras y consistentes las tareas terapéuticas para monitorear la intensidad de las emociones y síntomas relacionados al paso del tiempo, y esto da como resultado un sentimiento de control y poder al paciente, ya que les demuestra que pueden influir directamente y modificar de manera constructiva la intensidad de las emociones que les son intolerables.

Eventos desencadenantes	Pensamientos suicidas	Intensidad (1-10)	Duración	Sentimientos	Intensidad (1-10)	Duración	Respuestas conductuales	Cambios +/-
Viernes 11 de marzo de 2011, 7:35 pm. Mi novio se fue después de haber peleado, estábamos él y yo en mi casa.	Pensé en tomar una sobredosis de mis antidepresivos, sólo , las pastillas estaban en mi bolsa.	9	20 minutos	Enojo, frustración y tristeza.	9	15 minutos	Puse algo de música, pensé en tomar una cerveza pero no lo hice.	++
Domingo 20 de marzo de 2011, 12:45 pm. Mi mamá no me dejará salir en la semana por haber llegado tarde anoche.	Pensé en tomar un cuchillo de la cocina y abrirme las venas en el baño.	8	13 minutos	Enojo, frustración y odio.	9	20 minutos	Me encerré en mi cuarto y le marqué a mi amiga, hablamos unos 40 minutos	++

Tabla 3. Ejemplo de formato de pensamientos suicidas (Rudd, Joiner y Rajab, 2001).

Eventos desencadenantes	Pensamientos suicidas	Intensidad (1-10)	Duración	Sentimientos	Intensidad (1-10)	Duración	Respuestas conductuales	Cambio +/-
Miércoles 30 de marzo de 2011, 3:30 pm. Al asomarme por la ventana del salón de clases, veo que mis amigas ya se van y no me esperaron, siendo que ayer yo las esperé hasta tarde.	Pensé en correr para tomar vuelo y arrojarme por la ventana desde el piso en que estaba hasta la calle.	8	12 minutos	Tristeza, dolor, traición y enojo.	8	25 minutos	Salí a caminar al área deportiva y me compré un helado.	++

(Continuación)Tabla 3. Ejemplo de formato de pensamientos suicidas (Rudd, Joiner y Rajab, 2001).

- **Representación del ciclo suicida.** Tomando como base el formato de pensamientos suicidas, se puede explicar su ciclo suicida al paciente, al mismo tiempo que sirve para establecer una agenda de trabajo, ya que cada paso del ciclo comprende un objetivo para trabajar.
- **Utilizar gráficas del estado de ánimo.** Las gráficas son especialmente útiles para los pacientes que tienen limitadas habilidades de auto-monitoreo, éstas se pueden usar en un periodo de horas, días o meses dependiendo del objetivo. Sólo se necesita que el paciente haya mantenido un estado de ánimo durante un periodo de tiempo, y que pueda valorarlo en una escala del 1 al 10 en varias ocasiones durante el día. Para facilitar esto, se le pide al paciente que valore su estado de ánimo a la hora del desayuno, la comida, la cena y la hora de dormir. Una vez que se tienen estos valores, se pueden graficar junto con el paciente haciendo una distinción entre estados de ánimo positivos y negativos pasando los valores de 1-10 a -5 a +5 (Figura 3). Al cabo de varias gráficas, y de estudiarlas con el paciente, se le puede demostrar que su estado de ánimo fluctúa, que los sentimientos negativos no son eternos y que puede haber patrones de comportamiento, eventos o circunstancias que influyen, tanto positiva como negativamente en sus cambios de humor.

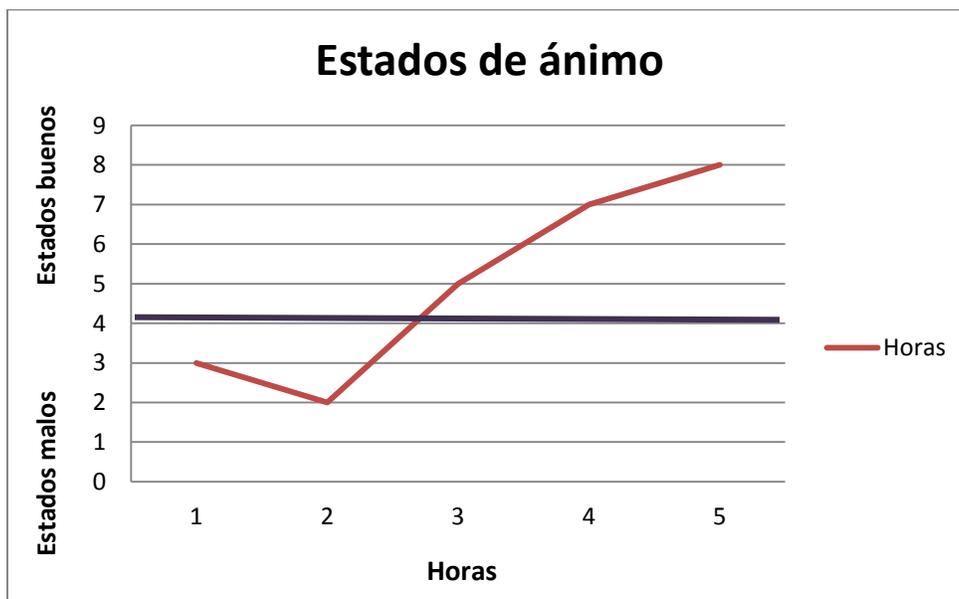


Figura 3. Ejemplo de una gráfica de estados de ánimo.

- **Mejorar la tolerancia al sufrimiento y reducir la impulsividad.** El objetivo del comportamiento suicida no siempre es la muerte, frecuentemente es un simple deseo de detener el dolor, ya sea por un comportamiento impulsivo, o por que se sabe que la condición dolorosa no se puede reparar. Uno de los principales objetivos de la intervención en crisis es ayudar al paciente a mejorar su tolerancia al dolor y es crítico que entiendan que los sentimientos negativos no duran para siempre y que también pueden seguir pasos para facilitar su recuperación. Durante las crisis agudas, surgen pensamientos irracionales (cogniciones calientes) que se deben aprovechar, ya que el sistema de creencias suicidas está sujeto al cambio durante los periodos de activación, así que la tarea es asegurarse de que estas creencias sean identificadas. A continuación se presentan los pasos para mejorar la tolerancia al sufrimiento.
  1. Implementar el auto-monitoreo, tomando en cuenta síntomas subjetivos y escalas de severidad.
  2. Valorar periódicamente la intensidad del sufrimiento, sentimientos y emociones de malestar durante el curso de las sesiones.
  3. Identificar claramente cualquier disminución notable de malestar emocional que se relacione con algún cambio fisiológico.
  4. Identificar y discutir los pasos que tomó el paciente para facilitar la recuperación y reducir los síntomas.
  5. Contrastar la recuperación con episodios previos en los que el paciente habría seguido pasos que sólo aseveran y exacerban los síntomas y el malestar emocional, y especificar estos comportamientos destructivos.
  6. Identificar y discutir las implicaciones de cualquier cambio observado en términos de las habilidades de tolerancia al dolor, ¿es capaz de tolerar más de lo que pensaba al inicio?

7. Incitar al paciente a que lleve un diario donde escriba conclusiones que tengan que ver con sus habilidades para manejar los síntomas al final de cada sesión y cada vez que lo crea conveniente.
- **Orientar la fuente de desesperación.** Durante los periodos de crisis suicidas agudas es importante enfocar la fuente de desesperación del paciente, es decir los eventos que precipitan los pensamientos suicidas del paciente, ya sean reales, imaginarios, significativos o triviales (desde la perspectiva de otro). A pesar de la naturaleza de tal evento, es importante distinguir entre las fuentes de desesperación y los que son más de tipo crónico, para efectos de crisis, se trabaja casi exclusivamente con los primeros. Identificar la fuente de desesperación puede ser sencillo para algunos pacientes, pero para quienes no, llevar a cabo los pasos del auto-monitoreo resulta muy útil.
  - **Relacionar síntomas, mejorar el nivel de funcionamiento a corto plazo.** Para facilitar una pronta recuperación y estabilización, es importante que a medida que se dan las intervenciones, se rompa la sintomatología. Los pacientes suicidas se presentan con una amplia gama de síntomas. Así que se recomienda identificar los síntomas más incómodos y relacionarlos adecuadamente con sus intervenciones. Se recomiendan los siguientes pasos:
    1. Hacer una lista de los síntomas más incómodos.
    2. Ordenarlos jerárquicamente utilizando escalas subjetivas o descripciones, se puede utilizar una hoja de papel o un pizarrón de modo que se pueda modificar su orden cada vez sea pertinente.
    3. Intervenir específicamente en los síntomas más incómodos.
    4. En cada sesión, revisar la escala de síntomas y modificarla como sea necesario dependiendo en los síntomas que se hayan resuelto o disminuido. Revisar la efectividad de las intervenciones para continuarlas, modificarlas o incorporar nuevas.

- **Dar un plan de respuesta a la crisis.** Es especialmente durante los periodos de crisis agudas, que es de suma importancia tener un plan de acción específico y estructurado. Las tarjetas de afrontamiento que propone Beck (1995) son muy útiles al delinear un plan de respuesta a la crisis para pacientes suicidas, éstas son un plan detallado con instrucciones específicas sobre cómo responder a una circunstancia en la que se encuentre el paciente. Pueden estar escritas en fichas o pedazos de papel, de forma que puedan ser portables en la cartera o bolsa del paciente. Esto le da al paciente organización y estructura, así como una serie de pasos específicos a seguir durante periodos agudos de malestar emocional cuando no se encuentre pensando clara y coherentemente.

El plan de respuesta a la crisis necesita hacer uso de tres componentes primarios. Primero, el paciente necesita tener un entendimiento de su malestar emocional, es decir, lo que desencadena la crisis, lo puede lograr completando el formato de pensamientos suicidas (Tabla 3). Segundo, el paciente necesita responder de forma productiva, trabajar para desactivar sus pensamientos suicidas en vez de facilitar el malestar emocional y la disforia. Y finalmente, si no ha podido desactivar estos pensamientos, debe tener acceso a los cuidados de emergencia necesarios para estar a salvo. Un plan de respuesta a la crisis debe ser específico y detallado paso por paso, también debe estar en un lenguaje entendible. Este plan debe ser desarrollado en conjunto por paciente y terapeuta y debe ser revisado y practicado cada sesión y paulatinamente con menor frecuencia, y ser modificado conforme se desarrollen las habilidades del paciente. También es adecuado reforzar al paciente por el correcto uso del plan.

El uso de estas tarjetas tiene varias ventajas: son simples, específicas y efectivas; son flexibles y diseñadas para las necesidades de un paciente en particular; pueden ser modificadas conforme mejoran las habilidades de afrontamiento del paciente y; le dan al paciente un sentido de responsabilidad.

Por último, Hernández y Medina (2004) destacan que a pesar de las dificultades que conllevan las conductas suicidas y la dificultad para predecir su ocurrencia, es algo que en alguna medida se puede prevenir, para lo que proponen el apoyo y tratamiento a la población de riesgo (personas con depresión, ancianos y jóvenes), reducción de la

accesibilidad a medios de suicidio, apoyo y desarrollo de redes de trabajo de personas que sobreviven a un intento de suicidio y entrenamiento de profesionales de atención primaria y de otros sectores como a los amigos y familiares de quienes intentado o consumado el suicidio.

Para lograr estos objetivos, la Organización Panamericana de la Salud (2003) propone la necesidad de fortalecer la capacidad de los países de elaborar y evaluar políticas y planes para la prevención del suicidio, que pueden incluir:

- Apoyo y tratamiento a las poblaciones en riesgo, como personas con depresión, adultos mayores y jóvenes.
- Reducir la disponibilidad de medios para suicidarse.
- Apoyar y fortalecer las redes para sobrevivientes del suicidio.
- Capacitación de los trabajadores de atención primaria de salud y de los trabajadores de otros sectores pertinentes.

En cuanto al ámbito de seguridad, se sugieren algunas modificaciones para dificultar las posibilidades de cometer suicidio:

- Colocar vallas en los puentes.
- Limitar el acceso a los techos y los sitios exteriores altos de los edificios.
- Obligar a los fabricantes de automóviles a modificar la forma de los caños de escape de los vehículos y a introducir un mecanismo mediante el cual el motor se apague automáticamente después de un periodo específico en que esté en marcha sin que el vehículo se desplace.
- Restringir el acceso a los plaguicidas y fertilizantes para los que no son agricultores.

- En cuanto a medicamentos potencialmente letales:
  - a) Exigir el monitoreo estricto de las prescripciones por los médicos y farmacéuticos.
  - b) Reducir al máximo el tamaño de las prescripciones.
  - c) Envasar los medicamentos en ampollas de plástico.
  - d) Cuando sea posible, prescribir medicamentos en forma de supositorios.
- Reducir el acceso a las armas de fuego entre los grupos en riesgo de cometer suicidio.

Las comunidades locales son ámbitos importantes para fomentar las actividades existentes de prevención del suicidio, si bien se puede hacer mucho más para fortalecer los esfuerzos comunitarios, en particular, se debe prestar atención a:

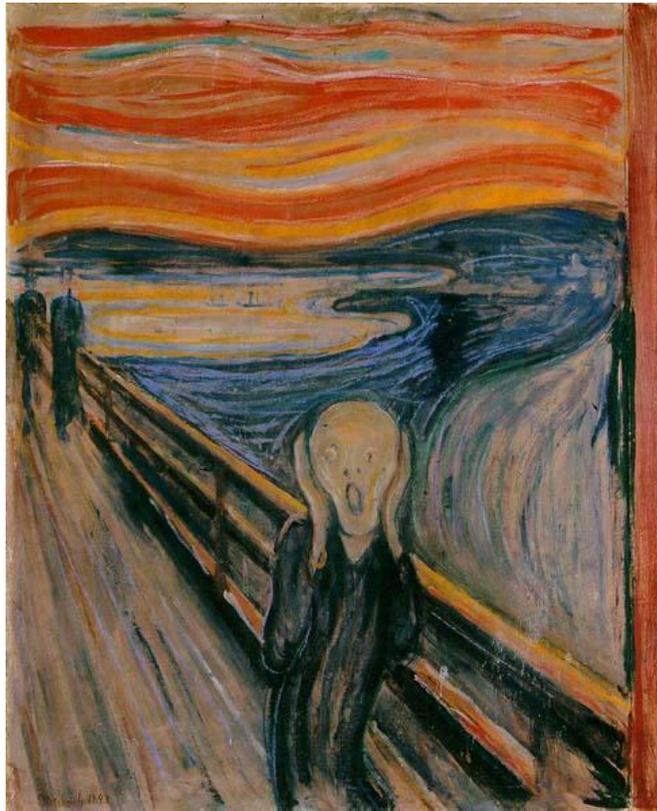
- Elaborar y evaluar programas comunitarios.
- Mejorar la calidad de los servicios en los programas existentes.
- Otorgar mayor financiamiento y apoyo profesional a las actividades de:
  - Centros de prevención del suicidio.
  - Grupos de apoyo para las personas que han perdido a un ser querido a causa del suicidio y que, por lo tanto, pueden tener ellas mismas mayor riesgo de suicidarse.
- Reducción del aislamiento social promoviendo programas comunitarios como los centros para jóvenes y para personas mayores.
- Establecer asociaciones y mejorar la colaboración entre los organismos pertinentes.
- Crear programas educativos de prevención del comportamiento suicida, no sólo para las escuelas, sino también para otros grupos como lugares de trabajo y otros entornos en las comunidades.

Sin embargo, cuando a pesar de toda la prevención o los cuidados se ha consumado un suicidio, es recomendable tomar en cuenta a las personas que le sobreviven como familia y seres queridos, quienes suelen experimentar sentimientos de aflicción diferentes de los sentimientos que se presentan cuando muere un ser querido por causas naturales. Si a esto se suma el tabú que existe en cuanto al suicidio, se tiene aún menos oportunidad de compartir los sentimientos que el suicidio de un ser querido desencadena; esta situación no lleva a la mejora fácilmente, ya que la comunicación de los sentimientos es una parte importante del proceso curativo. En este sentido, además de la psicoterapia, los grupos de apoyo cumplen una función importante, la experiencia común de la pérdida por suicidio une a las personas y las alienta a comunicar sus sentimientos (Organización Panamericana de la Salud, 2003).

En resumen, el suicidio es un tema fuerte y para muchos intocable, no obstante, existe en esta y muchas culturas con la visión y connotación que cada una le dé; y no por el tabú que representa se debe tomar una actitud pasiva y de desconocimiento, ya que puede estar más cerca de lo que uno piensa. Cuando una persona desea morir, por mucho que se diga que está haciendo uso de su libre albedrío y que tiene todo el derecho sobre su vida, lo más probable es que se encuentre en una situación desesperante, que no sabe manejar y sólo quiera tomar el camino más corto, y así se decida por el suicidio. Sin embargo, si se le enseña a lidiar con tal situación y con la desesperación en general, probablemente elija un modo más productivo de hacer frente a la misma. Aunque también existen casos en que esta decisión está más que meditada, que previamente se han tomado otras posibles soluciones y aún así el suicidio resulta ser la mejor con todo y lo que implica. En estos casos parecería ser que no se puede hacer mucho al intentar convencer de lo inconveniente, y evitar este desenlace haría más lenta (de lo que ya es) la agonía de la persona que más que cualquier cosa desea morir. Al hablar de la prevención, se muestran buenos resultados, pero es importante no sólo hacer inaccesibles los medios para cometer un suicidio, ya que si alguien se quiere suicidar lo va a hacer de cualquier forma. Si bien, como profesionales de la salud, y como la mayoría de los autores revisados en este trabajo coinciden, se debe proteger y anteponer la vida; ante esto, existe cierta ambivalencia, ya que la psicología no se dedica a salvar vidas, de manera directa como la medicina, sino al bienestar emocional de la persona, y si no existiera una forma de lograrlo (después de haber intentado todo), se

tendría la misma culpa de no dejar que alguien logre sus deseos al imposibilitarlo físicamente para que lo logre. Es por esto que más que medidas de seguridad, de las cuales no se demerita la importancia, resultaría relevante una prevención de la salud mental, un buen estado emocional y un bienestar social, lo que resulta la principal herramienta para evitar muchas de estas desgracias llamadas suicidios.

## **CAPITULO 3. MANUAL DEL TERAPEUTA PARA LA INTERVENCIÓN EN CRISIS PARA CASOS DE INTENTO DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES**



**Psic. María Fernanda Torres Vera**

### **3.1. Las crisis**

Durante la vida de todas las personas acontecen un gran número de situaciones, entre las que se encuentra unas significativas denominadas *crisis*, de las que nadie está exento. Ha habido muchos autores que estudian la crisis y todos concuerdan en que la crisis es un “punto de cambio” el cual puede ser para bien o para mal. Según la teoría de la crisis, ésta es un estado temporal de trastorno y desorganización, que se caracteriza principalmente por que el individuo ya no es capaz de manejar la situación como está acostumbrado a hacerlo.

Sin embargo, uno de los autores más reconocidos en este tema es Slaikeu (1996), quien a esto, añade que la ayuda que se le pueda dar a una persona en crisis es fundamental para determinar cómo reaccionarán en estos puntos de cambio, es por esto que la intervención en crisis es de vital importancia.

Es difícil determinar lo que sería una crisis para cada quien, ya que influyen varios factores individuales que hacen que una situación represente una crisis para alguien, mientras que para otros no.

La primera diferencia reside en cómo cada quien percibe un suceso específico, otra sería la gravedad de dicho suceso, también se toma en cuenta el tiempo que dura tal suceso, que puede ser inmediato o durar incluso meses; algo muy importante que el terapeuta debe reconocer son los recursos cognitivos que la persona posee para superar la crisis.



Existen dos tipos principales de crisis: las circunstanciales, que tienen que ver con factores ambientales; y las crisis de desarrollo, que se dan por el desplazamiento de una etapa del crecimiento a otra, en la Tabla 1 se muestran algunos ejemplos de ambos tipos de crisis.

Cualquiera que sea el tipo de crisis, es de gran importancia el contacto social al que la persona tenga acceso inmediatamente después del incidente, ya que las personas disponibles representan gran ayuda con las consecuencias inmediatas del suceso de crisis.

Por otra parte, las consecuencias a largo plazo de una crisis también pueden ser vistas positivamente, como puede ser la oportunidad de tener nuevas experiencias, comenzar de nuevo, crecimiento personal o adquisición de nuevas habilidades, comportamientos, e incluso insights, así como la apreciación de la vulnerabilidad humana frente a los peligros de la vida.

Crisis circunstanciales	Crisis del desarrollo
<b>Las crisis sexuales: violación, incesto</b>	Concepción o esterilidad
<b>El aborto</b>	Embarazo, parto, nacimiento
<b>El suicidio</b>	La infancia y la niñez temprana
<b>La enfermedad aguda o crónica</b>	Las crisis que involucran la identidad sexual
<b>El abuso de sustancias adictivas</b>	Las crisis de madurez, incluyendo el cambio de carrera
<b>El divorcio y la separación</b>	La jubilación
<b>Maltrato</b>	El envejecimiento
<b>Crisis familiar, viudez</b>	La muerte
<b>Accidentes y crímenes</b>	Adolescencia
<b>Choques culturales</b>	
<b>Las relacionadas con al trabajo: pérdida, traslado</b>	
<b>Secuestro</b>	

Tabla 1. Eventos incluidos en crisis circunstanciales y de desarrollo (Rubin y Bloch, 2001).

### 3.1.1. Respuestas ante una crisis

Se ha visto que las crisis son una interrupción en el equilibrio de una persona, esta desorganización involucra confusión y un decremento en la habilidad para resolver problemas, lo que da como resultado una forma de ansiedad, disminución de la flexibilidad cognitiva de la persona y que las estrategias más comúnmente usadas en estas situaciones sean la evitación y negación, lo que sólo consigue abrumar más al afectado.

Las respuestas presentadas por las víctimas de una crisis se dan en tres direcciones, a nivel cognitivo, a nivel psicológico y a nivel fisiológico, a continuación se presenta una lista.

#### Cognitivas

- Desbordo de las habilidades de resolución de problemas y de los mecanismos de afrontamiento
- Olvido y pérdida de concentración
- Minimización del incidente traumático
- Flashbacks, pensamientos intrusivos

### Psicológicas

- Aplanamiento emocional
- Incredulidad y negación
- Enojo e irritabilidad
- Sentimientos de tristeza, confusión y temor
- Miedo a “volverse loco”
- Culpa del superviviente; pérdida de la sensación de seguridad del mundo; pérdida de confianza en los demás, sensación de que la vida carece de sentido
- Aislamiento social e hipervigilancia
- Sentimiento de vergüenza, desesperación desesperanza
- Sentimiento de invulnerabilidad “ganas de problemas”
- Estado temporal de shock
- Sentimiento de euforia

### Fisiológicas

- Perturbaciones del sueño, pesadillas, en los niños terrores nocturnos
- Incremento en el uso de alcohol y drogas
- Excitabilidad, inquietud, y nerviosismo
- Quejas de dolor; síntomas de gripe y resfriado
- Vértigo, temblor y mareo
- Taquicardia
- Respiración y sudoración excesiva

#### **3.1.2. Intervención en crisis**

Al entender los diferentes tipos de comportamiento, producto de una solución o no de crisis, el terapeuta puede entender las estrategias individuales de afrontamiento. Este entendimiento lleva a intervenciones más efectivas que ayudan a los pacientes a resolver las crisis.

La intervención en crisis es una relación a corto plazo, orientada al problema, que persigue el objetivo de restaurar al paciente al estado en que se encontraba antes de la crisis tan rápida y directamente como sea posible.

De esta forma, la principal tarea del terapeuta en una intervención en crisis sería discernir con el paciente el esquema particular que éste utiliza para examinar las ventajas y desventajas de mantenerlo o cambiarlo.

En una crisis es importante tomar en cuenta al paciente, quien generalmente tiene una especie de visión de túnel, donde sólo alcanza a percibir un espectro muy reducido de opciones, así que lo primero que se tiene que hacer es enfocarse en los síntomas principales y más perturbadores y su causa para convertir una situación de urgencia o crisis en algo más manejable, para poder ayudar al paciente a tener una visión más amplia y a ser capaz de ver sus alternativas, para después introducir las variables que lo ayudarán a obtener mejores herramientas para enfrentarse a la realidad.



La intervención en crisis y servicios de urgencia fue tomando un lugar de suma importancia en las instituciones de salud debido a su relación costo-beneficio. Al ser el suicidio la primer problemática tomada en cuenta para la intervención en crisis institucional, nos hace reflexionar sobre la importancia del tema.



### 3.2. Suicidio

El suicidio es una posibilidad real tras cualquier crisis o trauma. La intensidad de la pérdida, el hecho de sentirse abrumado y el dolor insoportable pueden combinarse para desencadenar el potencial suicida.

Diversos especialistas afirman que si la persona no puede expresar la violencia provocada por la crisis, la dirigirá hacia el interior y el suicidio puede constituir el producto final. De igual manera, cuando se presenta la posibilidad de dicho evento, el propio suicidio se convierte en una situación de crisis.

Debido a las diferencias específicas de los casos de suicidios logrados y no logrados, y las clasificaciones y definiciones que daban a éstos los autores, la OMS propuso términos concretos que ayudarían a la investigación en el tema:

- Acto suicida. Hecho por el que un sujeto se causa a sí mismo una lesión, independientemente de su intención y conocimiento de sus motivos.
- Suicidio. Muerte que resulta de un acto suicida.
- Intento de suicidio. Acto suicida cuyo resultado no fue la muerte.

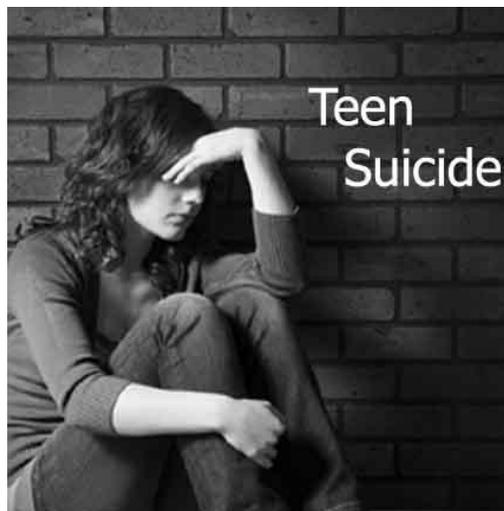


Se ha demostrado que la tasa de suicidio es elevada en los adolescentes, después decrece y más tarde se incrementa con la edad, siendo más probable que los intentos realizados por personas

mayores sean más letales, la proporción de intentos suicidas efectivo es del 86%, pero por debajo de los 65 años es del 50%.

En el boletín de Estadísticas de Intentos de Suicidio y Suicidios publicado por el INEGI (2004), se señala que en el año 2003, fueron registrados 222 intentos de suicidio en el ámbito nacional. De las personas que intentaron suicidarse, el 55.9% correspondía a mujeres y el 44.1% restante a hombres. Sin embargo se sabe que las mujeres se intentan suicidar tres veces más que los hombres, pero los hombres son más efectivos.

En México, las muertes por suicidio en adolescentes y jóvenes por lo menos se han duplicado en los últimos 30 años, en algunos grupos de edad, en jóvenes de 20 a 24 años el aumento es casi del triple y en el grupo de niños y adolescentes de 0 a 14 años, de ser esta causa en 1970 prácticamente inexistente para el año 2000 la tasa fue ya de 0.47. Así, la tasa de mortalidad por suicidio en nuestro país en el grupo de 15 a 19 años, aumentó de 1.49 en el año de 1970 a 3.40 a 5.29 de muertes por cada 100,000 habitantes en el 2000, la de 20 a 24 años, de 2.38 a 5.29 en los mismos años y el grupo de 25 a 29 años, de 2,20 a 4.89.



Cabe mencionar que en el boletín expedido por el INEGI (2004), se muestran datos que revelan que de las causas más conocidas para llevar a cabo el acto suicida, destacan el disgusto familiar con 9.0%, seguido por la causa amorosa con 7.4% y en seis de cada diez casos no fue posible registrar la causa que llevó al individuo a cometer su autodestrucción. Por cada tres suicidios

realizados por disgusto familiar como causa, ocurrió uno por dificultad económica y por cada seis uno por remordimiento (Figura 1).

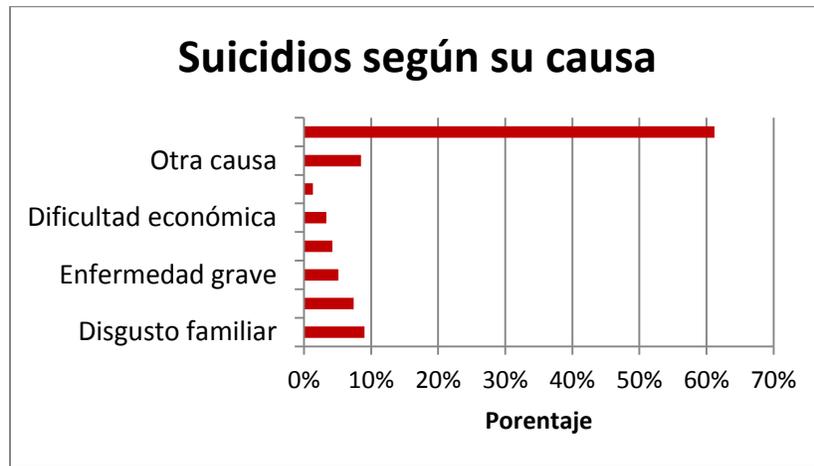


Figura 1. Distribución porcentual de suicidios según causa que motivó el acto en el año 2003 (INEGI, 2004).

Por lo anterior es importante poder identificar los factores que pudiesen estimular el acto suicida.

### 3.2.1. Evaluación del riesgo

Debido a estos datos es importante la evaluación de riesgo suicida, para esto Pope (1986, en Rubin y Bloch, 2001) enumera una serie de indicadores:

1. La advertencia verbal directa
2. Intentos anteriores
3. Afirmaciones indirectas y signos conductuales
4. Depresión
5. Desesperanza
6. Intoxicación
7. Síndrome clínico
8. Vivir solo
9. Estado de salud deteriorado
10. Impulsividad
11. Rigidez mental



12. Eventos vitales traumáticos

13. Salida de una hospitalización

### **3.2.2. Formas de intervención**

A continuación se proponen algunos puntos básicos para la intervención en crisis en casos de ideación suicida:

- Permitir que la persona hable libremente del problema, no limitarlo, dejar que haga un desahogo emocional, sobre todo el dolor y la angustia
- Identificar el problema que genera la situación de crisis suicida y reconocer el factor desencadenante de la ideación suicida activa; qué incidente le provocó tomar la decisión de suicidarse
- Hablar abiertamente de su deseo de morir o quitarse la vida, enfrentar a la persona en crisis sin permitir circunloquios o evasiones al referirlo claramente.
- Hacer una evaluación del riesgo suicida, preguntar por el tiempo que lleva de haber tomado la decisión, los preparativos que ha hecho para ello, el medio con el cual decide quitarse la vida, la cercanía de dichos elementos en el momento actual y la presencia de otras personas en su entorno inmediato, intentos previos y consumo de drogas o alcohol en el momento.
- Buscar aspectos positivos de su vida. esto puede ser el motivo de vida de la persona en crisis y apegarse constantemente al aspecto positivo.
- Investigar sobre los intentos previos para solucionar el problema, no sin esfuerzo o compromiso mutuo de salir adelante.
- Iniciar con la exploración activa de la búsqueda de soluciones, de opciones y permitir la reflexión adecuada.
- Ayudar en la elaboración del plan de acción para la solución recordando que debe ser muy claro y preciso, desglosándolo paso a paso.
- Establecer las acciones inmediatas a realizar, tienen que ser acciones concretas para el día siguiente.

- Analizar los recursos necesarios para implementar las acciones, ubicar recursos personales, familiares, comunitarios e institucionales.
- Establecer con la persona en crisis las primeras acciones a realizar, con los recursos que se encuentren a su disposición.
- Establecer un compromiso de siguiente sesión para evaluar los cambios obtenidos, no importando los resultados.
- Establecer un mecanismo de ayuda en caso de urgencia, en que se active la ideación suicida nuevamente por el motivo que sea.

Por su parte, Slaikeu (1996) divide la intervención en crisis en cinco fases y hace anotaciones sobre qué acciones tomar en cada una (ver Tabla 2).

FASES	QUÉ HACER	QUÉ NO HACER
<b>Contacto psicológico</b>	Escuchar de manera cuidadosa Reflejar sentimientos y hechos Comunicar aceptación	Contar tu “propia historia” Ignorar sentimientos y hechos Juzgar o tomar partido
<b>Dimensión del problema</b>	Plantear preguntas abiertas sobre los motivos Pedir a la persona que sea concreta Evaluar la mortalidad	Depender de preguntas de sí/no Permitir abstracciones continuas Soslayar las señales de “peligro”
<b>Posibles soluciones</b>	Alentar la lluvia de ideas Trabajar de manera directa por bloques Establecer prioridades	Permitir la visión de pasar por un túnel Dejar obstáculos sin examinar Olear una mezcla de necesidades
<b>Acción concreta</b>	Dar un paso cada vez y establecer metas específicas de corto plazo Hacer confrontaciones de ser necesario Ser directo, si, y sólo si, debes serlo	Intentar resolverlo todo ahora Tomar decisiones que comprometan por largo tiempo Ser tímido y retraerse de tomar decisiones cuando parezca necesario

Tabla 2. Principales acciones en cada etapa de la intervención en crisis (Slaikeu, 1996).

FASES	QUÉ HACER	QUÉ NO HACER
<b>Seguimiento</b>	Hacer un convenio para recontactar  Evaluar los pasos de acción	Dejar detalles en el aire, o asumir que el paciente continuará la acción del plan por si mismo  Dejar la evaluación a alguien más

(Continuación) Tabla 2. Principales acciones en cada etapa de la intervención en crisis (Slaikeu, 1996).

En una crisis también es pertinente distraer la atención a fin de interrumpir la rumiación cognitiva o la ideación fatalista, y hacer esto de forma que la persona no se dé cuenta de que está siendo objeto de una intervención psicológica. Estableciendo un buen rapport y conociendo su círculo de relaciones y parientes, se puede desviar la atención de la persona de forma sutil con preguntas del tipo “¿cómo le está afectando esto a...?”.

Bellak (1993) y Freeman y Reinecke (1995) proponen como alternativa la terapia cognitiva para pacientes suicidas, donde los factores que se manejan son:

- Evaluación completa.

Esta tarea es difícil porque generalmente los pacientes suicidas no divulgan sus pensamientos, pero se deben evaluar pensamientos y conductas suicidas; si el paciente tiene acceso a los medios para suicidarse; si tiene amigos o parientes que puedan intervenir en una situación de intento de suicidio; los motivos por los cuales desea quitarse la vida, entre estos pueden estar que desea escapar de sus problemas, manipular a personas significativas o que sea un llamado de ayuda; también es importante conocer si ha habido conductas suicidas pasadas.

- Interrumpir el plan.

Lograr que el paciente retire los medios o herramientas para suicidarse, involucrar a las personas cercanas al paciente pidiéndoles que ayuden a proteger al paciente poniendo bajo llave o alejando objetos peligrosos de éste, y supervisando las dosis y tomas de fármacos del paciente, en caso de que los tome.

- Enfocarse en la desesperanza del paciente.

Como primera intervención, se puede hacer un contrato con el paciente, donde éste se comprometa a no suicidarse durante un periodo de tiempo estipulado por el terapeuta. Hay otras técnicas cognitivo-conductuales que se pueden utilizar en estos casos como son:

- f) Someter a juicio y a prueba de realidad el pensamiento rígido de que las cosas nunca mejorarán. Esto ayuda a reducir las desesperanzas del paciente.
  - g) Pedir al paciente que haga un balance entre las ventajas y desventajas de vivir y morir, y hacer una lista de problemas.
  - h) Identificar las situaciones que hacen que se aísle y que tenga pensamientos suicidas, si esto resulta difícil, se puede comenzar haciendo una lista de todas las actividades y después identificar los pensamientos en cada una. Una vez que estén identificados los pensamientos suicidas con respecto a las situaciones o actividades, se deben evitar en la mayor medida posible.
  - i) Evitar la inactividad y apatía, asignándole tareas, auto-observación, y programación de actividades. El estar ocupado en tareas, evita la preocupación y los pensamientos disfuncionales distraendo al paciente de las ideas suicidas. Cuando se califican estas actividades, el paciente se ve forzado a prestar atención a cualquier sentimiento de agrado o placer experimentado durante el tiempo entre sesiones.
  - j) Pedir al paciente que evite cualquier juicio antes de que intente cualquier otra actividad nueva o conducta, esto ayuda a descartar la idea de que nada funciona.
- Establecer puentes de una sesión terapéutica a la siguiente.

Esto es para que el paciente se interese e involucre en la terapia, de esta forma se gana tiempo. Esto se puede lograr asignando tareas que se discutirán en la siguiente sesión, agendar temas de gran interés o preocupación para el paciente en la siguiente sesión y dedicar al menos 20 minutos a éstas, o hacer arreglos para tener contacto telefónico con el paciente entre sesiones.

- Desafiar la rigidez cognitiva a través de:
  - d) Intercambio de roles paciente – terapeuta. Donde el paciente es ahora el terapeuta y tiene que ayudar a su “paciente” a generar nuevas soluciones, forzándolo a tomar una perspectiva más objetiva del problema.
  - e) Hacer que el paciente visualice un escenario problemático y luego ensaye mentalmente o con role-play varias soluciones y resultados posibles.
  - f) Pedir al paciente que busque evidencia, que apoye otras explicaciones o alternativas posibles a su problema, hacer esto aumenta la posibilidad de que el paciente sea capaz de encontrar una solución.
- Desafiar el pensamiento dicotómico y otras distorsiones cognitivas.

Se le pide al paciente que categorice cosas o situaciones en términos de todo o nada y que especifique el criterio que utiliza para emitir tal juicio, por ejemplo: mi esposo era el mejor del mundo; un marido perfecto es alguien amable, dadivoso, inteligente, etc. Después de esto pídale que vuelva a calificar la situación o cosa de tal juicio extremo, en esta parte, frecuentemente los pacientes descubren que su juicio extremo no tiene fundamentos cuando se le analiza de esta forma y que hay tonos grises.

- Entrenar habilidades de solución de problemas.

Dado que los pacientes suicidas y en general quienes se encuentran en crisis generan una incapacidad para solucionar problemas, al principio, el terapeuta se debe mostrar directivo al ayudar al paciente a definir su problema, a generar soluciones y a evaluar las alternativas, para que el paciente lleve a cabo la solución que eligió, antes de ponerla en marcha, se puede ensayar mediante role-play.

- Hospitalización.

Esta se sugiere en casos en que el paciente no especifique su plan, ya que de esta forma no es posible trabajar en colaboración con él para disminuir el riesgo de suicidio; si el paciente ha comenzado a llevar a cabo su plan; si el control de impulsos del paciente es limitado; o si su plan

es ininterrumpible, esto se refiere a métodos inmediatos como arrojarse de las alturas o darse un balazo por ejemplo.

Otra de las técnicas de intervención en crisis apropiada es la relajación. El terapeuta tendrá que elegir, de entre la amplia gama de técnicas, aquella que tenga entre sus características la de poseer una aplicación rápida y sencilla.

También existen algunos métodos de intervención menos directivos donde el paciente es más activo. Como el auto-monitoreo durante la crisis, lo que les permite estar más alerta de lo que piensan y sienten; una forma sencilla de hacerlo es llenando un formato de pensamientos suicidas como se muestra en la Tabla 3.

Otra forma sencilla en que el paciente puede observar sus estados de ánimo, es con una gráfica donde sólo se tienen que valorar los estados de ánimo del paciente durante un día y posteriormente se grafican como lo muestra la figura 2.

<b>Evento desencadenantes</b>	<b>Viernes 11 de marzo de 2011, 7:35 pm. Mi novio se fue después de haber peleado, sólo estábamos él y yo en mi casa.</b>
<b>Pensamientos suicidas</b>	Pensé en tomar una sobredosis de mis antidepresivos, las pastillas estaban en mi bolsa.
<b>Intensidad (1-10)</b>	9
<b>Duración</b>	20 minutos
<b>Sentimientos</b>	Enojo, frustración y tristeza.
<b>Intensidad (1-10)</b>	9
<b>Duración</b>	15 minutos
<b>Conductas</b>	Puse algo de música, pensé en tomar una cerveza pero no lo hice.
<b>Cambio +/-</b>	++

Tabla 3. Ejemplo de formato de pensamientos suicidas (Rudd, Joiner y Rajab, 2001).

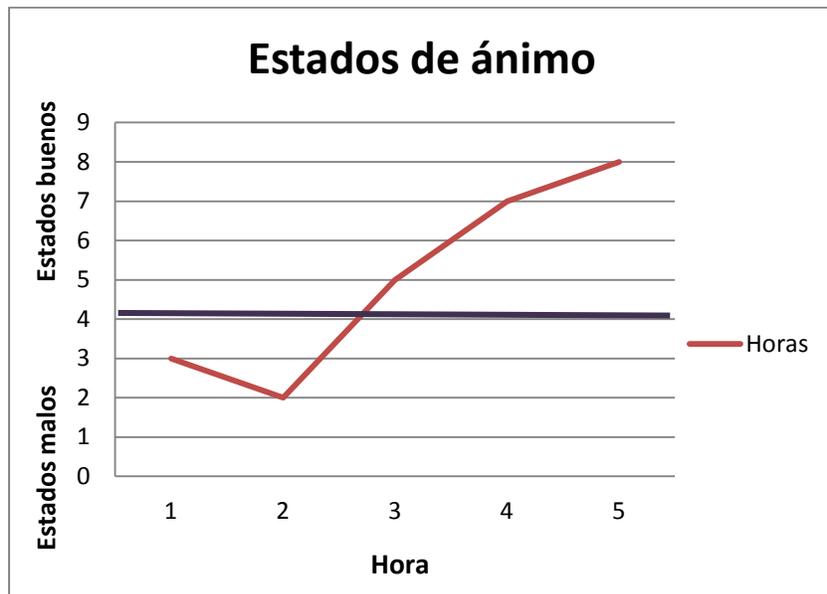


Figura 2. Ejemplo de una gráfica de estados de ánimo.

### 3.2.3. Recomendaciones

La comunicación tanto verbal como no verbal es, sin duda, la herramienta más útil y efectiva que tiene el psicólogo para trabajar; y al tratarse de una crisis, las habilidades de comunicación forman parte importante de la intervención, por lo que en la Tabla 4 se resumen las habilidades no verbales pertinentes y no pertinentes durante una intervención en crisis.

Los asistentes en las crisis deben aprender a sentirse cómodos con la tristeza y poder tolerar su expresión, así como reforzar la validez del sufrimiento de los clientes y reconocer su sufrimiento.

Muchas veces, en períodos de crisis la confusión del momento va acompañada por la ira, en estos casos es sumamente importante para el terapeuta hacerle saber a la víctima que no teme de sus impulsos destructivos, y que necesita que broten los detalles de lo que está pensando y sintiendo.

Es aconsejable	No es aconsejable
✓ <b>Acercarse</b>	✗ Cruzar y descruzar las piernas repetidamente
✓ <b>Sentarse cerca sin ningún objeto en medio</b>	✗ Taconear
✓ <b>El cuerpo completamente de frente e inclinado hacia delante</b>	✗ Cambiar la orientación del cuerpo, no mirando de frente o repatingarse en el asiento
✓ <b>Brazos y manos que gesticulan</b>	✗ Hablar en un susurro inaudible o de forma muy rápida, muy lenta o espasmódicamente
✓ <b>Piernas y pies en una postura relajada</b>	✗ Brazos cruzados sobre el pecho todo el rato
✓ <b>Contacto ocular</b>	✗ Aferrarse a un objeto
	✗ Abrir la boca sin hablar
	✗ Llevar gafas de sol mientras hablamos
	✗ Mirar de reojo

Tabla 4. Habilidades no verbales pertinentes y no pertinentes durante intervención en crisis.



Durante la intervención en crisis suicida se deben tener ciertas iniciativas terapéuticas, aquí que se presentan algunas:

- Una sección temporal a las necesidades de dependencia infantiles y exigentes del paciente, proporcionando un sustituto paterno fuerte y amable para apoyarle
- Mostrar una actitud directa y de autoridad para toma de decisiones
- Abandonar las habituales técnicas de reflexión, asociación libre y otras intervenciones no directivas, permitiendo así una intervención directa

De la misma manera sugerimos algunos puntos a evitar en el transcurso de la intervención en crisis con personas con ideación o intento suicida:

- Retar al paciente para que se quite la vida
- Dudar de la seriedad del intento suicida
- Pedirle que no se suicide
- Pedirle que se suicide
- Darle ideas de cómo quitarse la vida
- Juzgar sus actos, sentimientos e ideas
- Entrar en debate sobre su percepción de la vida
- Faltar a los compromisos adquiridos con el paciente

La parte crucial del trabajo como asistente en crisis ha pasado cuando en el paciente surge una nueva independencia, sin embargo, eso no pasa de la noche a la mañana, así que se debe tener paciencia, consideración, un fuerte sistema de esperanza y una gran capacidad para tolerar la ambigüedad hasta llegar a este punto.

Sin embargo, cuando a pesar de todo el esfuerzo y entusiasmo del terapeuta por sacar adelante al paciente, el terapeuta siente que la situación lo sobre pasa o simplemente cree que requiere algún tipo de apoyo adicional, puede encontrar este apoyo en instituciones especializadas de cuidado psicológico, por lo que a continuación se presenta una lista de algunas de estas instituciones que en algún momento podrían ser de gran utilidad tanto para terapeutas como para pacientes:

- Centro de Capacitación y Atención Integral / Centro de Orientación para los Adolescentes (CORA). Ángel Urraza 1122 Colonia del Valle México DF C.P. 03100. Tel. 55 59 84 51 y 55 59 84 53 Fax 55 75 82 64 e-mail: info@cora.org.mx
- Atención Psicológica Integral (APSI)

Hacienda de Salitrillo #29 Col. Bosques de Echegaray, Naucalpan de Juárez, Edo de México  
Tel. 55605258

Lunes a Viernes de 09:00 – 18:00 horas sábados y domingos con previa cita

- Apoyo Psicológico Integral (API) 59793882

Horario: 15:30 – 20:00 horas

- Atención en crisis SAPTEL

Tel. 52 59 81 21 / 01 800 472 78 35

### 3.3. Lecturas recomendadas

- Bellak, L. (1993). *Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia*. México, D. F.: Manual Moderno.

Contiene inicios de la intervención en crisis, descripción de la psicoterapia breve, intensiva y urgencia, así como las formas en que se aplica a distintas situaciones de crisis entre ellas el suicidio; también incluye técnicas terapéuticas, explicadas por pasos, para cada una de estas situaciones.

- Dattilio, F. y Freeman, A. (2000). *Cognitive-Behavioral Strategies in crisis intervention*. New York, U.S.A.: Guilford Press.

Propone estrategias y técnicas para intervenir en diferentes tipos de crisis, incluyendo el suicidio y los intentos de suicidio, desde el enfoque cognitivo-conductual.

- Bobes, J., Sáiz, P., García-Portilla, M., Bascarán, M. y Bousoño, M. (2004). *Comportamientos suicidas: Prevención y tratamiento*. Barcelona, España: Ars Medica.

Amplia explicación del suicidio, su definición y clasificaciones. Incluye también comportamientos suicidas, tipología y motivos más comunes que llevan al suicidio, población más frecuente, factores de riesgo, así como consideraciones éticas sobre el suicidio.

- Organización Panamericana de la Salud (2006). *Suicidio: la violencia autoinfligida*. 9 (3).  
Revisado el 2 de octubre del 2006 en:  
[http://www.revistafuturos.info/futuros\\_9/suicidio\\_1.htm](http://www.revistafuturos.info/futuros_9/suicidio_1.htm)

Explica de manera muy amplia el tema del suicidio, los factores de riesgo, población vulnerable en cuanto a edad, género, situación social, ubicación geográfica; métodos más utilizados y propuestas de prevención.

## CONCLUSIONES

El suicidio se ha entendido como una situación difícil y poco grata, que conlleva dolor para los seres cercanos al implicado, y para el mismo suicida. En los últimos años, los intentos de suicidio se han convertido en una de las principales causas por las que se interna a pacientes en hospitales psiquiátricos.

En cuanto a suicidios en México, la tendencia cada vez se inclina más a grupos de edad reducida, es decir que la población vulnerable cada vez es más joven, en los últimos años, el número de suicidios ha sido mayor en jóvenes menores de 15 años que en adultos de edad media. Esto indica que población cada vez más cercana a la infancia está expuesta a situaciones tan traumáticas como lo es el suicidio, entre otras; lo que podría llevarnos a una desensibilización ante el suicidio como sociedad.

Una adecuada y oportuna intervención ayudaría a revertir esta tendencia, ya que la intervención no se limita al tratamiento de quien ya ha tenido algún intento de suicidio o de quien está en riesgo de cometerlo, también se incluye la prevención que puede ser llevada a cualquier población, incluyendo a los de menor edad.

Al leer el manual de estrategias de intervención en crisis, el profesional del área clínica contará con herramientas útiles que le facilitarán la intervención en crisis. Las técnicas de intervención mencionadas en el manual están enfocadas a los casos de suicidio, sin embargo, no son excluyentes de otros casos de crisis, como crisis de autocontrol, desórdenes alimenticios, ansiedad o crisis surgidas por ser víctima de violencia, así que, dando los ajustes necesarios de acuerdo a la situación, se podrá intervenir en diferentes situaciones. Ajustar las técnicas de intervención, obedece a uno de los principios de la intervención en crisis que es la flexibilidad.

En los casos de crisis, el terapeuta debe tener conocimiento de las principales técnicas de intervención y un plan de intervención, que es lo que se ofrece en este trabajo, pero también debe tener la capacidad de ajustarse a los diferentes tipos de crisis, que como se ha mencionado en el trabajo, no existe una crisis parecida a otra ni entre situaciones ni entre personas.

Es importante retomar el hecho de que una crisis, aunque no lo parezca, es algo a lo que siempre se está expuesto y no se puede controlar del todo, de hecho podría decirse que todos los individuos están muy expuestos a ellas. Para empezar, a lo largo de la vida existen afectaciones en diferentes momentos por las crisis del desarrollo, las cuales son totalmente naturales y superarlas deja un aprendizaje para continuar con las siguientes etapas de vida.

Por otro lado, puede parecer que las crisis circunstanciales, que en algunos momentos se consideran muy lejanas, se están volviendo más cotidianas, ya que socialmente se enfrentan situaciones de inequidad y descontento, que particularmente desencadenan actos violentos, ya sea desde el nivel familiar o entre grupos sociales a todos los niveles. Pero este tipo de crisis no sólo es resultado de la acción social del humano, también están los accidentes a los que todos los días existe riesgo de sufrir, y los desastres naturales, donde lo más que se puede hacer es actuar de la manera más adecuada para evitar que los daños sufridos sean mayores, pero evitar tales situaciones no está en manos de los individuos.

Dada la vulnerabilidad ante las crisis, es trascendente como profesional de la psicología, tener una formación que permita actuar de forma adecuada en esta clase de situaciones. No obstante, aunque el tema de intervención en crisis ha tomado importancia en los últimos años dentro de la psicología, aún no se cuenta con una capacitación específica de la intervención en crisis como parte de la formación básica de los profesionales de la psicología.

Actualmente se cuenta con una cantidad, si bien no extensa, suficiente de literatura sobre intervención en crisis, que es de utilidad para quien se interese en el tema y pretenda ayudar en situaciones de crisis. Pero esta información bibliográfica no podrá suplir el entrenamiento vivencial que pueda dotar las herramientas necesarias para enfrentar situaciones de crisis reales.

Quien ha estado en contacto con personas en situaciones reales de crisis, habrá notado y tenido que solucionar cosas que tal vez no estén descritas en la mayoría de los libros de intervención en crisis. Una de estas cuestiones poco mencionadas es la estrecha relación entre las crisis y el suicidio como tal, no las crisis de intento suicida. Esta relación se basa en el hecho de que una crisis aguda puede ocasionar pensamientos irracionales, visión de

túnel, sensación de que los problemas sobrepasan la capacidad de solucionarlos, soledad, que en su conjunto, probablemente desencadenen pensamientos e intentos suicidas.

Esta es una de las razones por las que es importante que el profesional de la salud esté preparado para intervenir en situaciones de urgencia, ya que una de sus características es que son impredecibles y es difícil saber cuáles y qué tan costosas serán sus consecuencias. Y si el profesional cuenta con la preparación para enfrentar situaciones extremas de crisis y peligrosas, donde estén en riesgo cosas realmente importantes como la vida del paciente, entonces la intervención en éstas y otras situaciones, las realizará con mayor seguridad y existirán más posibilidades de ajustar las técnicas de intervención ya sea de lo complicado a lo sencillo, o de lo sencillo a lo complicado, puesto que los principios de intervención en crisis son los mismos.

Como se ha mencionado, el suicidio es una de las situaciones más impactantes a las que una persona se puede enfrentar, ya sea el suicidio o intento de éste de alguna persona cercana o conocida, o los propios pensamientos suicidas. El suicidio es un tema que causa polémica porque no sólo implica muerte, sino el gran sufrimiento que tuvo que haber pasado el suicida, como para que decidiera terminar con su vida, y no sólo eso, también se encuentran implicados los familiares y personas cercanas, con los sentimientos de culpa, impotencia y frustración que una de estas situaciones les pueda causar, además de la tristeza que naturalmente invade a las personas cuando pierden a un ser querido.

El suicidio, por todo lo que implica, es un tema que causa curiosidad y alrededor del cual se llegan a formar muchas ideas y prejuicios. Sin embargo, el suicidio no sólo obedece a circunstancias de arrebato emocional, por el contrario, en muchas ocasiones es consecuencia de una anticipada planeación surgida de un intenso sufrimiento del cual la persona no encuentra salida, como en el caso de una enfermedad terminal, donde realmente existen más posibilidades de empeorar y seguir sufriendo hasta morir, que de recuperar la salud.

Es ante estas situaciones donde se vive un dilema ético porque, aunque es mínima, en algunos casos hay una posibilidad de sobrevivencia y el profesional de la salud, tiene que resguardar, ante todo, la vida de su paciente. En general, la sociedad actual condena

cualquier intento de suicidio como una forma de salir de una situación donde la calidad de vida se ve comprometida, por ejemplo en el caso de enfermedades en etapa terminal, donde el costo de la sobrevivencia implica una calidad de vida pobre, podría decirse que esta situación también es injusta y no es merecida por nadie; pero por lo mismo no deja de ser un dilema donde cada persona vive circunstancias diferentes, vive su propio sufrimiento, indescriptible para los demás, y toma una decisión.

Si se ve como una problemática a nivel social que afecta otras áreas además de las del tipo emocional y conductual, también se puede encontrar que el suicidio afecta a nivel económico, ya que cualquiera que sea el motivo por el que se presente un intento de suicidio, la atención médica requerida llega a costos muy elevados, porque generalmente ésta tendría que ser especializada y es muy probable que también se requiera internar al paciente, principalmente para que vuelva a intentarlo y muera. Pero no sólo es el paciente quien requiere atención, también la necesitan quienes hayan vivido de cerca estos difíciles momentos, lo que hace que se eleven aún más los costos en atención especializada.

En cuanto a costos, se pueden seguir sumando los gastos que se generan, sin embargo una sociedad económica no sólo se ve afectada por estos gastos, también afecta que las tendencias en grupos de edad que se presentan en México sean cada vez más jóvenes, ya que es una población en edad de formación y que no llega a ser económicamente activa. Esto podría parecer una forma de abordar el suicidio muy fría, pero es importante entender que como parte de un todo, la afectación no sólo llega al nivel individual o familiar, sino también en los ámbitos económicos y sociales.

Lo que podría estar en manos de los profesionales de la salud es impulsar la prevención de las circunstancias que llevan a los actos suicidas, es decir, evitar llegar a situaciones donde se tiene que custodiar a un paciente y se le retira cualquier objeto con el que pueda suicidarse, ya que alguien que está convencido de hacerlo, lo hará hasta con el objeto o de la forma menos esperada. Lo importante es fomentar una buena calidad de vida y relaciones sociales estables y con buena comunicación, teniendo especial atención en la población con mayor incidencia de actos suicidas, como son adolescentes y personas mayores.

Fomentar la prevención sería la medida más adecuada de evitar los problemas a corto, mediano y largo plazo, sin tener que enfrentar situaciones tan difíciles como suicidios consumados o intentos. Pero es poco probable que aún con el mejor programa de prevención la tasa de suicidios baje a cero, siempre llegarán a presentarse casos aislados aunque la frecuencia de que estos ocurran disminuya, y es en estos casos donde una intervención de segunda instancia puede contribuir en gran medida al mejoramiento de la calidad de vida de quien la reciba, ya que una crisis, si bien en el momento es muy desagradable, una vez resuelta satisfactoriamente se convierte en un punto de crecimiento y aprendizaje, que afecta no sólo al individuo sino también a las personas a su alrededor, quienes no están excluidas de aprender y crecer de lo vivido.

## BIBLIOGRAFÍA

- Baechler, J. (2007). Suicides. En Shneidman (Ed.), *Comprehending suicide, Landmarks in 20th century suicidology*. Cap. 3, pp. 103-122. Washington, DC, EUA: American Psychological Association.
- Bellak, L. (1993). *Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia*. México, D. F.: Manual Moderno.
- Bousoño, M., García, A. y Bascarán, M. (2004). Aspectos bioéticos y morales. En Bobes, J., Sáiz, P., García-Portilla, M., Bascarán, M. y Bousoño, M. (Eds.), *Comportamientos suicidas: Prevención y tratamiento*. Cap. 9, pp. 405-419. Barcelona: Ars Medica.
- Chinchilla Moreno, Alfonso (2003). Conceptos y peculiaridades de las urgencias psiquiátricas. En *Manual de urgencias psiquiátricas* (pp. 3-17). Barcelona, España: Masson.
- Dattilio, F. y Freeman, A. (2000). *Cognitive-Behavioral Strategies in crisis intervention*. New York, U.S.A.: Guilford Press.
- Derito, M. N. (2006). Urgencias en psiquiatría. En Marchant, N. y Monchablon, A (Eds.), *Tratado de psiquiatría* (pp. 1221-1243). Buenos Aires, Argentina: Grupo Guía.
- Días, J., Bousoño, M. y Bobes, J. (2004). Concepto y clasificación de los comportamientos suicidas. En Bobes, J., Sáiz, P., García-Portilla, M., Bascarán, M. y Bousoño, M. (Eds.), *Comportamientos suicidas: Prevención y tratamiento*. Cap. 1, pp. 1-9. Barcelona: Ars Medica.
- Fernández, A. (1978). Profilaxis del suicidio. *Compendio de Psiquiatría* (p.p. 671-682). España: Oteo.
- Fernández A. y Rodríguez, B. (2000). *Intervención en crisis*. España: Síntesis.
- Field, T., Diego, M. y Sanders, C, E. (2001). Adolescent suicidal ideation. *Adolescence*, 36, 241-247.

- Freemann, A., Kaplan, H. y Sadock, B. (1982). *Tratado de psiquiatría*. España: Salvat.
- Freemann, A. y Reinecke M. (1995). *Terapia cognitiva aplicada a la conducta suicida*. Bilbao: Desclée de Brower.
- Guzmán, A. (1992). *Manual de psiquiatría*. Caracas: Disinlimed.
- Hernández, J. y Medina, M. (2004). Algoritmo de riesgo del paciente con riesgo suicida. En Bobes, J., Sáiz, P., García-Portilla, M., Bascarán, M. y Bousoño, M. (Eds.), *Comportamientos suicidas: Prevención y tratamiento*. Cap. 5, pp. 291-299. Barcelona, España: Ars Medica.
- Hillman, J. (2002). *Crisis intervention and trauma: new approaches to evidence-based practice*. New York, USA: Plenum Publishers.
- INEGI, (2004). Estadísticas de intentos de suicidio y suicidios. *Serie boletín de estadísticas continuas, demográficas y sociales*. Recuperado el 6 de mayo del 2010 en: [http://www.inegi.org.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/continuas/sociales/suicidio/2005/BoletinSui05.pdf](http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/continuas/sociales/suicidio/2005/BoletinSui05.pdf).
- Kaplan, M. (1988). *Compendio de psiquiatría*. México: Salvat.
- Kleinke, C. (1998). *Principios comunes en psicoterapia*. Bilbao: Editorial Desclée De Brouwer, Biblioteca de Psicología.
- Madrigal de León, E. (2004). Adolescencia y suicidio. *Boletín latinoamericano*, 10. Recuperado el 9 de mayo del 2010 en: <http://www.adolesc.org.mx/litcien/boletin/bolnvo10/suicidio.pdf>.
- Maris, R. W., Berman, A. L. y Silverman, M. M. (2000). *Comprehensive textbook of suicidology*. New York: The Guilford Press.
- Monge, J., A., Cubillas, M., J., Román, R. y Valdez E. A. (2007). Intentos de suicidio en adolescentes de educación media superior y su relación con la familia. *Psicología y Salud*, 17, 45-51.

- Moreno, M. y Jimenez, A. (2001). Algunos correlatos de impulsividad y planeación en el intento suicida: un estudio piloto. *Psiquiatría*, 17 (1), 98-100.
- Navío, M., Leira, M. y Quintero, F. J. (2003). Paciente en crisis. En Chinchilla, A. (Ed.), *Manual de urgencias psiquiátricas*. Barcelona, España: Masson.
- Organización Panamericana de la Salud (2003). La violencia autoinfligida. *Informe Mundial Sobre la Violencia y la Salud* (pp.201-231). Washington, D.C.: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud (2006). *Suicidio: la violencia autoinfligida*. 9 (3). Recuperado el 2 de octubre del 2006 en: [http://www.revistafuturos.info/futuros\\_9/suicidio\\_1.htm](http://www.revistafuturos.info/futuros_9/suicidio_1.htm)
- Ramos, R. (2005). Técnicas psicológicas de intervención temprana en un desastre. En Fernández, J. M. (Ed.), *Apoyo psicológico en situaciones de emergencia*. (pp. 25-38). México: Pirámide.
- Rubin, B. y Bloch, E. L. (2001). *Intervención en crisis y respuesta a trauma Teoría y práctica*. Bilbao: Desclée de Brouwer Biblioteca de Psicología.
- Rudd, M. D., Joiner, T. y Rajab, M. H. (2001). *Treating Suicide Behavior*. New York: The Guilford Press.
- Slaikeu, K. (1996). *Intervención en crisis. Manual para práctica e intervención*. México: Manual Moderno.
- Sullivan, D. y Everstine, L. (2000). *Personas en crisis*. México: Pax.