

Alejandro Rocamora

Intervención en crisis en las

CONDUCTAS SUICIDAS

biblioteca de psicología



DESCLÉE DE BROUWER

ALEJANDRO ROCAMORA BONILLA

INTERVENCIÓN EN CRISIS EN LAS CONDUCTAS SUICIDAS

**BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA
DESLÉE DE BROUWER**

© Alejandro Rocamora Bonilla, 2013

© EDITORIAL DESCLÉE DE BROUWER, S.A., 2013

Henao, 6 – 48009 Bilbao

www.edesclée.com

info@edesclée.com

 [EditorialDesclee](#)

 [@EdDesclee](#)

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sólo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.

Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos –www.cedro.org–), si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

ISBN: 978-84-330-3666-7

Adquiera todos nuestros ebooks en
www.ebooks.edesclée.com

Para Nina, Javier y Cristina los mejores terapeutas para mi vida.

Prólogo

Muchos años antes de que yo comenzara a trabajar en el mundo de la prevención de los suicidios, cayó por casualidad en mis manos un ejemplar del libro *El hombre contra sí mismo*, de Alejandro Rocamora, que fue el primer texto que leí sobre esta problemática. Despertó en mí un gran interés, y en parte fruto del cual llevo más de quince años trabajando en este campo. Es, por tanto, todo un honor para mí escribir este prólogo para presentar el último libro de este psiquiatra y amigo que es todo un referente a nivel nacional e internacional en el mundo de la suicidología.

Sin lugar a dudas, de la amplia bibliografía que conozco sobre el tema, ésta es la lectura que recomendaría a todos los profesionales de la Salud Mental. No solo conjuga conocimientos teóricos y prácticos sino que aporta un excelente resumen de las principales teorías y enfoques que han tratado de explicar, estudiar e intervenir en el mundo de la conducta suicida a través de los tiempos. Uno se siente impresionado por la cantidad de conocimientos que recoge y transmite de una forma clara, sencilla y sintética.

A diferencia de otras publicaciones, la obra que tienes en tus manos, aporta un enfoque realmente práctico y útil. Incluye ejemplos de casos que son fiel reflejo de la realidad, así como frases y oraciones que sirven de ejemplo de cómo actuar o intervenir en situaciones concretas. Todas ellas están llenas de sabiduría práctica.

Sorprende gratamente que un psiquiatra del nivel y la experiencia de Alejandro Rocamora dé tanta importancia a la labor de los psicólogos en la Prevención de la Conducta Suicida.

Me gustaría resaltar el técnico y enriquecido vocabulario empleado, así como las abundantes referencias a expertos, que denotan el amplio conocimiento del autor en esta materia. Esta obra te ayuda a descubrir todo lo que te queda por saber de esta compleja problemática en la que muy pocos se aventuran.

Tengo la certeza de que la lectura de este libro será una inestimable ayuda a todos aquellos profesionales que trabajan en el campo de la prevención del suicidio, en la intervención en crisis así como a los que tratan de aminorar el dolor que estas muertes ocasionan a familiares y seres queridos.

Desearía concluir este prólogo, destacando la gran capacidad de recopilación, síntesis y transmisión de conocimientos del autor, su perspicaz utilización del sentido común, y su dilatada experiencia práctica con este tipo de pacientes. De esta manera, tenemos una conjugación casi perfecta. A partir de ahora, estoy seguro de que este libro que vas a comenzar a leer, querido lector, se convertirá en una obra de consulta y referencia imprescindible.

Javier Jiménez Pietropaolo
Psicólogo Clínico
Presidente de la Asociación de Investigación,
Prevención e Intervención del Suicidio

Introducción

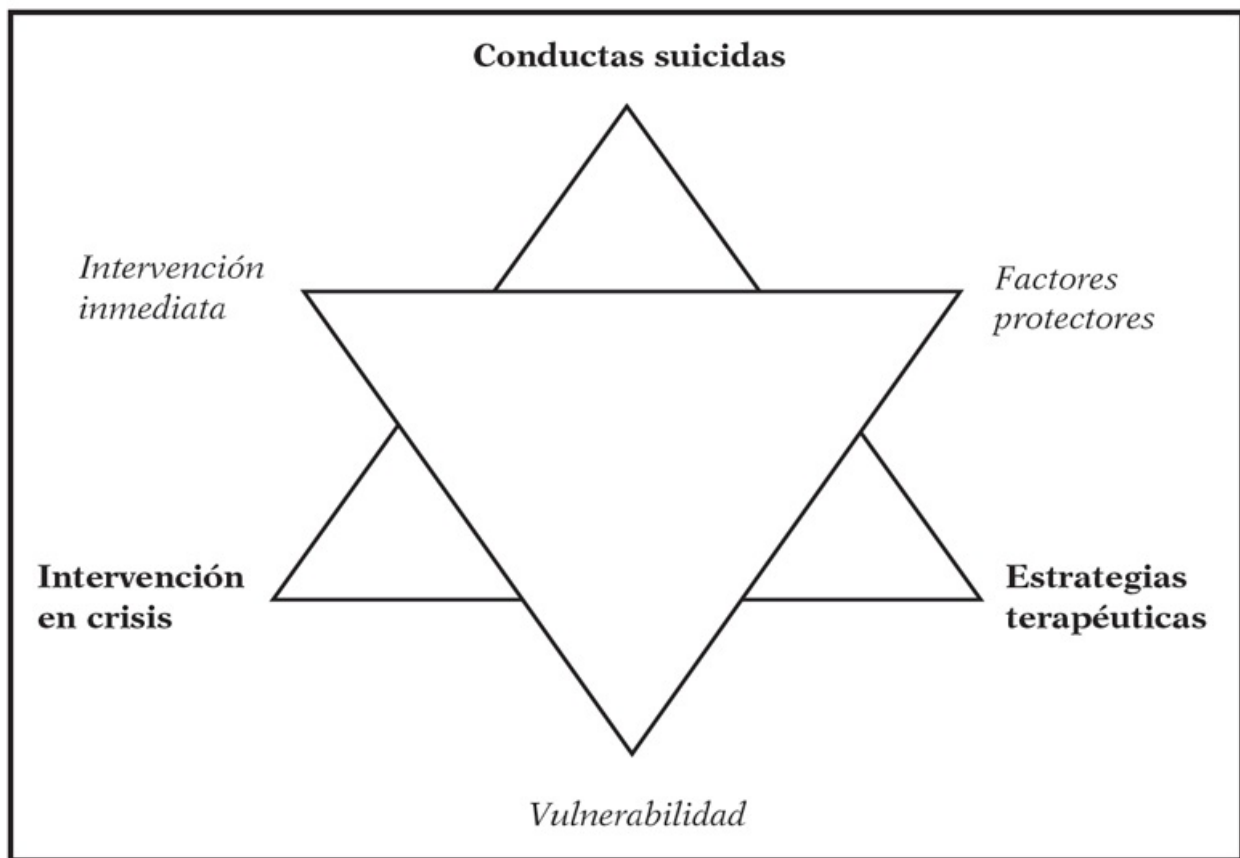
*“El suicidio no es en sí una enfermedad,
ni necesariamente la manifestación de una enfermedad...”.*

(OMS, 2000a)

Existen acontecimientos que se convierten en el gozne de nuestras vidas. Por ejemplo, el cambio de trabajo, la elección de una carrera o la renuncia a un ascenso, pueden constituir un punto de llegada y de partida a una nueva realidad. La vida sigue fluyendo pero ya nada es igual y todo tiene un color diferente. En mi existencia podría señalar varios de esos puntos de inflexión. Uno de ellos ocurrió hace muchos años: en 1971 estuve presente en el inicio del Teléfono de la Esperanza en un pequeño despacho de la Ciudad de San Juan de Dios, de Alcalá de Guadaira (Sevilla). Allí comenzó la preocupación por las personas que pretenden renunciar a la vida y buscan en una voz anónima el soporte para seguir viviendo. Este tipo de Servicios Telefónicos de Urgencia, como puedes comprobar en el APÉNDICE III, pretenden ayudar a la persona cuando se está produciendo la crisis de soledad, depresión, suicidio, etc. a través de una “escucha activa”. Se puede decir que ese acontecimiento fue la semilla del libro que tienes entre tus manos, querido lector.

En estos cuarenta años, de estudio, atención a personas en situaciones límites y las propias experiencias personales, se han ido entrelazando estos dos conceptos: crisis y comportamiento suicida. Hace casi veinte años publiqué el libro *“El hombre contra si mismo (editorial Asetes, 1992)”* donde se desarrollan algunas técnicas terapéuticas de intervención en la crisis suicida. En el presente texto reflexiono sobre el mismo tema pero ilustrando con ejemplos clínicos las acciones terapéuticas y con una estructura de su contenido más didáctica y profundizando más en la esencia misma de la vivencia suicida.

El texto que tienes entre tu manos, querido lector, está impregnado de tres ideas fundamentales: intervención en crisis, conductas suicidas y estrategias terapéuticas, atravesado por otros tres conceptos básicos: la vulnerabilidad del consultante, la importancia de que el terapeuta tenga muy en cuenta en su intervención los factores protectores (no solamente los de riesgo) y la importancia de una intervención inmediata como forma de superar la crisis (aquí toman gran relevancia los Teléfonos de Urgencia dedicados a la atención de esta problemática). La representación gráfica del contenido de este libro, pues, es una estrella de seis puntas.



Intervención en crisis

En cualquier situación de crisis, sea circunstancial o vital, nos sentimos más frágiles, pero al mismo tiempo se puede convertir en un trampolín para crecer. Es una de las ideas motrices de este libro. En la adversidad el sujeto se hace más receptivo al cambio y a la toma de decisiones, y es por esto que es necesario conocer cómo actuar para disminuir la angustia del consultante.

En el amplio espectro de actuación en los comportamientos suicidas nos situamos en los que acuden a una sala de Urgencia Psiquiátrica o a un Centro de Atención Primaria o a los propios Servicios Telefónicos de Urgencia. La característica común es que solamente se va a realizar una sola intervención y lo fundamental es que se pueda contener la vivencia suicida, posibilitar un tratamiento convencional posterior (psicoterapéutico o/y farmacológico) y en todo caso facilitar al usuario la posibilidad de exteriorizar su deseo de muerte y la comprensión de su comportamiento suicida.

Conductas suicidas

La OMS (2000a) afirma que “el suicidio no es en sí una enfermedad, ni necesariamente la manifestación de una enfermedad, pero los trastornos mentales son un factor muy importante asociado con el suicidio”. En este mismo documento la OMS estima que el riesgo de suicidio en personas con trastorno del humor (principalmente depresión) es 6-15%; con alcoholismo, 7-15%; y con esquizofrenia 4-10%. Así mismo señala que alrededor de un 80%-90% de los suicidios consumados lo realizan personas que padecían un trastorno psiquiátrico. Es por esto que en este libro dividimos los comportamientos suicidas en dos grandes bloques: aquellos que no se ha comprobado la existencia de una psicopatología anterior (suicidio y salud mental) y los que tienen como base un trastorno mental (suicidio y psiquiatría).

Por otra parte, en este texto el concepto de suicidio abarca desde la ideación suicida hasta el suicidio

consumado, pasando por los gestos suicidas, los intentos de suicidio y el suicidio frustrado. De ahí de que hablemos de conductas (en plural) pues el abanico de la vivencia suicida tiene un amplio recorrido y es importante, por esto, en la labor terapéutica, saber en qué punto nos encontramos.

Estrategias terapéuticas

Es el tercer concepto básico de este libro: formar a los terapeutas para facilitar su labor clínica en las conductas suicidas. Conocer las técnicas terapéuticas es el deber primero de todo buen terapeuta, pero más importante es saber cuándo, con quién y cómo ejecutarlas. Es lo mismo que nos ocurre en cualquier juego de naipes: es importante tener buenas cartas, pero lo que decide si ganamos o no la partida es la forma que administramos esas cartas. Aquí ocurre lo mismo: el terapeuta además de tener una amplia formación en los comportamientos suicidas precisa un adiestramiento para aprender a utilizar las diversas técnicas. Este libro quiere contribuir a ese primer objetivo: el formativo.

Intervención inmediata

Es una de las condiciones necesarias e imprescindibles que Caplan (1964) requiere para toda intervención en crisis. De nuestra inmediatez en ofrecer la ayuda va a depender, en parte, el éxito de la misma. Como veremos, la inmediatez temporal y la proximidad espacial, junto con la expectación favorable de la ayuda que se recibe, son las condiciones básica de este tipo de ayuda (Caplan, 1964). Si se deja pasar el tiempo (un ejemplo lo tenemos en las listas de espera) o se atiende a la persona fuera de su encuadre físico (barrio o ciudad) o el terapeuta no tiene una buena reputación clínica, el riesgo de fracaso es enorme.

Factores protectores

En la atención al presuicida no solamente tendremos que tener en cuenta los factores de riesgo, (estado civil, sexo, acontecimientos estresantes recientes, vivencias suicidas anteriores, etc.) sino también los factores protectores, referidos tanto a su personalidad (valores, capacidad de resolver los problemas, etc.) como a su entorno. Aquí tenemos que reseñar la importancia de la familia y del grupo social de procedencia. Es decir, cuanto más adecuada sea la familia, más posibilidades habrá de neutralizar el impulso suicida. Por esto hemos enfatizado la importancia del “nosotros”.

Vulnerabilidad

Es la última punta de esa imaginaria estrella de conceptos que sintetizan el contenido de este libro. La vulnerabilidad entendida no solamente como algo negativo sino también con la posibilidad de crecer. El ser humano es vulnerable por naturaleza pero un alto gradiente de vulnerabilidad genética o psicosocial sería proclive a la autodestrucción.

El contenido

El libro consta de seis capítulos y tres apéndices. Los capítulos 1 y 2 son introductorios. El primero describe el marco de acción donde se va a desarrollar nuestra labor terapéutica (la intervención en crisis), las diferentes formas de afrontar la crisis dependiendo de la orientación psicológica que nos situemos: cognitivo-conductual, psicodinámica y biopsicosocial y por último nuestro modelo de intervención en la crisis (AFVA). A este respecto los cuatro pasos que se señalan (Acoger, Focalizar el problema, Valorar la gravedad y Actuar) son indicativos de cómo tenemos que actuar en la intervención

en crisis. No se debe considerar un corsé a nuestra actividad terapéutica, sino como un amplio marco de acción, que dependiendo de las circunstancias y de la persona que consulta tomará más importancia un paso u otro. Así, es evidente que no es lo mismo atender a una persona que se ha seccionado las venas, que otra que solamente refiere ideación suicida.

El segundo capítulo también es introductorio respecto a otro concepto básico desarrollado en el libro: la conducta suicida. Aquí se realiza una aproximación al concepto de suicidio y se describen dos maneras de concebir el comportamiento suicida: modelo categorial (sintomático, cualitativo, sincrónico, y fundamentalmente se aborda un tratamiento farmacológico) y modelo dimensional (visión global del problema, cuantitativo, diacrónico y el tratamiento es integral, farmacológico y psicoterapéutico). También en este capítulo se desarrollan los diferentes modelos que han intentado explicar la conducta suicida, desde los etiológicos, hasta los integrados, pasando por los multidimensionales. Aquí partimos del hecho que la verdad es única pero poliédrica, es decir, la conducta suicida tiene diversas caras (etiología, manifestaciones, procedimientos, etc.) que es necesario tener en cuenta en un tratamiento integral. También en este segundo capítulo se reflexiona sobre la esencia misma de la vivencia suicida (dialéctica, mitos, verbalización, etc.) y de su posible clasificación y evaluación.

Los capítulos 3, 4 y 5 son el cuerpo central de la obra. En el capítulo 3 se describen las distintas acciones terapéuticas tanto en los comportamientos suicidas sin base psicopatológica (conducta suicida y salud mental), como en aquellas conductas suicidas que están relacionadas con alguna enfermedad psiquiátrica (conducta suicida y psiquiatría). El capítulo 4 está destinado a la exposición de las estrategias terapéuticas tanto en la ideación suicida, como en la crisis suicida o en el resto de comportamientos suicidas (intentos autolíticos anteriores, suicidio frustrado, etc.). Y en el capítulo 5 se exponen la forma de actuar con los supervivientes de un suicidio y se realiza una somera descripción de lo que es la autopsia psicológica.

La estructura de los tres capítulos es similar: se parte del relato de una vivencia suicida y después se exponen las estrategias terapéuticas. Como hemos dicho antes, el elenco de técnicas terapéuticas es necesario, pero como no son “recetas mágicas”, lo más importante es que el terapeuta aprenda a utilizarlas en el momento preciso.

El capítulo 6: El suicidio como patología vincular, está redactado a modo de conclusión general. Partiendo de una concepción planetaria del ser humano concluimos que en definitiva el suicidio es una ruptura consigo mismo y con el entorno. De ahí la importancia del vínculo con uno mismo y con el otro, pues el fracaso de alguno de estos aspectos es lo que nos conduce al suicidio. El corolario final es que cuanto más sana mentalmente sea la persona y mejor esté integrada en su grupo de procedencia, menos riesgo existe de suicidio.

El libro finaliza con tres Apéndices: I) Se describen algunas escalas de evaluación de la conducta suicida. II) Se muestran diversos protocolos de intervención en la conducta suicida, en la intervención en crisis, siguiendo nuestro modelo AFVA y III) Se reflexiona sobre un Servicio Telefónico de Ayuda Urgente, El Teléfono de la Esperanza y se transcriben algunos datos estadísticos de las llamadas con contenido suicida, que se produjeron en los 25 Centros en España, durante el año 2010.

Mi agradecimiento a mi esposa Nina por su paciencia en corregir el manuscrito, sus valiosas aportaciones y su buen hacer en la estructura final del texto; a Oscar Gutiérrez León por su profesional trabajo en el tratamiento informático de las estadísticas del Teléfono de la Esperanza y por último mi gratitud a Javier Jiménez Pietropaolo por su cálido prólogo. Se nota que es un amigo y un gran conocedor de los comportamientos suicidas.

Todo el libro está impregnado de un deseo: ayudar a encontrar una salida sana a la persona que en alguna encrucijada de su vida ha contemplado el suicidio como la única solución. Y por esto nuestra preocupación por intentar comprender la compleja vivencia suicida y de aportar las herramientas necesarias para que el terapeuta pueda realizar esa tarea.

Gracias a la semilla sembrada aquel 1 de octubre de 1971 ha sido posible la elaboración del libro que tienes entre tus manos, querido lector. Solamente resta que este fruto te sea de provecho en algunas de tus acciones terapéuticas.

Alejandro Rocamora Bonilla
1 de octubre de 2011
40° Aniversario del Teléfono de la Esperanza

1 La intervención en crisis

*“El hombre que se levanta es aún más fuerte
que el que no ha caído”.*

Viktor Frankl

I. ASPECTOS GENERALES DE LA CRISIS

1. Delimitación de conceptos

La crisis

La palabra crisis se utiliza con diversas acepciones: en primer lugar, hay que señalar que proviene del vocablo griego *krisis*=decisión y *krino*=separar (Diccionario de Psicología, 1978), implica, pues, ruptura pero al mismo tiempo esperanza y posibilidad (Rocamora, 1992).

Frenck, et al. (1984) refieren que los chinos, para designar la crisis, utilizan el término “*wei-ji*”, que se compone de dos ideogramas: **peligro** y **ocasión**.

Bellamente lo describe Pelicier (1981)¹ cuando afirma que *“la crisis es un signo de las profundidades increíblemente cargado de sentido y de proyecto, un paso y una ruptura, un puente y un abismo. Todo lo que parecía ligado se rompe, pero es justamente la experiencia de la ruptura y el desgarramiento lo que asegura la continuidad. El paroxismo emocional faculta el modo de unificar de nuevo la personalidad dividida”*.

En Psicopatología, la palabra crisis, es sinónimo de un fenómeno agudo, transitorio, repentino y espectacular en sus manifestaciones sintomáticas.

Por último, para la medicina hipocrática la palabra crisis se utiliza para señalar el combate entre naturaleza y la enfermedad, de donde se origina un resultado favorable (curación) o desfavorable (muerte) (Diccionario de Psicología, 1978).

Podemos sintetizar diciendo que toda crisis supone: “*peligro*” por el dolor que conlleva la pérdida de lo que se ha perdido o de lo que se va a perder; “*ocasión*” (oportunidad) se refiere al proceso de reconstrucción de un mundo nuevo a partir del momento de la crisis.

Las crisis pueden ser de desarrollo (crisis de la adolescencia, crisis menopáusica o andropáusica, crisis tras la jubilación, etc.) o circunstanciales (están en función de vivencias, generalmente inesperadas y que llevan la impronta o posibilidad de un cambio (enfermedad, paro, muerte de un familiar, etc.)

Situación crítica e intervención crítica

Para De Miguel Lillo et. al. (1998) **la situación crítica** puede aparecer en cualquier lugar y momento: casa, campo, de día o de noche, etc. Implica una vivencia que por sí misma es desequilibrante (individuo que amenaza tirarse desde una terraza, conflictos bélicos, desastres naturales, agresiones o abuso con violencia, ruina personal tanto social como económica o sentimental, etc.) y que necesita **una intervención crítica**, que puede hacerse individualmente o multiprofesional y en el más breve espacio de tiempo y además es puntual.

Existen dos maneras diferentes a la hora de conceptualizar y abordar la crisis (Martínez Azumendi, 1995): **médica y comunitaria**. La primera, generalmente, es una atención individualizada, siendo su ejemplo las urgencias psiquiátricas tradicionales. Para Alonso Fernández (1982)² la sobreurgencia (o emergencia) es *“una apreciación que puede partir del enfermo, de las personas que lo acompañan, de cualquier institución social o de médicos de otras especialidades”*. Es una demanda de servicio, que no admite dilaciones, y en la mayoría de las veces es planteada con dramatismo. La urgencia psiquiátrica es también una forma médica de percibir la presentación de una patología, que está en función del volumen sintomático y su gravedad, y que precisa una actuación rápida.

La forma comunitaria se caracteriza porque su actividad va dirigida no exclusivamente sobre el individuo, sino que también se preocupa por el entorno inmediato del propio consultante.

Trauma

“Un evento traumático está considerado siempre como algo especialmente destructivo en la vida de los individuos, familias y comunidades afectadas” (Rubin Wainrib y Bloch, 2001)³. Para estos autores el rango de eventos traumáticos es muy amplio: accidentes aéreos, inundaciones, terremotos, asesinatos en serie, atentados terroristas, etc. Estos acontecimientos, pues, a veces son producidos por la naturaleza y otras veces por el hombre y entre sus características diferenciadoras de la crisis, señalan las siguientes: es una experiencia compartida con otras personas, casi siempre evoca la alarma pública, es un evento que provocan las figuras de “víctimas”, “héroe”, “curiosos”, casi siempre amenaza la vida y el elemento de la decisión humana casi siempre se halla ausente, pues prácticamente siempre es imprevisto.

Características de la respuesta a las crisis vitales y al trauma (Rubin Wainrib y Bloch, 2001):⁴

1. *A nivel cognitivo*: el sujeto se siente desbordado por la situación inesperada y pueden estar afectadas sus habilidades de resolución de problemas y sus mecanismos de afrontamiento.
2. *A nivel psicológico*: pueden aparecer diferentes vivencias en el sujeto: confusión, negación, temor, inquietud, aplanamiento emocional, etc.
3. *A nivel fisiológico*: pueden presentarse reacciones de estrés general tales como los cambios del ritmo cardiaco, la respiración y una sudoración excesiva.

Diferencias: crisis vitales y trauma⁵

TRAUMA	CRISIS VITAL
Situación extraordinaria Compartida por varias personas	Situación ordinaria Es solitaria
Produce una alarma pública Temporalmente altera la estructura social	Raramente es percibida por los demás La estructura social permanece inalterada.
Aparecen los roles de “víctima”, “héroe” y “curiosos”	El evento de la crisis vital provoca que la gente que rodea al sujeto se movilice
El evento, a veces es previsible (un huracán) pero la mayor parte de las veces es arbitrario	Con frecuencia es algo anticipado, pero la crisis vital es vivida como algo impactante y que puede suceder a los demás pero no a uno mismo
Casi siempre es una amenaza para la vida	Algunas veces puede poner en riesgo la vida Implica siempre la pérdida del modo de vivir
El elemento de la decisión humana casi siempre se halla ausente	Muy raramente se encuentra implicada una elección, y siempre está ausente la posibilidad de elegir una reacción espontánea.

Pese a estas diferencias en ambas experiencias tres son los aspectos que los unifican: a) el individuo, b) el evento y c) el contexto en donde se desarrolla.

Como bien dicen Rubin Wainrib y Bloch, (2001)⁶, “las reacciones a los eventos traumáticos y las crisis son respuestas normales ante situaciones anormales. Nada puede preparar verdaderamente a una persona ante tales eventos y no existen predictores que indiquen lo funcional o disfuncionalmente que reaccionará cualquier individuo en concreto”.

Para Pérez Sales (2006)⁷ el trauma es “un experiencia que constituye una amenaza para la integridad física o psicológica de la persona. Asociada con frecuencia a emociones extremas y vivencias de caos y confusión durante el hecho, fragmentación del recuerdo, absurdidad, horror, ambivalencia, desconcierto, humillación, desamparo o pérdida de control sobre la propia vida. Tiene un carácter inenarrable, incontable e incomprensible para los demás”. Esta experiencia quiebra la seguridad en sí mismo, la confianza en los otros y cuestiona los propios valores y creencias.

La CIE-10 (1992)⁸ se expresa diciendo que “el trastorno de estrés post-traumático surge como

respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo". Entre los factores predisponentes señala ciertos rasgos de personalidad (compulsivos o asténicos) o antecedentes de enfermedad neurótica.

Por último, señalar que la psicotraumatología es la doctrina encargada de estudiar las consecuencias (físicas o psicosociales) que ha producido el hecho traumático (Orengo García, 2002).

El estrés

Originariamente, allá por el año 1956, para Selye el estrés es una respuesta inespecífica del organismo ante cualquier estímulo externo. Es, pues, una reacción de adaptación del cuerpo humano ante los agentes nocivos del entorno. Así, podemos reaccionar de idéntica manera biológica ante un frenazo de un coche, la muerte de un ser querido, o ante la noticia de que nos ha tocado la "bonoloto". La taquicardia, hipersudoración, falta de apetito, disminución de las fuerzas musculares, etc. son algunos de los síntomas universales, ante esas circunstancias objetivamente tan distintas, pero todas ellas, en mayor o menor medida estresantes.

Actualmente, y de forma coloquial, empleamos la palabra estrés con la característica no sólo biológica sino también psicológica. No solamente es una respuesta sino la causa que produce nuestras oscilaciones de ánimo o lo que explica nuestro bajo rendimiento académico o laboral. "Estoy estresado" es, con mucha frecuencia, la razón última de nuestro malestar psíquico o físico.

Podemos afirmar, que estrés es toda vivencia que se manifiesta con una gran incomodidad psicofísica, inespecífica, como consecuencia de factores psicosociales, y que generalmente está relacionado con una gran tensión externa de índole económica, laboral, familiar o emocional y que produce un desajuste en el individuo. Pese a todo ello no se toma ninguna alternativa y la situación se prolonga indefinidamente. En definitiva, es una desarmonía entre nuestro mundo interno y nuestro mundo externo, que permanece a lo largo del tiempo.

2. Definiciones de crisis

La crisis (tanto la política, como la religiosa o la psicológica) se puede definir de muchas maneras. Pero existe una palabra que sintetiza su significado: **desequilibrio**, entre un antes y un después. Una crisis siempre supone una inflexión en el contexto al que haga referencia. Es una amenaza de pérdida de las metas conseguidas (económicas, sociales, religiosas, psicológicas, etc.) que se presenta revestida de angustia. (Rocamora, 2006).

La crisis, además, se realiza en el **tiempo**. Y en un tiempo relativamente breve (es uno de los matices diferenciadores con el estrés), con un inicio y un final a corto plazo.

La trilogía que define a toda crisis es, pues, la siguiente: **desequilibrio, temporalidad y la capacidad interna de caminar hacia un más o hacia un menos**. Lo cierto es que ninguna crisis es neutra. Siempre supone un avance o un retroceso; nunca pasa inadvertida para el individuo, la familia o la sociedad.

Todas las crisis tiene la misma secuencia: **conflicto, desorden y adaptación (o desadaptación)**. La crisis siempre supone un conflicto, que implica tensión entre diferentes aspectos, pero que también lleva la semilla del cambio. Es por esencia una opción tras una ruptura. La crisis siempre obliga a optar. Piénsese en una crisis de pareja, una crisis económica, una crisis de adolescencia. Pero antes de esa opción se produce un desorden, que es lo que origina la angustia y el sufrimiento de la persona en crisis. Es inevitable, e incluso necesario, para poder llegar al tercer paso: la adaptación. Tanto en el ámbito

personal e íntimo (un reconocimiento de las propias posibilidades y también de los límites), como en relación con el entorno.

Otro dato: lo que produce la crisis no es el conflicto sino la respuesta que el sujeto aporta. Es decir, el problema no es el problema sino cómo respondemos ante él. Por esto, es comprensible que ante un mismo acontecimiento (muerte, separación, violación, etc.) un sujeto puede hacer crisis y otro no. En este segundo supuesto, lo que significará es que el individuo ha puesto en marcha mecanismos compensadores que han restablecido el equilibrio.

Una conclusión a este respecto es la siguiente: lo importante no es evitar todos los problemas (cosa metafísicamente imposible de conseguir) sino posibilitar a cada individuo los aportes precisos para que pueda salir de las sucesivas encrucijadas de su existencia.

Podemos decir con Salinas (1998)⁹ que «una crisis es una chispa, un acontecimiento polémico que inicia la destrucción y la posterior reconstrucción de una individualidad. Esa chispa es una dislocación que mantiene la agitación o la tensión que conserva vivo el movimiento vital de los individuos y, por esto, también de la historia».

Slaikeu (1996) incide en estos mismos aspectos, enfatizando la dificultad de la persona para solucionar por sí misma la crisis.

De forma sintética podemos definir la crisis como “una desorganización y oica temporal con posibilidad de cambio”. Es decir, en la situación de crisis se rompe el “equilibrio inestable” que constituye la salud mental, de forma transitoria. Pero este desequilibrio no es estéril sino que puede potenciar más al individuo, propiciando nuevas formas de actuación o activando mecanismos y posibilidades hasta ese momento desconocidos incluso para el propio interesado. La crisis, pues, por sí misma no es negativa, sino que todo dependerá del manejo que hagamos de la situación. Lo cierto es que tras cualquier crisis siempre podemos señalar alguna modificación o mutación en la persona o en su entorno, bien de signo positivo o negativo.

Entre las definiciones operativas de crisis señalamos las siguientes propuestas por Rubin Wainrib y Bloch, (2001)¹⁰:

- **Lillibridge y Klukken (1978)**: “Una alteración en el equilibrio cuando se fracasa en una aproximación tradicional de resolución de problemas que genera desorganización, desesperanza, tristeza, confusión y pánico”.
- **Erik Erikson (1950)**: “la crisis ya no connota una catástrofe inminente... (en vez de ello) designa un punto crítico necesario, un momento crucial en el que el desarrollo debe tomar una dirección u otra, ordenando los recursos del crecimiento, la recuperación, y una mayor diferenciación”. Aunque este autor se está refiriendo a las crisis evolutivas, se puede aplicar también a las crisis circunstanciales.
- **Caplan (1964)**: define la crisis como “la condición de la reacción de un individuo en un punto crítico, dentro de una situación peligrosa, que amenaza la integridad o la totalidad”.

Visión histórica

Numerosos son los autores que se han preocupado del fenómeno de la crisis. Aquí señalaremos los más significativos:

Lindemann (1944): “padre” de la intervención en crisis

Es considerado el pionero en la intervención en crisis, aunque no emplea dicho término en el estudio que realizó sobre las 101 víctimas del incendio de un club nocturno. Se incluyen pacientes psiconeuróticos que han perdido a un familiar durante el curso del tratamiento.

Lindemann (1944) distingue entre “síntomatología del dolor normal”, y lo patognomónico del “dolor”, así como las reacciones patológicas del dolor (“retraso de la reacción” y “reacción distorsionada”).

Las pautas que se manejan en este trabajo son las siguientes:

- a) El dolor agudo es un síndrome definido con sintomatología somática y psicológica.
- b) Este síndrome puede aparecer inmediatamente después de la crisis, puede aparecer con retraso o puede ser exagerado o aparentemente ausente.
- c) En lugar del síndrome típico pueden aparecer cuadros distorsionados, cada uno de los cuales presenta un aspecto diferenciado del síndrome del dolor.
- d) Con las técnicas apropiadas este síndrome de dolor distorsionado puede ser transformado con éxito en una reacción normal de dolor.

Caplan (1964): primer teórico sobre la crisis

Es el autor que primero describió el fenómeno de la crisis, como ruptura del equilibrio del yo, y la necesidad de un apoyo desde fuera para conseguirla.

Caplan (1964) parte del presupuesto que para evitar la crisis, la persona necesita continuos “aportes”, adecuados a las diversas etapas de su crecimiento y desarrollo. Señala tres tipos de “aportes”: biológicos, psicológicos y sociales. (Desarrollaremos más adelante la teoría de este autor).

Rapoport (1962): crisis no es sinónimo de estrés

Hizo mucho hincapié sobre el factor precipitante de la crisis (“critical role transition”) y cómo un estado de crisis no es una enfermedad. Además distingue “crisis” de “estrés”: el estrés tiene una connotación fundamentalmente negativa: es una carga que la persona sobrelleva o produce la ruptura; en contraposición, la crisis puede ser un potencial de crecimiento personal. Por otra parte, la crisis está limitada en el tiempo, no así el estrés que es más duradero.

Sifneos (1960 y 1967): cuatro componentes de la crisis

Describe los cuatro elementos que integran toda “crisis emocional”:

- El acontecimiento amenazador
- El estado de vulnerabilidad
- El factor precipitante y
- El estado de crisis activa

Realiza, pues, un estudio transversal y longitudinal de las “crisis emocionales”, insistiendo que constituyen un “punto focal” (temporal) y que es un momento decisivo para el crecimiento o retroceso del sujeto.

3. Estructura de la crisis

Nuestra aproximación a la crisis puede ser doble: o bien con una visión temporal y cronológica (perspectiva diacrónica) en la que podemos determinar un inicio y un final, aunque de concretización muy difusa; o bien, con un análisis en profundidad del momento presente (perspectiva sincrónica) en el que se pueden describir diversas posiciones por la que la persona en crisis va evolucionando (Rocamora, 1992).

Perspectiva sincrónica

La crisis se puede manifestar de forma condensada por la angustia. Siguiendo a Quenard (1981)

podemos descomponer, aunque sea artificialmente, el complejo fenómeno de la crisis, en tres elementos: *el estupor, la incertidumbre y la amenaza*.

El estupor está siempre presente: se traduce por el espanto y la inhibición del sujeto ante las emociones nuevas incomprensibles, que está viviendo, que le paralizan. El sujeto no reacciona, no busca salidas a su crisis. Toda la energía se utiliza para neutralizar la brecha abierta por la crisis y en un intento por lograr rápidamente el equilibrio emocional. Y este desequilibrio constituye el germen de la desorganización. A pesar de todo, este estupor masivo protege a la persona de la descompensación total y amortigua, en cierta manera, las graves consecuencias de la crisis.

La incertidumbre, en la situación de crisis, es el reflejo de la perplejidad de sujeto y traduce una lucha entre fuerzas antagonistas: optar por esta salida o la otra, escoger “esto” o “aquello”. Esta vivencia juega el papel de timbre de alarma ante un peligro real o fantaseado inminente.

Estos dos elementos (estupor e incertidumbre) constituyen lo que Mandaras Platas (1980) ha definido como ansiedad confusional, referida al impacto de la enfermedad orgánica sobre el individuo. Es una vivencia donde predomina el caos y las tinieblas por no entender lo que está pasando, tanto dentro como fuera de uno mismo.

El tercer elemento es *la amenaza*. Todo desequilibrio implica temor a la destrucción, al aniquilamiento. El “enemigo” está fuera de uno mismo y se elaboran conductas y comportamientos defensivos de desconfianza o de agresión. La crisis, en este momento, se constituye en un peligro para la continuidad de la integridad del mundo psíquico de la persona.

Otros autores han explicado la crisis en función de otras coordenadas. Así, Bowlby (1958) ha estudiado el trauma de la separación experimentado por los jóvenes que ingresan en un hospital y ha descrito, en este contexto, tres fases de la crisis: *la protesta, la desesperanza y la desligación*.

Es decir, desde el punto de vista sincrónico, durante el período de crisis podemos distinguir tres fases: *confusional, paranoide y depresiva*. Estas fases no se deben entender con una rígida cronología temporal, sino más bien, como posiciones sobre las que va girando la persona en crisis. Por lo tanto puede haber avances, retrocesos o estancamiento en una posición determinada. Lo importante es saber diagnosticar en que posición se encuentra la persona en crisis para realizar la ayuda adecuada.

Perspectiva diacrónica

Para el correcto análisis cronológico y abordaje terapéutico de la crisis, no podemos olvidar las dos coordenadas que determinan el desenlace de la misma: el nivel de salud mental previo y el factor de temporalidad.

Es decir, la crisis no se produce tanto por la influencia de los factores extrapsíquicos, sino más bien todo va a depender de la estructura previa de la personalidad (los “aportes”, en terminología de Caplan) y del momento evolutivo del individuo. En definitiva, la crisis, como “desorganización yóica”, está en función y en relación con el nivel de salud previo. Desde esta perspectiva (como hemos apuntado anteriormente) podemos entender que idénticos acontecimientos o vivencias en unas personas produzcan crisis y en otras no. El factor desencadenante es el mismo pero el nivel de salud mental previo no.

Es importante tener presente esta realidad y conocer o presumir el nivel previo de salud mental antes de la crisis para no forzar la recuperación y plantearnos metas a alcanzar que, por definición, sean inalcanzables, al menos en un primer momento de la intervención en crisis.

Por otra parte, la crisis se produce en el tiempo (Moffat, 1982). A este respecto, en el momento del

abordaje terapéutico tenemos que tener presentes dos hechos: la distancia temporal con la vivencia conflictiva y la duración de la misma crisis. Ambas circunstancias van a condicionar nuestro tipo de intervención.

Desde esta coordenada temporal de la crisis, podemos señalar tres momentos cronológicos: *pre-crisis*, *crisis propiamente dicha* y *post-crisis*.

Pre-crisis

La pre-crisis, a veces, comprende un tiempo claramente vivenciado por el sujeto, que incluso verbaliza como un período de gran tensión, angustia o ansiedad. Y es un acontecimiento, grave o no, objetivamente considerado, lo que produce la crisis.

En otras ocasiones, es un tiempo menos específico, sin grandes altibajos y sin vivencias significativas, que hagan posible sospechar la proximidad de la crisis; en estas circunstancias, la crisis se produce de manera repentina, sin pródromos, y de forma sorprendente hasta para el propio sujeto.

La crisis

Vidal (1981)¹¹ distingue tres períodos en el desarrollo de una crisis: el impacto, el rechazo y adaptación o desadaptación. En esta misma reflexión y en relación con el factor tiempo se sitúa Ralp y Hirschowitz (1973), introduciendo un período de ajuste.

- **El impacto** es el momento álgido de la crisis. Generalmente se produce cuando los propios mecanismos compensadores del sujeto fallan. Con mucha frecuencia existe una relación temporal próxima con el factor desencadenante. Es un estado de shock psicológico, que se manifiesta por miedo, agitación, aturdimiento o confusión. Más intenso cuanto más inesperado haya sido el desencadenante. Su duración es de pocas horas y existe un predominio del presente
- **El rechazo**, la no aceptación de la nueva situación, produce retraimiento en la persona. Pueden aparecer los primeros síntomas clínicos: ansiedad, trastorno del sueño, imposibilidad para realizar las tareas domésticas, culpa o depresión. Existe un predominio del pasado y es un buen momento para la intervención terapéutica. Puede evolucionar hacia el ajuste, o bien persistir en la incapacidad para superar la crisis. Suele durar días.
- **El ajuste**: el individuo por sí mismo, o con la ayuda de un profesional, consigue alcanzar el nivel de salud mental anterior al momento de la crisis. Puede ser el inicio de un crecimiento y maduración psicológica, o bien, por su fragilidad provocar el deterioro paulatino de la persona, con reiteradas situaciones de crisis. La duración suele ser de semanas.

Post-crisis

Como bien señala Pelicier (1981) la crisis “puede ser motor y factor de evolución”. De ahí, la importancia de este período post-crisis, pues nos va mostrar si la crisis, en definitiva, ha sido positiva o negativa. Es decir, si la persona en crisis ha crecido psicológicamente, se ha mantenido en su nivel de salud mental inicial o, desgraciadamente, se ha producido un retroceso en su actitud psicológica. Incluso la crisis y la salida de la misma puede repercutir en el grupo familiar y social, positiva o negativamente, reforzando la coherencia de la unidad familiar o social, o bien, favoreciendo la dispersión y la ruptura de las vinculaciones familiares y sociales.

4. Características de la crisis

Por lo anteriormente apuntado, podemos afirmar que la crisis no se explica por sí misma sino que necesita la perspectiva del pasado para comprenderla. Toda crisis tiene un antes y un después. Es más:

toda crisis es como un parto: debe salir otra cosa diferente a la anterior, de lo contrario se produciría la muerte, es decir, la enfermedad mental.

Según Fiorini (1999) toda crisis supone el enfrentamiento a algo que cambia de forma brusca e impensada y la salida es encontrar un nuevo equilibrio o bien seguir en la confusión y el desorden. La evolución es normal cuando se consigue el “equilibrio inestable” en un tiempo prudencial, que no podemos determinar ni encasillar. El mismo hecho de pedir ayuda sería una forma de posibilitar la homeostasis.

Nos movemos en un mundo maniqueo: ganar o perder, salud o enfermedad, tener o ser, individuo o grupo, son algunos de los esquemas en que nos situamos. La crisis se puede considerar como un punto de inflexión de la posibilidad de una “tercera vía” que invalida la concepción maniquea del hombre occidental: la crisis, pues, se convierte en el gozne para buscar otras opciones.

Cada crisis tiene sus peculiaridades en lo manifiesto, su origen concreto y su proceso específico. No obstante, en un afán clarificador, podemos señalar, como características comunes a toda crisis, las siguientes (Caplan, 1964):

- El factor esencial, que determina la aparición de la crisis, es el desequilibrio entre la dificultad del problema, y los recursos que el individuo dispone para afrontarla. De aquí, que ante una misma vivencia crítica cada individuo pueda dar una respuesta diferente y por esto, situaciones que objetivamente no son graves, pueden producir una gran crisis.
- La intervención externa durante la crisis (psicoterapia de crisis) puede compensar el desequilibrio que se ha producido y llevar al individuo a un nuevo estado armónico.
- Durante la crisis, la persona experimenta una intensa necesidad de ayuda. Igualmente, mientras dura la crisis, el sujeto es más susceptible a la influencia de los otros (es más permeable a la ayuda externa), que en los períodos de funcionamiento equilibrado o de total desorganización.

II. MODELOS DE INTERVENCIÓN EN CRISIS

Según afirma Parad y Parad (1990), citado por Rubin Wainrib y Bloch (2001), *la intervención en crisis es “un proceso para influir activamente en el funcionamiento psicológico durante un período de desequilibrio con el fin de aliviar el impacto inmediato de los eventos estresantes trastornadores y con el propósito de ayudar a reactivar las capacidades latentes y manifiestas, así como los recursos sociales, de las personas afectadas directamente por la crisis para afrontar de manera adaptativa los efectos del estrés”*. También señala que los objetivos principales de la intervención del clínico son:

- *“amortiguar el evento estresante mediante una primera ayuda emocional y ambiental inmediata o de emergencia y*
- *fortalecer a la persona en sus intentos afrontamiento e integración a través de la clarificación terapéutica inmediata y de la orientación durante el período de afrontamiento”¹²*:

1. Modelo cognitivo-conductual

Lazarus (1981)¹³ propone un abordaje de la crisis, que abarca las diferentes dimensiones de la persona: desde los aspectos biológicos a los interpersonales, pasando por las sensaciones, afectos, cogniciones y conducta. Es lo que el autor denomina con el acrónimo BASIC I.D. (que corresponde a las iniciales en inglés a los diferentes aspectos a tratar en la intervención en crisis):

Conducta:	B (Behaviour)
Afecto:	A
Sensación:	S
Imaginación:	I
Cognición:	C
Interpersonal:	I
Drogas:	D

El formato multimodal (BASIC I.D.) permite emplear diversos procedimientos que favorecen tanto la evaluación como la terapia. Lazarus (1981) describe los siguientes: **punteo, rastreo, evaluaciones de segundo orden y perfiles estructurales**.

- **Punteo:** consiste en introducirse en el modo preferente del cliente (cogniciones) y tras unos minutos, preguntar por una modalidad diferente (imaginación o sensaciones).
- **Rastreo:** el procedimiento de rastreo se emplea normalmente cuando los clientes están confusos ante sus reacciones afectivas inexplicables. Se les pide que hagan memoria del último incidente y se intenta descubrir cuál fue su sentimiento más profundo.
- **Evaluaciones de segundo orden:** cuando la terapia se encuentra atascada es conveniente repetir una segunda evaluación de los diferentes aspectos de BASIC I.D. para poder encontrar las pistas de solución.
- **Perfiles estructurales:** producen una evaluación cuantitativa que puede recopilarse mediante una escala de valoración. Es decir, a través de un cuestionario proponemos al cliente que haga una valoración de 0 a 6 en los diferentes aspectos de BASIC I.D.

Este modelo multimodal es el desarrollado por Slaikeu, (1996), que es el más conocido en España. Este autor distingue lo que él llama intervención de primer orden o primera ayuda psicológica e intervención de segundo orden o intervención en crisis, propiamente dicha.

Primera ayuda psicológica: objetivos

- Proporcionar apoyo

- Reducir la letalidad
- Facilitar el acceso a otros recursos de ayuda.

Intervención de segundo orden: objetivos

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

2. Modelo psicodinámico

El psicoanálisis no aborda directamente el concepto de crisis, pero si lo hace a través de su noción de duelo y más concretamente en el trabajo de duelo.

Fernández Moujan (1989)¹⁴ lo expone claramente al afirmar que este modelo *“postula una energía libidinal que permanentemente recubre “los objetos”; es decir, que el equilibrio se establece entre una estructura narcisística dual y otra edípica triangular, abierta a lo social. El paso de la narcisista a la edípica se produce por la pérdida del equilibrio estructural y la serie de mecanismos defensivos que tratan de recuperar el equilibrio amenazado por dos ansiedades típicas (el dolor por lo perdido y la persecución por lo nuevo desconocido que vendrá); la necesidad confusional que se vive durante este tránsito hace necesario un verdadero “trabajo de duelo”, que para Freud tiene tres fases fundamentales: narcisista, fijación y desplazamiento”*.

Para este autor “la crisis no es la pérdida de un objeto psíquico, ni de un rol una cosa concreta de la realidad exterior sino que es la pérdida o el desprendimiento activo de la estructura que hasta ese momento nos determinaba”. Introduce el concepto de “crisis vital”, porque nos saca de estructuras determinantes que nos dan seguridad (crisis) y “esa transformación consiste en la creación de algo naciente en cada ciclo de vida, o situación traumática sumida (vital)”¹⁵.

3. Modelo biopsicosocial

Caplan (1964), Profesor de la Universidad de Harvard, desarrolló un modelo antropológico que nos servirá para entender mejor el fenómeno de la crisis en el ser humano.

Caplan parte del presupuesto que para evitar el trastorno mental, la persona necesita continuos “aportes”, adecuados a las diversas etapas de su crecimiento y desarrollo. Señala tres tipos: aportes biológicos, psicológicos y sociales. El primero incluye: alimentación y vivienda adecuada, estimulación sensorial idónea, ejercicio físico, etc.

Los “aportes psicológicos” implican todo lo relativo al desarrollo intelectual y afectivo por medio de la interacción personal con los miembros significativos de la familia, la escuela, etc. Además, hay que intentar ir satisfaciendo las necesidades interpersonales del niño, del adolescente y del adulto. Necesidades que podemos sintetizar en tres grandes apartados: necesidad de intercambio de amor y afecto, necesidad de limitación y control (mediante estructuras de afirmación y mantenimiento de la autoridad), necesidad de participación en la actividad colectiva (relativos, por ejemplo, al grado de apoyo o independencia con que se encara una tarea). Este aporte psicológico falla cuando las personas significativas no respetan al niño, adolescente o adulto, tratan de manejarlo para satisfacer sus propias necesidades, o la relación satisfactoria es truncada por la enfermedad, la muerte o una convivencia conflictiva.

Los “aportes sociales” se refieren a la gran importancia que, las costumbres, valores culturales y la misma estructura social en que vive el individuo, tienen en el buen desarrollo de la personalidad del mismo.

Así, pues, si los “aportes” han sido y siguen siendo adecuados y además, el individuo es capaz de ir integrando tanto las experiencias positivas como las negativas, mantendrá una estructura equilibrada (sería la persona mentalmente sana). Este equilibrio, también, se puede lograr pese a situaciones adversas (“problema”, lo llama Caplan), siempre y cuando el sujeto posea la capacidad suficiente para contrarrestar esas fuerzas negativas, o bien, encuentre, la ayuda (“el aporte”) que en ese momento necesita. Por lo tanto, la salud mental se altera cuando el individuo o el sistema familiar, social, se enfrentan a una fuerza o situación que modifica su funcionamiento previo.

Es decir, la crisis se presenta cuando la alteración del equilibrio es tal que los habituales mecanismos correctores en “feed-back” son incapaces de volver al individuo a su situación primigenia. De aquí, que el factor esencial que determina la aparición de una crisis sea el desequilibrio entre la dificultad del problema planteado y los recursos (personales y/o interpersonales) de los que se dispone inmediatamente para afrontarlo.

III. UNA ASISTENCIA EN LA CRISIS

1. Características y objetivos

Toda acción dirigida a tratar la crisis debe cumplir tres condiciones: ser una intervención “in situ”, además inmediata y provocar confianza en el hombre en crisis (Caplan, 1964):

- *Intervención “in situ”*: la crisis debe ser tratada allí donde se produce. Sólo en casos especiales estará justificado el internamiento, pero siempre en un hospital próximo a sus familiares y amigos. De aquí, que actualmente se postule la potencialización de la asistencia domiciliaria, la creación de Centros de Salud Mental y toda aquella infraestructura asistencial que favorezca la atención de la crisis en el medio en que se produce.
- *Inmediatez*: la crisis hay que abordarla en el momento que se produce. Recordad lo que señalábamos antes: durante la crisis la persona experimenta una gran necesidad de ayuda y es más permeable a toda posibilidad de cambio y modificación. Toda crisis que se enquistifica dificulta una solución positiva. No se puede abordar un problema con tres meses de retraso con respecto al momento que se produjo. Por esto, Fromm-Reichmann (1977) comenta lo positivo que es facilitar la verbalización de la experiencia traumática para que no quede en la conciencia reprimida y consecuentemente se cronifique en un estado psicopatológico.
- *Expectación favorable*: es sinónimo de la alta capacitación profesional de las personas que intervienen en la acción terapéutica en la crisis. Éstas, deben despertar confianza en el sujeto para que su tratamiento sea más eficaz.

Objetivos

Señalamos, en forma breve, los más significativos:

- *Evitar la cronificación* (Coderch, 1987) y consiguientemente eludir tratamientos más costosos o traumatizantes, como el internamiento psiquiátrico.
- *Restablecer el equilibrio anterior* (Slaikou, 1996; Coderch, 1987). Es quizás una de las funciones de la intervención en crisis: lograr, al menos, el nivel de salud mental inicial. Lo que es evidente es que lo que no se tuvo no se pudo perder, y consecuentemente, no se puede recuperar.
- *Alivio inmediato de la angustia* (Itzigsohn y Dasberg, 1985) a través de la explicitación y facilitación de la verbalización de sentimientos o actitudes irracionales. De esta forma, podremos neutralizar la angustia y posibilitar el cambio.
- *Señalar los posibles recursos sociales e institucionales* (Poveda de Agustín, 1985) principalmente a las personas en “estado grave de abandono, aislamiento y desafrentación social” (Rivas Padilla, 1980).

2. Modelos asistenciales

La persona es una unidad bio-psico-social. Sus necesidades también pueden estar referidas a alguna de esas áreas, y por lo tanto, la crisis puede girar en torno a la dimensión psicológica, social o biológica. Siempre deberemos determinar qué aspecto es el prioritario en cada situación concreta. Así por ejemplo: en un intento de autolisis por intoxicación medicamentosa, en primer lugar deberemos preocuparnos de la repercusión biológica o somática de la acción (necesidad o no de lavado gástrico, etc.), posteriormente analizaremos el aspecto más psicológico (motivaciones, etc.) y por último tendremos en cuenta la influencia laboral o familiar de esa conducta suicida.

La crisis se puede intervenir desde diferentes perspectivas o modelos, que podemos resumir en un

triple abordaje (Campoy, 1980)¹⁶: *intervención dirigida al conflicto, a la persona en su totalidad o al sistema.*

Modelo orientado al conflicto

La ayuda debe ser inmediata y dirigida fundamentalmente al conflicto en sí mismo; evitaremos las referencias a mecanismos inconscientes y nos preocuparemos fundamentalmente por el “aquí y ahora” y las posibles vías de solución a la “problemática actual” que ha provocado la crisis: intoxicación medicamentosa, abandono del hogar, ruptura sentimental, etc.

Modelo orientado a la persona

En nuestra intervención nos preocuparemos por la totalidad de la persona: motivaciones, repercusión afectiva del acontecimiento, vinculaciones, etc. Se puede intervenir con una psicoterapia de apoyo (refuerzos directos al yo) o a través de una psicoterapia focalizada en la vivencia conflictiva.

En el área social, no daremos soluciones impuestas, sino que ofreceremos alternativas iluminando el camino y proporcionando las herramientas necesarias para salir de la crisis.

En la crisis con predominio de la dimensión biológica no olvidaremos la incidencia psicológica y social que toda enfermedad somática comporta.

Modelo orientado al sistema (familia o pareja)

Se parte de la concepción de que la crisis de un miembro de la familia es la expresión y el emergente de una estructura patológica que invade a todo el sistema familiar o de pareja, en su caso. Se considera, pues, a la familia (o a la pareja) como una unidad de salud y de enfermedad, y por lo tanto, también como una unidad para el tratamiento.

3. Niveles de intervención

Indistintamente del modelo de intervención que estemos realizando (referido al conflicto, a la persona en su totalidad o al sistema) y del área (biológica, psicológica o social) en la que preferentemente estemos actuando, podemos distinguir tres niveles de ayuda:

1^{er} Nivel de ayuda

Cronológicamente es el primer momento de nuestra intervención, que corresponde a la “fase de impacto” de la crisis, que con anterioridad hemos descrito. Dependiendo del contenido del problema primará el aspecto psicológico, social o biológico.

Algunos autores (Slaikeu, 1996) lo han llamado “primera ayuda psicológica” o “ayuda de emergencia” (Madrid, 1985) caracterizándose por ser una intervención breve (minutos-horas), cuyo primer objetivo es la contención y también, proporcionar apoyo, reducir la mortalidad y vincular a la persona en crisis con los posibles recursos de ayuda. Se puede realizar en cualquier lugar (domicilio, Centro de Salud, albergue, calle, hospital, etc.) y por cualquier agente de ayuda (padres, maestros, trabajadores sociales, psicólogos, psiquiatras, etc.).

Este 1º nivel de ayuda se puede concretizar desde un apoyo farmacológico. a una “escucha activa”, pasando por proporcionar un “piso de tránsito” para pasar una noche, o una hospitalización de 24 horas.

2º Nivel de ayuda (Terapia de crisis, según Slaikeu, 1996)

“Comienza cuando termina la ayuda de emergencia... Esta intervención no se limita a restablecer

el equilibrio perdido, por el impacto del suceso precipitante; intenta aprovechar la vulnerabilidad de las estructuras del sujeto, que acompaña a la crisis, para ayudar a establecer un equilibrio mejor y unas estructuras más funcionales” (Madrid, 1985)¹⁷.

El objetivo es integrar, tras una sana elaboración de la crisis, la vivencia conflictiva a la personalidad del sujeto y favorecer al máximo el análisis y clarificación de los hechos, para que el yo salga robustecido de la propia crisis. En este sentido, la crisis debe ser trampolín para seguir madurando y para el crecimiento del propio yo. La duración es de varias semanas (10-12 semanas) y realizada por especialistas al respecto.

3^{er} Nivel de ayuda

En algunas ocasiones, los dos anteriores niveles de ayuda, serán suficientes para conseguir que el individuo, poniendo en marcha sus propios recursos (psicológicos, sociales, etc.) pueda conseguir una resolución positiva de la crisis.

No obstante, a veces, se precisa de un tratamiento a largo plazo (psicoterapia convencional) para reforzar los logros conseguidos e impedir posibles repeticiones de la crisis.

4. Un modelo de intervención en la crisis (AFVA)

Toda relación terapéutica es “un encuentro en profundidad”, que pretende cambiar al consultante. La cura se produce no por lo que se dice, ni cómo se dice, sino por la misma relación en sí. Por eso, podemos afirmar, que en general no existen buenos o malos terapeutas, sino psicoterapias (el binomio terapeuta-cliente), que favorecen el crecimiento del usuario, y otras, que no lo dejan progresar. Lo evidente es que todo encuentro terapéutico deja huella (positiva o negativa) en el consultante. Nunca nuestra acción de ayuda hacia otra persona es inocua. Aquí radica la grandeza, y también el riesgo, de la acción terapéutica.

Toda persona que pide ayuda se encuentra en una encrucijada: desea cambiar (conseguir un gradiente más de autoestima o de libertad), pero, al mismo tiempo se siente inclinada a permanecer encadenada a sus angustias y temores. Paradójicamente los dos aspectos son necesarios para iniciar una relación terapéutica. Si no se produce la primera (el deseo de cambiar) no se pedirá ayuda; pero si no se da la segunda condición (la tendencia a permanecer atado a su angustia) no sería necesaria la psicoterapia (Singer, 1969).

Pero al mismo tiempo, toda relación terapéutica también deja su impronta en el consejero. Éste nunca consigue una total asepsia ante la persona que ayuda. El contacto con la patología psíquica puede despertar viejos fantasmas (el miedo a la muerte, el rechazo de la sexualidad, el odio hacia la madre, etc.) que condicionará la propia relación terapéutica y en algunos casos hasta puede llegar a pervertirla. O bien, el contacto con la angustia y el sufrimiento del otro puede ser un trampolín para seguir creciendo.

En este sentido, las consultas que se realizan con un contenido suicida pueden provocar una angustia desbordante, en el terapeuta, que bloquee toda posibilidad de ayuda.

En muchas ocasiones esto se produce porque no se tienen claro los objetivos de una ayuda en una situación de crisis suicida. El tratamiento de emergencia debe procurar proporcionar un alivio inmediato de los síntomas, y evitar de esta forma la descompensación psicológica grave. No se pretende la resolución del conflicto, sino ofertar al consultante las pistas de solución a su problemática. Se intenta así un “cambio multiplicador” que sea el comienzo de una reestructuración de toda la persona. Por esto, la intervención en crisis, no debe pretender agotar todas las soluciones, sino poner en situación de

encontrarlas.

Seguidamente vamos a describir nuestro modelo de intervención en crisis (AFVA), que en los posteriores capítulos de este libro nos servirá de guía para analizar las diversas conductas suicidas y las técnicas terapéuticas más adecuadas de intervención. Este modelo de intervención en la crisis tiene cuatro pasos: **1.- Acoger, 2.- Focalizar el problema, 3.- Valorar la gravedad, 4.- Actuar.**

MODELO AFVA

1.- ACOGER
2.- FOCALIZAR EL PROBLEMA
3.- VALORAR LA GRAVEDAD
4.- ACTUAR

1. Acoger

Los primeros momentos de intervención en crisis son fundamentales y van a condicionar el resto de la acción terapéutica, por esto, es necesario hacer una buena acogida a la persona en crisis para posibilitar un resultado exitoso de la misma. He aquí algunas de las características especiales de la ayuda en una situación de crisis:

- a) **Facilitar la verbalización del problema:** durante la crisis el sujeto, generalmente, expone con claridad su problema. No obstante, en ocasiones la persona en crisis puede sentirse bloqueada y con gran dificultad para poner palabras a lo que le está pasando. Por esto, debemos respetar su ritmo de exposición, y debemos evitar las preguntas marginales o accesorias e intentar que concrete el motivo de su angustia. Tampoco es conveniente realizar “preguntas cerradas” pues favorecería las respuestas con monosílabos.
- b) **Huir de los estereotipos:** “esto pasará pronto”, “al parecer no sufrió”, etc. Cuando el dolor está a flor de piel estas palabras suenan a huecas y sin sentido, y en ocasiones se pueden vivir como un ataque.
- c) **Favorecer una transferencia positiva:** es imprescindible posibilitar un clima de confianza que de seguridad al consultante y posibilite la búsqueda de una buena salida de la crisis.
- d) **Primacía del contacto físico sobre la palabra:** ante el llanto desgarrador de la madre que ha enterrado a su hijo, fallecido en un atentado terrorista, o los gritos de reproche del marido cuando le comunican la muerte de su mujer en un accidente aéreo, solamente podemos dar un abrazo o un fuerte apretón de manos como transmitiendo nuestra solidaridad y nuestro dolor compartido. Aquí sobran las palabras, las explicaciones o el buscar culpables ante tanta tragedia. Estar ahí, con la persona que sufre, es la única manera que tenemos para mitigar su dolor.
- e) **Primacía del “aquí y ahora”:** en esos momentos de gran dolor no podemos tomar una actitud terapéutica rígida, como sería intentar descifrar el origen del sufrimiento, como lo hacemos cuando entrevistamos a una persona en nuestro despacho, tras pedir hora. Por esto nuestra preocupación se debe centrar en las necesidades tanto físicas como psíquicas de ese instante: ofrecer una tila o un café, buscar un analgésico para el dolor de cabeza o posibilitar la exteriorización de los sentimientos más negativos: rabia, culpa, etc. Todo ello en un clima de tolerancia máxima, siempre y cuando no exista ningún peligro para algunas de las víctimas. Sería un error intentar “psicologizar” esa situación buscando una explicación del sufrimiento o analizando el tipo de vinculación entre los familiares o su resolución del Edipo, por ejemplo. El sufrimiento está ahí y el ayudador está para contenerlo y en todo caso intentar canalizarlo, para que las consecuencias sean las mínimas. No

olvidemos que las víctimas necesitan ayuda, pero eso no significa que sean enfermos mentales.

f) La importancia de la contención: entendida como un medio para evitar la descompensación del sujeto o la caída al vacío; y esto se consigue, no con soluciones fáciles, sino con una actitud cálida, comprensiva y firme que provoque seguridad en el cliente. Pero además, esa actitud contenedora no debe provocar la toma de decisiones aceleradas, que lo único que refleja es la inseguridad del ayudador.

g) La crisis del ayudador: si verdaderamente queremos ayudar a una persona en una situación en crisis debemos conectar con su inseguridad y angustia desde nuestra propia inseguridad, olvidando nuestros dogmatismo y rigidez de criterios, y entrar en un proceso de cambio para que el otro también cambie.

h) El encuadre no tiene límites espaciales ni temporales: nuestra ayuda en las situaciones de crisis no tiene ningún condicionamiento temporal (puede durar minutos, horas o días) y además se puede realizar en el hospital, en su domicilio o en cualquier otro lugar.

i) La comunicación verbal debe ser breve: nuestras intervenciones serán cortas y concisas con mensajes claros. Y en algunos casos habrá que consignarlo en un papel (dirección del hospital, el número de urgencias, etc.) para evitar olvidos o confusión en la víctima.

2. Focalizar el problema

a) Clarificación y confrontación: Coderch (1987) señala que la confrontación y la clarificación son las herramientas terapéuticas de elección en la intervención en crisis y rara vez deben ser utilizadas las interpretaciones y nunca las interpretaciones transferenciales. Ambas intervenciones se sitúan al nivel consciente o pre-consciente.

b) Delimitación del problema (García-Campayo et al., 2006): ¿cuál es el problema? ¿cuándo ocurre? ¿dónde ocurre? ¿quién está involucrado? Habría que analizar la cadena causal del problema si lo hubiera; es decir, intentar identificar cual es el problema inicial. No sirve generalizaciones, como por ejemplo “me siento mal con mi familia”.

c) Fragmentación del problema: Los problemas complejos se debe formular de forma sencilla, si el usuario no es capaz de hacerlo habrá que preguntarle por lo que más le angustia en el momento actual.

3. Valorar la gravedad

En la intervención en crisis, la exploración clínica debe ser breve, inmediata y centrada en las posibilidades y limitaciones del consultante para superar la situación crítica. Así, pues, el terapeuta deberá evaluar (Rubin Wainrib y Bloch, 2001):

- El riesgo real de realizar el suicidio.
- Su comportamiento en situaciones anteriores parecidas.
- Sus recursos personales psicológicos y su situación grupal: estructura familiar y social.
- También sus limitaciones: sus deficiencias personales psicológicas (rasgos de personalidad, patología psiquiátrica, etc.).
- La posibilidad de un tratamiento psicoterapéutico o/y farmacológico, y también si procede un internamiento psiquiátrico.

4. Actuar

- *Recursos personales, familiares y comunitarios:* el terapeuta, teniendo en cuentas las posibilidades y límites del consultante y las características de la crisis, indicará las acciones más adecuadas para una resolución satisfactoria.

- *Derivación al especialista o internamiento psiquiátrico*: en algunos casos la acción de ayuda finalizará con la intervención en crisis, pero generalmente será preciso iniciar un tratamiento psicoterapéutico convencional o farmacológico y en ocasiones más graves no se puede descartar un ingreso hospitalario.
- *Seguimiento*: es aconsejable el establecimiento de algunas entrevistas de seguimiento para valorar la situación emocional del consultante.

- 1 . Pelicier, Y.(1981). “La crisis y el hombre”. *Psicopatología*, 1,3, pp. 183-190.
- 2 . Alonso Fernández, F. (1981). “Introducción a los tipos de sobreurgencias psiquiátricas más importantes”. *Psicopatología*, 1,3, pp. 197-214.
- 3 . Rubin Wainrib, B. y Bloch, E. L. (2001). *Intervención en crisis y respuesta al trauma. Teoría y práctica*. Bilbao: Desclée De Brouwer, p. 32.
- 4 . Ibídem, p. 35.
- 5 . Ibídem, p. 36.
- 6 . Ibídem, p. 40.
- 7 . Pérez Sales, P. (2006). “Trauma y resistencia”. En: Pérez Sales, P. (ed.), *Trauma, culpa y duelo*. Bilbao: Desclée De Brouwer, p. 50.
- 8 . CIE-10 (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor, p. 185.
- 9 . Salinas H. (1998). *Individuo, cultura y crisis*. Bilbao: Desclée De Brouwer, p. 20.
- 10 . Rubin Wainrib, B. y Bloch, E. L., *op. cit.*, pp. 29-30.
- 11 . Vidal, G. (1981). “La psicoterapia en las emergencias psiquiátricas”. *Psicopatología*, 1, 3, pp. 259-266.
- 12 . Rubin Wainrib, B. y Bloch, E. L., *op. cit.*, p. 71.
- 13 . Lazarus, A. A. (1997). *Brief but comprehensive psychotherapy. The multimodal way*. Nueva York: Springer Publishing Company. Versión castellana: *El enfoque multimodal. Una psicoterapia breve completa (2000)*. Bilbao: Desclée De Brouwer, p. 37-70.
- 14 . Fernández Moujan, O. (1989). *Crisis vital. Un modelo de transformación en psicoanálisis y psicología social*. Buenos Aires: Nueva Visión, p. 22.
- 15 . Ibídem, p. 25.
- 16 . Campoy, A. (1980). “Crisis e intervención en crisis”. En: Rivera, Vela y Arana (coordinadores), *Manual de Psiquiatría*. Madrid: ed. Karpos, pp. 1190-1201.
- 17 . Madrid, J. (1985). *El Voluntario en el Teléfono de la Esperanza. Notas para una definición del Orientador del Teléfono de la Esperanza*, Ponencia en el X Congreso Internacional de IFOTES, Roma.

2 La conducta suicida

“Si supiera que esta fuera la última vez que te vea salir por la puerta, te daría un abrazo, un beso y te llamaría de nuevo para darte más”.

Gabriel García Márquez

I. CONCEPTO Y MODELOS

1. Aproximación conceptual

La conducta suicida es un fenómeno complejo, con implicaciones existenciales, psicopatológicas, sociales e incluso morales. Es difícil de definir y de delimitar. Una primera aproximación a esta vivencia es la diferenciación entre acto suicida y conducta suicida.

La OMS (1969)¹ introdujo el concepto de “acto suicida” como *“todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, cualquiera que sea el grado de intención letal y del conocimiento del verdadero móvil”*. Sin embargo, la CIE-10 (1992) ha obviado la voluntariedad y la finalidad del acto. Así, en el capítulo XX sobre “Causas externas de morbilidad y mortalidad”, en la Clasificación de la Enfermedades, en el apartado X60-X84, se incluyen las lesiones autoinflingidas que se definen como intoxicaciones o lesiones traumáticas que se inflige deliberadamente una persona. La conducta suicida abarcaría también la ideación suicida y la crisis suicida, aunque como veremos más adelante, no se produzca lesión física.

Varios autores están de acuerdo en señalar que lo más significativo del acto suicida es la decisión voluntaria de producirse la propia muerte. He aquí algunas definiciones al respecto, representativas de un amplio espectro ideológico:

DURKHEIM (1897)²: *“Se llama suicidio, toda muerte que resulta, mediata o inmediatamente, de un acto positivo o negativo, realizado por la victima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado”*.

SCHNEIDER (1954) afirma que si no hay voluntad de matarse no se debe hablar de suicidio sino de seudosuicidio (delirio de los esquizofrénicos).

ROJAS (1984)³: *“Se entiende por suicidio aquella conducta o conjunto de conductas que, dirigidas por el propio sujeto, conducen a la muerte (“suicidio consumado”) o a una situación de gravedad mortal (“suicidio frustrado”) bien de forma activa o pasiva”*.

Partiendo de un concepto amplio de la conducta suicida podemos afirmar que *“dentro de la conducta suicida no sólo hay que atender la consumación del suicidio, sino también esa gran cantidad de matices autoagresivos, que sin llegar a producir la muerte, muestran un enorme interés psicosociológico”* (Giner et al. 1972)⁴.

Así, pues, el comportamiento suicida es toda conducta humana impregnada de fantasías, deseos e ideas de muerte, que pueden o no cristalizar en un acto autodestructivo. Abarca un amplio espectro que va desde la simple fantasía suicida, hasta la decisión firme de morir, el intento frustrado de muerte o el mismo suicidio consumado. Podemos, pues, definir el suicidio *“como la manifestación de no querer vivir, que lleva consigo la disposición a la muerte”* (Rojo Sierra, 1971)⁵.

Concluimos con Vega Piñero et al. (2002) que el fenómeno suicida es *“toda aquella conducta, generalmente consciente, que va encaminada hacia la autodestrucción –por acción u omisión– del propio sujeto, aunque sea difícil comprobar la intencionalidad e independientemente de que la persona sepa o no el móvil de su conducta suicida”*⁶.

2. Modelo categorial y modelo dimensional

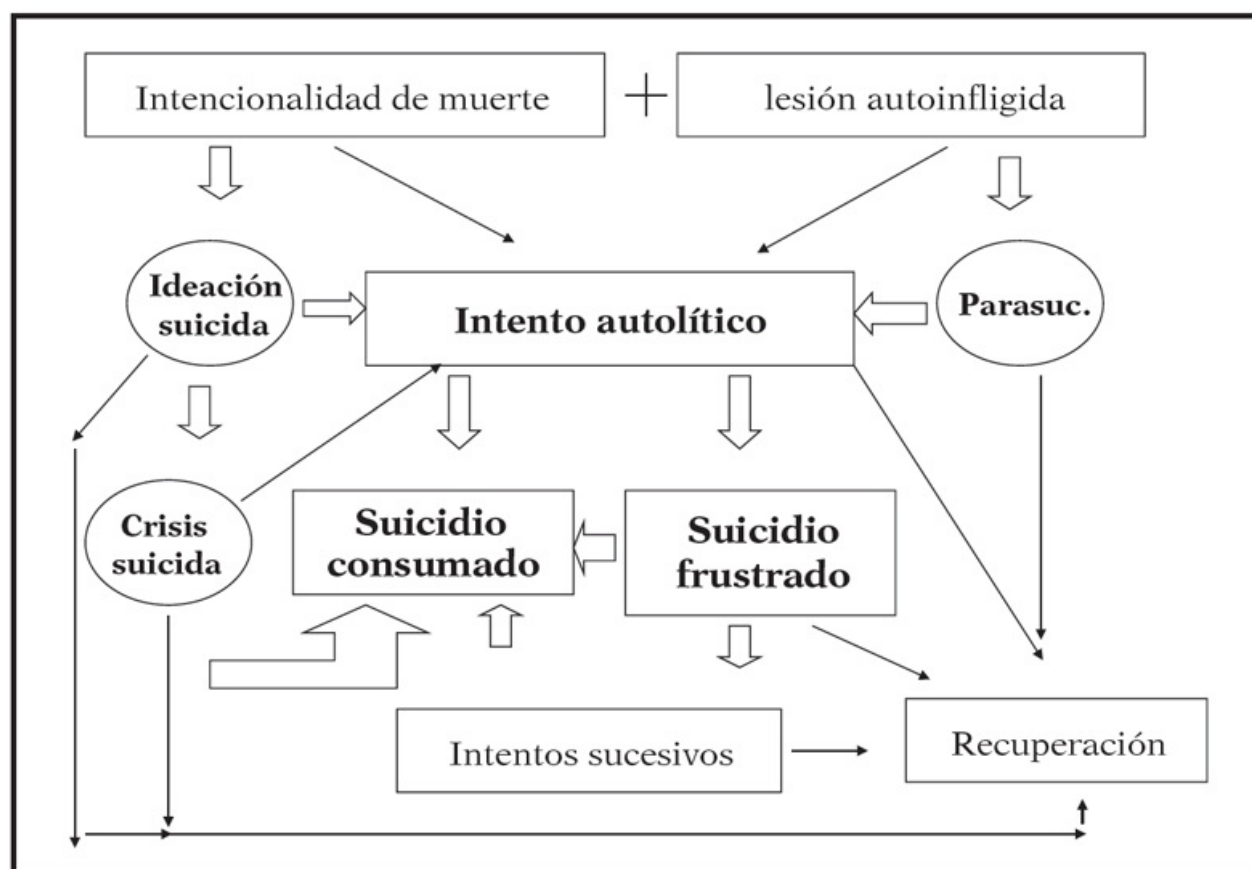
2.1. Modelo categorial

Las clasificaciones categoriales (DSM-IVR, 2000) y CIE-10, 1992) se caracterizan por plantear las

diferencias entre normalidad y anormalidad de forma cualitativa. Así aparecen los síntomas como formas de diferenciar lo sano de la patológico: delirios, fobias, obsesiones, etc. y su ausencia constituyen las “personas sanas”. Su preocupación fundamental son la descripción y observación de los síntomas y su abordaje casi exclusivamente es farmacológico.

Es un constructo aceptado por la comunidad científica para denominar una determinada patológica. Se podría considerar un corte transversal de la vivencia patológica. Es una aproximación al fenómeno psicopatológico desde los síntomas, en el momento de la exploración clínica y con un énfasis en los tratamientos farmacológicos. Respecto al suicidio, es una forma de denominar los diferentes comportamientos suicidas en el momento de la exploración psicopatológica. Así, distinguimos entre ideación suicida, gesto suicida, intento de suicidio, suicidio frustrado o suicidio consumado.

La OMS (1986)² define el suicidio como “un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados” y el parasuicidio, como “un acto sin resultado fatal mediante el cual, sin ayuda de otros, una persona se auto-lesiona o ingiere sustancias con la finalidad de conseguir cambios a través de las consecuencias actuales o esperadas sobre su estado físico” Además, señala que dos son los elementos que integran a toda conducta suicida: el criterio autoinfligido y el criterio de propósito o de muerte. Es decir, toda conducta suicida se compone de una acción violenta contra sí mismo (fármacos, cortes, precipitación al vacío, etc.) y además realizada con una finalidad de muerte. La combinación de estos dos aspectos, su ausencia o presencia, pueden determinar las diferentes formas de presentarse la conducta suicida. Describiremos las más significativas:

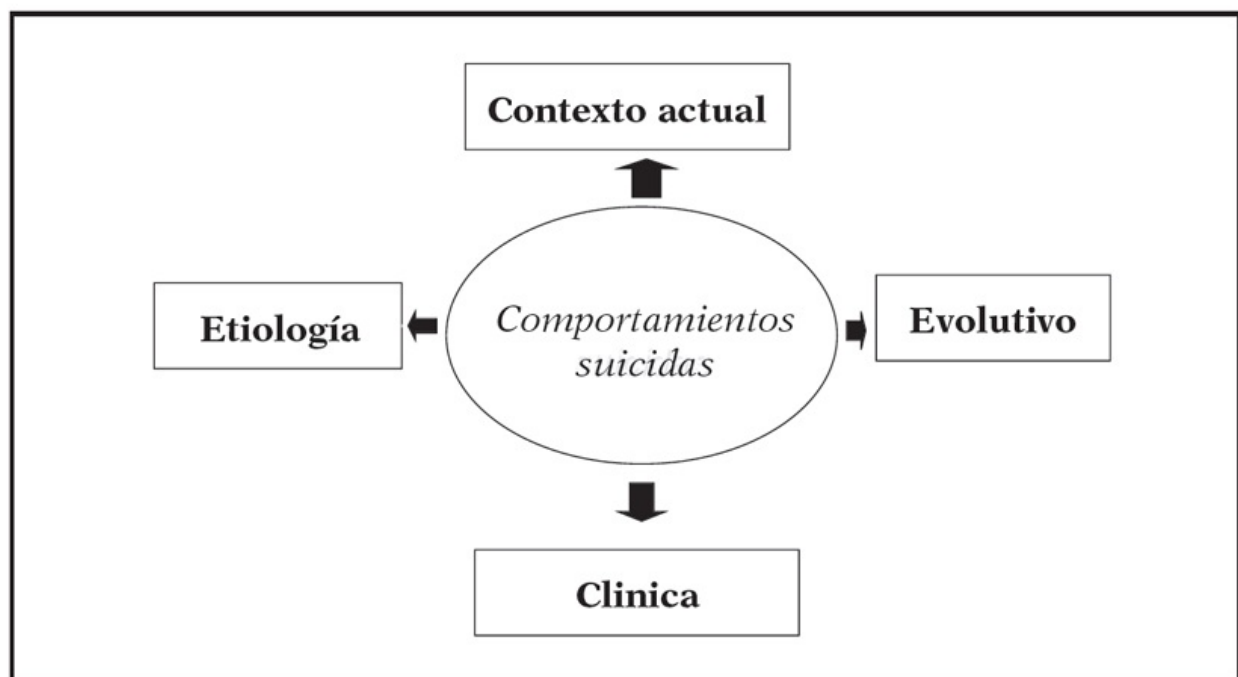


- **Ideas suicidas:** la idea de autodestrucción impregna toda la entrevista. Se contempla el suicidio como “solución real” a su problemática. Evidentemente no existe ningún daño físico contra sí mismo. Son pensamientos recurrentes sobre la intencionalidad de producirse la muerte. Pueden estar acompañados con fantasías del propio suicidio (ahorcamiento, ingesta de fármacos, etc.). Es un método indeterminado que contempla la muerte como posible pero todavía alejada del hecho en sí.

No existe pues planificación del acto suicida (el cuándo, el cómo y el dónde), ni tampoco el método a emplear.

- **Gesto suicida o parasuicidio:** es el conjunto de conductas donde el sujeto de forma voluntaria e intencional se produce daño físico, cuya consecuencia es el dolor, desfiguración o lesión de alguna función y/o parte de su cuerpo, sin la intención aparente de matarse. Incluimos en esta definición las autolaceraciones (como cortes en las muñecas), los autoenvenenamientos (o sobredosis medicamentosas) y las autoquemaduras. La finalidad, pues, no es la muerte, sino conseguir algo a cambio: más cariño, un empleo o que no se rompa la pareja etc. Entre los factores de riesgo de este tipo de conductas podemos señalar las siguientes: frecuencia de problemas familiares, personales o laborales de varios meses de presentación y que el sujeto no sabe manejar de forma sana, ausencia de vínculos adecuados y conflictos infantiles (malos tratos, suicidios de familiares, etc.) que no se han podido elaborar. El intervalo de edad es entre 20-30 años y con mayor incidencia en las mujeres (2 a 1).
- **Crisis suicida:** implica un paso adelante en la consumación del hecho suicida. La idea suicida ya ha tomado cuerpo, y se contempla la muerte como una “salida posible” a la situación conflictiva. Es un estado psíquico en el que predominan y se activan los impulsos de muerte. En la crisis suicida la persona comienza a dar respuestas a estas tres preguntas: ¿cómo me voy a suicidar?, ¿dónde me voy a suicida?, ¿cuándo me voy a suicidar? Cuanto más concretas sean las respuestas a esas preguntas existirá mayor riesgo suicida. El plan suicida es factible.
- **Tentativa de suicidio o intento autolítico:** es toda conducta que busca la propia muerte, pero no se emplean los medios adecuados. Es un comportamiento que puede fallar por múltiples causas: por no tener una firme decisión de hacerlo, por los instrumentos blandos empleados, por el desconocimiento de la ineficacia de los medios, etc. Existe, pues, el “propósito de muerte” pero el “criterio autoinflingido” no es el correcto.
- **Suicidio frustrado:** es un tipo de tentativa de suicidio en el cual dada la seriedad de la intención y la eficacia de los medios empleados no se ha logrado la muerte por fallar en su ejecución o por un imprevisto.
- **Suicidio consumado:** la autodestrucción ha llegado hasta la muerte del sujeto.

2.2. Modelo dimensional



Las clasificaciones dimensionales diferencian lo sano y lo patológico de forma cuantitativa, es decir, dependiendo del grado de salud mental que tenga el individuo. Así, desde la perspectiva psicodinámica la persona estará sana o enferma psíquicamente dependiendo del “cuanto” de energía libidinal que ha desarrollado. Es un corte longitudinal, pues se tienen en cuenta, no solamente los síntomas clínicos sino también, su etiología, el desarrollo biográfico y el contexto actual de la persona. Son clasificaciones más complejas y además su abordaje es global y por lo tanto utilizan tratamientos farmacológicos pero también psicoterapéuticos.

Respecto a los comportamientos suicidas, desde esta perspectiva, deberíamos tener en cuenta cuatro aspectos:

- Etiología de las conductas suicidas
- Clínica
- Aspectos biográficos
- Contexto actual

a) Dimensión etiológica

Podemos distinguir dos grandes comportamientos suicidas dependiendo si el énfasis lo ponemos en su origen biológico o psicológico. En el primer caso dará lugar a lo que hemos llamado *Conducta suicida y psiquiatría* y hace referencia a todas las conductas suicidas que están relacionadas con alguna patología psiquiátrica: trastornos afectivos, esquizofrenia, adicciones o trastorno límite de personalidad, entre las más frecuentes. Y el segundo grupo está constituido por la *Conducta suicida y salud mental*, es decir, todos los suicidios que se producen sin ninguna patología psiquiátrica diagnosticada antes o después de la muerte, sino que su origen se sitúa en una crisis emocional, soledad, pérdidas o crisis de valores, entre otras.

b) Dimensión clínica

El terapeuta deberá explorar diferentes aspectos de la vivencia suicida: la ambivalencia del consultor ante la muerte, si existe ideación suicida o crisis suicida o si ha configurado un plan suicida con posibilidad de llevarlo a la práctica. También habría que tener en cuenta la impulsividad del consultante y si se encuentra en un estado de “lógica suicida”.

c) Dimensión evolutiva

En este aspecto habría que tener en cuenta dos dimensiones: la dimensión de la vivencia suicida (es decir, el momento de aparición, su desarrollo y si ha habido otras conductas suicidas con anterioridad y cómo se solucionaron) y también el desarrollo biográfico del consultante, haciendo hincapié en su estructura familiar y social y su respuesta a situaciones traumáticas anteriores.

d) Dimensión contexto actual

Incluye la estructura familiar y social en el momento que se está produciendo la consulta, poniendo el énfasis en el vínculo que el consultante tiene con su medio y el apoyo, que en situaciones difíciles, puede recibir. Interés especial tienen los factores protectores como forma de compensar la inclinación suicida.

3. Modelos etiológicos

3.1. Aproximaciones a la conducta suicida

Un paisaje se puede describir de muy diversas maneras dependiendo de la orientación, proximidad o

lejanía que nos situemos. También, todo hecho humano puede tener diferentes interpretaciones y lecturas. Por esto, la verdad es única pero con diferentes caras o explicaciones.

Con la vivencia suicida pasa algo parecido. Se han producido distintas aproximaciones, desde perspectivas muy diversas: psicodinámicas, sociológicas, psicológicas o desde la propia teología, todas ellas con una “parte” de verdad.

Vamos a describir, en los siguientes apartados, algunas de las teorías que aportan luz para entender el contradictorio comportamiento humano de la autodestructividad. Evidentemente no están todas, pero sí aquellas que nos pueden iluminar el difícil camino de la comprensibilidad de la conducta suicida.

3.2. Teoría biológica

Las teorías biológico-genéticas se plantean si lo que se transmite es una herencia específica del suicidio o es la enfermedad mental (la depresión que puede llevar al suicidio). Los estudios sobre gemelos monocigóticos y heterocigóticos y los hijos en adopción no son concluyentes, y por lo tanto, no se ha podido llegar a criterios definitivos. Lo que sí parece probable es que exista una predisposición genética, sobre todo con respecto a la disminución de 5 HIAA, que está en relación directa con el padecimiento de un cuadro depresivo y consiguientemente con la posibilidad del suicidio (Bobes García, 1994).

Así, nos dice Baca-García y Díaz Sastre (2000)⁸ “la heredabilidad de las conductas suicidas se demostró hace años a través de los estudios de agrupación familiar, gemelos, adopción, así como los más modernos estudios de asociación genética, sin embargo, al igual que ocurre con la hipertensión arterial, la predisposición a las cardiopatías, la diabetes, o el cáncer, la vulnerabilidad al suicidio no se transmite según un patrón de herencia mendeliana simple, lo que ha dificultado el avance en la investigación en este campo al estudiar los genes que determinan la neurotransmisión serotoninérgica”.

Cuatro estudios apoyan la hipótesis de la relación de la disminución de serotonina con las conductas suicidas (Bobes García et al., 1996):

- a) Estudios cerebrales postmortem en suicidios consumados.
- b) Niveles de serotonina y su metabolito (5-HT) en LCR.
- c) Estudios a niveles plaquetarios.
- d) Test de estimulación neuroendocrina de tipo serotoninérgico.

Otro punto de interés es el aspecto relacionado con la posible disfunción del eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal, ya que no en vano el cortisol fue quizás el primer indicador biológico implicado en la realización del acto suicida.

3.3. Teorías psicológicas

3.3.1. Teoría cognitivo-conductual

La estructura cognitiva de cada individuo se ha ido generando a lo largo de su biografía, partiendo de la concepción que tiene de sí mismo y de su entorno, dando lugar a una forma personal e intransferible de entender y valorar la existencia humana. En este proceso cobra gran importancia la forma de elaborar toda la información recibida desde los primeros años de vida. Los esquemas y presunciones básicas son pues los pilares sobre los que se construye la estructura cognitiva de cada persona.

Los esquemas, nos dicen Freeman y Reinecke (1995)⁹, “son estructuras cognitivas inconscientes que mantienen el sistema de valores de la persona y provocan los pensamientos automáticos del individuo (...) Desempeñan una función adaptativa ayudando a los individuos a evaluar con efectividad sus

circunstancias y a guiar sus esfuerzos de manejo. En resumen, son las reglas y presunciones no manifiestas con las que vivimos. Se establecen en la primera infancia y se definen y consolidan mediante la propia experiencia a lo largo de la vida. El contenido específico de los esquemas y presunciones de un individuo normalmente no se exponen a las disputas o críticas”.

La fuerza de los esquemas sobre la vida depende de muchos factores: la adherencia al esquema, la falta de confrontación con otros individuos o su internalización muy temprana, entre otros. Además, los esquemas propios crean como “un cinturón de seguridad” que dificulta grandemente su modificación.

Respecto al tema del suicidio *“los esquemas de estos individuos se centran frecuentemente en temas específicos de vulnerabilidad a la pérdida y al abandono y a su incapacidad o desmerecimiento de amor”* (Freeman y Reinecke, 1995)¹⁰. Estos esquemas pueden estar latentes durante mucho tiempo y activarse ante una pérdida.

Se ha comprobado que los individuos suicidas muestran deficiencias en su capacidad para generar y evaluar soluciones o perspectivas alternativas. Las distorsiones cognitivas se mantienen mediante los esquemas y presunciones básicas, **“rigidez cognitiva”**, que conduce al individuo a contemplar el suicidio como la única salida posible.

Entre los diversos factores de vulnerabilidad podemos señalar: la enfermedad aguda y también la crónica; el envejecimiento; el dolor crónico; la pérdida personal; la soledad; nuevas circunstancias; capacidad limitada para resolver problemas; falta de control de impulsos; enfermedad psíquica: depresión, esquizofrenia, alcoholismo y situaciones de crisis: separación, pérdida de empleo, ruina económica, etc.

Teoría de la indefensión aprendida de Seligman (1967)

Su fundamento se basa en la percepción continuada del sujeto de que no existe correlación entre los objetivos propuestos y los resultados de sus actos, lo que puede desencadenar en la persona un sentimiento de impotencia e incapacidad de control. Esta carencia de control provoca tres déficit en la personalidad: motivacional, cognitivo y emocional lo que puede llevar a la depresión y consiguientemente al suicidio.

Teoría de la desesperanza de Beck et. al. (1979)

La desesperanza es el puente entre la depresión y el suicidio. Beck (1979) considera que la persona deprimida llega al suicidio por la presencia de la triada cognitiva (visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro) que le lleva a no contemplar alguna salida a sus problemas. Si a esto sumamos los esquemas y errores cognitivos en que se mueve la persona deprimida estaríamos en la antesala del suicidio. En esta situación el suicidio se contempla como “la única salida lógica” ante los problemas.

3.3.2. Teoría psicodinámica

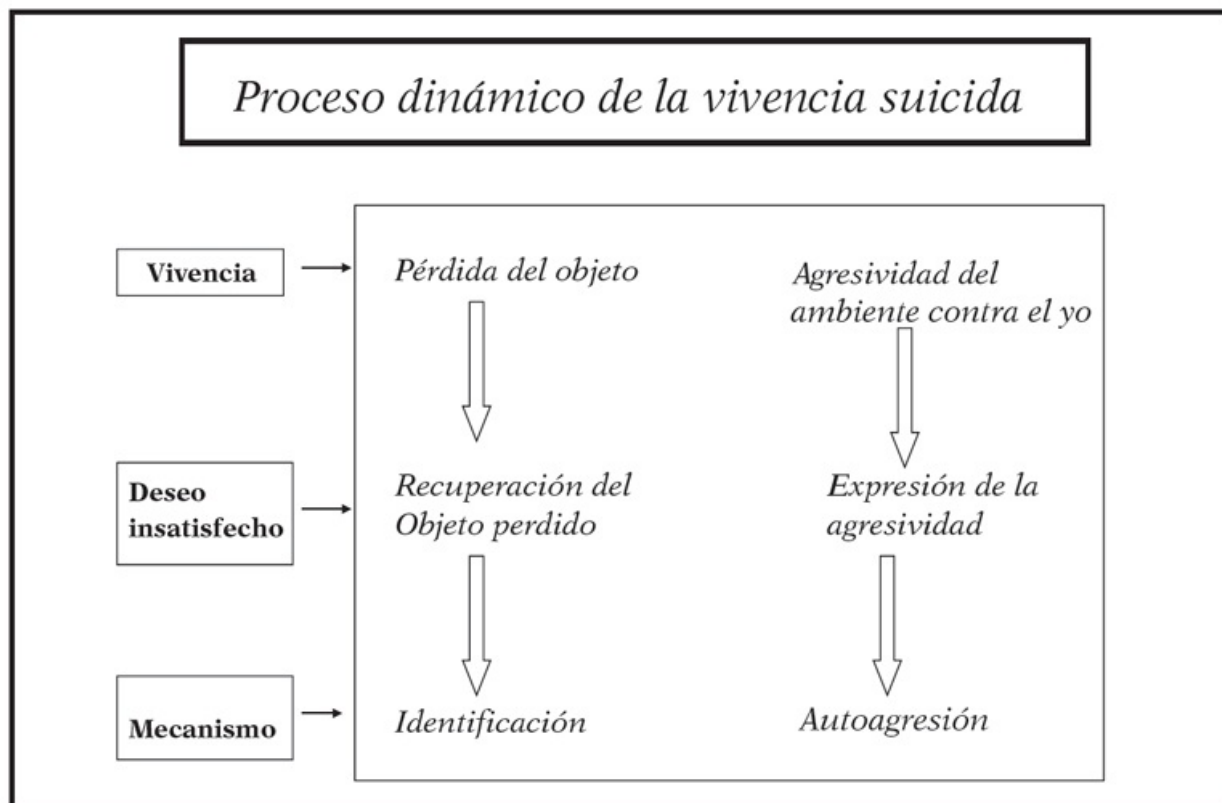
Desde la perspectiva psicodinámica, la base de la conducta suicidaria hay que fijarla en la patología del narcisismo. Es una forma de afirmación del yo, a través del holocausto de sí mismo. Esto explicaría, que en esa situación el morir es menos doloroso que seguir viviendo en constante frustración (Bentue, 1982).

Menninger (1972), desde una posición psicodinámica, señala una triple dimensión de todo fenómeno suicida: el deseo de morir, de matar y de ser matado.

Es decir, el suicida no sólo desea abandonar su propia existencia, sino que además con su gesto autodestructivo, intenta matar, asesinar a su propio yo (y más concretamente las partes negativas de sí mismo), y agredir a los que le rodean. El suicidio, pues, es una agresión hacia la vida, un ataque a los

que desean vivir. Esto implica la existencia de autoagresividad y de heteroagresividad que, como la doble cara de una moneda, siempre está presente en el fenómeno suicida. Pero además, el suicida se considera víctima de sus propias tendencias autodestructivas y del rechazo de todos los que le rodean. Sentirse agredido es una forma de expiar su culpa.

Psicodinámicamente se puede sintetizar el proceso de la conducta suicida afirmando que “*la pérdida de un objeto libidinal muy valioso es una de las motivaciones del suicida*” (Garma, 1973)¹¹, o bien, porque las pulsiones agresivas no se han podido actualizar. Es decir, en el substrato más profundo de la estructura autodestructiva, subyace un sentimiento de imposibilidad o incapacidad del sujeto para satisfacer su deseo: recuperar el objeto perdido (ante una muerte, una ruptura, etc.) o exteriorizar los sentimientos negativos de odio, rencor, agresividad, etc., y ambos sentimientos pueden conducir a una incapacidad para comprender las secuencias de sus sentimientos y emociones. La muerte, en esta situación, se contempla como una “mala salida “ (pero salida al fin) a estos deseos insatisfechos.



3.4. Teoría sociológica

El padre de esta concepción fue el sociólogo francés Emile Durkheim quien lo expuso en su libro “El suicidio”, publicado en 1897. Para este autor el suicidio es un hecho social, y por lo tanto no tiene importancia la explicación psicológica ni biológica.

Por esto, en las características de las instituciones, las costumbres, la ideología, la propia cultura y la estructura económica, es donde hay que encontrar las explicaciones a la conducta suicida de cada individuo.

La importancia del trabajo de Durkheim es que “*no son los individuos los que se suicidan sino la sociedad a través de ciertos miembros suyos, por lo que reduce el suicidio a un hecho social estadísticamente variable*” (Jiménez Treviño, L. et. al., 2006)¹².

Como dice Gracia (1994) Durkheim consideraba que el suicidio era el resultado de las influencias y el control de la sociedad y propuso dos variables fundamentales a tener en cuenta: grado de interacción social y grado de reglamentación social

Según Durkheim cuatro son los tipos de suicidios, desde la perspectiva sociológica:

- a) **El suicida egoísta:** tiene lugar cuando los vínculos sociales son demasiado débiles para comprometer al suicida con su propia vida. En ausencia de la presión y la coerción de la sociedad, el suicida queda libre para llevar a cabo su voluntad de suicidarse. Esta forma de suicidio tiende a darse más en las sociedades modernas, en las que la dependencia de la familia o del clan es menor que en las tradicionales. Según este autor los “suicidas egoístas” son todos aquellos que no están integrados en ningún grupo social. Esto explicaría por qué los solteros son más vulnerables que los casados al suicidio y por qué en las comunidades rurales (más conexas por las costumbres) existen menos suicidios.
- b) **El suicidio anómico:** se refiere a todos aquellos cuya integración en la sociedad está alterada, sea cual fuere la causa. Así, por ejemplo la inestabilidad social o la pérdida de valores son dos caldos de cultivos para que se incrementen los suicidios. Este tipo de suicidio, según Durkheim, es el que se da en sociedades cuyas instituciones y lazos de convivencia se hallan en situación de desintegración o de anomia.
- c) **El suicidio altruista** es en el que existe una renuncia en favor de los otros. Durkheim pone el ejemplo de los pueblos celtas, entre quienes llegó a ser honroso el suicidio de los ancianos cuando eran incapaces de obtener recursos por ellos mismos.
- d) **El suicidio fatalista**, que se produce allí donde las reglas a las que están sometidos los individuos son demasiado férreas para que éstos conciban la posibilidad de abandonar la situación en la que se hallan. La disciplina militar o las sociedades esclavistas serían ejemplos de situaciones en las que se da este suicidio.

4. Modelos multidimensionales

Desde la complejidad de la conducta suicida y la necesidad de buscar explicaciones satisfactorias, cada día cobran mayor importancia los modelos multidimensionales. Los más significativos son los siguientes, descritos por Villardón, (1993):

4.1. Modelo arquitectónico de Mack

Consta de los siguientes elementos:

- a) Macrocosmos: es decir, la influencia que ejercen el sistema educativo, la cultura, los factores sociopolíticos, etc.
- b) Vulnerabilidad genética: factores genéticos.
- c) Experiencias tempranas: influencia de las expresiones infantiles.
- d) Organización de la personalidad: desarrollo del yo, autoestima, etc.
- e) Relaciones familiares.
- f) Psicopatología.
- g) Ontogenia: relación existente entre el desarrollo y la muerte o el tipo de relación particular con la muerte.
- h) Circunstancias vitales: factores precipitantes y sociofamiliares.

4.2. El modelo basado en el estado de la mente (Bonner y Rich, 1987)

Se sitúa en un paradigma biopsicosocial amplio. Considera el suicidio como un proceso dinámico y circular, del que los individuos pueden entrar y salir. Contempla dos grupos de variables:

- a) *Contexto social general:* cambios sociales, valores, etc. Dos variables: contexto social inmediato

(acontecimientos vitales estresantes, vínculos familiares, etc.) y entramado individual del sujeto (aspectos bioquímico, enfermedades psiquiátricas, factores cognitivos, evolutivos, tolerancia al estrés, etc.).

b) *El estado mental suicida*: conjunto de características psicológicas que rodean y acompañan a la conducta suicida (depresión, desesperanza, baja autoestima, soledad, falta de razones para vivir y valoración positiva del suicidio como medio para solucionar los problemas).

4.3. *El modelo de sobreposición (Blumenthal y Kupfer, 1986)*

Contempla los factores de riesgo que son agrupados en cinco áreas:

- 1) Trastornos psiquiátricos
- 2) Rasgos y trastornos de la personalidad
- 3) Factores psicosociales y ambientales
- 4) Variables genéticas
- 5) Factores biológicos

4.4. *El modelo cúbico de Shneidman (1992)*

Se representa gráficamente en un cubo de 125 cubiletes, 25 de ellos en cada plano, 5 en cada fila y columna. Cada uno de las caras visibles del cubo corresponde a un componente del modelo:

Dolor: necesidades psicológicas frustradas.

Perturbación: constricción de la percepción e impulsividad

Presión: conjunto de aspectos interiores y ambientales que afectan al individuo.

Shneidman (1982) señala diez características comunes a todo acto suicida:

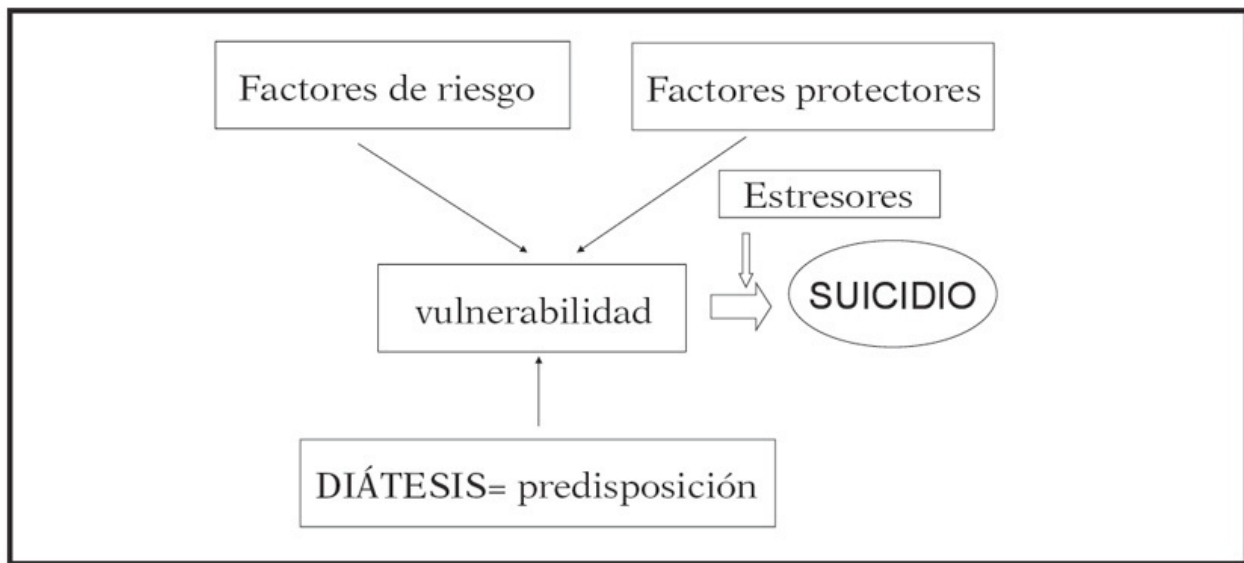
1. El propósito común del suicida es buscar una solución
2. El objetivo común es el cese de la conciencia
3. El estímulo común es el dolor psicológico intolerable
4. El estresor común son las necesidades psicológicas frustradas
5. La emoción común es la desesperanza
6. El estado cognitivo común es la ambivalencia
7. El estado perceptual común es la constricción
8. La acción común es el escape
9. El acto interpersonal común es la comunicación de la intención
10. Es congruente con los patrones de afrontamiento del sujeto a lo largo de su vida.

5. Modelos integrados

El acto suicida no solamente consiste en la acción de matarse sino que se debe considerar como un proceso que comienza con la infancia y culmina con la propia muerte. Así, pues, debemos enfatizar la importancia de las experiencias infantiles (traumáticas o no) y cómo el sujeto las incorpora a su vida. La conducta suicida, pues, es un largo camino desde el nacimiento hasta el suicidio.

5.1. *Modelo diátesis-estrés*

La diátesis entendida como **vulnerabilidad** genética a la que se suman las experiencias traumáticas vitales tempranas. Si se da esa situación y aparecen los estresores se puede producir el suicidio (Mann, 1998).



La vulnerabilidad

El concepto de vulnerabilidad, tal como lo describe el Diccionario de la Real Academia Española (2005), se refiere a la cualidad de vulnerable, es decir, la posibilidad de ser herido o recibir alguna lesión física o moral. La vulnerabilidad es una cualidad inherente al ser humano. No existe la persona invulnerable, pues todos somos finitos e imperfectos, pero lo que sí es cierto es que existe gradientes de vulnerabilidad. Es decir, existen sujetos más vulnerables que otros, y también la esencia de la vulnerabilidad es diferente: así, por ejemplo, uno puede ser más vulnerable a la depresión y otro a la esquizofrenia y un tercero puede ser más vulnerable a las enfermedades psicosomáticas.

El concepto de vulnerabilidad se utiliza en sociología, en medicina, en el ejército y en psicología. En esta última acepción es donde nosotros nos situamos. De alguna manera la vulnerabilidad (genética, psicológica o social) es la base de la enfermedad mental: en las psicosis la vulnerabilidad tiene un soporte más genético y en los cuadros neuróticos más psicosocial.

Como bien dice Boné (2010)¹³ *“conviene destacar también que en su uso correcto con la vulnerabilidad se expresa una posibilidad y no un hecho consumado. No es equivalente, desde luego a herido o “vulnerable”, pero tampoco a algunos términos propuestos en los mismos diccionarios como sinónimos. Endeble, indefenso, inerme, desvalido, delicado, débil... no son equivalentes a vulnerable porque no respetan la connotación de posibilidad y casi todos marcan lo que podríamos llamar el polo “negativo” del concepto”*.

Nosotros también nos situamos en esta perspectiva abierta y con posibilidad, que implica toda vulnerabilidad. El ser humano es vulnerable pero no está abocado a la destrucción sino que siempre tiene la opción de crecer.

Estresores

El estresor, junto a la vulnerabilidad (biopsicosocial) de la persona puede abocar al suicidio. Por esto debemos analizar no solamente *los factores de riesgo*, sino también *los factores protectores*, cuya interacción dará lugar al gradiente de vulnerabilidad de cada persona en particular. El desajuste de estas dos dimensiones (la vulnerabilidad y el estresor) de la persona originará que ésta realice un buen desarrollo psicológico o que esté abocada a la autodestrucción o al estrés.

5.2. Modelo clínico-bioquímico

Modelo clínico-bioquímico (Fawcett et al. (1997) Citado por Jiménez Treviño et al. 2006)¹⁴

“Estos autores, basándose en un estudio prospectivo, se plantean que la conducta suicida está determinada por dos tipos de factores de riesgo en virtud de la duración de su acción, uno de carácter agudo a corto plazo (horas, días, semanas, meses hasta un año) y otros de carácter crónico a largo plazo (más de un año de exposición). Así, los factores de riesgo de suicidio clásicos como la ideación suicida, los intentos previos, el grado de desesperanza o el abuso de sustancias, se relacionan significativamente con el suicidio a largo plazo (entre 2 y 5 años de seguimiento), mientras que no existe esta relación cuando se consideran estos factores en el primer año de seguimiento. Por otro lado, factores como el grado de ansiedad, anhedonia, insomnio, falta de concentración, la presencia de crisis de pánico o el abuso moderado de alcohol si se relaciona con el suicidio a corto plazo. Esto origina dos vías psicopatológicas bioquímicamente caracterizadas”:

1ª. Vía aguda: actuación del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal

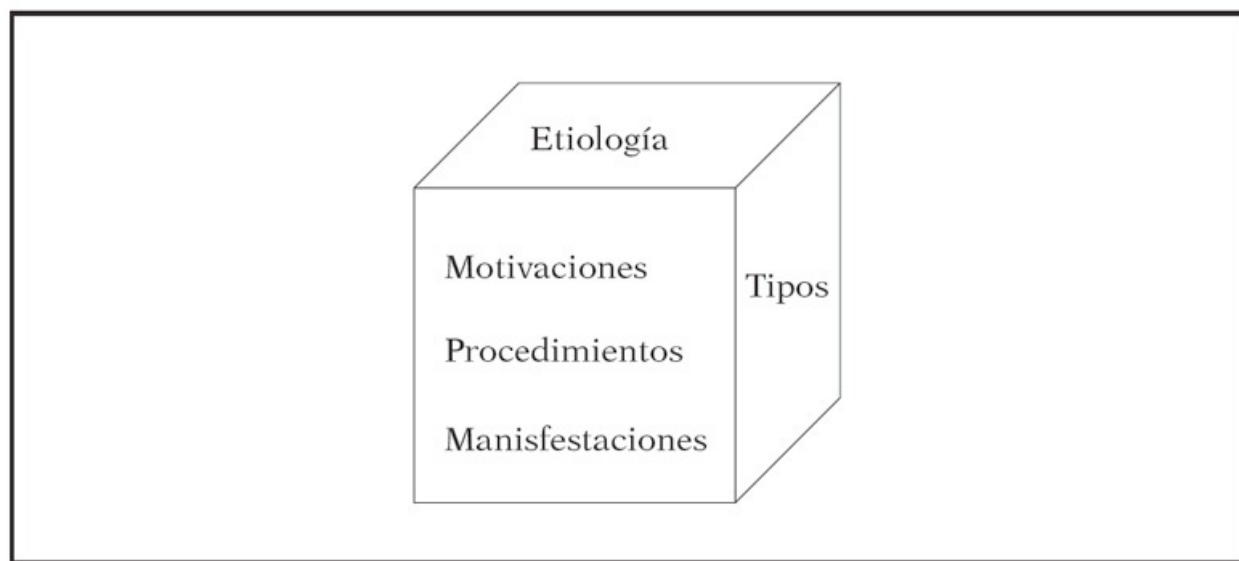
2ª. Vía crónica: disfunción del sistema serotoninérgico

3ª. Vía: anhedonia

4ª. Vía: desesperanza”

II. FENOMENOLOGÍA Y PSICOGÉNESIS DE LA VIVENCIA SUICIDA

1. El suicidio: una realidad poliédrica



La conducta suicida tiene diferentes caras o dimensiones. La podemos contemplar desde su etiología y entonces tendremos que explicar si está provocada por una causa biológica (alteración de los neurotransmisores en los cuadros depresivos y esquizofrénicos), psicológica (dificultades de cada sujeto para afrontar las pequeñas y grandes dificultades de la vida), social (por una clara deficiencia en sus vínculos familiares) o incluso una causa religiosa o pseudoreligiosa (un ejemplo son los atentados terroristas con los “hombres-bomba”). Es evidente que toda conducta suicida está impregnada de estos diferentes aspectos, pero también es verdad que en cada caso podremos identificar cuál de esas dimensiones es la que predomina.

También la conducta suicida es polivalente en sus motivaciones. Así podemos analizar si es una forma de autoagresión, heteroagresión, como forma de reunirse mágicamente con el fallecido, una huida de una situación muy conflictiva, de petición de ayuda o simplemente una forma de chantaje para conseguir un objetivo (que la pareja no me abandone o para que no me despidan del trabajo, por poner solamente dos ejemplos).

La conducta suicida, podemos afirmar, que es polifacética en sus manifestaciones: el deseo de suicidarse se puede transmitir por escrito o verbalmente, de forma directa o indirecta a través de acciones (realizar testamento, regalar las pertenencias, abandono de un tratamiento vital, por ejemplo la insulina, etc.).

La conducta suicida, además, comprende un amplio abanico de comportamientos: va desde la ideación suicida, pasando por la crisis suicida, el gesto suicida, la tentativa de suicidio, el suicidio frustrado y el suicidio consumado.

Otra cara de este poliedro es el procedimiento con el que se lleva a cabo la acción de matarse: desde la toma de fármacos de los pacientes depresivos, la defenestración de los psicóticos, pasando por un sinnúmero de procedimientos para provocarse la muerte, como ingerir lejía, seccionarse las venas, y un largo etcétera.

2. La muerte como “imagen en espejo” del nacimiento

El ser humano está inmerso en múltiples situaciones que provocan angustia y miedo. Se puede sentir

ansiedad y temor a los espacios cerrados, a las alturas, a lo inesperado, etc. pero todas estas ansiedades tienen un núcleo común: el miedo a la destrucción, a la nada.

Dos son los hechos que, de forma radical, producen la aniquilación como persona: la locura y la muerte. En ambas situaciones lo que se consigue es el paso del «ser» al «no-ser», del «yo» al «yo-alienado». Pero, indudablemente, en la muerte el recorrido es sin retorno, donde no hay posibilidad de rectificar, ni de curación.

La vida ante todo es interés, “querer-llegar-a-ser” (Rojas, 1984). Todo lo que tiene vida, tiene un proyecto, al menos de existir. La angustia surge porque en lo más profundo de nuestro ser sentimos que no podemos «llegar-a-ser» (no podemos cumplir nuestros deseos y fantasías), o bien, porque sentimos la amenaza de la muerte o de la locura, como formas de autodestrucción, que nos llevaría a la nada.

Ambas realidades, vida y muerte, son como las dos caras de una misma moneda, que es la propia existencia. Muerte y vida son dos realidades que están entrelazadas. Una no puede existir sin la otra. Donde hay vida, puede haber muerte; y la muerte siempre presupone la existencia de vida. La muerte no es el último instante de la vida (estamos muriendo en cada momento); la muerte es un hecho de vida (Yalom, 1984).

Por esto, podemos considerar a la “muerte como ingrediente necesario del vivir de cada día” (Fernández Martos, 1984). La muerte, pues, no es el punto final, ni la meta a alcanzar; la muerte forma parte de la propia vida y cada día vivimos y morimos un poco. No son dos realidades excluyentes, sino que cada una de ellas da sentido a la otra.

Es más, el momento mismo de concretizarse la muerte es simétrico al instante del nacimiento. Podíamos afirmar que el acto de morir es como la imagen en espejo del acto de nacer. En ambas vivencias existen tres fantasías arquetípicas: liberación, cambio y regresión (Abadi et al. 1973).

El nacimiento es una salida-liberación de la cárcel o vientre de la madre, como la muerte es una salida del mundo terrenal; en el nacimiento se produce un cambio y una modificación: del placentero hábitat del seno materno a la hostilidad del medio ambiente; también el hecho de morir se puede vivenciar como un tránsito a mejor vida y como garantía de inmortalidad; y por último, el nacimiento es una regresión a la madre tierra, como el morir es una vuelta a un lugar paradisíaco donde no habrá sufrimiento, ni dolor.

3. ¿Cómo contempla el suicida la muerte?

Nadie quiere morir. La muerte es absurda para todo ser viviente. Desde nuestro “deseo de omnipotencia”, de trascendencia, el hombre siente el deseo de permanencia, de no morir. Mas para el suicida, la muerte cobra sentido, tiene un significado de: liberación, cambio o regresión.

El suicidio se puede programar y realizar como forma liberadora de los conflictos que invaden a ese ser humano en ese momento: “no puedo más”, “estoy harto de sufrir”, etc. son algunas de las formulaciones de la persona con ideas autolíticas. Es como una puerta de salida dado que la situación personal, familiar o social es insostenible. No importa tanto lo que se va a encontrar después de la muerte, como lo que se va a dejar: dolor, pena, sufrimiento. Lo importante es salir, romper “el callejón sin salida” en el que el pre-suicida se encuentra inmerso. Se busca sobre todo superar la angustia presente, sin fijarse en lo que puede encontrar detrás del acto voluntario de morir.

También la conducta suicida puede tener un objetivo último: producir un cambio, tanto en sí mismo como en el entorno. El punto de mira no es la situación angustiada en que se encuentra sino en lo que se desea adquirir: tranquilidad, paz, felicidad. Es como una puerta giratoria que nos introduce a una

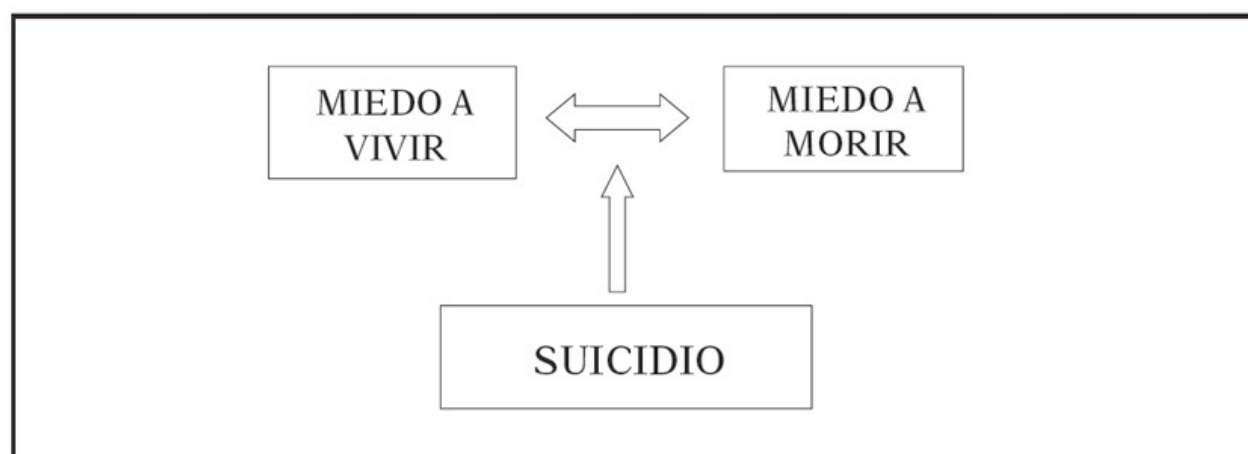
situación vivencial más armónica y placentera. Por esto, aunque parezca incongruente, podemos afirmar que “el objetivo de matarse es vivir” (Abadi et al. 1973). Desde esta posición, el suicidio no sería refugiarse en la nada, sino un intento de buscar mayores posibilidades de vida.

El suicidio es como puerta de entrada a una situación de tranquilidad y sosiego, donde no exista ni la angustia ni el sufrimiento. No se pone el acento ni en la vivencia insoportable actual, ni en el deseo de cambio, sino en la búsqueda de un paraíso o felicidad plena. Sería como un intento de volver a esa vivencia gratificante y segura del útero materno.

De esta triple vivencia de liberación, cambio o regresión es de la que está investida la conducta suicida. Pueden ser vivencias sucesivas, pero siempre encontraremos la existencia del predominio de una de ellas. Lo importante es saber descifrar con que ropaje se presenta la conducta suicida para intentar un abordaje terapéutico correcto.

4. Dialéctica suicida

La muerte y la vida son los personajes principales del drama del suicidio (Alonso Fernández, 1985). Entre esos dos polos (muerte y vida) se desarrolla la conducta suicida; el miedo a vivir y el miedo a morir serían los dos extremos de la dialéctica suicida.



El objetivo, pues, es matarse, pero también vivir de otra manera. De aquí que Scheneider (1954) afirmara que “el comportamiento suicida es en primer lugar un acto de vida y no de muerte”. El suicida desea liberarse, cambiar o regresar, pero en el fondo subyace un deseo de vivir.

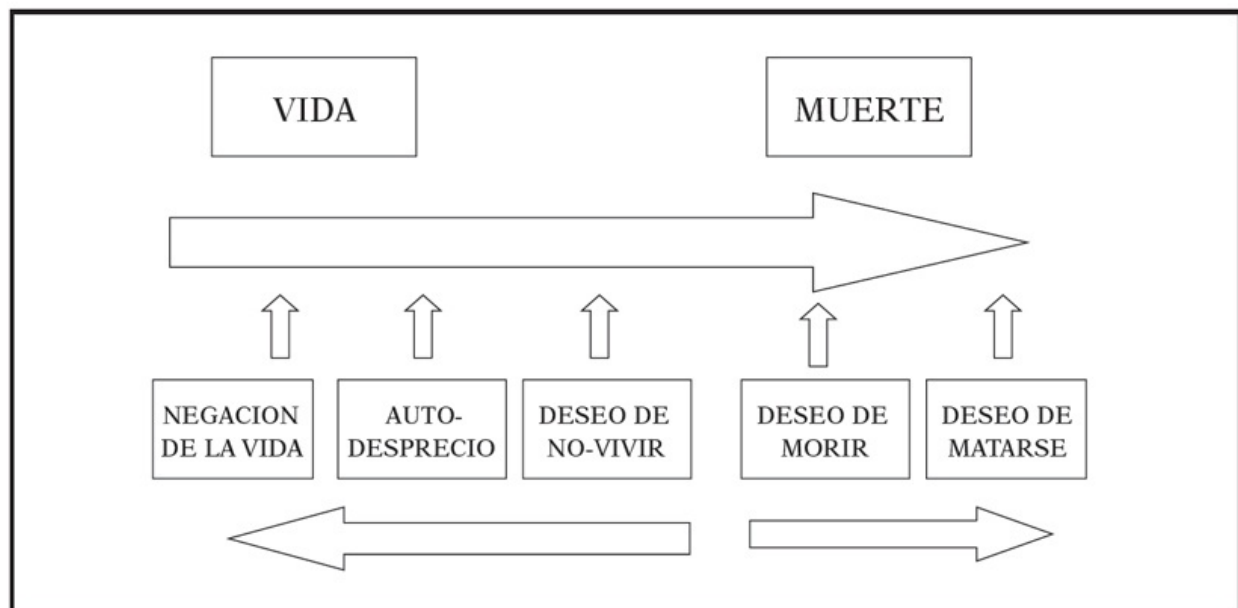
El suicida, huye de la vida para negar la muerte (Abadi et al. 1973)¹⁵: “*vale decir que huye de la vida... para de este modo, paradójicamente, negar la presencia de la muerte, eliminándola mágica y omnipotentemente, al apelar a la cirugía radical del suicidio*”.

El suicidio es la esperanza (Janov, 1975). Es la manera de matar la desesperanza, la depresión y la culpa. Es también una forma de desaparecer, pero permaneciendo en la conciencia culposa de los familiares y amigos (Guilló Fernández, 1985).

El suicidio es una de las manera del «afrentamiento de nuestra nada» (Bentue, 1982). El suicida, en la encrucijada del «miedo a vivir» y «miedo a morir» busca una salida a su propia angustia ante la nada. Elige, por un acto voluntario, el momento y las circunstancias de convertirse en nada, de autodestruirse. Es como si con esta fantasía omnipotente de elegir la fecha de la propia muerte estuviera venciendo a la vivencia angustiosa de todo hombre: su propia finitud y contingencia.

5. Verbalización de la conducta suicida

El suicidio se puede explicitar con una orientación hacia el rechazo de la vida, o por una aproximación hacia la muerte.



En el extremo, de los que miran a la vida se sitúa el amplio espectro de personas que expresan un primer malestar general (negación de la vida) y descalificación de sí mismo (autodesprecio) que conduce al deseo de no-vivir. A partir de ese momento se produce un giro hacia la muerte: deseo de morir → deseo de matarse → suicidio. A medida que nos aproximamos al extremo de la muerte, la vivencia suicida es más firme y el riesgo de autodestrucción más alto.

6. Mitos sobre el suicidio

Hay numerosos mitos con respecto a los comportamientos suicidas. A continuación presentamos algunos de los más comunes (OMS, 2006)¹⁶:

Mito 1: *El que se quiere matar no lo dice. Criterio equivocado pues conduce a no prestar atención a las personas que manifiestan sus ideas suicidas o amenazan con suicidarse. Criterio científico:* De cada diez personas que se suicidan, nueve de ellas dijeron claramente sus propósitos y la otra dejó entrever sus intenciones de acabar con su vida.

Mito 2: *El que lo dice no lo hace. Criterio equivocado ya que conduce a minimizar las amenazas suicidas las que pueden ser consideradas erróneamente como chantajes, manipulaciones, alardes, etc. Criterio científico:* Todo el que se suicida expresó con palabras, amenazas, gestos o cambios de conducta lo que ocurriría.

Mito 3: *Los que intentan el suicidio no desean morir, sólo hacen el alarde. Criterio equivocado porque condiciona una actitud de rechazo a quienes intentan contra su vida, lo que entorpece la ayuda que estos individuos necesitan. Criterio científico:* Aunque no todos los que intentan el suicidio desean morir, es un error tildarlos de alardosos, pues son personas a las cuales les han fracasado sus mecanismos útiles de adaptación y no encuentran alternativas, excepto el intentar contra su vida.

Mito 4: *Las personas que hablan acerca del suicidio no se hacen daño pues sólo quieren llamar la atención. Criterio científico:* Los terapeutas deben tomar todas las precauciones posibles al confrontar a una persona que habla acerca de ideas, planes o intenciones suicidas. Todas las amenazas de daño a sí mismo se deben tomar en serio.

Mito 5: *El suicidio es siempre impulsivo y ocurre sin advertencia. Criterio científico:* El suicidio

puede parecer impulsivo, pero puede haber sido considerado durante algún tiempo. Muchos suicidas dan algún tipo de indicación verbal o conductual acerca de sus intenciones de hacerse daño.

Mito 6: Los suicidas de verdad quieren morir o están resueltos a matarse. **Criterio científico:** la mayoría de las personas con ideas suicidas comunican sus pensamientos a por lo menos una persona, o llaman a una línea telefónica de crisis o al médico, lo cual es prueba de ambivalencia, no de intención irrevocable de matarse.

Mito 7: Cuando un individuo da señales de mejoría o sobrevive a un intento de suicidio, está fuera de peligro. **Criterio científico:** En realidad, uno de los momentos más peligrosos es inmediatamente después de la crisis o cuando la persona está en el hospital después de un intento de suicidio. La semana después del alta es cuando la persona está particularmente frágil y en peligro de hacerse daño. Puesto que el comportamiento pasado es pronóstico de comportamiento futuro, el suicida sigue estando en situación de riesgo.

Mito 8: El suicidio es siempre hereditario. **Criterio científico:** No todo suicidio se puede relacionar con la herencia, y los estudios concluyentes son limitados. Sin embargo, el historial familiar de suicidio es un factor de riesgo importante de comportamiento suicida, particularmente en familias en que la depresión es común.

Mito 9: Las personas que se suicidan o lo intentan siempre tienen un trastorno mental. **Criterio científico:** Los comportamientos suicidas se han asociado con depresión, abuso de sustancias, esquizofrenia y otros trastornos mentales, además de comportamientos destructivos y agresivos. Sin embargo, esta asociación no se debe sobrestimar. La proporción relativa de estos trastornos varía en distintos sitios y hay casos en que no había ningún trastorno mental evidente.

Mito 10: Si se reta a un suicida no lo realiza. Criterio equivocado que pretende probar fuerzas con el sujeto en crisis suicida, desconociendo el peligro que significa su vulnerabilidad. **Criterio científico:** Retar al suicida es un acto irresponsable pues se está frente a una persona vulnerable en situación de crisis cuyos mecanismos de adaptación han fracasado, predominando precisamente los deseos de autodestruirse.

Mito 11: Al hablar sobre el suicidio con una persona en este riesgo se le puede incitar a que lo realice. Criterio equivocado que infunde temor para abordar la temática del suicidio en quienes están en riesgo de cometerlo. **Criterio científico:** Está demostrado que hablar sobre el suicidio con una persona en tal riesgo en vez de incitar, provocar o introducir en su cabeza esa idea, reduce el peligro de cometerlo y puede ser la única posibilidad que ofrezca el sujeto para el análisis de sus propósitos autodestructivos.

Mito 12: Los que intentan el suicidio y los que se suicidan son individuos peligrosos, pues igual que intentan contra si mismo pueden intentar contra los demás. Criterio equivocado que tiende a generar temor al enfrentamiento a este tipo de individuos. **Criterio científico:** El homicidio es un acto que generalmente no se acompaña de suicidio en quienes lo realizan, por tratarse en la generalidad de los casos de un acto heteroagresivo. El suicidio, por lo general es un acto autoagresivo, en el que los impulsos destructivos el sujeto los vierte contra si mismo, incluso el suicidio se consideró el homicidio de si mismo. Existen ocasiones en las que el suicida, antes de morir, mata a otros que no desean morir, como en el llamado suicidio ampliado en depresiones con síntomas psicóticos y en dramas pasionales en los que el homicida-suicida presenta un trastorno mental generalmente del espectro depresivo.

Mito 13: Cuando una depresión grave mejora ya no hay riesgo de suicidio. Criterio equivocado que ha costado no pocas vidas, pues desconoce que en los deprimidos suicidas el componente motor mejora

primero que el componente ideático. **Criterio científico:** Casi la mitad de los que atravesaron por una crisis suicida y consumaron el suicidio, lo llevaron a cabo durante los tres primeros meses tras la crisis emocional, cuando todos creían que el peligro había pasado. Ocurre que cuando la persona mejora, sus movimientos se hacen más ágiles, está en condiciones de llevar a vías de hecho las ideas suicidas que aún persisten, y antes, debido a la inactividad e incapacidad de movimientos ágiles, no podía hacerlo.

Mito 14: El acercarse a una persona en crisis suicida sin la debida preparación para ello, sólo mediante el sentido común, es perjudicial y se pierde el tiempo para su abordaje adecuado. **Criterio equivocado** que intenta limitar la participación de voluntarios en la prevención del suicidio. **Criterio científico:** Si el sentido común nos hace asumir una postura de paciente y atenta escucha, con reales deseos de ayudar al sujeto en crisis a encontrar otras soluciones que no sean el suicidio, se habrá iniciado la prevención.

7. Estadios o fases de la vivencia suicida

La aproximación a los fenómenos autodestructivos lo podemos realizar desde un análisis del momento presente (corte transversal: descripción de los estadios o fases de la conducta suicida), o bien, intentar el estudio de la gestación, desde las experiencias y fantasías infantiles, hasta el deseo de muerte voluntaria (corte longitudinal). Ambos enfoques son imprescindibles para poder entender la vivencia autodestructiva y poder ofrecer el apoyo psicoterapéutico más adecuado.

Pöldinger (1969) en su ya célebre trabajo sobre “la tendencia suicida” describe tres estadios: **fase de consideración, fase de ambivalencia y fase de decisión.**

En el primer estadio el suicidio es considerado como una posibilidad. No se rechaza la idea de muerte, sino todo lo contrario: se contempla con agrado esa alternativa, como una salida de la situación dolorosa y angustiosa. En esta etapa tienen gran influencia las noticias en la prensa sobre suicidios o el suicidio en la familia o entre amigos o vecinos.

La fase de ambivalencia refleja la lucha interna entre las tendencias constructivas y destructivas. Se duda sobre “los beneficios” del suicidio, pero tampoco se rechaza frontalmente. Es quizás, en este momento donde los Centros de Intervención en Crisis retoman todo su protagonismo, por su capacidad de ayuda inmediata al presuicida.

En la etapa de decisión hay que estar muy atentos a los “avisos indirectos del presuicida”: mejora espectacular de la depresión, gran preocupación por el testamento, etc. A veces, incluso ya se tiene un plan muy elaborado para la puesta en práctica del acto suicida.

Se han descrito otras fases que se pueden sintetizar en las desarrolladas por Rojas (1984)¹⁷:

1. *Fase previa:* ideas sobre la muerte de tipo general, que poco a poco se van personalizando: “para vivir así es mejor morirse”; “soy una carga”; “Dios debería acordarse de mí”.
2. *Estadio de la posibilidad suicida:* se piensa en su autodestrucción.
3. *Ambivalencia* frente a la idea suicida: aceptación y rechazo.
4. *Etapas de las influencias informativas:* las noticias sobre suicidios tienen gran repercusión en la persona que está pensado en matarse.
5. *Fijación de la idea suicida:* equivalente a lo que antes hemos llamado “crisis suicida”.
6. *Decisión suicida:* suele estar precedida de una operación intelectual muy estudiada, en la que el presuicida puntualiza hasta los más mínimos detalles sobre la forma de consumir el acto suicida. A mayor precisión, mayor riesgo suicida.

8. Estado de ánimo de los suicidas

Tres rasgos en particular son característicos del estado de ánimo de personas suicidas (OMS, 2000a)¹⁸:

1. Ambivalencia. En la mayoría de las personas existe una mezcla de sentimientos en torno a cometer suicidio. El deseo de vivir y el de morir libran una batalla desigual en el suicida. Existe urgencia de alejarse del dolor que representa vivir, junto con un trasfondo del deseo de vivir. Muchas personas suicidas en realidad no desean morir, simplemente no están contentas con la vida. Si se suministra apoyo y se aumenta el deseo de vivir, disminuirá el riesgo de suicidio.

2. Impulsividad. El suicidio es también un acto impulsivo. Como cualquier otro impulso, el de cometer suicidio es transitorio y dura unos pocos minutos u horas. Usualmente se desencadena con los acontecimientos negativos del día a día. Calmando esas crisis y tratando de ganar tiempo, el terapeuta puede ayudar a reducir el deseo de suicidarse.

3. Rigidez. Cuando las personas padecen una “lógica suicida”, sus pensamientos, sentimientos y acciones son rígidos. Piensan constantemente en el suicidio y son incapaces de percibir otras formas de salir del problema.

9. Actitudes más frecuentes del suicida

El presuicida tiene diversas formas de presentarse, y también son muy diferentes los mensajes que quiere transmitir. Seguidamente vamos a describir algunas de las posibles significaciones de la conducta suicida:

- **Llamada de socorro:** toda conducta suicida es como un grito en el desierto –de la propia soledad y desesperación del sujeto–, que pretende sentir el amparo de otro ser humano. En este caso del terapeuta. En numerosas situaciones, el sólo hecho de sentirse escuchado es un buen remedio contra sus ideas autodestructivas. Por esto, el cliente, principalmente, lo que desea es hablar con alguien, independiente de su profesión (psicólogo, psiquiatra, médico de Atención Primaria etc.)
- **Victimación:** es el caso del usuario más preocupado por transmitir su malestar y desgracia, que su propia intención suicida. ”Mire que desgraciado soy, que hasta estoy pensando en el suicidio”, suele ser su mensaje. Aún en estos casos, no podemos pasar de largo, aunque detectemos que el consultante desea presentarse como “víctima” ante los demás, pero tampoco nos podemos aliar con su sentimiento de degradación ante la vida. Una actitud serena, pero también clarificadora de la situación objetiva, puede arrojar luz en las tinieblas del “presuicida”.
- **Sadismo:** es la otra posibilidad: no agredirse sino agredir al otro. Son esas consultas cargadas de irritabilidad, intento de agresiones verbales del terapeuta. Incluso la misma comunicación de su deseo de muerte se realiza en un contexto descalificador del especialista. En estas consultas se establece un imaginario pulso entre: las agresiones del cliente y la actitud sanadora del terapeuta. De la salud mental y conocimientos de éste, dependerá que la relación terapeuta-paciente no se convierte en una riña de patio de vecinos. El terapeuta deberá estar preparado para “soportar” estas agresiones, y metabolizarlas una vez que termine la consulta. De lo contrario, se sentirá “tocado” por las ideas suicidas del usuario.
- **Culpabilización:** es posiblemente una de los factores más decisivos en la consumación de la ideación suicida. Sobre todo en las “pérdidas” (muerte de un ser querido, etc.) el sujeto lo puede vivir como una imposibilidad para reparar esa “herida”, al mismo tiempo sentirá que ha perdido al ser querido porque no hizo lo suficiente para salvarlo. Esta situación es más evidente en las parejas de ancianos: la muerte de uno de ellos puede desencadenar un fuerte sentimiento de culpa en el otro,

que le puede conducir al suicidio. En estos casos, ayudar en el proceso de elaboración del duelo, es el mejor remedio. También “la culpa conocida” (ante un desfalco, un incesto, etc.) puede conducir al suicidio.

- **Reacciones en cortocircuito:** son conductas suicidas impulsivas como respuesta a una vivencia muy traumática: separación, diagnóstico de enfermedad mortal, etc. El consultante expresa su deseo de morir, al no soportar la angustia que le produce el acontecimiento traumatizante. La acción terapéutica debe ir dirigida a parar ese impulso suicida a través de intervenciones de contención: la disponibilidad, el contrato de no suicidio, entre otras.

10. Errores en la intervención de las conductas suicidas

Este tipo de encuentros terapéuticos son los que más impactan, sobre todo en el terapeuta joven, porque pueden movilizar aspectos no deseados de su personalidad. La muerte y la locura son los dos temores universales del ser humano, pues ambas realidades conducen a la destrucción (irreversible en la muerte; con posibilidad de retorno en la locura). Por esto, ante la alternativa del suicidio, el terapeuta puede tomar diversas actitudes defensivas:

- **“Pasar de largo”:** con relativa frecuencia se puede producir, en el terapeuta, una gran angustia ante la presencia de la idea de muerte y puede optar por «salir corriendo», derivando el discurso terapéutico a temas menos comprometidos. Por ejemplo: ante la explicitación de la idea suicida se puede iniciar la investigación de los aspectos biográficos, y preguntar: ¿Cuántos hermanos tiene Vd.? Con ello pretende mitigar su angustia, no la del consultante.
- **Racionalización:** otra actitud ante el anuncio del suicidio es buscar razones para vivir: los hijos, los padres, el buen trabajo que tiene, etc. Se produce un gran desfase, ya que el consultante comunica una vivencia (su deseo de morir) y se le quiere convencer con argumentos. Pero esta posición, no solamente no sirve para desmontar la vivencia suicida, sino que muchas veces la refuerza aún más. Se produce, así, un efecto paradójico: lo que queremos evitar (el suicidio) es lo que provocamos. El camino correcto no es la razón, sino la emoción y el afecto. Habrá que crear un clima de comprensión y tolerancia, que permita llegar a las motivaciones profundas de la ideación suicida, y en su caso, a los posibles «beneficios» secundarios.
- **Angustiar con el consultante:** se produce cuando el ayudador no sabe mantener una distancia terapéutica, que le permita vibrar con el presuicida, pero sin fusionarse con él. Esta «disociación terapéutica» es la que posibilita tener una perspectiva, que favorezca una visión clara de la conducta suicida. El terapeuta no puede entrar en una relación simbiótica con el consultante y dejarse invadir plenamente por la angustia del fenómeno suicida. El buen terapeuta es aquel que es capaz de conectar con el cliente, pero al mismo tiempo mantiene una distancia saludable.
- **Omnipotencia:** es quizás uno de los «pecados» más frecuente del terapeuta, sobre todo al inicio de su labor. Es evidente que no tiene funciones de “salvador”, sino de acompañante en situaciones muy conflictivas. Puede señalar metas, pero no recorrer el camino por el cliente. Es como un gran mapa de carreteras: nos indica donde están las ciudades, pero la forma de acceso la tenemos que elegir nosotros. El terapeuta puede indicar la meta, pero la manera de llegar a ella, ya no de su competencia.

III. CLASIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE LAS CONDUCTAS SUICIDAS

1. El suicidio como las ondas de un estanque

Como hemos señalado antes, la vivencia autodestructiva es compleja. No se puede acotar entre unos límites rígidos. En una orilla está la muerte, pero a veces se consigue y otras veces no. Surge la pregunta: ¿tiene la misma entidad psicopatológica y existencial el intento de suicidio que el suicidio consumado? Algunos autores (Castilla del Pino, 1974) dicen que no; otros, sin embargo, afirman que “una proporción pequeña pero significativa de gente que intenta el suicidio el nivel de autodestrucción es virtualmente indistinguible del encontrado en suicidios consumados” (Beck, et al., 1974)¹⁹; algunos investigadores, entre los que nos encontramos, señalan que “*la ideación suicida, el intento de suicidio y el suicidio consumado, es un continuum, como las ondas de un estanque. Y que la ideación suicida es un indicador de la vulnerabilidad ante la destrucción y es un indicador temprano del suicidio*” (Adam, 1985)²⁰.

2. Clasificación de la conducta suicida en un Centro de Intervención en Crisis por Teléfono

En 1958, se abrió en Los Ángeles el primer Centro de Prevención del Suicidio, dirigido por Farberow y Shneidman (1961). Estos Centros mantienen las veinticuatro horas del día un Servicio Telefónico atendido por trabajadores de Salud Mental y voluntarios capaces de auxiliar a los suicidas potenciales que llamen solicitando ayuda (Moron, 1977). El crecimiento de estos Servicios se produjo en la década de los setenta, del siglo pasado.

Como veremos en el Apéndice III, Los Centros de Atención Telefónica, en la intervención de las conductas suicidas, recogen diferentes “llamadas suicidas”, que bien podríamos clasificar de la siguiente manera:

A. Por el origen de las llamadas

a) Llamadas con contenido suicida como respuesta a una **crisis**: familiar, económica-laboral, emocional-sentimental, diagnóstico de enfermedad mortal, pérdida significativa, entre las más representativas.

b) Llamadas como respuesta a un **estado**: de soledad-incomunicación, duelo cronificado y sentimiento de inferioridad.

c) Llamadas como respuesta a un **estado psicopatológico**: trastornos afectivos, esquizofrenia, alcoholismo o trastorno de personalidad.

B. Por la forma de verbalizar las conductas suicidas:

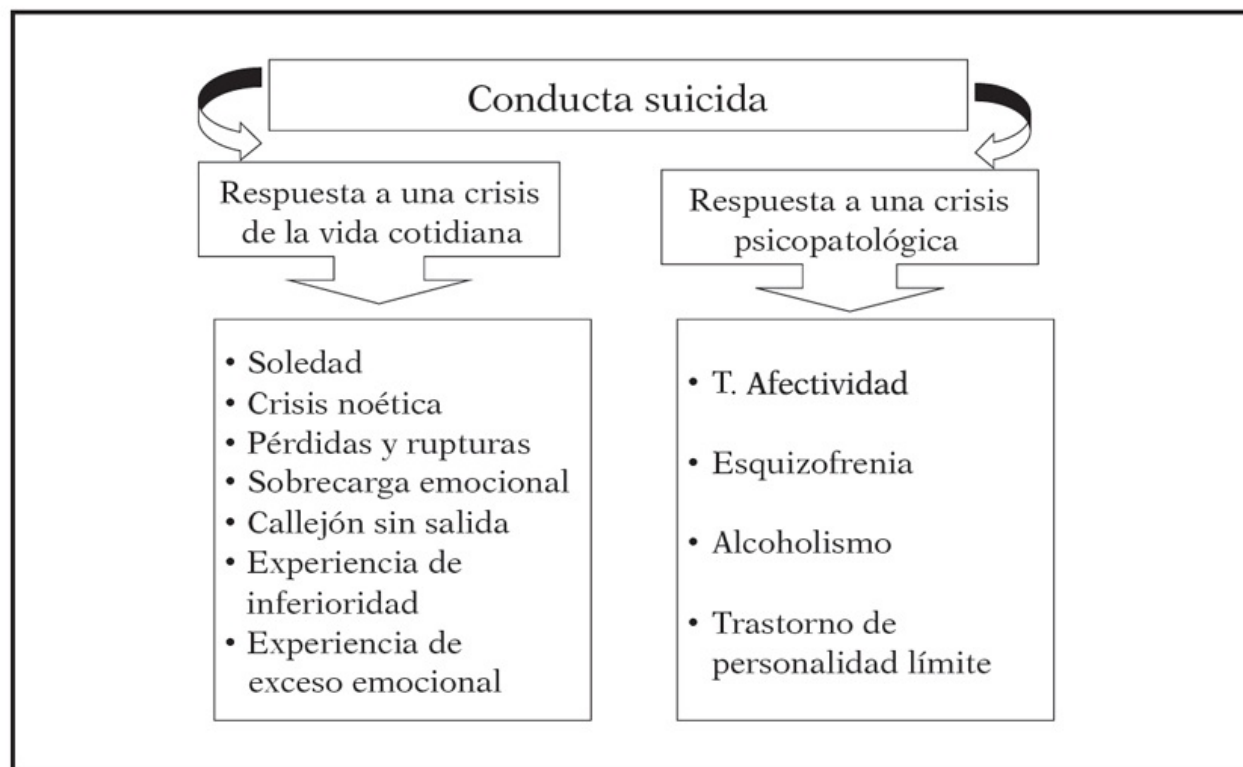
- El llamante manifiesta **deseo de no-vivir**.
- El llamante manifiesta **deseo de morir**.
- El llamante manifiesta **deseo de matarse**.

C. Por el contenido de las llamadas

- El llamante refiere **ideas suicidas**.
- El llamante manifiesta una **crisis suicida**.
- El llamante relata un **intento de suicidio, suicidio frustrado o gesto suicida**, realizados hace poco tiempo.
- El llamante relata un intento de suicidio pasado.

- El llamante refiere **el suicidio de un familiar**.
- La llamada se produce durante “un suicidio en curso”.

3. Clasificación de las conductas suicidas



Distinguimos, en este libro, entre la conducta suicida producida sin ninguna base psicopatológica y aquella que es consecuencia de una alteración psiquiátrica. En el primer caso, **conducta suicida y salud mental**, hace referencia a las conductas suicidas que se producen en la vida cotidiana ante cualquier situación de crisis (enfermedad orgánica, pérdida, etc.); en el segundo supuesto, son las conductas suicidas derivadas de una estructura psicopatológica o como consecuencia de ella (suicidio de los depresivos, esquizofrénicos, alcohólicos, etc.). A este segundo grupo lo identificamos como **conducta suicida y psiquiatría**.

4. Evaluación de las conductas suicidas

Evaluar la vivencia suicida implica comprender el fenómeno, pero también determinar su significado más profundo y analizar las posibilidades reales de llevar a cabo el acto suicida. Lo realizamos a través de la entrevista clínica y cuestionarios o escalas elaboradas al respecto.

4.1. La entrevista clínica

Debemos valorar desde la dimensión biográfica y etiológica, la situación psicopatológica del cliente, el contexto actual psicosocial y de la vivencia suicida haciendo hincapié en los factores de riesgo y en los factores protectores del suicidio.

Según Giner Jiménez et al. (2011) los factores de riesgo de la conducta suicida se dividen clásicamente en dos grupos: **los inmodificables** (edad, estado civil, creencias religiosas, la heredabilidad, sexo, situación laboral y económica, apoyo social y conducta suicida previa) y **los modificables** (trastorno mental, salud física, aspectos de la personalidad: impulsividad y agresividad). También los factores protectores pueden ser de dos tipos: propios del individuo y propios del entorno. Entre los primeros podemos incluir las actitudes, valores y normas introyectadas contra el suicidio, las

habilidades sociales, el manejo de la ira y la capacidad de resolución de problemas. También, el temor al dolor, la presencia de esperanza y optimismo, el autocontrol de la impulsividad, la alta autoestima, las estrategias de afrontamiento adecuadas y la alta resiliencia. Entre los factores ambientales podemos señalar los siguientes: la existencia de una red social y familiar adecuada, la accesibilidad a los dispositivos de salud, un ambiente estable y las restricciones a la adquisición de armas o medicamentos potencialmente letales. El desequilibrio entre los factores de riesgo y factores protectores provocará la posibilidad o no de que se produzca la conducta suicida.

Según la OMS (2000a) cuando se sospecha la posibilidad de un comportamiento suicida se deben explorar los siguientes aspectos:

- Estado mental actual y pensamientos actuales sobre la muerte y el suicidio: patologías psiquiátricas e intentos de suicidio previos.
- Enfermedad física terminal, dolorosa o incapacitante.
- Plan suicida: posibilidad real de ejecutarlo.
- Grupo familiar y social: vínculos, estructura familiar, separación, divorcio, etc.
- Evaluar los estresores más recientes: muertes, problemas afectivos, cambios en el estatus profesional o laboral, etc.

Recomendaciones de la CIE-10-AP (1996)²¹ para la evaluación del paciente suicida:

- Evaluación del riesgo de suicidio en un futuro inmediato: ideación suicida (esporádica/persistente), determinación, plan suicida (nivel de elaboración/medios), soledad, consumo de alcohol y otras sustancias, dificultades sociales (migración, desempleo, etc.).
- Evaluación del paciente con un intento de suicidio reciente: peligrosidad del método elegido, grado de convicción sobre la eficacia del método elegido, posibilidad de ser descubierto, grado de alivio al ser salvado, propósito del comportamiento suicida (intentaba transmitir un mensaje o morir), grado de planificación y existencia o no, de cambios en la situación psicológica o vital que desencadenó el comportamiento suicida.

De forma sintética podemos señalar los factores de alto y bajo riesgo del comportamiento suicida:

FACTOR	ALTO RIESGO	BAJO RIESGO
EDAD	45 años o mayor	Menor de 45 años
SEXO	Hombre	Mujer
ESTADO CIVIL	Soltero, separado, viudo	Casado
LIFE EVENTS	Una semana antes	Más de una semana
BIOGRÁFICO	Ruptura de vínculos, crisis evolutivas	Buenos vínculos
SOCIAL	Ausencia de apoyo familiar o social	Buena integración familiar y social
VIVENCIA SUICIDA	Tentativas anteriores Suicidio frustrado Plan suicida	
PSICOPATOLÓGICO	Depresión Alcoholismo Psicosis Trastorno de personalidad límite	
ENFERMEDAD SOMÁTICA	Enfermedad física terminal, dolorosa o incapacitante	

4.2. Escalas de evaluación del riesgo suicida (Bulbena Vilarrasa, et. al. 2000)

Tipos

Existen **Escalas no específicas** para valorar situaciones a síndromes asociados al suicidio: Escala de Beck para la depresión; escala de desesperanza de Beck et al (1974) o el test de Roschard o el MMPI. Pero también existen **Escalas específicas** como:

- Escala de Pöldinger (1969): intencionalidad suicida
- Escala de Tuckman y Youngman (1968)
- Escala de Potencialidad suicida del Centro de Prevención de suicidio de los Ángeles.
- Escala de riesgo-rescate de Weisman y Worden.
- Escala de ideación suicida de Beck.

Consideraciones

- Las escalas tienen muchas limitaciones: miden factores que pueden llevar al suicidio pero nunca pueden predecir el resultado final, ya que existen muchas variables que pueden alterar el resultado final.
- Las escalas son recomendables para la investigación y para no olvidar datos fundamentales al valorar el riesgo suicida.
- Las escalas mas que predecir un suicidio lo que hacen es identificar grupos de alto riesgo y en consecuencia poder modificar las intervenciones terapéuticas.
- La exploración clínica es la mejor manera de valorar el riesgo suicida. A lo sumo las escalas son un complemento de las mismas.

Escalas de evaluación de la vivencia suicida (APÉNDICE I)

1. OMS (1969). Prevención del suicidio, Cuadernos de Salud Pública, nº 35. http://whqlibdoc.who.int/php/WHO_PHP_35_spa.pdf
2. Durkheim, E. (1897). *El suicidio*. Madrid: Akal Editor, 1976, p. 14.
3. Rojas, E. (1984). *Estudios sobre el suicidio*. Barcelona: Salvat, 2ª ed. p. 15
4. Giner, J.; Seoanes, J.; Jiménez, R. (1972). “Diferentes constelaciones dentro de la conducta suicida”. *Folia Neuropsiquiátrica*, 7, pp. 123-141.
5. Rojo Sierra, M. (1971). “Consideraciones en torno al suicidio en su interés psiquiátrico”. *Folia Neuropsiquiátrica*, 6, pp. 89-122.
6. Vega Piñero, M.; Blasco Fontecilla, H.; Baca García, E. y Díaz Sastre, C. (2002). *Salud Global*, año II, nº 4, pp. 1-16.
7. OMS (1986). Working Group on Preventive Practices in Suicide and Attempted Suicide [http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/ICP_PSF_017\(S\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/ICP_PSF_017(S).pdf).
8. Baca-García, E. y Díaz Sastre, C. (2000). “Bases biológicas del suicidio”. *Monografías de Psiquiatría*, XII (5), pp. 1-51.
9. Freeman, A. y Reinecke, M.A. (1995). *Terapia cognitiva aplicada a la conducta suicida*. Bilbao: Desclée De Brouwer, p. 45.
10. *Ibidem*, p. 46.
11. Garma, A. (1973). “Los suicidios”. En: Abadi et al. *La fascinación de la muerte*, Barcelona: Paidós, pp. 63-104.
12. Jiménez Treviño, L.; Saiz Martínez, P.A. y Bobes García (2006). “Suicidio y depresión”. *Humanitas*, Temas del mes on-line, nº 9.
13. Boné, I. (2010). *Vulnerabilidad y enfermedad mental*. Madrid: Publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas, p. 25.
14. *Jiménez Treviño, L.; Saiz Martínez, P.A. y Bobes García (2006), op. ct., p. 10*
15. Abadi, M; Garma, A.; Garma, E.; Gazzano, A.J. A.; Rolla, E, H. y Yampeya, N. (1973). *La fascinación de la muerte*. Barcelona: Paidós, p. 15.
16. OMS 2006. Prevención del suicidio. Recursos para consejeros http://www.who.int/mental_health/media/counsellors_spanish.pdf
17. Rojas, E. (1984), op. ct., p. 608.
18. OMS, 2000a, Prevención del suicidio. Un instrumento para médicos generalistas. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías.

Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 2000 http://www.who.int/mental_health/media/general_physicians_spanish.pdf

19 . Beck, A.T.; Schuyler, D. y Herman, I (1974) “Development of suicidal intent scales”. En: Beck et al. *The Prediction of suicide*, eds, Bowie Maryland the Charles Press, pp. 45-46.

20 . Adam, K.S.(1985). “Attempted Suicid”, *Psychiatric Clinics of North America*, 8(2), pp.183-201.

21 . CIE-10-AP. (1996). *Décima revisión de la Clasificación Internacional de enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento en A.P.* Madrid: Meditor.

3 Conducta suicida, salud mental y psiquiatría. Estrategias terapéuticas

“El mayor espectáculo es un hombre esforzado luchando contra la adversidad; pero hay otro aún más grande: ver a otro hombre lanzarse en su ayuda”.

Oliver Goldsmith

1. Introducción

La idea de suicidio suscita en nuestra cultura, en términos generales, un sentimiento de rechazo; cuando no se considera un pecado, se puede contemplar como una reacción patológica o un tabú. No obstante, al acercarnos al suicidio deberíamos dejar a un lado todos los prejuicios y condicionamientos culturales, morales y psicológicos. Deberíamos aproximarnos con una actitud limpia, sin prejuicios, de esta manera conseguiremos que nuestra reflexión no esté contaminada y podremos comprender, aunque no compartir, la decisión de muerte.

Nuestro análisis intentará descubrir las claves que pueden hacer comprensible esa conducta, partiendo del rechazo firme de la misma. Lo haremos apoyándonos en la experiencia clínica. ¿Qué ocurre cuando “una “persona corriente”, decide no seguir viviendo”? ¿Qué mecanismos psicológicos se ponen en marcha para determinar la autodestrucción?; también, ¿qué aspectos comunitarios (familiares, sociales) se resquebrajan para que una persona solamente contemple el suicidio como su única salida? ¿cuáles son los mecanismos que llevan a un enfermo mental (depresivo, esquizofrénico, alcohólico o con un trastorno de personalidad límite) a realizar una conducta suicida? Más adelante se describirán las acciones terapéuticas para ayudar a todo este tipo de personas.

2. La conducta suicida en la vida cotidiana y en la psicopatología

Según la OMS (2000a) aproximadamente el 80-90% de los sujetos que realizan un suicidio tienen un diagnóstico psiquiátrico o se les etiqueta a posteriori. Pero lo sorprendente es ese resto de 10-20%, de personas “normales”.

Así, pues, como hemos señalado ante, podemos distinguir dos grandes grupos de personas que pueden realizar una conducta suicida: las personas que no padecen una enfermedad mental y aquellas que sufren un diagnóstico psiquiátrico o a posteriori se le ha diagnosticado de un trastorno mental.

Toda conducta suicida supone un desequilibrio entre las propias capacidades del sujeto (capacidades emocionales y relacionales) y el impacto de la nueva situación, puntual o por acumulación. En esta encrucijada el suicidio se contempla como una solución a la angustia y al problema que se plantea. Tanto si existe una psicopatología de base, como si no, toda conducta suicida es el resultado de una constelación de factores que contempla la muerte como la única salida posible ante el conflicto.



3. Proceso de la conducta suicida y salud mental

Para que la conducta suicida se produzca, aunque no haya ningún diagnóstico psiquiátrico previo, se deben dar diversas circunstancias, que de forma secuencial podemos señalar de la siguiente manera: 1) en el desarrollo biográfico de la persona se observa una carencia en “**los aportes**” biológicos, psicológicos y sociales (Caplan, 1964) que ha recibido el sujeto: desde la falta de un encuadre afectivo adecuado (valoración, reconocimiento, etc.) hasta unas relaciones sociales deficitarias, que junto a vivencias traumáticas mal elaboradas (muertes, separaciones, agresiones sexuales, etc.), han establecido un **vínculo** consigo mismo y con el entorno deficitario. En consecuencia, 2) esta situación provoca una capacidad **resiliente** débil, y 3) esto hace que el sujeto se sienta **vulnerable**, y que ante la aparición 4) de **estresores** (pérdidas, enfermedad, muertes, conflicto de pareja, pérdida de valores, etc.) el sujeto llegue a la conclusión que su única “salida” a la **crisis** es la **conducta suicida**. Es en este momento cuando una **intervención en crisis** puede recuperar el **equilibrio resiliente** perdido.

Así, pues, los conceptos claves en todo este desarrollo, son los siguientes:

1. “Aportes” biográficos
2. Resiliencia
3. Vulnerabilidad
4. Estresores

1. “Aportes biográficos” (Caplan, 1964)

Siguiendo a Caplan (1964) podemos afirmar que el ser humano se va configurando a través de los “aportes” (psicosociales y biológicos) que recibe a lo largo de su existencia, principalmente en la infancia, que constituyen un vínculo consigo mismo y con los demás y son la esencia de la personalidad de cada uno. Por lo tanto, los “aportes” y el vínculo son como los dos raíles por donde discurre el devenir de cada sujeto.

2. Resiliencia

Resiliencia es una palabra que proviene del latín *resilire*, que significa “volver a saltar”. Es un

concepto utilizado en las ciencias físicas para describir “la capacidad que tiene un material para recobrar la forma original, después de someterse a una presión deformadora”. En los años setenta, del siglo pasado, fue utilizado en sociología para describir a las personas que pese a haber sufrido graves trastornos económicos eran capaces de recuperar una estabilidad psicológica, que les permitía afrontar la situación crítica de una forma sana y creadora. Fue en los años ochenta y noventa cuando el concepto se retomó por la psicología para definir la aptitud de las personas que tras haber sufrido graves conflictos (malos tratos en la infancia, pérdidas traumáticas, situaciones familiares claramente disfuncionales, etc.) eran capaces de mantener un equilibrio mental, que les proporcionaba paz y tranquilidad. Así, pues, con esta palabra queremos señalar a todos los individuos que tras la adversidad son capaces de recuperar su bienestar para proseguir con una vida productiva, en definitiva, que han sabido crecer en la crisis (Vanistendael S. 2000).

De aquí podemos concluir que la capacidad resiliente del ser humano, tiene dos aspectos: uno, la resistencia a la destrucción y otro, la capacidad para reconstruir sobre circunstancias adversas (Manciaux M. et al. 2001). Es lo que en el ámbito coloquial queremos decir con algunos de los siguientes dichos populares: “hacer tripas corazón”, o “sacar fuerza de flaquezas” o “no hay mal que por bien no venga”. Todos ellos lo que están indicando es que la persona tiene un aspecto positivo, que la hace acreedora para superar los tropezones, que se produzcan en su existencia. Desde luego que es una visión optimista de las posibilidades del ser humano y que se centra más “en lo que tiene”, que en lo “que le falta”.

La resiliencia no la podemos confundir ni con una resistencia total y absoluta al daño, ni mucho menos supone una aptitud para evitar toda situación conflictiva, ni tampoco es una cualidad inalterable del individuo. Es una capacidad de toda persona, que puede desarrollarse o no, y por lo tanto es susceptible de modificación, tanto en el sentido de fortalecerse como el llegar al debilitamiento total.

Vínculo y resiliencia

Para que el patito feo se convierta en cisne, nos viene a decir Cyrulnik (2002), es preciso que encuentre un contexto sano y acogedor, o al menos una persona (padre/madre, profesor, amigo, etc.) que sea capaz de poner en acto todas las potencialidades del sujeto.

En palabras de Bowlby (1982) sería constituir un “apego seguro” entre el niño y sus progenitores (como figuras más representativas de su desarrollo psicológico). Esto lo realizan no con ansiedad (padres sobreprotectores), pero tampoco con indiferencia (“padres pasotas”) sino con un estilo próximo pero al mismo tiempo dejando al niño que tome conciencia de sus propias limitaciones y también de sus posibilidades y del entorno. No se es mejor padre/madre porque se satisfagan al instante los requerimientos del hijo, sino cuando transmitimos seguridad y confianza pese a las dificultades.

Un vínculo sano con los progenitores además de tener una función de protección favorece el desarrollo emocional del niño y permite que éste reconozca sus limitaciones pero también todas sus posibilidades. Cyrulnik (2002) señala cuatro tipos de estilos de familia: las familias cooperadoras, las estresadas, las que caen en el abuso y las desorganizadas, que dan lugar al establecimiento de otros cuatro vínculos: de protección, de evitación, ambivalente y desorganizado. Y concluye afirmando que “un niño impregnado de un vínculo protector (65%) tiene un pronóstico de desarrollo mejor y una mejor resiliencia, ya que, en caso de desgracia habrá adquirido un comportamiento de seducción capaz de enternecer a los adultos y transformarlos inmediatamente en base de seguridad. Los niños con vínculos afectivos de evitación (20%) mantienen a distancia a los responsables que estarían dispuestos a ocuparse de ellos. Y en cuanto a los vínculos afectivos de los tipos ambivalentes (15%) y

desorganizados (5%), hay que decir que son de mal pronóstico, ya que los adultos, debido a lo difícil que es querer a estos niños, se despegan de ellos o los rechazan” (Cyrulnik (2002)).¹

3. Vulnerabilidad

En este sentido, cobra importancia el concepto de “vulnerabilidad psicológica”, tomada no solo como la insuficiencia de recursos de afrontamiento, sino como una fragilidad determinada por la relación entre la importancia que las circunstancias estresante y los recursos con que disponga para evitar la amenaza de tales consecuencias. De esta forma, la susceptibilidad a reacciones con manifestaciones de estrés está asociada con un conjunto de factores personales entre los que incluyen los intereses, las creencias, los afectos y los recursos (Lazarus y Folkman 1986):

- Los intereses: cuanto más comprometido esté el sujeto con la situación crítica más vulnerable será, ya que tendrá más miedo a la pérdida. Por esto, no es lo mismo el anuncio de la muerte de un vecino que la de un hijo.
- Las creencias: según Lazarus y Folkman (1986) son “configuraciones cognitivas” que la persona ha ido elaborando a través de su existencia. Algunas de estas “creencias” ayudarán y otras serán un obstáculo para superar la crisis.
- Los afectos: son los vínculos que el sujeto establece con su entorno (familiares, amigos, compañeros de trabajo, etc.) y que tienen como soporte los intereses y las creencias.
- Los recursos: son las cualidades emocionales, cognitivas, fisiológicas y conductuales que cada persona tiene para resolver de la crisis.

4. Estresores

Podemos definir el estresor como cualquier situación o suceso familiar, personal o social que provoca estrés. Así, el paro, la enfermedad de un familiar, el diagnóstico de enfermedad mortal, una violación, etc. son estresores que pueden provocar el desequilibrio emocional de la persona y consecuentemente inducir al suicidio. Las consecuencias del estresor están en función de dos parámetros: la característica del propio estresor (más o menos intenso, inesperado o no, etc.) y la personalidad del sujeto (con alta o baja autoestima, dificultades o no de interacción con los demás, etc.). En definitiva, su gradiente de salud mental. Cuanto más sanos seamos mentalmente mejor sabremos responder a los estresores.

Estos cuatro factores constituyen la base para el afrontamiento de la crisis. Lazarus y Folkman (1986)² definen el afrontamiento como “*aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo*”. En definitiva, la buena salida de la crisis va a depender de la capacidad de afrontamiento que la persona tiene para resolver el conflicto.

4. Conductas suicidas como respuesta a una crisis de la vida cotidiana

En todo caso, el suicidio es una pregunta que lanza el sujeto a su grupo de procedencia. Tiene matices acusatorios, de reproche y sobre todo de falta de comprensión y solidaridad. Es una manera trágica de transmitir la propia soledad dentro del grupo. Es también una llamada de socorro para intentar reestablecer una comunicación más sana y más productiva. El suicidio consumado es una pregunta que nunca tendrá respuesta en los otros.

Gloria es una joven de veinte años. Estudiante de Medicina. Desde hace unas semanas prácticamente está encerrada en su habitación y no quiere hablar con nadie. Tras muchos ruegos (e incluso amenazas)

acudió a mi consulta. Me dice: “la vida no tiene sentido para mí; todo se desmorona; es como estar inmersa en un gran vacío, donde nada me satisface. Es mejor morir que vivir así”. En la larga entrevista clínica nos comunica, entre otras cosas, que hace unos días se ha enterado que su novio está saliendo con otra chica...

José tiene 50 años. Tras veinte años de matrimonio ha roto con su mujer y con los hijos. Ha querido comenzar una nueva vida, pero no encuentra ninguna satisfacción. ¿Para qué vivir?, se pregunta al llegar a la consulta. “Siento –afirma– que estoy como en una isla rodeado solamente por la oscuridad, mucha oscuridad”.

María de 40 años entra en la consulta afirmando: “no puedo más. Estoy cansada de tirar del carro yo sola: mi marido no me ayuda nada con mi hijo enfermo y estoy harta y cansada. Mejor es morir que vivir así”.

Ruptura, pérdida, vacío y soledad son algunos de los ingredientes que intervienen en todo impulso suicida. Al menos en los “suicidas de la vida cotidiana”, esos que no tienen ningún rótulo, ni diagnóstico psiquiátrico. Lo que subyace en todos ellos es su incapacidad para modificar su medio, los acontecimientos o su dificultad para asumir los hechos que parecen irremediables.

Gloria, José y María representan a los miles y miles de personas que en alguna ocasión han sentido el vértigo del suicidio. Han contemplado la muerte como una posible solución, como la única y mejor solución. Me pregunto: ¿por qué no eligen otra alternativa? Este mismo pensamiento me invade cuando, en los meses de mayo / junio al abrir el periódico leo noticias sobre el suicidio de adolescentes en relación con el fracaso escolar. Surge la misma pregunta: ¿ese joven no tenía a nadie donde apoyarse? ¿Tiene que desaparecer para estar presente? ¿Se siente tan perdido que la única salida es la muerte?

Existen, pues, un amplio abanico de situaciones o vivencias que pueden ser la antesala de un suicidio. Aquí enumeramos las más significativas:

4.1. Soledad e incomunicación

Enriqueta tiene 60 años. Sus tres hijos están casados o viven en pareja. Hace tres años que se emancipó el último. Desde entonces “siente el gran peso de los días”, según sus propias palabras. Su marido Antonio, se ha jubilado hace dos años y entre sus paseos y la partida de mus con los amigos todas las tardes, se pasa el día fuera de casa.

Enriqueta nos dice: “Mi vida no tiene sentido. Me he dedicado a la atención y cuidado de mis hijos y ahora me siento sola. No tengo amigas. No tengo ningún hobby. A mi marido solamente le importa el mus. He llegado a pensar que para vivir así es preferible morir. En varias ocasiones he pensado en el suicidio, pero no lo hago por mis creencias religiosas”.

Entre lágrimas, Enriqueta relata los múltiples desaires de su marido y de sus hijos. Uno de ellos no viene por casa y a su último nieto prácticamente no le conoce. Siente que no disfruta de la vida y no tiene fuerzas para intentar cambiarla. Durante la entrevista plantea el suicidio como posible solución: “sería una forma de dejar de sufrir”, nos dice.

Aproximación conceptual

El concepto opuesto al de vinculación es el de aislamiento o soledad. Para Yalom (1984), desde el punto de vista clínico, se pueden diferenciar tres tipos de aislamientos: el aislamiento interpersonal, que se experimenta como soledad y está en relación con la dificultad de comunicación con el otro, por causa del estrés, la masificación, la aceleración, etc. de la vida cotidiana; el aislamiento intrapersonal, se refiere a la falla de los mecanismos internos integradores del individuo que le sitúan en una posición

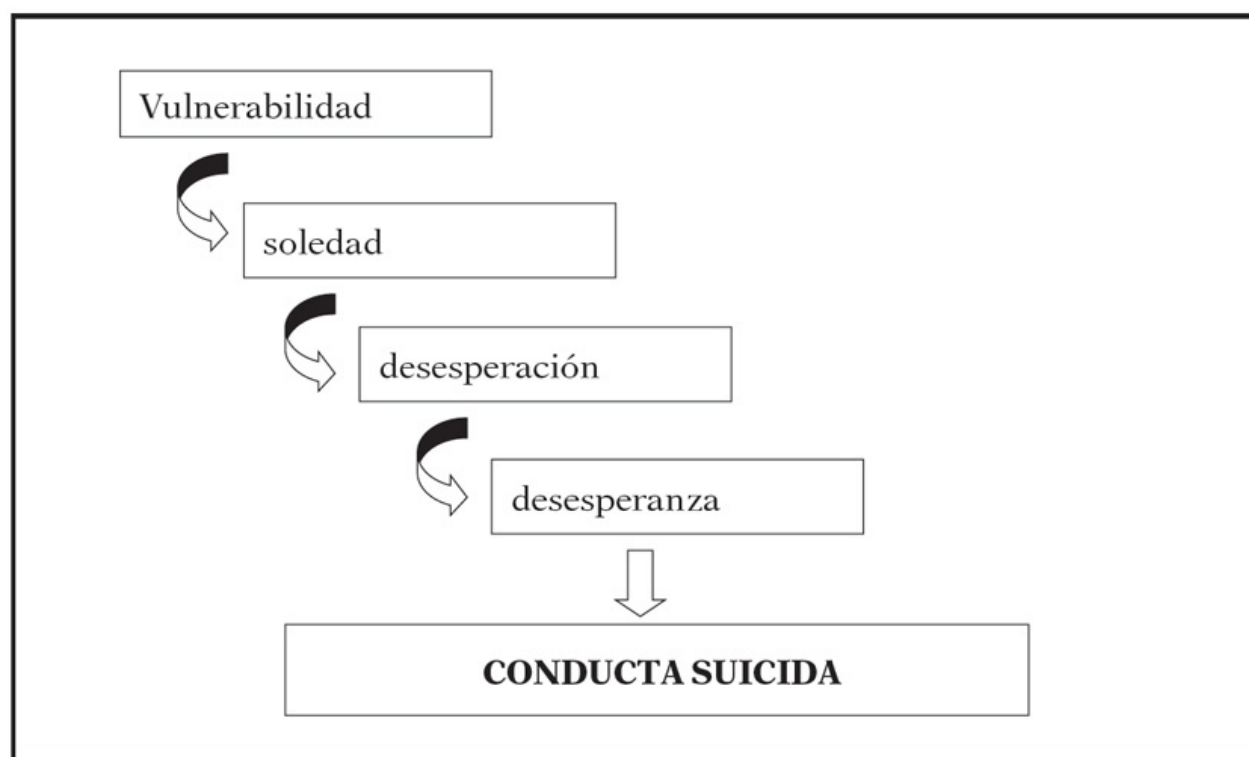
neurótica; y el aislamiento existencial, que persiste aunque se esté en compañía.

La conjunción de esas tres vivencias se puede denominar soledad afectiva (Rocamora, 1986): es una soledad entendida, no solamente como ausencia de contacto físico o social, sino como algo más profundo: incapacidad para comunicarse de núcleo a núcleo.

Esa soledad es angustiada, precisamente, porque implica una incapacidad para dar y recibir. Sentimos a los otros que nos hablan o viven con nosotros, pero existe un abismo entre ambas partes. Se manifiesta con esa sensación de extrañeza, en nuestro propio sistema familiar, social o laboral, que a veces nos angustia. En esos momentos los “otros” se convierten en simples “personajes”, que pululan alrededor nuestro, pero sin que podamos conectar con ellos.

La soledad, pues, se neutraliza no con la compañía, sino cuando existe un interlocutor válido que nos posibilite el intercambio de afectos, principalmente. Ese interlocutor puede ser otra persona, la naturaleza o en algunas ocasiones uno mismo o Dios. Es decir, todo aquello que sea capaz de revitalizar el vínculo consigo mismo y con el “no-yo”. Así, podemos comprender la soledad sana del ermitaño (en su diálogo con Dios), o del poeta o artista que se retiran para estar más en contacto consigo mismo o con la naturaleza.

Podemos afirmar, desde esta perspectiva, que el núcleo radical de la conducta autodestructiva es la soledad, que lleva a la desesperación y ésta a la desesperanza. En la base se encuentra “la vulnerabilidad psicosocial”.



El tránsito de la soledad a desesperación es como dar un paso adelante hacia el abismo del suicidio. El desesperado (Laín Entralgo, 1978) no ama la vida, pero al menos, de forma inconsciente, siente que aún es posible la felicidad. El desesperado aún espera; siente que puede esperar, aunque no sepa el objeto de su esperanza.

Y esto es así, pues el hombre por su propia naturaleza tiende hacia algo, necesita de un proyecto para vivir. En definitiva, dice Marías (1978)³ el hombre “*necesita que el arco de su vida esté siempre tenso*”: sin proyectos es imposible la vida.

Pero el gran riesgo de la desesperación es que termine en la desesperanza. En este estado, el sujeto no

solamente no tiene proyecto, sino que está seguro, que nunca lo tendrá. Su vida no solamente no tiene ningún sentido, sino que “*está seguro que no hay, y no puede haber, nada capaz de dar a su propia existencia, o a la existencia humana en general, un sentido verdaderamente satisfactorio*” (Lain Entralgo, 1978)⁴.

De esta manera se cierra el círculo vicioso: soledad-desesperación-desesperanza-suicidio. Y surge la angustiada exclamación del presuicida: “dame un sólo motivo y seguiré viviendo”.

El proyecto existencial es una pregunta que se contesta con la vida. Pero necesitamos ese proyecto; necesitamos la pregunta para que surja la respuesta. Necesitamos una meta, para comenzar a andar. Sin proyecto caminamos hacia la nada, hacia la muerte.

El presuicida carece de objetivo que le lance a la vida. Y no nos referimos a los planes parciales, puntuales, inmediatos (un viaje, aprobar un examen, etc.) sino a ese proyecto que envuelve a toda la persona, que supone un llegar-a-ser en toda su totalidad. No obstante, a veces, esas “pequeñas metas” parciales toman categoría de absolutos y son capaces de neutralizar la idea de autodestrucción.

Ante todo debemos decir que la soledad, en sentido estricto, no es una enfermedad, ni un cuadro psicopatológico, sino un radical humano, es decir un componente esencial de la existencia humana. En la dialéctica entre soledad y vinculación es como se va desarrollando el ser humano. Recordar con Freud la fábula del cuerpo espin: se encuentran distanciados para no pincharse, pero próximos para darse calor.

Es verdad que el contacto con el otro es necesario no solamente para cubrir nuestras necesidades de afecto y desarrollo personal, sino para fortalecer nuestra autoestima.

El sentimiento de soledad, por definición, es una imposibilidad de transmitir nuestras vivencias agradables o desagradables. La soledad en definitiva es un problema de comunicación: estamos solos porque no sabemos o no podemos comunicarnos. Es una carencia en el com-partir.

Como el colesterol, hay una “soledad buena” y una “soledad mala”: la primera se identifica con la persona que busca estar solo para realizar un proyecto creativo: escribir un libro, reflexionar sobre la vida y la muerte, etc.; también es una “soledad positiva” la del psicoanalizando que se enfrenta consigo mismo para descubrir sus cualidades más profundas, es la soledad de uno mismo, que favorece el quitarse máscaras y descubrir todas sus potencialidades. Por el contrario “la soledad mala” es la del que se siente abandonado (por la enfermedad o la muerte), la soledad que acompaña a toda frustración, desamor o incomprensión, o la soledad del que no tiene pasado (por estar escondido en lo más profundo de su ser muy frustrante) ni tampoco futuro (el que no tiene ilusiones, ni proyectos, ni esperanza) y por último la soledad del enfermo mental que está sustentada en la culpa, en la incomprensión o en el sentimiento de ser distinto al resto de los mortales.

Estrategias

1) Valorar la gravedad real de la soledad y determinar si es patológica o es una forma de relacionarse con el mundo. La diferencia fundamental es que en el primer caso produce angustia y en el segundo no.

2) El conocimiento de uno mismo: la reflexión sobre uno mismo, sobre las posibilidades reales que tenemos y de nuestro entorno, nos puede ayudar a ir asumiendo nuestros límites pero también nuestras posibilidades.

3) La solución no está en las actividades: lo patológico no es estar solo sino la imposibilidad de una comunicación fluida con el otro. La soledad impuesta por las circunstancias o por la propia personalidad del sujeto si puede convertirse en un foco de patología. Pero esto no se soluciona con las actividades

recreativas o culturales, sino con la búsqueda de un interlocutor válido que facilite esa intercomunicación. No estamos en contra de esas actividades, sino en convertirlas por sí mismas en la “solución mágica” de la soledad.

4.2. Crisis noética

José Antonio tiene 40 años. Es Director en una empresa de informática. Está casado y tiene dos hijos. No tiene problemas laborales, ni económicos y su situación familiar es satisfactoria. No obstante, se “siente vacío”, nos dice. “Nada me satisface. Mi vida es pura rutina. Muchas veces me pregunto: ¿para qué vivir?, ¿para qué ganar dinero?, ¿para qué trabajar?

De joven era muy religioso y practicante. Participaba activamente en un grupo de jóvenes de la parroquia. No obstante, desde que al párroco le acusaron de abusos sexuales con un menor comenzó a alejarse de la práctica religiosa. Actualmente está “aburrido de la vida” y ha comenzado a consumir alcohol como forma de paliar su malestar. Con cierta frecuencia piensa en la muerte como solución a sus problemas.

Aproximación conceptual

Toda persona necesita de un punto de referencia que la supere. Puede llamarse solidaridad, fraternidad, ideal, ciencia o Dios. El hombre no se agota en sí mismo sino que cobra sentido precisamente cuando se abre al otro. El egocentrismo es empobrecedor; la apertura al “no-yo” es enriquecedora para el proceso psicológico del ser humano.

Es más. El hombre es un ser inacabado que necesita de los “otros” para configurar su propio yo. Nadie puede conocerse a sí mismo, sin reconocer al otro. El vínculo Yo – No-Yo, no es algo añadido al ser humano sino que constituye la propia esencia del ser. Sin el “tú” no existiría el “yo”, ni tampoco el “nosotros”.

Esto es así desde la noche de los tiempos, en que el hombre primitivo necesitaba poner de manifiesto su necesidad de Dios a través, de la adoración, y de actos de sumisión, como signo de reparación. Podemos decir, pues, que la religión, en definitiva, es una cita del hombre con lo sagrado o trascendencia.

Desde el punto de vista psicológico la secuencia de este encuentro con lo sagrado, se puede desglosar en los siguientes momentos (Fernández Villamarzo, 1978): el niño, en lo más profundo de su mente, tiene la fantasía de su omnipotencia, pero rápidamente constata que esto no es real (pues no lo tiene todo, ni todos sus deseos se cumplen) y entonces traslada ese sentimiento a los padres: “Mis padres lo pueden todo”; pero aquí también los hechos de la vida cotidiana, le devuelven la imagen de unos padres “que no son los más ricos”, “ni los más sabios, “ni los más buenos”, y entonces necesita la creencia en un ser superior: Dios.

Siguiendo el pensamiento de la logoterapia podemos señalar en el ser humano cuatro dimensiones básicas: dimensión biológica, dimensión psicológica, dimensión social o relacional y dimensión noética.

Según nos dice Madrid (2005)⁵ “*la dimensión noética representa la dimensión más noble y trascendente de la persona y la define en su núcleo más profundo. Es el término que utiliza V. Frankl y la Logoterapia. Sus manifestaciones principales son los valores superiores, la libertad, la responsabilidad personal, el amor, el sentido existencial, la autotrascendencia, etc.*”.

Desde esta dimensión noética de la persona podemos considerar dos problemas básicos: la frustración existencial y las situaciones-límite (Madrid, 2005). La primera está determinada por conductas que se pueden formular de la siguiente manera: “me siento vacío”, “para qué seguir viviendo”, “mi vida no

tiene sentido”, etc. Su forma más frecuente de expresarse es a través de conductas adictivas, la pasividad y el aburrimiento, estrés o la propia conducta suicida. La situación límite “es una situación dolorosa, intensa e irreversible, que está fuera del control del que la padece, y por tanto, éste no puede evitar que se produzca”. Entre las más significativas podemos señalar: la muerte, la libertad, el aislamiento existencial y la falta de sentido vital, que puede aparecer cuando surgen las enfermedades graves, la locura, el suicidio de un familiar, la muerte de un niño, hijos con graves incapacidades o situaciones traumáticas en la infancia.

Estrategias

Aunque estoy de acuerdo con Madrid (2005) que en la práctica terapéutica no existen técnicas específicas para abordar los problemas que surgen de la dimensión noética de la persona, pues va a depender fundamentalmente de sentido de la vida y de la actitud personal del terapeuta, si podemos indicar algunas pautas generales:

a) Visión global del problema: toda acción terapéutica debe trascender el síntoma, pero es quizás en estas situaciones noéticas cuando es imprescindible no quedarse pillado por la angustia del otro. Así, cuando nos encontramos con una persona que afirma no tener futuro, no debemos entrar “al trapo” de su problema sino que deberemos intentar posibilitar que encuentre sentido a su presente o a su propia capacidad para encontrarlo. Es posible, pues, que para ayudarlo a recuperar su futuro debamos insistir en sus posibilidades presentes. A veces, ocultas y que el propio sujeto puede desconocer.

Un pequeño relato puede ejemplarizar esta cuestión: “Había una vez un escultor que tenía una academia donde acudían niños de todas las edades a contemplar como trabajaba la piedra. Un día el alcalde del pueblo le encargó una estatua de un caballo para la plaza del pueblo. Los niños atónitos contemplaron la gran masa de piedra de granito que es llevada hasta el taller, donde el artista comienza a moldear la piedra. Uno de los niños más pequeños se ausentó durante un tiempo del pueblo y cuando nuevamente llega al taller se sorprende al ver la estatua del caballo y le pregunta al escultor: “¿Cómo sabías que dentro de la piedra había un caballo”? Pero la auténtica realidad es que el caballo estaba en la cabeza del artista, no de la piedra, pero gracias a eso la estatua del caballo pudo estar presente en la plaza del pueblo.

Moraleja: ante los problemas noéticos tenemos que abrir el foco de atención o bien iluminar toda la estancia para comprender mejor el problema.

b) Cambio de actitud: debemos intentar transmitir esperanza ante la problemática noética, pues esperar siempre supone ilusión de conseguir algo beneficioso para el sujeto: salud, posición social, felicidad. En sentido objetivo, el término “esperanza” indica siempre perspectivas o posibilidades favorables. Así el parado espera un trabajo, el enfermo espera la salud, los padres de familia esperan llegar a fin de mes. Hasta la acción más trivial de la vida cotidiana está impregnada de este sentimiento: el viajero espera llegar a su destino, el profesional espera desarrollar bien su trabajo, por ejemplo.

Esperar significa considerar que tal situación es pasajera, mejorable o transformadora, a través de una actitud optimista y luchadora, y creyendo en nuestros propios recursos. Esperar, en definitiva, implica creer en el futuro como algo más sano y positivo. Así, pues, esperar, es como un proceso de liberación de pasar del “menos” al “más”, del sufrimiento a la felicidad. Pero estas fuerzas están en nosotros mismos. Hace falta descubrirlas para no caer en la desesperanza.

Para ilustrar el valor de la esperanza relatamos el experimento que hizo el Profesor Rudolf Bilz (1967)⁶ con ratas en su laboratorio. Sabemos que las ratas pueden aguantar en el agua nadando durante unas 80 horas.

Experimento:

5. Si ponemos a una rata en un cubo con agua no aguanta mas de 15 minutos, ya que al comprobar que las paredes son lisas no tiene “ninguna esperanza” de salvarse.
6. No obstante, si a los diez minutos de estar la rata en el cubo la tiramos un trozo de madera, entonces si que puede aguantar hasta 80 horas en el cubo sin ahogarse.
7. Si a esa misma rata se le pone nuevamente en el cubo con agua y no se le tira la madera puede, no obstante, aguantar también las 80 horas, pues... **espera** la madera salvadora.

c) La comprensión empática: si en toda relación terapéutica es necesaria la empatía del terapeuta, en el abordaje de los problemas noéticos es una condición imprescindible para poder comprender al otro en su totalidad y no dejarse arrastrar por los prejuicios o las propias concepciones personales sobre la existencia. En estos casos el respeto incondicional del otro es una premisa ineludible.

4.3. Sobrecarga emocional

Encarna tiene 55 años. Soltera. Hace diez años tuvo que dejar su trabajo, secretaria de dirección, para cuidar a su madre diagnosticada de Alzheimer. Acude a la consulta pues afirma que ya no puede más: “estoy harta de esta situación, mi madre cada día está peor y ya no puedo ni ir a la compra pues en cualquier momento se puede ir a la calle. En dos ocasiones la he encontrado semidesnuda en el portal del bloque”.

No tiene ayuda de nadie, pues sus dos hermanos no viven en la misma ciudad. No puede descansar por las noches. Duerme en la misma habitación y la madre se levanta continuamente o empieza a chillar sin ninguna razón aparente.

Ha pedido una ayuda a domicilio, pero le han puesto la excusa de la situación de crisis y su demanda ya se demora más de seis meses. Hoy nos dice que a veces ha tenido la idea de quitarse la vida, pues así al menos descansaría. El motivo de no hacerlo ha sido, curiosamente, la situación en que se quedaría su madre.

Aproximación conceptual

La sobrecarga emocional se puede definir como las actitudes y reacciones emocionales que sobrevienen al individuo por experiencias traumáticas repetidas, larga duración de la situación estresante, múltiples situaciones simultáneas o bien gran intensidad de una experiencia. Así, pues, la sobrecarga emocional se puede producir por:

- a) Frecuencia de una situación estresante: ejemplo: repetición de episodios depresivos del padre o de la madre.
- b) Duración en el tiempo de una vivencia con gran carga emocional: ejemplo: cuidar a un progenitor durante años con una enfermedad de Alzheimer.
- c) Múltiples situaciones emocionales: ejemplo: madre con un hijo drogodependiente, un marido alcohólico y que ha perdido el puesto de trabajo.

Estrategias

En principio, es necesario afirmar que, desde la psicología, es comprensible cierto malestar, irritabilidad o culpa en las situaciones antes descritas. No somos omnipotentes y no es extraño, pese a nuestro cariño y afecto, que en la atención de estos familiares enfermos sintamos momentos de “tirar la toalla” y salir corriendo. Ese sentimiento no es patológico: es anormal si lo llevamos a la práctica. Sentir no es negativo; lo irracional es cuando la vivencia de culpa se refleja en conductas que pueden herir al

otro o a uno mismo.

a) La importancia de poder expresar los sentimientos negativos: nunca nos cansaremos de repetir que la propia existencia es la gran escuela donde vamos fraguando nuestra personalidad. Así, de cómo hayamos exteriorizado nuestros sentimientos de niños, lo podremos hacer o no de adultos.

Lo cierto es que para crecer psicológicamente debemos permitirnos tomar conciencia de nuestros propios sentimientos: agresividad, amor, envidia, rencor, solidaridad, etc. Por esto propugnamos una libertad de sentir, que no es sinónimo de una libertad de actuar. Debemos facilitar la expresión de sentimientos a los niños; que puedan decir lo que les gusta y disgusta; que puedan comunicar su agradecimiento y su solidaridad, pero también su rabia, ira o envidia. Lo malo no es sentir, ni siquiera tener sentimientos negativos, sino no exteriorizarlos o hacerlo a través de la violencia física o el insulto.

b) La importancia del “nosotros”: en estas páginas subyace una idea matriz: si la persona consigue un buen vínculo entre sus deseos y limitaciones, entre sus posibilidades y límites y además la relación con los otros es sana y enriquecedora para su salud mental, es posible que consiga una estabilidad personal, que aunque inestable, sea la base de su felicidad. Cuando este equilibrio interno y externo se resiente, como por ejemplo en los casos que nos ocupan, una manera de favorecer la cicatrización de la “herida” es reforzar el vínculo grupal y personal.

c) No modificar a los otros: en estas circunstancias la solución no está en modificar a los otros (marido e hijo) sino en acompañar al consultante para que vaya aprendiendo a cambiar de actitud ante esos acontecimientos. La solución nunca está fuera de uno mismo, sino dentro.

4.4. Rupturas y pérdidas

Ana tiene 58 años. Acude a la consulta pues hace cuatro meses que falleció su marido de cáncer de pulmón. Eran un gran fumador y desde que le diagnosticaron el cáncer hasta que murió solamente pasaron dos meses.

A la exploración clínica se observa que ha perdido varios kilos en estos meses, se han multiplicado los dolores inespecíficos de espalda y tarda muchas horas en conciliar el sueño. Tiene miedo al acostarse pues en varias ocasiones, en el duerme vela, ha visto a su marido e incluso ha mantenido una breve conversación con él. Tras la muerte del marido se siente como si no fuera capaz de realizar las tareas que ha hecho toda la vida: llevar la administración de la casa, realizar las tareas domésticas o preparar la comida de su único hijo de 30 años. “Es como si me faltara vitalidad y energía”, nos dice. Incluso ha pensado que la muerte para ella sería la mejor solución.

Una situación que la atormenta es que unos meses antes del diagnóstico de cáncer, el marido se quejaba de cansancio y falta de fuerzas y Ana no le dio importancia: ”pienso que a lo mejor no hubiera muerto si yo hubiera estado más atenta a lo que le pasaba”.

Aproximación conceptual

La vida cotidiana está sembrada por “pérdidas”, grandes o pequeñas, que llevan impregnadas pena y dolor: desde el robo de nuestro coche, hasta la suspensión de un viaje vacacional por factores climáticos adversos o el diagnóstico de una enfermedad grave, todas esas situaciones suponen una pérdida: de un transporte más rápido y cómodo, el disfrute de un descanso o la propia salud. Pero más importante para nuestro estado psíquico es el hecho del fallecimiento de un ser querido. Aquí el desgarró es más intenso y la sensación de vacío se hace presente con una crudeza que puede llevar hasta el suicidio (Rocamora, 2006).

Por consiguiente, hay “pérdidas” y “pérdidas”. No es lo mismo perder una pulsera, aunque sea

recuerdo del aniversario de boda, que un trabajo o un “ser significativo”. En este último caso, es cuando podemos emplear en sentido estricto la palabra **duelo**.

El común denominador de todas esas vivencias es la pena o aflicción que acompaña al suceso. Será adecuada cuando se produzca una respuesta esperada en cuanto al nivel de angustia, su duración y la actitud ante sí mismo y ante el resto de los amigos y familiares, y sobre todo, que pasado un período prudencial no sea obstáculo para seguir disfrutando de la propia existencia; será inadecuada, patológica, cuando la reacción sea exagerada en intensidad, forma o tiempo.

Concretando un poco más podemos decir que *el duelo normal “conlleva un sentimiento de tristeza, una idealización transitoria de la persona que hemos perdido con cierta culpabilidad, por no haber hecho todo lo hubiéramos podido hacer por ella; y el duelo patológico supone un incremento de la culpabilidad y una idealización persistente de la persona fallecida”* (Célérier, 2001)².

Para Freud (1917) el duelo patológico estaría en relación con la ambivalencia (amor-odio) hacia el objeto perdido, lo que supondría que la excesiva culpa sería la manifestación de un deseo inconsciente de aniquilamiento del ser querido.

El **duelo patológico** puede estar provocado por, un retraso en la reacción, o por una reacción distorsionada. Es decir, el duelo es desplazado en el tiempo no habiendo una proximidad cronológica con la pérdida, o bien las manifestaciones son desproporcionadas. Entre las manifestaciones más frecuentes de duelo patológico podemos señalar las siguientes:

- Hiperactividad, sin sentimiento de pérdida.
- Identificación con el difunto a través de presentar la mismas sintomatología o dolencia somática.
- Prolongación excesiva, en el tiempo, de la tristeza.
- Gran sentimiento de culpa, rabia y abandono.
- Deterioro grave de las actividades cotidianas.

Desde el punto de vista psicodinámico la diferencia entre “duelo normal” y “duelo patológico” se puede describir de la siguiente manera: en una situación normal la persona que ha sufrido “una pérdida” incorpora las vivencias y sentimientos (positivos y negativos) que estaban unidos (ligados) al difunto, para quedarse con la esencia de esa vinculación; por el contrario, en el duelo patológico el superviviente se queda pillado en su relación ambivalente (de amor-odio) con el fallecido. En este último supuesto el sujeto queda en duelo permanente y aparece la sintomatología antes descrita.

Es uno de los datos fundamentales para entender el proceso de duelo. En esencia, podemos afirmar que toda relación es ambivalente: sentimos amor y odio, valoración y descalificación, aprecio y desprecio, etc., ya que el vínculo no es algo estático sino dinámico que tiene su historia y está cargado de momentos de satisfacción y momentos de rechazo; ese desfase, pequeño o grande, entre el polo negativo y positivo de nuestra relación, es lo que facilitará o no el proceso de duelo. Tanto si amamos mucho, como si odiamos mucho, nos será más fácil asumir la pérdida.

En el primer caso, el propio amor nos dará fuerza para soportar el fallecimiento, a no ser que en realidad sea un amor simbiótico, que dificulte más que facilite la separación por la muerte. Así se expresaba Carmen de 80 años que tras la muerte de su marido fue diagnosticada de un cuadro depresivo: “no puedo vivir sin él, era mis piernas y mis brazos; ahora la vida no tiene ningún sentido para mí”; en la segunda posibilidad, si el que muere es nuestro enemigo, no sentiremos su falta, sino más bien será un alivio.

Pero esto, en la vida cotidiana no es tan simple, porque los sentimientos no son tan nítidos como desearíamos. Un ejemplo: Juan es una persona casada que desde hacía varios años no se hablaba con su

padre por un tema de herencia. Nos dice: “Siempre me sentí rechazado por mi padre; mi hermano pequeño era su preferido. Llegó un momento que le odié con todo mi corazón, aunque reconozco que también se portó bien conmigo pues me ayudó a comprar mi piso cuando me casé”. Esta situación de **ambivalencia**, y de no haber podido clarificar la situación con su padre (la muerte se produjo de forma repentina) ocasionó una fuerte depresión en Juan, que le llevó al borde del precipicio del suicidio.

Lo mismo ocurre cuando tras una larga enfermedad, con continuos sacrificios por ejemplo, por parte de los hijos en la atención del progenitor enfermo (traslado y asistencia al hospital, abandono de los quehaceres de la familia de actual, renuncia al tiempo de ocio, etc.) se produce la muerte. El hijo/a siente una mezcla de sentimientos: pena y liberación, que en ocasiones generan más sufrimiento que el mismo fallecimiento. Pero esta vivencia de claroscuro es comprensible desde la psicología y es adecuada a la situación que se ha vivido. Habrá que realizar una “elaboración del duelo” para poder separar ambos sentimientos y aceptar la “pérdida”.

Estrategias

En el ámbito de lo cotidiano queremos recordar algunas indicaciones que nos pueden ser útiles para ayudar a la familia, amigo o vecino que ha perdido a un ser querido. Generalmente nos quedamos paralizados por la angustia y solamente podemos balbucear el socorrido e inexpresivo “te acompaño en el sentimiento”, en un intento por salir del paso.

Sin olvidar que el duelo es una experiencia personal e intransferible y cada persona lo vive de forma muy particular, me atrevo a sugerir algunas “claves” (Rocamora, 2006)⁸:

1. Escuchar más que hablar: sobre todo en los primeros momentos, tras el fallecimiento, la mejor actitud es la de “silencio empático”, como lo ha denominado algún autor. Es decir, no buscar explicaciones a la muerte o a la forma de producirse sino transmitir algo importante: “estoy aquí contigo”. Cuando nos empeñamos en intentar justificar lo injustificable como es la muerte de un niño, o de un joven o de un abuelo, en muchas ocasiones estamos tapando nuestra propia angustia y nuestras dificultades para aceptar el hecho luctuoso. Hay que ser oído más que boca, para soportar el sufrimiento del otro sin derrumbarnos.

2. La importancia del contacto físico: todavía recuerdo el abrazo cariñoso y silencioso que recibí de un buen amigo ante la muerte de mi padre; no pronunciamos palabra pero su presencia física fue suficiente para encontrar paz en mi espíritu angustiado. Es la misma experiencia que se tiene cuando un bebé llora: se le abraza, se le besa y deja de llorar.

3. No utilizar tópicos (“no te preocupes”; “ya saldrás adelante”; “tienes que ser fuerte”; “esto pasará pronto”, etc.): cuando uno está en plena angustia, estas expresiones o algunas parecidas, lo menos que producen es un sentimiento de lejanía, de que el otro no entiende nuestro dolor. Hay que acompañar al sufriente desde nuestro propio sufrimiento. No podemos poner “paños calientes” en una herida que está abierta y sangrando.

4. No intentar consolar: por ejemplo, afirmando todo lo bueno que aún le queda al superviviente: hijos, salud, hacienda, “toda la vida por delante”, etc. En esos momentos poco importa lo que se tiene, pues el sufrimiento se centra en lo que se ha perdido. Este tipo de intervenciones más que ayudar provocan malestar pues el superviviente percibe que no es comprendido en su dolor.

5. Ofrecer una ayuda concreta: las propuestas generales y ambiguas: “me llamas cuando quieras”, “ya sabes donde estoy si me necesitas”, etc. sirven para muy poco. Por el contrario, sería más eficaz decir algo concreto: “ya lo he dispuesto todo y te vienes este fin de semana a casa con nosotros”, por ejemplo.

6. Disponibilidad: la “escucha en el duelo” no tiene ni día ni hora determinada; no se programa ese encuentro, sino que el amigo o familiar tiene que estar disponible las veinticuatro horas del día y todos los días, al menos en las fechas próximas a la muerte, para recoger los miedos, las angustias, las culpas y temores del superviviente.

7. Empatizar, pero sin ser invadido por la angustia del otro: debemos “ser el paño de lágrimas”, pero sin que la angustia del otro nos atenace e invada de tal manera que nos incapacite para mantener un mínimo equilibrio que nos permita una adecuada ayuda.

8. Es más sano “recordar en paz” que olvidar: incluso cuando la relación con el difunto haya sido tumultuosa, no es bueno intentar poner un tupido velo sobre esa experiencia negativa, sino que debemos esforzarnos por repasar de forma auténtica las biografías cruzadas, con las sombras pero también con las luces, que siempre podemos repescar. El mirar conjuntamente el álbum familiar puede servir como instrumento para reencontrarse con el verdadero vínculo con el finado.

9. La importancia del “nosotros”: Aunque, como ya hemos dicho, cada persona tiene una forma específica de manifestar su duelo y tiene su tiempo para elaborar una muerte, lo que es evidente es que un clima de solidaridad y de amor será un catalizador positivo para curar la herida de la pérdida.

10. Pedir ayuda: el duelo es un proceso normal, pero a veces se complica: se alarga en el tiempo (meses y meses) o bien aparecen conductas patológicas: adicción a la bebida, ideación suicida, una depresión clínica o el contrapunto de una fase maníaca. En cualquiera de estas situaciones hay que pedir ayuda a un profesional: psicólogo o psiquiatra.

4.5. Callejón sin salida

María tiene cuarenta años. Casada. Tiene tres hijos: de 8, 12 y 16 años. Su marido hace dos años, tras graves problemas en la empresa, comenzó a consumir alcohol y posteriormente cocaína. Ahora está en paro.

Tiene problemas con el hijo mayor pues no quiere estudiar y está todo el día en la calle con un grupo antisistema. María ha tenido que comenzar a servir en dos casas para poder sacar adelante a la familia. “No puedo más –nos dice–. No soporto a mi marido, pero no tengo ánimos para separarme. En realidad es “un buen padre”, pero la droga le está matando.

No veo solución a mi problema y a veces he pensado que la mejor solución es la muerte”. De hecho, hace un año, tras una gran bronca, María se tomó todas las pastillas que encontró en la casa y tuvieron que practicarle un lavado de estómago.

Aproximación conceptual

El sujeto plantea su conducta suicida como la única salida posible a su situación personal o familiar. “No sé qué hacer; la única solución es la muerte”, nos decía en una ocasión una mujer ante la infidelidad de su marido. El terapeuta, en estas ocasiones, deberá esforzarse por presentar otras alternativas, e incluso plantear que la conducta suicida siempre se puede aplazar. Cuando todas las puertas están cerradas, la posible salida no es sólo la ventana, sino el descubrir una “puerta secreta”. Esa será la meta de la relación terapéutica: ayudar a encontrar la solución oculta.

Experiencia de “impasse”, lo llama Pelicier, (1981): la persona es incapaz de elegir. Ninguna de las alternativas planteadas se viven como posibles, y todas conllevan algún “pero”, que imposibilita una respuesta positiva. Al sujeto le cuesta elegir porque busca la solución ideal, no la solución más factible. Así se produce un círculo vicioso angustiante, que se autoalimenta y cierra toda posibilidad de cambio, hasta llegar al suicidio.

Estrategias

D’Zurilla (1993) desarrolla un modelo de intervención en los conflictos humanos y sus posibles pistas de solución. Aquí indicamos algunas estrategias de intervención:

1. *Identificación del problema del consultante*: debemos tener presente dos acciones: a) Hacer una lista clara y concreta de los problemas; b) Dividir los problemas complejos en partes más pequeñas y manejables.

En el primer caso debemos definir claramente el problema respondiendo a las cuestiones: ¿Cuál es el problema? ¿Cuándo ocurre? ¿Dónde ocurre? ¿Quiénes están involucrados? Hay que intentar que el consultante formule de forma breve su dificultad. Así como llegar a la esencia misma del conflicto. En segundo lugar, debemos procurar que el problema sea concretizado al máximo (no sirve decir, es un problema familiar, cuando lo que ocurre es que el marido es un alcoholico) o bien, dividirlos en “problemas más pequeños”. Para llegar a identificar el auténtico problema podemos preguntarle al consultante qué es lo que le desagrada de todo lo que ocurre y que describa alguna situación que le ha producido malestar.

2. *Elección de las metas alcanzables*: aquí tenemos que tener presente los propios recursos del consultante y plantear la solución de los problemas más urgentes y los que sean más fáciles de solucionar.

3. *Buscar soluciones*: es decir, debemos trabajar las medidas que tenemos que poner en práctica para lograr las metas propuestas. Se pueden proponer “una tormenta de ideas”, sabiendo que las soluciones siempre se encuentran entre dos extremos: la inmovilidad y la ruptura, y que ninguna de las dos es la más apropiada.

4. *Elección de la solución preferida*: es un buen ejercicio para llevar a la práctica la solución preferida escribir los pros y contras de cada una de las potenciales soluciones. Es evidente que deberíamos desechar como no válidas las alternativas que no son factibles o las inaceptables por las graves consecuencias negativas que llevarían anexas.

5. *Puesta en práctica de la solución elegida*: debemos asesorar sobre la solución elegida y verificar su efectividad.

6. *Evaluación*: es aconsejable que la solución propuesta se revise al mes y a los tres meses de llevarla a la práctica.

4.6. Experiencia de inferioridad

Pedro tiene 30 años. Soltero. Vive con la madre divorciada. Es una persona con pocos recursos psicológicos para afrontar los problemas (baja autoestima, dificultad para resolver los problemas cotidianos, dificultad para establecer vínculos estables, etc.) y con poco apoyo familiar por un divorcio muy conflictivo de sus padres.

Hace tres meses que se ha quedado en paro por un ERE en la empresa donde trabajaba de mecánico. Acude a consulta pues se siente triste, con dificultad para la concentración y con un gran sentimiento de minusvalía: “no valgo para nada y todo me sale mal”. Durante la entrevista manifiesta que prefiere morir a seguir viviendo así y que la muerte solucionaría todos sus problemas.

Estrategias

El sujeto parte de un criterio descalificador de sí mismo y consecuentemente contempla la muerte como la solución más óptima. “No sirvo para nada, para qué seguir viviendo...”, se dice. Durante el

encuentro terapéutico hay que intentar no convencerle de su valía (de forma directa: “tu vales mucho...”), pero sí clarificarle y confrontarle con los logros conseguidos: en el área laboral, familiar, personal o social. Este tipo de personas es muy propensa a las generalizaciones: “no sirvo para nada”; “nadie me quiere”, etc., son algunos de los pensamientos que repiten. La acción terapéutica deberá ir dirigida a que el consultante asuma una adecuada valoración de sí mismo, con sus posibilidades y límites.

4.7. Experiencia de exceso emocional

Juan tiene 50 años. Soltero. Buena posición económica. Se define como una “persona solitaria”. Su hobby es la climatología. Los fines de semana los dedica a navegar por Internet y analizar los distintos cambios de temperatura en los diferentes países. No tiene amigos y el contacto con la familia (hermanos y sobrinos) es escaso.

Vive por y para su negocio: una farmacia de su propiedad. Fumador de dos cajetillas de tabaco desde la juventud. Hace una semana, tras una revisión médica rutinaria, le han diagnosticado cáncer de pulmón. “De pronto todo se ha derrumbado –nos dice–. Tengo pánico al dolor y para “malvivir” prefiero morir. No quiero ir degradándome y depender de los demás. Considero que la mejor solución es el suicidio”.

Aproximación conceptual

Son conductas suicidas impulsivas como respuesta a una vivencia muy traumática: separación, diagnóstico de enfermedad mortal, etc. El consultante expresa su deseo de morir, al no soportar la angustia que le produce el acontecimiento traumatizante.

Son, pues, respuestas en cortocircuito ante cualquier acontecimiento traumático; se produce un predominio exclusivo de la emoción sobre la razón. Un ejemplo es la conducta suicida producida por una “culpa conocida”: tras haber hecho un desfalco, haber producido una muerte o agresión sexual a otra persona, etc.

Estrategias

La acción terapéutica debe ir dirigida a parar ese impulso suicida a través de intervenciones de contención: la disponibilidad, el contrato de no suicidio, entre otras. Estas técnicas se explicarán más adelante.

Conclusiones

1. La conducta suicida en la vida cotidiana se produce por el desajuste entre nuestras posibilidades (vulnerabilidad) y los factores de riesgo y los factores protectores. Es importante, pues, que en la exploración clínica tengamos en cuenta no solo los factores de riesgo sino también los factores protectores: nivel de autoestima capacidad para resolver problemas, estructura familiar adecuada, etc. que facilitarán una buena resolución del conflicto.

2. La dinámica profunda de todas las conductas suicidas, en la vida cotidiana, sigue el siguiente proceso: desesperación → desesperanza → suicidio. Excluyendo los suicidios impulsivos, la vivencia autolítica se va generando en el sujeto pasando de un malestar generalizado, sintiendo la dificultad para encontrar una salida airoso a la situación, hasta llegar a la convicción que la única salida posible es el suicidio. Antes pues de llegar a este último estadio la persona, en su fuero interno, lucha entre su deseo de vivir y su deseo de morir y necesita encontrar motivaciones que le faciliten agarrarse a la vida.

3. Como no podemos evitar todos “los estresores cotidianos” es necesario fomentar un adecuado

desarrollo del individuo y potenciar los factores protectores. Es decir, es metafísicamente imposible evitar todas las circunstancias adversas (enfermedades, muertes, etc.) pues son consustanciales al propio devenir de la existencia humana, pero lo que si podemos hacer es posibilitar al sujeto de las herramientas precisas para neutralizar esos conflictos. Esto se consigue cuando la persona desarrolla todas sus potencialidades psicológicas y aprende a vivir con la adversidad.

4. Destacar la importancia del grupo, como forma de neutralizar la vivencia suicida. En estos casos la familia se constituye en el pilar fundamental para poder neutralizar la vivencia suicida. Una familia acogedora y comprensiva con la angustia del presuicida es el mejor bálsamo para evitar el suicidio. También hay que tener presente que todo lo que favorezca un buen apoyo social facilitará la elaboración adecuada de la vivencia suicida.

5. La comprensión empática es imprescindible en el abordaje terapéutico de las vivencias suicidas. En estas circunstancias lo que prima no son las palabras sino las acciones. El respeto incondicional hacia el otro, que se manifiesta evitando el sarcasmo, el desafío y todas las descalificaciones, es un buen soporte para mitigar la angustia suicida.

II. CONDUCTA SUICIDA Y PSIQUIATRÍA. ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS

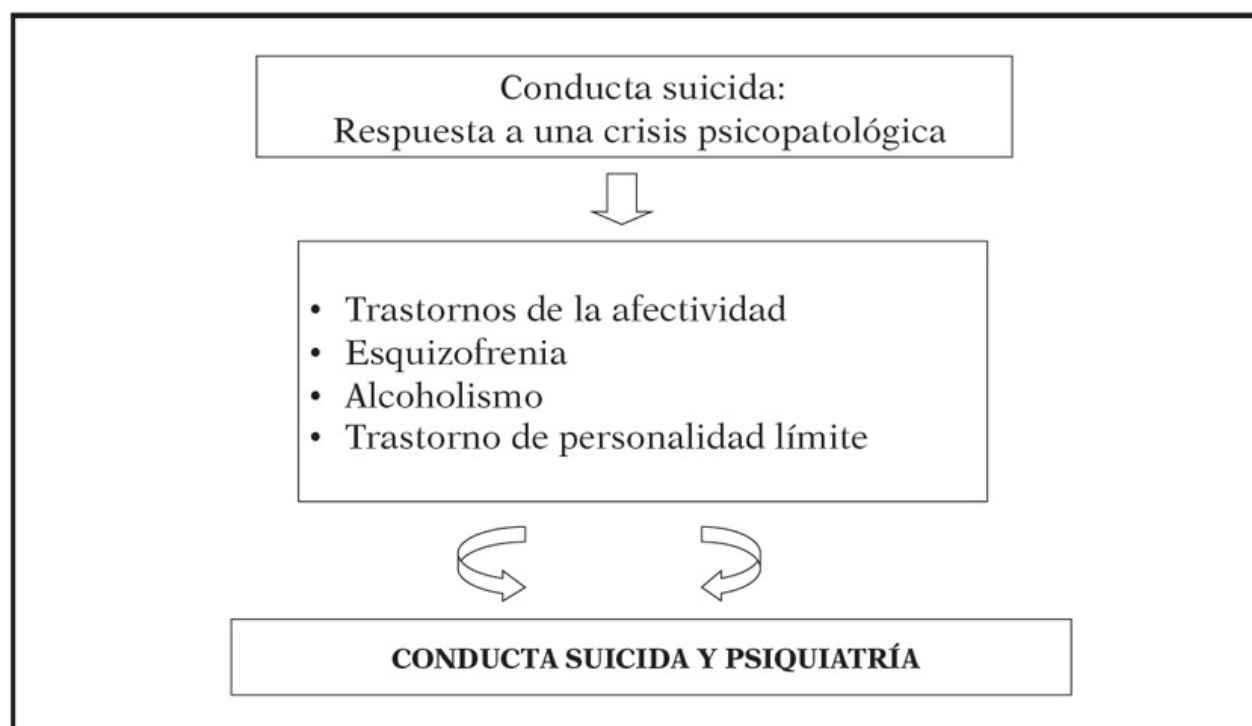
1. Algunos datos estadísticos

Se calcula que en el año 2000 se suicidaron aproximadamente un millón de personas, lo cual coloca al suicidio entre las diez principales causas de muerte en muchos países. Para el 2020 se estima que esa cifra habrá aumentado a un millón y medio. Aunque los porcentajes de suicidio varían por categoría demográfica, en los últimos 50 años han aumentado aproximadamente en un 60%. Reducir la pérdida de vidas por suicidio se ha convertido en una meta de salud mental internacional fundamental (2000a). En España, según el INE ⁹, en el 2009 se suicidaron 3.429 personas, de las cuales 763 eran mujeres y 2.666 hombres.

Otros datos (OMS, 2000b)¹⁰

- Cada 40 segundos una persona comete suicidio en alguna parte del mundo.
- De 10 a 20 veces más personas intentaron suicidarse, y se supone que las cifras reales son más altas.
- Cada 3 segundos una persona intenta morir.
- El suicidio está entre las tres causas más frecuentes de muerte en personas jóvenes con edades de 15 – 35 años.
- Cada suicidio tiene un serio impacto sobre al menos otras seis personas.
- El impacto psicológico, social y financiero del suicidio sobre la familia y la comunidad no es mensurable.

2. Proceso de la conducta suicida y psiquiatría



La enfermedad mental es un interjuego de fuerzas que abarca desde la vulnerabilidad genética (sobre todo en la esquizofrenia y en los trastornos afectivos se admite, aunque se desconoce en qué consiste, una predisposición que facilitaría la aparición de la enfermedad), la influencia de las figuras parentales, la escuela, la misma sociedad y el propio desarrollo psicológico del niño. Podemos decir, pues, que factores biológicos, psicológicos y sociales favorecen la posibilidad de una vulnerabilidad a la enfermedad mental, que junto a los estresores de la vida del sujeto (vivencias traumáticas, conductas

inadaptadas, consumo de tóxicos, etc.) pueden producir un trastorno mental.

3. Psicopatología y conducta suicida

3.1. Personas que padecen un trastorno de personalidad límite y conducta suicida

Patricia tiene 30 años. Relata que desde siempre se ha encontrado mal, pues ya de pequeña el padre la maltrataba y tiene un hermano esquizofrénico. Se marchó de casa teniendo diecinueve años.

Tiene poco contacto con su familia de origen. Ha estado viviendo sola o en pareja durante un tiempo. Ha tenido diversos trabajos pero en todos ellos ha durado muy poco: “Siempre me he encontrado con gente que me quería explotar”, nos dice.

Refiere cambios bruscos del estado de ánimo y en alguna época estuvo coqueteando con la droga. Dice ser muy inestable en ocasiones y siempre se encuentra como molesta con todo el mundo. “En los días de bajones he llegado a hacerme pequeños cortes en los brazos, pues era una manera de sentirme viva al experimentar el dolor”. Incluso manifiesta que, en ocasiones, no puede controlarse y ha llegado a golpear a su pareja ante las pequeñas discusiones cotidianas”. Soy muy extremista –nos dice-; ni yo misma me entiendo, pues tan pronto estoy contenta como todo me parece negativo o absurdo”.

Tiene un concepto muy negativo de sí misma y considera que nadie la quiere, o mejor, que todo el mundo la desprecia.

Hoy acude a la consulta pues ha estado en Urgencia donde le han realizado un lavado de estómago. Refiere que hace dos días tuvo una fuerte discusión con su pareja y se tomó todas las pastillas que tenía en casa para su tratamiento. Hace unos seis meses repitió la misma acción de tomarse las pastillas tras la pérdida de su anterior empleo. Actualmente hace crítica de esa acción y manifiesta su deseo de vivir.

Aproximación conceptual

El término “límite” proviene del psicoanálisis y hace referencia a estructuras yoicas que se encuentran entre la neurosis y la psicosis. Fue con la clasificación del DSM-III (1980) donde apareció por primera vez para designar un trastorno de la personalidad.

Dos son las características propias de este tipo de pacientes: la inestabilidad emocional y la impulsividad. La primera se manifiesta en los cambios de humor, que le ocasionan grandes conflictos con los demás y en el establecimiento de vínculos, pues sienten que pueden ser rechazados o abandonados. Todo ello proporciona unas relaciones sociales inestables, con grandes cambios en la valoración de sí mismo y de los demás. En segundo lugar, la impulsividad lo lleva a cometer acciones, que pueden ir desde actos autodestructivos o autolesiones, a abusos de sustancias o trastornos de la conducta alimentaria (bulimia o anorexia).

Todo ello da lugar a una sensación de inestabilidad y ambivalencia que impregna tanto a su vivencia de la sexualidad, como a su autoimagen y a la relación con los demás. Podemos sintetizar diciendo que la concepción de sí mismo es negativa y con respecto a los demás, lo que demandan es ser cuidados.

Algunos datos

Pompili et al. (2005) en un estudio de metaanálisis observan que el comportamiento suicida es mayor en los individuos con trastorno límite de la personalidad comparados con la población en general.

Para muchos clínicos (Szerman Bolotner, 2004) el trastorno de personalidad límite es el que más se relaciona con el suicidio. No porque su incidencia sea mayor sino porque el paciente, durante toda su vida está luchando contra sus impulsos autodestructivos. A pesar de todo, según las estadísticas entre el

67% y el 76% de estos pacientes han realizado al menos un intento de suicidio en su vida. Y esto es así por las diversas circunstancias que se dan en estos pacientes: impulsividad, comorbilidad con otros trastornos (principalmente con la depresión o las adicciones) y los antecedentes de automutilaciones y de abuso en la infancia.

Otros autores, citados por Szerman Bolotner, (2004), establecen que uno de cada 10 paciente TPL realizan un suicidio, que las amenazas e intentos autolíticos alcanzan el máximo al inicio de la enfermedad y que los suicidios consumados se realizan entre los 30-35 años, siendo la mayoría hombres y en la mayoría de los casos su primer intento.

Estrategias terapéuticas (Cervera G. et al. 2005)

- Valorar el riesgo de suicidio en cada momento de la exploración. A través de una exploración minuciosa, sobre todo de los sentimientos que invaden al paciente, podemos distinguir un verdadero intento de suicidio de una conducta parasuicida.
- Utilizar técnicas de contención y de “Acting-out” en los pacientes en que la impulsividad sea manifiesta (ver más adelante su explicación).
- Se debe mantener un vínculo terapéutico estable para facilitar la relación transferencial en estos pacientes.
- Facilitar la expresión de sentimientos, aunque éstos sean negativos.
- Si se valora alto el riesgo suicida estaría indicado un ingreso hospitalario, y en todo caso se pueden beneficiar de un tratamiento farmacológico para neutralizar la impulsividad o mejorar el estado de ánimo.

3.2. Personas que padecen una depresión y conducta suicida

Rogelio tiene 50 años. Casado. Inicia la entrevista señalando que tiene mucha tristeza, con tendencia a estar todo el día en la cama y ha perdido el interés por todo y tiene gran dificultad para concentrarse.

Al inicio de la entrevista Rogelio afirma: “lo mejor sería acabar con todo esto. No puedo soportar más este sufrimiento. Llevo una semana sin dormir y solamente veo una solución: quitarme de en medio. Para vivir así es mejor morir. La vida no tiene sentido para mí”. El paciente llora de forma desconsolada.

De los datos biográficos destacamos lo siguiente: hijo único. Huérfano desde los dos años. Su madre se marchó a trabajar a Francia y se crió con los abuelos hasta la edad de catorce años.

Afirma que desde pequeño se ha sentido muy inseguro: “en el colegio mis compañeros me rechazaban pues llevaba gafas desde muy pequeño y no me ha gustado hacer deporte”.

Siempre fue un buen estudiante, pero tuvo que cambiar de colegio y ciudad pues su abuelo se trasladó en varias ocasiones de empresa”. A mis abuelos los considero como a mis padres, aunque cuando yo tenía ocho años murió mi abuela y cuando tenía catorce falleció mi abuelo. Me marché a Francia donde vivía mi madre pero allí me encontré con un “padraastro y dos hermanos más”. Solamente aguanté dos años pues los malos tratos físicos y psíquicos eran constantes”.

A los 18 años comenzó a salir con una chica pero le dejó a los tres meses por otro. Con su actual mujer se casó hace ahora veinte años. No han tenido hijos. “Siempre me he sentido un incomprendido, pues lo único que me gusta es la caza y no he podido realizarla”.

Desde hace un año está en tratamiento psiquiátrico pues no sentía placer por nada, y a veces se sentía muy irritable con cambios bruscos de estado de ánimo, que se concretizaba en un sentimiento de vacío muy grande, con una preocupación excesiva por la salud. Todo se acompañaba con una gran

dificultad para conciliar el sueño y una falta de apetito, con pérdida de peso de unos diez kilos en los últimos meses.

Aproximación conceptual

El estado deprimido es una alteración grave de la afectividad. Es un estado de tristeza excesiva, que engloba a toda la personalidad del sujeto (pensamiento, voluntad, sentimientos, etc.) y que se prolonga y persiste durante varias semanas, e incluso durante varios meses.

El consultante puede expresar esta vivencia depresiva de forma directa o a través de expresiones tales como “no tengo ganas de hacer nada”, “todo me da igual”, “todo lo veo negro”, “la vida no tiene sentido”, etc. El deprimido se siente como inmerso en un gran pozo donde no se ve la luz, y las tinieblas envuelven todos sus proyectos y deseos. Se encuentra como perdido en un gran desierto y, a veces, la única salida que encuentra es el deseo de morir.

Esta situación se puede poner de manifiesto con el llanto continuo, la incapacidad para producir nuevas ideas, la ausencia de proyectos o la imposibilidad de poner en práctica las actividades cotidianas. Generalmente se acompaña de un sentimiento de autodesprecio e inutilidad, llegando el sujeto a hipertrofiar sus fracasos o deficiencias y a negar sus pequeños o grandes éxitos. Esta autocrítica feroz se refuerza con un sentimiento de culpa. El deprimido se contempla como el único generador del malestar familiar, e incluso de la propia sociedad.

La alteración de la afectividad, que define el estado deprimido, se acompaña generalmente, de otros síntomas tales como: pérdida del apetito, trastornos del sueño, dificultades para concentrarse, enlentecimiento en la expresión verbal, etc. A veces, se acompaña de agitación psicomotora o inquietud. Es decir, el sujeto “necesita hacer cosas”, pero sin ninguna finalidad (tal como andar, moverse, retorcerse las manos, etc.).

Son también frecuentes en los estados deprimidos las manifestaciones neurovegetativas: “nudo en la garganta”, “palpitaciones cardíacas”, alteraciones gástricas e intestinales, etc. Todo ello se produce en una persona que busca el aislamiento, la ruptura con los demás, la negación a hablar o compartir los hechos más cotidianos de la vida. El deprimido se siente en la ambivalencia de querer estar solo, y al mismo tiempo, su gran queja es que los demás no lo aprecian, no lo valoran, no lo quieren. Necesita a los demás y al mismo tiempo los repudia. Y ese conflicto es fuente de angustia y tristeza. Máxime cuando no hay motivo o razón manifiesta para dicha conducta (Rocamora, 2007).

Algunos datos

Como hemos dicho antes, según la OMS (2000a), aproximadamente el 80-90% de las personas que han puesto fin a su vida suicidándose padecían un trastorno mental, y el 60% de ellas estaba deprimida en ese momento. De hecho, todos los trastornos del estado de ánimo han sido claramente relacionados con el comportamiento suicida. La depresión y sus síntomas deben alertar a los terapeutas sobre el posible riesgo de suicidio.

En el metaanálisis de Harris y Barraclough (1997), se obtiene como resultado que la depresión mayor aumenta 20 veces el riesgo suicida, trastorno bipolar el 15 y la distimia el 12. Entre el 9-15% de los pacientes con trastornos afectivos mueren por suicidio y parece que es más frecuente en las fases tempranas de la enfermedad. El trastorno bipolar tiene una tasa de intentos de suicidio del 30-40% y el suicidio consumado se da en el 10%. El mayor riesgo se encuentra en los pacientes en fase depresiva. (Vega Piñero et al. 2002)

Estrategias terapéuticas

La persona que padece una enfermedad depresiva tiene un alto riesgo de concluir en el suicidio pues contempla la muerte como la única salida posible a su angustia. Podemos considerar la desesperanza como la antesala del acto suicida en estas personas.

Entre las estrategias terapéuticas específicas para este tipo de pacientes, señalamos las siguientes:

Visión en túnel

En los pacientes depresivos el terapeuta debe actuar como un yo fuerte y transmitir seguridad y confianza. Se puede plantear al presuicida que existen otras alternativas que no conducen al suicidio. Es como decirle: “Vd. está inmerso en un túnel lo que le impide ver el paisaje que le rodea. Debe confiar en mí cuando afirmo que existen otras salidas distintas de la muerte”. Aquí habría que lograr que el consultante expresara las posibles soluciones a sus problemas, aunque las considerara inalcanzables.

Tres son las acciones que podemos indicar para que el sujeto vea la luz al final de ese túnel (Guibert Reyes, 2002)¹¹:

- a) Confrontar al paciente con la auténtica realidad: se indicarán los aspectos positivos que se conozcan del paciente para combatir sus ideas irracionales sobre su situación.
- b) Facilitar al paciente otras explicaciones más racionales de su situación y las posibles alternativas.
- c) Posibilitar el que el sujeto tome conciencia de su situación (“haga un insight”) y comprenda su situación.

Trabajar la triada cognitiva de la depresión

Desde la perspectiva cognitiva, la depresión deja de considerarse un trastorno del estado de ánimo para conceptuarse como un trastorno del pensamiento. Beck (1979) apoya en tres constructos el sustrato psicológico de la depresión: *esquema cognitivo* (actitudes y creencias que se han ido configurando a lo largo de la biografía del sujeto, principalmente en la infancia), *errores cognitivos* (son las distorsiones sistemáticas que se dan en los procesos del pensamiento depresivo, como la generalizaciones, el pensamiento dicotómico, etc.) y la *triada cognitiva* (consecuencia de las vivencias anteriores y que se expresa por una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro). Bellamente lo expone Beck et. al. (1979)¹².

“Los individuos con tendencia al suicidio presentan una disposición a sobreestimar la magnitud y el carácter irresoluble de los problemas. En este sentido, perciben los problemas pequeños como graves y los de cierta magnitud como abrumadores. Además, estos individuos muestran una increíble falta de confianza en los propios recursos para resolver problemas. Por último tienden a proyectar todo este cuadro de actitudes negativas hacia el futuro”.

Dos son las estrategias terapéuticas que Beck (1979)¹³ señala como específicas para el paciente depresivo: técnica de inoculación del estrés y exigir al paciente que haga un listado con “razones para vivir” y “razones para morir”.

En la primera se puede utilizar la “fantasía forzada”. Se le pide al paciente que: a) se imagine a sí mismo en una situación límite, b) intente experimentar la desesperación típica y los impulsos suicidas y c) trate de generar soluciones a los problemas a pesar de los “impulsos suicidas”. A continuación se anima al paciente a que practique esta técnica en situaciones de la vida real.

Cuando el paciente se encuentra en la ambivalencia entre el deseo de morir y el deseo de vivir, Beck (1979) propone la técnica de “razones para vivir” y “razones para morir”. Se pedirá al paciente que haga una lista con los motivos actuales o en el pasado para vivir y los motivos para morir. En ocasiones el terapeuta tendrá que ayudar al sujeto a que descubra lo que aún le ata a este mundo.

Trabajar la culpa

Según Tizón (1982)¹⁴ “*la culpa depresiva implica hacerse cargo de la responsabilidad de los sentimientos y fantasías de agresión que se han experimentado frente al objeto querido. El yo del sujeto siente pena, sufre el pesar, pero no se entrega sino que lucha para reparar la pérdida o el daño cometido*”. De esta forma se inicia el proceso de reparación que consigue un nuevo equilibrio en el sujeto, signo de paz y tranquilidad.

Reforzar el vínculo familiar y social

El suicida es la persona a la cual le han fallado sus mecanismos integradores y como respuesta a la situación conflictiva, opta por la autodestrucción. Lo definitivo en el suicidio, no es el factor desencadenante (muerte, separación, pérdida, enfermedad, etc.) sino el desajuste entre ese factor y las posibilidades de integración del individuo. Este tendrá más capacidad de soportar la adversidad en tanto en cuanto se sienta más arropado por el grupo familiar, social o laboral. A la inversa, cuanto más desintegrado se encuentre un grupo, más posibilidades existen de que el suicidio se contemple como una alternativa favorable y “saludable”.

3.3. Personas que padecen una esquizofrenia y conducta suicida

Joven que ahora tiene 25 años y a la que llamaremos Catalina. Estudiando primero de Biología fue diagnosticada de un Brote psicótico. Todo empezó una mañana cuando estaba comprobando una nota de un examen. Comenzó a gritar y a decir que la espiaban, que sentía una fuerza, que no sabía concretar, que le indicaba que era el centro de todas las miradas. De hecho cuando llegó a casa comenzó a cerrar puertas y bajar las persianas, pues existían miles de ojos que observaban todo lo que hacía. A los padres les prohibió encender la TV, pues a través de ella recibía mensajes que le decían que era una puta y muchas de las cosas que decían se estaban refiriendo a ella. Incluso por la radio le ponían las canciones que le gustaban para indicar que estaban en contacto con ella. Al día siguiente, en la misa dominical, comenzó a dar gritos y a afirmar que estaba poseída por el demonio y que por eso la gente le quería hacer daño. Salió corriendo e intentó arrojarse a los coches que circulaban por la calle.

En la entrevista clínica los padres informaron que desde hacía varias semanas la encontraban como extraña: había dejado a los amigos, no quería comer con el resto de la familia y se mostraba muy desconfiada, y había comenzado a tener problema de sueño. En alguna ocasión, en esos días, mostró gran angustia, pues afirmaba que sentía cómo iba a pasar algo tremendo a ella o a la familia, aunque no sabía concretarlo.

Tras su primer ingreso psiquiátrico cuando llegó a su domicilio intentó arrojarse por la ventana de su casa (es un sexto piso) pues luego comentó “que no se sentía con ánimos para seguir viviendo”.

Ahora trabaja en unos grandes almacenes. Sigue con su tratamiento farmacológico y ha comenzado a salir con un chico. Aunque se muestra en ocasiones desconfiada y recelosa del comportamiento de sus amigos, lleva una vida social normal y tiene proyectos de futuro.

Aproximación conceptual

La vivencia psicótica es construir un mundo propio donde todo tiene sentido dentro del “sin sentido” que embarga a la experiencia. Desde el punto psicodinámico es la supremacía del narcisismo: “soy el centro del universo, –podría decir el esquizofrénico– y por eso todas las miradas y conspiraciones se refieren a mí”. Pero esta experiencia es angustiada, pues el sujeto se siente dominado por ella y no puede realizar ningún acto que no esté conectada directa o indirectamente con ella; y además se vive de

forma tan categórica que es imposible poner la atención y el interés en otras parcelas de la vida. Se vive para y por esa vivencia.

Siguiendo a Minkowski (1980) podemos definir la esquizofrenia, la locura por antonomasia, como “la pérdida de contacto vital con la realidad”. Es decir, la esquizofrenia no consiste en un trastorno de una de las facultades de la persona humana (afectividad, voluntad, entendimiento) sino que “reside más bien entre ellos, en el espacio intersticial”

El enfermo esquizofrénico es como un coche sin dirección. Es posible que todos sus elementos – facultades– estén en perfecto estado, pero el acoplamiento entre ellos es lo que falla. Es decir, su conciencia no está alterada, ni su memoria, ni siquiera la atención, concentración, etc. En general, podemos circunscribir los estados psicóticos a toda vivencia en la que la relación Yo–Mundo está severamente alterada. El sujeto vive una doble división: se encuentra partido, roto en sí mismo, y al mismo tiempo se vive como extraño, distante de la propia realidad circundante.

Algunos datos

Aproximadamente entre el 10% y el 15% de las personas con esquizofrenia se suicidan. Un mayor conocimiento personal del trastorno mental, menos años en tratamiento y síntomas depresivos graves corresponden a un mayor riesgo de suicidio en la población psicótica. Entre el 20% y el 40% realizan tentativas de suicidio y el suicidio constituye la principal causa de muerte entre los pacientes esquizofrénicos (Bobes García, 2004).

Ros Montalbán (1997) considera que la persona que padece una esquizofrenia presenta dos tipos de factores de riesgo respecto a la conducta suicida: unos que comparte con la población en general (edad, sexo, estado civil, etc.) y otros que le son específicos. Entre estos últimos señalamos: la cronicidad del cuadro clínico y su deterioro, la conciencia de enfermedad, la sintomatología positiva o negativa y la excesiva dependencia del tratamiento y del terapeuta, así como de la familia.

El suicidio de las personas que padecen una esquizofrenia se caracteriza por su impulsividad (por esto es difícil de establecer medidas de contención) y porque los medios que utiliza son de gran letalidad: defenestración, disparo en la cabeza, arrojamiento al tren, etc. Estas personas pueden llegar al suicidio por dos vías: como producto de su propia psicopatología (“las voces me dicen que me tire por la ventana” o también la gran angustia psicótica puede llevar al suicidio como forma de escapar de esa situación) o bien al tomar conciencia de las consecuencias nefastas de la propia enfermedad: incapacidad para formar una familia, no poder trabajar, etc.

Estrategias terapéuticas

Comprensión y disponibilidad: la persona que padece una esquizofrenia necesita ser aceptada tal como es asumiendo sus deficiencias e incluso sus conductas extrañas y no sentirse rechazada ni sancionada por su forma de vivir. Por otra parte, dado lo imprevisible de las conductas suicidas en estos pacientes, el terapeuta tendrá máxima disponibilidad, para que sobre todo en las situaciones críticas (reactivación de la vivencia psicótica, graves conflictos familiares, etc.) el sujeto pueda recibir la ayuda psicológica o psiquiátrica en el momento adecuado.

Contención: familiar, farmacológica u hospitalaria: en algún caso que se constate la imposibilidad de contención de forma ambulatoria o por el déficit del apoyo familiar, y cuando hubiere un alto riesgo de suicidio se podría programar un ingreso hospitalario para poder neutralizar los impulsos suicidas. A veces, un refuerzo en el tratamiento farmacológico, junto con una ayuda terapéutica más frecuente, puede ser suficiente para superar la situación crítica.

Confrontar el delirio en las psicosis crónicas: en los pacientes crónicos, en los que la certeza del delirio ha disminuido, se puede confrontar la vivencia delirante a través de la terapia de atribución, para así conseguir desmontar la vivencia de suicidio.

Reforzar los vínculos sociofamiliares: como hemos mencionado en los pacientes que padecen una depresión, también en este tipo de pacientes una estructura familiar acogedora y comprensiva con la patología psiquiátrica será un gran apoyo para neutralizar las vivencias suicidas.

3.4. Personas que padecen un alcoholismo y conducta suicida

María tiene 28 años, está casada y es madre de una niña de 6 años. Es la mayor de cuatro hermanas. Su madre es miembro de Alcohólicos Anónimos y el padre consume alcohol de forma intermitente.

María comenzó a beber en la universidad, cuando tenía 19 años, con su novio, su actual marido. La ingesta de alcohol fue en aumento y pasó de emborracharse los fines de semana, con lagunas de memoria ocasionales, a beber en exceso a diario durante el cuarto año de carrera.

A los 22 años, después de saber que estaba embarazada de su hija Ana, dejó de beber, por sus propios medios, durante un año. Lo realizó con gran esfuerzo de voluntad pues temía malformaciones en el feto si seguía bebiendo.

Poco tiempo después del nacimiento de su hija comenzó a beber, sobre todo en casa con el marido. Poco a poco fue dependiendo, cada vez más de su asistenta pues no podía con el cuidado de la niña, la casa y el trabajo.

En un análisis rutinario su médico detectó una inflamación hepática y alteraciones en las pruebas del laboratorio (transaminasas muy por encima de los valores normales). No obstante siguió bebiendo y no escuchó ni a su madre ni a su médico que le recomendaron que buscara ayuda psiquiátrica y psicológica. Sufrió varios accidentes de tráfico, incluyendo uno en el que llevaba a su hija en el coche. Hacía todo lo posible por ocultar a su jefe su problema con la bebida, pero en casa, donde esta conducta era tolerada por su marido alcohólico, bebía sin control.

La relación entre la pareja se fue deteriorando e incluso la niña afirmaba que “mamá bebe demasiado”. Tras una bronca con su marido se bebió una botella de coñac y todas las pastillas que encontró por casa. Fue necesario un lavado de estómago. Posteriormente inició tratamiento psicoterapéutico y psiquiátrico. En la actualidad acude a Alcohólicos Anónimos.

Aproximación conceptual

La conducta alcohólica es una enfermedad en el sentido que constituye una pérdida de libertad. Pero hay que matizar diciendo que el alcoholismo no viene definido por la cantidad de alcohol que se ingiere, ni siquiera por la frecuencia que se consume.

Antes de llegar a esa “intolerancia orgánica”, se ha pasado por una dependencia psicológica. El alcohólico es una persona que necesita el alcohol para modificar una situación. Puede terminar en la embriaguez o no, pero lo que define a este tipo de conductas es su necesidad de consumir alcohol. El motivo puede ser desde una problemática familiar o social, hasta un conflicto individual, como por ejemplo, la no aceptación de sus propias limitaciones. A este respecto recuerdo el caso de Antonio, profesor de una prestigiosa universidad, que todos los días antes de comenzar las clases debía tomarse un “whisky”, según decía, como vasodilatador, pero la realidad era que lo hacía para superar su miedo a hablar en público. Antonio era un alcohólico.

Por esto, el síndrome de dependencia a una droga no se establece en función de la dosis que se consume sino por las implicaciones que este consumo tiene en la persona y en su relación con el

entorno. De manera general se pueden observar cuatro criterios para distinguir cuándo el consumo de una droga u otra conducta (juego, compras, trabajo, sexo, etc.) se convierte en adictivo y debe ser diagnosticado (Jarne y Talarn, 2000)¹⁵:

Obsesión: es decir, necesidad irresistible al consumo de la droga. El sujeto pospone cualquier acción o actividad ante el deseo irresistible de consumir el producto.

Pérdida de control: es la otra cara de la moneda: ante el impulso irresistible el sujeto no puede controlarse, aunque después es consciente de que su comportamiento es anómalo y por esto aparece el sentimiento de culpa.

Consecuencias negativas: el consumo persiste a pesar de los problemas económicos, familiares, laborales, orgánicos y psicopatológicos.

Negación: el adicto normalmente no advierte la gravedad de los efectos negativos, niega que exista un problema y se enfada o se pone a la defensiva si alguien le indica que su consumo está fuera de control.

Algunos datos

El trastorno por uso de sustancias, fundamentalmente el alcoholismo y en menor medida otras drogas, frecuentemente se asocian al suicidio. Esto puede producirse de dos maneras: como vivencia precipitante que puede llevar al suicidio y como factor de riesgo, por el deterioro que supone para la persona, entre otros motivos. He aquí los datos:

- La incidencia de suicidios entre consumidores de drogas es alrededor de 20 veces la de la población en general y el 70% de los suicidios en gente joven se asocian de alguna manera con el consumo de drogas.
- El consumo de alcohol es un factor presente en el 25%-30% de todos los suicidios.
- Según Harris y Barraclough (1997) la persona alcohólica tiene 6 veces más riesgo de suicidio que en la población en general.

Estrategias terapéuticas

Estrategias ante la desesperanza: partimos del hecho de que la persona que padece una dependencia alcohólica, sobre todo en los cuadros crónicos, se encuentra en una situación de desesperanza, es decir, no encuentra ninguna razón para seguir viviendo, o lo que es lo mismo, la única salida válida es el suicidio. En estas situaciones podemos decir con Beck (1979)¹⁶ que “*si la desesperanza está en la base de los deseos de suicidio, pueden emplearse varios métodos para comunicar al paciente que a) existen interpretaciones alternativas a su situación y del futuro menos negativas que las que él sostiene, y b) tiene otras opciones aparte de su conducta actual, que de hecho puede llevarle a un callejón sin salida*”. Continúa Beck afirmando que es necesario provocar una “disonancia afectiva”, demostrando las contradicciones existentes en el sistema de creencias.

Estrategias de tratamiento del cuadro clínico: es imprescindible iniciar un tratamiento de desintoxicación, de deshabitación y de rehabilitación. Para ello se necesita la colaboración del paciente y su firme decisión de no consumir más alcohol.

Intentar recomponer el sistema familiar: sobre todo en el alcoholismo crónico no es extraño un gran deterioro en el funcionamiento familiar, por lo que se recomienda una terapia familiar, para entre otras cosas, posibilitar un sistema familiar acogedor y que sepa manejar de forma correcta al paciente que consume alcohol.

Técnicas utilizadas en los trastornos depresivos: dado que en la mayoría de los casos la conducta

alcohólica se acompaña de una depresión clínica se pueden utilizar además las estrategias señaladas para las personas que padecen una depresión.

Conclusiones

1. La conducta suicida relacionada con alguna enfermedad psiquiátrica (principalmente en los trastornos esquizofrénicos, afectivos, adicciones y trastorno de personalidad límite) está provocada generalmente por la propia patología psiquiátrica del sujeto (delirios, tristeza, etc.) y/o como consecuencia del deterioro personal, desestructuración familiar o social que la propia enfermedad ha producido.
2. El correcto abordaje de estas conductas suicidas deben abarcar dos aspectos fundamentales: uno, neutralización de los síntomas psicopatológicos y elaboración de la patología, y dos, posibilitar un clima de acogida y comprensión familiar.
3. Por lo tanto, en estos cuadros clínicos será necesario en primera instancia, un tratamiento farmacológico (antidepresivos, antipsicóticos, etc.) como forma de suprimir la sintomatología clínica y la angustia que conlleva, y se acompañará con un abordaje psicoterapéutico que facilite la elaboración, en algunos casos, de la propia conducta suicida.
4. En ocasiones, bien por la gravedad de la patología o bien por la imposibilidad de atención adecuada por parte de la familia o del propio sistema sanitario ambulatorio, será necesario un ingreso psiquiátrico como forma de contención de la vivencia suicida.
5. Por último, también aquí es necesario trabajar psicológicamente con la familia del paciente para favorecer su colaboración y posibilitar la comprensión de la vivencia suicida, y de esta manera ayudar a todo el sistema familiar a una sana elaboración del comportamiento suicida.

1. Cyrulnik B. (2002). *Los patitos feos*. Barcelona: Gedisa., p. 73.
2. Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986) "El concepto de Afrontamiento". En: *Estrés y procesos cognitivos (1986)*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca, pp. 140-244.
3. Marias, J. (1978). "Cansancio de la vida como crisis de los proyectos". En: *El cansancio de la vida*. Madrid:ed. Karpos, pp. 150-163.
4. Laín Entralgo, P. (1978). "Cansancio de la vida y desesperanza". En: *El cansancio de la vida*. Madrid: ed. Karpos. pp. 250-262
5. Madrid, J. (2005). *Los procesos de la relación de ayuda*. Bilbao: Desclée De Brouwer, p. 64.
6. Rudolf Bilz (1967) *El experimento de la esperanza*
www.neurologia.tv/revistas/index.php/psiquiatricom/article
7. Célérier, M-C. (2001). *El encuentro con el enfermo*. Madrid: Síntesis, p. 27
8. Rocamora, A. (2006). *Creer en la crisis. Cómo recuperar el equilibrio perdido*. Bilbao: Desclée De Brouwer, pp. 89-91.
9. INE. Instituto Nacional de Estadística: <http://www.ine.es/>
10. OMS, 2000b, *Prevención del suicidio. Un instrumento para trabajadores de Atención Primaria de Salud organización Mundial de la Salud*, Ginebra: http://www.who.int/mental_health/media/primaryhealthcare_workers_spanish.pdf
11. Guibert Reyes, W. (2002). "Enfrentamiento especializado al paciente suicida". *Rev Cubana Med Gen Integr*. 8, pp. 2.
12. Beck, A.; Rush, A.; Shaw, B. y Emery, G. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión*, Bilbao: Desclée De Brouwer, 1983, p. 202.
13. *Ibidem*, p. 195.
14. Tizón García, J. (1982). *Apuntes para una psicología basada en la relación*. Barcelona: Hora, p. 288.
15. Jarne, A. y Talarn, A. (compiladores) (2000). *Manual de psicopatología clínica*. Barcelona: Paidós, p. 610.
16. Beck, A.; Rush, A.; Shaw, B. y Emery, G. (1979), op. cit., p. 196.

4 Intervenciones terapéuticas en la conducta suicida

*“Ayuda a tus semejantes a levantar su carga,
pero no te consideres obligado a llevársela”.*

Pitágoras

I. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EN PERSONAS QUE MANIFIESTAN IDEACIÓN SUICIDA

Acude a Urgencias de Psiquiatría de un Hospital General una paciente a la que llamaremos Eva. Está acompañada por su marido. Éste muestra una gran preocupación en su rostro.

Terapeuta: *(Tendiendo la mano para el saludo). Me llamo Alejandro, soy psiquiatra, y estoy aquí para ayudaros en lo que necesitéis.*

Marido: *(correspondiendo al saludo). Me llamo Enrique y esta es mi mujer Eva. Me siento muy preocupado pues Eva desde hace unos días insiste en su deseo de morir pues no soporta las tensiones de casa. La verdad es que somos una familia muy normalita. Tenemos dos hijos (14 y 10 años) y no tenemos problemas económicos ni de ningún tipo. Yo me dedico a la informática y todo esto me supera. (Silencio).*

Terapeuta: *(observa que Eva tiene la cabeza agachada y se muestra como ausente). Enrique si no le importa me gustaría hablar a solas con Eva.*

Marido: *No se si le dirá algo. Ha venido forzada por mí y por sus padres. No quiere ningún tratamiento. Una vez consultó a un psicólogo pero no volvió. Espero que cambie... (Sale).*

Terapeuta: *(con voz pausada y acogedora). Eva me gustaría que me contaras como te encuentras.*

Eva (sin mirar al terapeuta): *¿Para qué? Esto no servirá de nada. Llevo muchos años así... aunque sigo trabajando.*

Terapeuta: *Así como...*

Eva: *(con enfado) Pues que considero que mi vida no tiene sentido y para esto es preferible morir. ¿Qué pinto yo en esta vida?*

Terapeuta: *Si te parece podemos hablar de tu vida...*

Eva: *No tiene nada de particular. Tengo 45 años y dos hijos. Con los problemas que supongo tiene todas las familias con un hijo adolescente. Me irrito con facilidad cuando los niños no hacen lo que quiero. Soy enfermera y aunque el trabajo es estresante me siento contenta con lo que hago.*

Terapeuta: *Me gustaría saber qué ocurrió anoche...*

Eva: *Nada del otro mundo. Me sentí muy agobiada, pues mi hijo mayor no quería hacer los deberes y como en otras ocasiones me marché de casa con la intención de no volver. Después de tres horas de deambular por el barrio me fui a casa y me senté en el sofá. Durante toda la noche solamente he pensado en desaparecer.*

Terapeuta: *¿Querías suicidarte?*

Eva: *Llevo mucho tiempo pensándolo. Considero que mi familia descansaría pues me he vuelto insoportable y no aguanto ninguna contrariedad.*

Terapeuta: *¿Realmente consideras que tus padres, marido e hijos estarían mejor sin ti?*

Eva: *Bueno, la verdad es que mi madre no lo pasaría bien pues ya perdió un hijo cuando yo era muy pequeña.*

Terapeuta: *¿Y tu marido y tus hijos?*

Eva: *Ellos sí descansarían...*

Terapeuta: *La verdad Eva es que en mi larga trayectoria como profesional de la psiquiatría he tenido varios pacientes con familiares fallecidos por suicidio que no han podido superar el gran sentimiento de culpa que ese hecho les produjo. Por lo demás, he visto muy preocupado a tu marido porque te*

marcharas de casa y que solamente pienses en la muerte. Por lo poco que se de tu familia, parece una familia muy acogedora...

***Eva:** Anoche me quería morir pues me siento muy desdichada. A veces pienso que no tenía que haber nacido... De hecho nací por un descuido de mis padres... Nunca me he sentido querida.*

***Terapeuta:** No obstante tus padres y marido están muy preocupados por ti e incluso te han forzado a que vinieras a Urgencia...*

***Eva:** Sí eso es cierto, pero yo no me siento valiosa... (Pausa) Bueno en el trabajo me siento muy reconocida. A pesar de todo considero que la muerte sería una solución para mí y mis problemas.*

***Terapeuta:** Es evidente, Eva, que si quieres suicidarte lo puedes hacer en cualquier momento. No obstante, yo te propongo que lo aplaces y te des un tiempo para iniciar un tratamiento psicoterapéutico, donde puedas encontrar tu propia valía o al menos las pistas para poder solucionar tus problemas. Hasta aquí lo único que has hecho ante las dificultades es huir (marcharte de tu casa) o pensar en el suicidio como solución, que es otra forma de escapar. ¿No crees que puede haber otra “puerta de salida” a tus problemas?*

***EVA:** (silencio reflexivo). Posiblemente tengas razón. A lo mejor me podría servir una ayuda psicológica. De hecho, el otro día una amiga me dio un teléfono de un gabinete de psicología. Llamaré para pedir consulta.*

(La entrevista prosigue evaluando la vivencia suicida actual. Aunque Eva persiste en su malestar y sentimiento de minusvalía acepta aplazar su decisión de suicidarse. Llamamos al marido y brevemente comentamos las decisiones que se han tomado).

1. Concepto

La consulta puede estar provocada por otro conflicto (separación, problemas laborales, problemas con los hijos, etc.) pero la idea de autodestrucción impregna toda la entrevista. El consultante lo puede expresar de diferente manera: “tengo malos pensamientos”, “para vivir así es mejor morir”, “si tuviera valor...”, etc. Es el inicio del largo recorrido hasta llegar al acto suicida. Este proceso no es lineal sino que discurre en diente de sierra, con momentos más intensos que otros. Es imprescindible que el terapeuta esté sensibilizado con el tema del suicidio y explore la vivencia de suicidio siempre que surja la posibilidad de la muerte.

2. Objetivos

- *Detectar la vivencia suicida:* el terapeuta deberá poder leer entre líneas para descubrir el sentimiento más profundo. Es preciso pues que este tipo de consultas no sean solamente horizontales (preocupación exclusiva por los síntomas psicopatológicos: ansiedad, tristeza, etc.), ni que se conviertan en un interrogatorio policial, sino que más bien hay que procurar empatizar con el consultante y detectar el significado de su vivencia suicida.
- *Facilitar su verbalización:* el hecho mismo de poner palabras a los sentimientos más profundos, aunque sean autodestructivos, posibilita que el sujeto pueda trabajar y elaborar sus tendencias autodestructivas.
- *Neutralizar la ideación suicida:* como terapeuta debemos procurar que el sujeto se enfrente a sus ideas autodestructivas para que de esta manera pueda seguir creciendo psicológicamente.

3. Acciones exploratorias

a) Acción global del problema: no nos podemos quedar solamente en el síntoma (angustia, tristeza, soledad, etc.) sino que tenemos que conseguir una visión global de la situación real y total del consultante. Hay que esforzarse por ir más allá de la manifestación externa y llegar al sentimiento profundo: rabia, autoafirmación, agredir al otro, etc.

b) ¿Cuándo preguntar sobre la idea suicida? (OMS, 2000b)

- Cuando existen situaciones graves de soledad, desvalimiento, depresión y pérdida del apoyo social o familiar.
- Si se manifiesta una situación de gran dolor físico o psíquico: un cuadro depresivo grave o una enfermedad orgánica mortal.
- Si a través de la consulta nos relata intentos autolíticos previos, que constituyeron una manera de solucionar una situación conflictiva.
- Cuando nos relatan comportamientos que pueden indicar despedida o riesgos para la propia vida.
- Cuando en la familia ha habido algún suicidio consumado.

c) ¿Cómo preguntar sobre la idea suicida?

- De forma abierta: las preguntas deben hacerse dando la posibilidad al paciente para que conteste no de forma monosilábica sino profundizando en sus sentimientos.
- Escalonar la intensidad de la pregunta: ejemplo: ¿por qué considera que se encuentra triste? Cuando se siente triste, ¿qué pensamientos le vienen a la cabeza? Cuando piensa que la vida no merece la pena, ¿qué soluciones se le ocurren? ¿Por qué considera que el suicidio puede ser una solución?
- Evitar las preguntas interrogatorias que comienzan con un porqué inquisitorial: es un error comenzar diciendo: ¿por qué se quiere suicidar?, ya que puede bloquear al consultante; es más terapéutico hacer un circunloquio: “¿Me gustaría conocer los motivos que le han llevado a pensar en el suicidio como solución de su problema?”

Pérez Barrero¹, en *Psicoterapia para aprender a vivir*, señala que cuando el sujeto no manifiesta de forma explícita la ideación suicida se puede explorar de la siguiente manera:

- a) “Centrarse en el malestar y hacer una pregunta abierta: “considero que Vd. lo está pasando muy mal con esta situación (---) me gustaría saber cómo ha pensado Vd. salir de ella...”.
- b) Centrarse en un síntoma: a veces el sujeto es reacio a verbalizar su idea de suicidio y podemos coger el atajo del síntoma: es decir, a través de un síntoma (insomnio, tristeza, etc.) se indaga sobre la posibilidad de ideas suicidas. Dice Pérez Barrero, por ejemplo: si una persona que padece una depresión y refiere insomnio se le puede decir: “Me dice Vd. que no duerme bien, ¿me gustaría saber qué piensa Vd. en esos momentos?”
- c) Centrarse en alguna frase del consultante: “Tengo pensamientos malos”. El terapeuta deberá profundizar en qué consisten esos pensamientos.
- d) Centrarse en la conducta suicida de un familiar: Si el consultante comenta que algún familiar se suicidó, se le puede preguntar: “¿Vd. lo ha pensado alguna vez?”.

d) ¿Qué intentamos descubrir?

- Si el paciente está bajo la “lógica suicida” o si tiene un plan suicida, con posibilidad de ejecutarlo, pues entonces estaría en el siguiente estadio: crisis suicida.

e) Actitud del terapeuta

- Siempre debe tomarse en serio las manifestaciones sobre la ideación de suicidio y no debe descalificarse, ni mucho menos retar, ante la posibilidad del suicidio.
- Es imprescindible realizar una “escucha empática” que mitigue la angustia del consultante y

posibilite la verbalización de su vivencia de muerte.

- Debe explorarse la posibilidad del consultante de utilización de algún medio letal (armas de fuego, fármacos, etc.) y tomar las medidas preventivas adecuadas: retiradas de las armas, compromiso por parte de la familia del control de los fármacos, etc.

4. Estrategias terapéuticas. Modelo AFVA

Seguimos el modelo AFVA, descrito en el primer capítulo de este libro. No obstante, hay que recordar que todo “encuentro terapéutico” es único, y por lo tanto se deberá seguir la dinámica que se considere más conveniente para el éxito de la relación terapéutica. Este modelo tiene cuatro pasos: 1.- Acoger, 2.- Focalizar el problema, 3.- Valorar la gravedad y 4.- Actuar.

1. Acoger

a) Facilitar la verbalización: todos los autores están de acuerdo en afirmar que es preferible facilitar la verbalización de la idea suicida que pasar de largo ante las manifestaciones de esta vivencia. La razón es simple: de esta manera transmitimos el mensaje de que su vivencia autodestructiva nos preocupa pero no entramos en pánico. Es decir, podemos asumir, sin angustias y sin mecanismo de huida, su idea de muerte. Por esto evitaremos las preguntas marginales o accesorias cuando lo que el consultante sugiere es la necesidad de explicitar su deseo de muerte.

Como bien indican Farberow y Shneidman (1961)²: “*cuando un paciente es capaz de expresar sus sentimientos perturbados y de pedir auxilio, el peligro de autodestrucción es grande, pero nunca tan extremo como cuando el paciente ha resuelto cortar con toda comunicación*”. Por esto, es necesario explorar la vivencia suicida pero sin provocar un repliegue sobre sí mismo, que dificultaría la sana elaboración de esos deseos malditos.

b) Evitar los eufemismos: es imprescindible que pongamos en nuestra boca la palabra suicidio para indicar claramente, que aunque el tema es doloroso no nos apartamos de él. Es una manera de comunicar al otro que estamos en disposición de soportar su angustia, incluso el de la propia autodestructividad.

c) Favorecer una transferencia positiva: es imprescindible que en este tipo de entrevistas consigamos conectar con el consultante aceptando (aunque no compartiendo) sus vivencias suicidas y procurando favorecer una transferencia positiva, que posibilite una adecuada ayuda terapéutica.

Varias son las acciones que podemos realizar para conseguir este fin:

- **disponibilidad:** debemos transmitir al consultante que estamos dispuestos a atenderle en cualquier momento que lo necesite y que no es necesario que cumpla todos los requisitos administrativos para pedir una consulta. Mi experiencia personal es que en pocas ocasiones se hace uso de ese ofrecimiento. Y cuando se hace, está justificado clínicamente. Se aconseja que en este tipo de pacientes las primeras consultas se produzcan en un intervalo de tres o cuatro días, para posteriormente ir distanciándolas.
- **debemos reconocer el sufrimiento del consultante** y la intensa angustia que supone el admitir que se ha llegado al final y que la única salida es la muerte. Así, de alguna manera, estamos indicando que el sujeto se toma las cosas muy seriamente, pero que a veces no es necesario consumir un deseo para demostrar algo. Podemos decir al paciente: «el hecho de que Vd. esté contando todo esto a un profesional de la salud mental me sugiere el alto nivel de angustia en que se encuentra ante la decisión de morir...».

2. Focalizar el problema

a) Trabajar los sentimientos suicidas: El terapeuta debe explorar el sentimiento que lleva a la ideación suicida (rabia, agresividad, soledad, etc.) e intentar poner de manifiesto la falta de correspondencia entre ese sentimiento y su decisión de morir. Siempre se pueden buscar otras soluciones que no sea la muerte y que al mismo tiempo neutralice el sentimiento profundo de angustia.

b) Señalar los rasgos positivos de la personalidad: no podemos dar razones para evitar el suicidio (por ejemplo: Vd. tiene un buen trabajo, una buena familia, etc.) sino que más bien hay que encontrar y señalar los aspectos positivos de la personalidad del consultante (su solidaridad, amor a la verdad, etc.) y descubrir todas su potencialidades para seguir viviendo.

3. Valorar la gravedad

La intervención en crisis, por su propia esencia, es breve, pero debe hacer un balance de la gravedad real de la vivencia. En estos casos el terapeuta deberá analizar las posibilidades reales de llegar al suicidio (frecuencia de la ideación suicida, intensidad, etc.) así como los apoyos familiares y sociales para evitarlo. También deberá analizar la manera de afrontamiento de parecidas crisis, si se han producido con anterioridad, y los mecanismos que el consultante utilizó, para potenciarlos.

4. Actuar

Toda relación terapéutica, y en la intervención en crisis cuando aparece la ideación suicida con mayor motivo, debe finalizar con unas recomendaciones de actuación. En este caso el terapeuta deberá plantearse la necesidad de seguir un tratamiento psicoterapéutico convencional o al menos la conveniencia de una consulta de seguimiento a corto plazo.

II. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EN PERSONAS QUE MANIFIESTAN UNA CRISIS SUICIDA

Jorge tiene 50 años. Desde hace diez años está diagnosticado de trastorno depresivo mayor. Ha tenido varios episodios, que duran tres o cuatro meses, y tiene que pedir la baja laboral. Hoy acude a la consulta, pues lleva con tratamiento farmacológico actual más de un mes y no ha obtenido ninguna mejoría. Nos dice: “Me siento muy desanimado. Esto no tiene solución. Hacer cualquier cosa, incluso salir a pasear con mi perro, es como escalar una alta montaña. Nada me satisface. Considero que para seguir viviendo así es preferible morir. De hecho he pensado tomarme todas las pastillas del tratamiento (y otras que tengo guardadas) cuando mi mujer se vaya a cuidar a su madre este fin de semana”.

1. Concepto

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

2. Objetivos

- *Evitar la muerte:* en este tipo de comportamientos es uno de los objetivos primordiales de todo terapeuta. No podemos, pues, pasar de largo ante la formulación de un plan suicida, posible y realizable, por la propia ética profesional, pero también por las repercusiones legales que pueden producirse. El terapeuta deberá reforzar la autoestima del consultante y posibilitar que el medio familiar comprenda la vivencia suicida y se convierta en un medio de contención.
- *Restablecer equilibrio anterior:* según la teoría de la crisis, expuesta en el primer capítulo de este libro, este tipo de intervenciones deben ayudar a restablecer la homeostasis del individuo, para que pueda seguir trabajando en su reestructuración más profunda.
- *Posibilitar un tratamiento psicoterapéutico a largo plazo:* es uno de los objetivos de la intervención en crisis: situar al sujeto en la pista de despegue y que pueda seguir un tratamiento convencional y de forma continuada. En ocasiones, el terapeuta deberá utilizar su autoridad y facilitar esa ayuda. Por definición la intervención en crisis es única, pero posibilitadora de un tratamiento psicológico a largo plazo.

3. Acciones exploratorias

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

4. Estrategias terapéuticas. Modelo AFVA

1. Acoger

(Ver lo descrito para LA INTERVENCIÓN EN LA IDEACIÓN SUICIDA)

2. Focalizar el problema

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

La contención

El Diccionario de la Real Academia Española (2005)³ define la contención como “*acción de contener; siendo contener reprimir o sujetar el movimiento o impulso de un cuerpo, y de forma figurada, reprimir o moderar una pasión*”.

En el encuadre terapéutico la contención “*es el proceso mediante el cual podemos percibir la ansiedad (propia y ajena), notar que remueve en nosotros viejos conflictos, pero no pasar directamente a la acción*” (Tizón, 1988)⁴.

Es decir, como terapeutas “contenemos” en tanto en cuanto impedimos que un sujeto se descompense (llegue al suicidio), y que a nosotros mismos no nos desborde la propia consulta. Por esto, podemos afirmar que la contención tiene un doble perfil: respecto del consultante y del consultado.

En un momento de crisis lo que se demanda es que alguien impida la caída al vacío (sujetar el movimiento, dice el diccionario), no con soluciones fáciles, sino con una actitud cálida, comprensiva y firme que provoque seguridad en el cliente.

Por esto, contener es algo más que ser un mero receptáculo del sufrimiento del otro. No es solamente tragarse el conflicto del consultante. Es lo que hacemos cuando desde una “posición de sanos”, sancionamos las conductas, damos consejos o soluciones enlatadas. Algo así como vender un producto sin ninguna connotación emocional o afectiva. En muchas ocasiones, lo que esconde esta actitud es la propia fragilidad del terapeuta para comprender y elaborar el sentimiento autodestructivo.

Esto se comprueba fácilmente en los terapeutas que prescriben rápidamente (fórmulas, soluciones enlatadas, etc.), incluso sin haber llegado a un claro diagnóstico. Su propia angustia les lanza a tomar medidas precipitadas o a derivar al consultante a otro especialista. Encubren su angustia con un gesto profesional:” Vd. necesita un psiquiatra”, se le dice.

En otras ocasiones, el terapeuta se queda enganchado al síntoma (“me duele la cabeza o estoy deprimido”), tapando así la posibilidad de otro abordaje mas en profundidad. De esta manera se impide el que se expliciten otros conflictos que no sepamos manejar.

Por esto, una adecuada contención parte del propio conocimiento del terapeuta (sus posibilidades y límites), así como de los recursos de su zona de influencia y de las propias posibilidades del consultante. Se da opción a que se explicita claramente toda la dimensión del problema y de alguna manera, debemos transmitir una sintonía (sin llegar a la fusión) con el sufrimiento del consultante. Se procura una visión global del problema, evitando lo anecdótico, y reformulando la demanda de una forma integradora con la propia biografía del sujeto y con el momento existencial que está viviendo. La contención, pues, supone una parada, que posibilite la opción menos traumática. Es como abrir una ventana cuando la puerta de salida se ha cerrado. Al menos se consigue una oleada de viento fresco, aunque la conflictividad persista.

FORMAS DE CONTENCIÓN

NEGATIVAS

POSITIVAS

Tener Prisa Sancionar, dar consejos	Posibilitar la verbalización de la angustia
Dar soluciones hechas	Personalizar
Quedarse en el síntoma	Visión global del problema
Derivar inmediatamente	Aceptar las posibilidades y limitaciones reales

Contrato de no suicidio

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

“Instrospection intermission”

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

Clarificación y confrontación (Coderch, 1987)

La clarificación pretende descubrir la parte emocional de la conducta. En nuestro caso, el terapeuta deberá ayudar al consultante a encontrar cual ha sido el “leit motiv” de su pensamiento suicida. Por ello, deberemos procurar separar lo accesorio de lo fundamental en su relato. No podemos poner paños calientes en una situación de por sí muy grave, como es todo el juego de la vida y la muerte. Este juego tiene diversas claves que es preciso revelar.

Mediante la clarificación ayudamos al cliente a conocer mejor sus sentimientos más profundos. Así, por ejemplo, si un joven nos dice: “ he pensado suicidarme porque me ha dejado mi novia”. No podemos argumentarle que nadie es digno de morir por él o que la vida es bella. Nuestra intervención deberá hallar lo nuclear de ese sentimiento. “Por lo que Vd. está diciendo parece que mas que morir, lo que desea es demostrar a su novia lo que es capaz de llegar a hacer por ella...”. La siguiente reflexión estaría encaminada a señalar si merece la pena exponerse a morir por sólo demostrar valor. ...

La clarificación es como poner en palabras el sentimiento que llevamos dentro y no nos atrevemos a expresar: odio, rencor, envidia, celos, etc. De alguna manera, es la actitud maternal ante el bebé. Ella traduce la situación de disgusto (el llanto) y lo identifica con el calor o frío, hambre, sueño, etc. Generalmente una madre nunca se equivoca al identificar la necesidad, de cada momento, de su hijo. Es como un sentido maternal que posibilita una atención y cuidado adecuados a las “peticiones” del recién nacido.

El terapeuta, en este sentido, también está atento a los mensajes del consultante y pone todo su empeño en descifrar sus claves más secretas. Es como el descubridor de las motivaciones más recónditas.

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

Si un paciente nos dice que “estaba decidido a morir y que por esto se tomó el bote de pastillas, pero

después llamó por teléfono a su madre”. Se le puede indicar (confrontar) que al menos en esa ocasión su deseo de vivir fue más grande que el de morir.

Catarsis mediata

Es el procedimiento terapéutico mediante el cual “le prestamos el yo al paciente” (Bellak y Small, 1965; Bellak y Siegel, 1983). Es una forma de disminuir las presiones del superyo y de fortalecer el yo. El terapeuta pone en su boca palabras y emociones que el consultante no se atreve a expresar. Es como darle permiso para que sienta y verbalice las emociones, aunque estas sean negativas: odio, rencor, envidia, celos, etc. El consultante se sentirá aliviado al percibir que otra persona, en este caso cualificada, puede tener esas vivencias y no por eso ser despreciable o menos valiosa.

Pero no es solamente una pura descarga de tensiones o sentimientos no deseados, sino que el terapeuta también indica en su expresión posibles vías de solución, u otras alternativas más sanas.

Bellak y Siegel (1983) nos ilustran estas ideas con algunos ejemplos: a un paciente depresivo con un superyo severo y una buena dosis de agresión, le puede decir el terapeuta: “en realidad si el jefe me hubiera hecho eso a mí, lo hubiera pateado”. De alguna manera, estamos permitiendo al superyo que tenga esos sentimientos perversos, al mismo tiempo que indicamos que a lo mejor no es tan inaceptable el que se fantasee sobre la destrucción del jefe (al menos, una persona teóricamente sana, el terapeuta, puede tener esos mismos sentimientos).

Otro ejemplo: Terapeuta: “Claro, una persona consciente como Vd. no se permitiría pensar esto, pero alguien podría sentir ganas de matar a ese miserable”. Estamos dando un doble mensaje: afirmamos que el consultante nunca perderá el control, pero que incluso en tal circunstancia ese sentimiento agresivo no es inadecuado.

En otros momentos el terapeuta puede ofrecer alguna alternativa: “si yo estuviera en su lugar estaría furioso... pero (alternativa) yo aclararía el asunto hablando con él”. Aquí vemos que no solamente es una descarga emocional sino que al mismo tiempo se le señalan algunas pistas de solución. Son indicaciones, nunca soluciones hechas, y mucho menos ponerse como ejemplo a seguir en la resolución del conflicto. El terapeuta puede ser antorcha que ilumine el camino, pero no recorrerlo por el consultante. El terapeuta indica, sugiere, ofrece alternativas pero nunca es modelo a seguir.

Manejo del “acting out”

El término “acting out” se emplea con diversas acepciones. En sentido clínico indica “*que el paciente expresa un sentimiento o pensamiento en acción en lugar de su verbalización, cuando lo segundo sería la norma cultural*” (Bellak y Siegel, 1983)⁵. Es, pues, la actualización de un deseo, cuando lo que se esperaba es su expresión verbal y no la acción. Se sustituye la acción por la información (Laplanche y Pontalis, 1981).

El acto suicida se puede considerar una actualización (“acting out”) cuando es una respuesta a una situación o deseo (odio, agresividad, deseo de muerte para él o para un familiar), que el consultante no puede expresar de otra manera. En general, podemos afirmar con Bellak y Small (1965)⁶ que «*el individuo que realiza un «acting out» muestra una multitud de debilidades del yo: una carencia de fusión del núcleo yoico, una deficiencia en la función sintética, pobreza en el control de impulsos, baja tolerancia para la frustración, deficiencia en la prueba de realidad, una incapacidad para lograr y sostener una constancia con el objeto, y muy poca capacidad para la sublimación y la neutralización*».

De entre las pautas terapéuticas descritas para el manejo del «acting out» destacamos **la técnica del aplazamiento**. Consiste en lograr que el consultante posponga su decisión de autodestrucción. De esta

manera conseguimos, además de la demora en la decisión final, la posibilidad de intervenir y poder reducir, de esta manera, el deseo de muerte.

Ante una explicitación del deseo de morir podemos afirmar: “Mire, no hay nada que se pueda hacer si Vd. quiere morir. No obstante, le propongo que aplace esa decisión hasta mañana y que entonces sigamos reflexionando sobre el tema”. No discutimos su inclinación hacia la muerte, incluso constatamos que lo puede realizar si él así lo desea, pero al mismo tiempo, le ofrecemos la posibilidad de pensar en otra opción que no sea la muerte. La alternativa del cambio está formulada y por esto no podemos demorar mucho (uno o dos días) nuestra oferta de ayuda.

Acciones complementarias

- **Orientación anticipatoria:** Caplan (1964) afirma que, en cualquier situación conflictiva, el terapeuta debe ayudar a fantasear sobre lo que ocurriría si se tomase esta o aquella decisión. En el caso del suicidio, a veces, es adecuado favorecer la fantasía del “día después” de haber realizado el acto: qué pasará con los hijos, esposo/a, etc. Y más concretamente habría que insistir en cómo se sentirán esos seres queridos.
- **Utilización del humor:** en el encuadre terapéutico podemos utilizar el humor siempre que conozcamos bien al consultante y sus posibles reacciones ante nuestra intervención. Hinson (1982) mantiene que, a veces, ante una afirmación chocante se puede dar una respuesta sorprendente. Así, si un paciente afirma que “se encontraba muy deprimido y estaba harto de la vida, cuando cogió una pistola...el terapeuta puede preguntar: ¿estaba cargada?”. Esta misma salida hacia el humor puede hacer comprender al consultante lo absurdo y lo desproporcionado de su acción.
- **Provocar la expresión de la agresividad:** Hoff (1984) refiere algunas de las respuestas que se pueden dar a una persona que ha sufrido una ruptura sentimental y consiguientemente manifiesta su deseo de muerte:
 - **Terapeuta:** “Yo puedo ver que tú estás muy enfadado con alguien que te ha dejado, pero puedes pensar que existen otras formas para expresar tu malestar, que no sea el suicidio”.
 - **Terapeuta:** “Sí, desde luego, la persona que te ha dejado probablemente se sienta mal si tú te matas, pero va a tener a alguien con quien hablar sobre ello y superar ese trauma”.

3. Valorar la gravedad

- **Valorar el plan suicida:** explorar si el consultante tiene un plan suicida, si se ha fijado un plazo y si tiene los medios adecuados para llevarlo a cabo: medicamentos, revólver, etc.
- **Valorar el riesgo de muerte:** teniendo en cuenta el riesgo real del consultante.
- **Valorar la intencionalidad del plan suicida:** explorar si el deseo del consultante es matarse o por el contrario lo que pretende es mayor cuidado, conseguir un cambio en su familia o simplemente llamar la atención. Es evidente que en el primer supuesto el riesgo de muerte es más alto, pero esto no quiere decir que descuidemos al paciente en los otros supuestos.

4. Actuar

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

III. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EN EL RESTO DE LAS CONDUCTA SUICIDAS

1. Estrategias de intervención en personas que han realizado un intento autolítico

Rogelio tiene 45 años de edad. Fue llevado por el SAMUR a Urgencias del Hospital por una intoxicación medicamentosa. Su ex mujer le había encontrado inconsciente en la cama, cuando llevó a casa a los hijos tras un fin de semana. En la mesilla había varios botes de pastillas de su tratamiento psiquiátrico habitual. Tras varios días en la UVI ahora se encuentra con conciencia lúcida y bien orientado en tiempo y espacio.

A la exploración clínica refiere que hace cinco años le diagnosticaron de un trastorno bipolar. “He tenido épocas buenas y malas. Ahora no puedo soportar esta tristeza y ni siquiera el cariño de mis hijos me da ganas de vivir. Por eso quise morir. No soporto esta vida de angustia. Lo he intentado varias veces pero nunca lo he conseguido”. Durante la entrevista se muestra tranquilo pero persiste su deseo de morir: “es la única salida que veo a mi vida”, nos dice. Afirma que hace dos meses perdió su trabajo de Comercial en una empresa de automóviles. Con su familia de origen (tiene dos hermanos y los padres ya han fallecido) prácticamente no tiene ningún contacto.

Concepto

El intento autolítico implica una decisión firme de morir, pero no se consigue la propia muerte porque los medios no han sido los correctos o porque en el último momento el sujeto duda sobre su decisión de morir.

	INTENTO AUTOLÍTICO	SUICIDIO CONSUMADO
CONSECUENCIAS	No se produce la muerte	Se produce la muerte
FRECUENCIA	Más frecuente en jóvenes y mujeres	Aumenta con la edad Más frecuente en los hombres
MEDIOS	Métodos blandos: medicamentos	Ahorcamiento, armas de fuego, defenestración, etc.
SIGNIFICADO	“Salida” a una situación angustiante	Deseo de morir
ESTADISTICA	Al año reinciden del 30-40% El 10% fallecen en un plazo de 10 años	

Estrategias terapéuticas

- **No pasar de largo ante la conducta suicida:** debemos examinar con detalle los diferentes aspectos de la realización del acto suicida, su elaboración y planificación para determinar en que situación se encuentra el sujeto sobre su vivencia suicida. Esta misma actitud puede servir para producir una catarsis terapéutica en el consultante y posibilitar la toma de otras medidas que no sea la muerte.
- **Alianza con el sufrimiento del suicida:** el terapeuta deberá aliarse con el sufrimiento del suicida y en ningún caso minimizar o descalificar su conducta suicida. Aún suponiendo que sea una manipulación para captar cariño, la gran pregunta es: ¿por qué esta persona para conseguir atención debe exponerse a perder su vida? ¿cómo es la relación con los demás?
- **Explorar las fortalezas del sujeto:** se valorarán, también, las fortalezas del consultante (estructura familiar, social y laboral) así como sus recursos psicológicos para afrontar situaciones conflictivas, con el fin de establecer las “posibilidades reales” que tiene de superar la situación de crisis.

- **Identificación del problema nuclear:** se investigará cuáles han sido las motivaciones profundas de la conducta suicida y se arbitrarán las medidas oportunas para que ésta no se repita.
- **Posibilidad de un ingreso hospitalario:** si ha sido un intento de suicidio planificado constatar si persiste la misma intencionalidad de muerte y la misma situación crítica, pues si es afirmativo, se podría prescribir un ingreso hospitalario para favorecer la contención y elaboración de la vivencia suicida.
- **Establecer un plan terapéutico:** en todo caso, tras un intento de suicidio, es necesario establecer un plan terapéutico, que posibilite al paciente la reflexión sobre su vida y sobre la vivencia suicida en particular. En algunos casos, será conveniente incorporar un tratamiento farmacológico (principalmente en los trastornos depresivos, esquizofrenia, trastorno de personalidad límite y drogadicción) con revisiones periódicas y atendiendo a la familia para que favorezca la recuperación total del consultante.

Personas con intentos autolíticos previos

Según hemos indicado en el cuadro anterior alrededor del 30-40% de las personas que realizan un intento de suicidio lo repiten al año. Este es uno de los motivos que ha llevado a Rudd (2006)⁷ a formular la teoría de la vulnerabilidad fluida: “*Es una manera de entender el proceso del riesgo suicida, a corto y largo plazo. Es una teoría incrustada en la teoría y terapia cognitiva y la idea del modo suicida*”. De alguna manera intenta explicar por qué existen personas que repiten el intento suicida y otras no lo hacen, o por qué se repite a los pocos días y otras lo hacen pasando varios años. Para este autor la vulnerabilidad de un individuo al suicidio es variable aunque identificable y cuantificable.

Como sabemos, el hecho de haber tenido intentos autolíticos previos es un indicador de la gravedad del riesgo suicida. No obstante, debemos explorar cómo fueron esos intentos de suicidio: ¿deseaba matarse o no? ¿cuáles fueron los motivos que le llevaron al acto suicida? ¿hubo plan suicida o fue un acto impulsivo?; se puede pedir que el consultante relate con todo detalle la conducta suicida y es importante preguntar sobre el sentimiento que siguió a la conducta suicida: alivio, frustración, alegría, etc. De esta forma el terapeuta puede hacer una valoración del riesgo real del intento autolítico y valorar también la situación actual: ¿persiste su intencionalidad de muerte?; ¿persiste un plan suicida?; ¿han cambiado las situaciones estresantes?; ¿qué apoyo social y familiar en la actualidad tiene el consultante?; ¿con qué recursos psicológicos (madurez, autoestima, etc.) cuenta en el momento presente?

Como resultado de esta exploración clínica se debe orientar al paciente a la necesidad de seguir un tratamiento psicoterapéutico o psiquiátrico y en todo caso valorar si es pertinente un ingreso en una Unidad de Psiquiatría, como forma de contención y tratamiento.

2. Estrategias de intervención en personas que han realizado un gesto suicida

María tiene 15 años. Acude a urgencias de psiquiatría acompañada por sus padres. Estos relatan que tras haber tenido cinco suspensos en la última evaluación la castigaron sin salir de casa durante un mes.

Al principio creían que había aceptado bien el castigo pero esta mañana al levantarse observaron que en la mesilla había un bote de Orfidales vacío y María seguía muy dormida. Al despertarse y tras las preguntas de sus padres afirmó que se había tomado tres “Orfidales para morir”.

A la exploración clínica no refiere ideas de muerte y afirma: “lo hice para fastidiar a mis padres”.

Concepto

Kreitman (1977) afirmó que el parasuicidio o gesto suicida, es una lesión *deliberada, voluntaria e intencional de producirse daño físico (dolor, desfiguraciones, etc.) sin la intencionalidad de matarse. El sujeto realiza esta conducta con la intención de conseguir “algo” a cambio: que vuelva su pareja, que no le echen del trabajo, etc.*

Este tipo de conductas se dan con más frecuencia en las siguientes situaciones:

- Cuando se producen diversos problemas (familiares, laborales, afectivos, etc.) que el sujeto no sabe manejar y realiza la “conducta suicida” con la finalidad que los demás cambien su postura.
- En personas jóvenes (20-30 años) y en mujeres (se producen 2 gestos suicidas en mujeres por 1 en hombres).
- Cuando el sujeto se siente con pocos recursos personales psicológicos para resolver los problemas de la vida cotidiana o no se siente apoyado por el grupo (familiar, laboral o social).
- Es frecuente que estas personas manifiesten baja autoestima como producto de una historia familiar disfuncional, que no ha sabido elaborar de forma adecuada.

Por lo tanto, el gesto suicida pone de manifiesto la incapacidad del sujeto para resolver el conflicto, y su riesgo es que se pueda producir un suicidio consumado, al no valorar de forma correcta el riesgo de la conducta lesiva.

Estrategias terapéuticas

Algunos autores, como Vega Piñero et al. (2002) señalan la dificultad de manejo de este tipo de conductas. Proponen las siguientes acciones terapéuticas:

- En primer lugar hay que atender las consecuencias de las lesiones físicas producidas y curar sus consecuencias.
- Se debe hacer una exploración clínica exhaustiva para poder descartar la intencionalidad de muerte. Es posible que el paciente niegue, en primera instancia la ideación autolítica, pero el terapeuta deberá observar si existen signos de riesgo suicida: grave psicopatología, nulos vínculos afectivos, reiteración de las conductas autolesivas, etc., y de esta forma tomar la decisión de un ingreso involuntario (cuando consideremos un alto riesgo de suicidio) o seguir tratamiento de forma ambulatoria.
- En todo caso, no podemos minimizar este tipo de conductas y siempre habrá que explorar las motivaciones más profundas.

3. Estrategias de intervención en personas que han realizado un suicidio frustrado

Francisco tiene 22 años. Hace un mes que fue diagnosticado de un brote psicótico. Tras su estancia en el hospital ha remitido su sintomatología psicótica, pero esta mañana al levantarse se ha precipitado desde el balcón de su casa (un décimo piso).

Un toldo de un local comercial ha amortizado la caída y solamente tiene varias fracturas de las que se recuperará rápidamente. A la exploración clínica afirma: “todo lo tenía planificado para cuando mis padres no estuvieran en casa, pero tuve mala suerte y ese toldo se cruzó en mi caída.

En el hospital me he dado cuenta lo que será mi vida y considero que no merece la pena que siga viviendo: esta enfermedad ha roto mi vida y ya no tengo ganas de vivir”.

Durante toda la entrevista persiste su idea de morir, pues es la única salida que siente que hay a su problema.

Estrategias terapéuticas

En estos casos podemos aplicar las estrategias que hemos descrito para los intentos autolíticos sabiendo que los suicidios frustrados tienen un alto índice de reincidencia ya que el sujeto tiene la decisión firme de morir y una causa externa a él le ha impedido consumar el acto. La “lógica suicida” persiste y es preciso utilizar todas las medidas para que no pueda repetir su conducta autodestructiva. Es pues imprescindible una clara exploración de la vivencia suicida para tomar alguna decisión aunque sea el internamiento o un tratamiento farmacológico para la patología psiquiátrica subyacente.

En este tipo de casos, más que en otros, debemos poner en práctica lo que Pérez Barrero⁸, Intervención en crisis en suicidios frustrados, llama “modelo ortopédico”, es decir, debemos procurar darle todo el apoyo al paciente y a la familia para que pueda hacer un análisis sincero de sus problemas y buscar las soluciones más acertadas.

4. El consultante refiere la preocupación por un familiar con ideas suicidas

Juan está preocupado porque su madre de 54 años de edad ha roto con su segunda pareja y se muestra triste y en alguna ocasión ha manifestado su deseo de morir. Nos comunica además, que en la anterior ruptura sentimental hizo un intento autolítico serio, pues se tomó tres botes de pastillas y fue necesario un lavado de estómago.

Ante este tipo de consultas o con contenidos parecidos debemos realizar las siguientes acciones terapéuticas:

- Es imprescindible recoger la mayor información tanto de los intentos autolíticos previos como de la situación actual: circunstancias, factores estresantes, reacción del paciente, medios empleados, etc. Así, haremos una valoración real de la situación.
- No desangustiar a la ligera (“a su madre no la pasará nada”), ni tampoco alarmar (“debe Vd. Ingresar a su madre en una Unidad de Psiquiatría”) sino que después de valorar la situación hay que explicar que como siempre hay un riesgo de quemarnos si jugamos con fuego, así la persona que plantea la solución de sus problemas con el suicidio tiene un riesgo de que pueda llegar a hacerlo.
- Informar que siempre es bueno que el sujeto pueda verbalizar sus pensamientos suicidas y si esto ocurre no se debe ni sancionar, ni culpabilizar, ni mucho menos ridiculizar esas ideas.
- Es necesario procurar que el familiar acuda a un profesional de la psicología y en este caso, podemos insistir en ello, no tanto por sus ideas de muerte, sino sobre todo por el sufrimiento que esto produce: angustia, insomnio, tristeza, etc.

5. El acto suicida está en curso

Acudo como psiquiatra del Servicio de Emergencia, tras la llamada de un transeúnte que dice haber visto a una persona cerca del acantilado. Es el mes de enero. Son las cinco de la tarde, hace frío y el cielo amenaza con lluvia. Hemos tenido que dejar la ambulancia a unos doscientos metros por lo abrupto del terreno. Me acerco despacio sin perder el contacto visual con la persona que se encuentra de pie junto al acantilado y mirando fijamente hacia el mar donde las olas rompen de forma estrepitosa.

Terapeuta: *Hola, soy Alejandro, psiquiatra del centro de emergencias (me sitúo a unos diez metros y mantengo constantemente la mirada puesta en la víctima)*

Víctima: *(no se mueve y sigue mirando al fondo del mar)*

Terapeuta: *La verdad es que hace bastante frío, bueno a lo mejor es que yo soy muy friolero. Me*

gustaría saber cómo te llamas...

Víctima: *(tras un largo silencio que al terapeuta le parece eterno y con voz débil contesta). Me llamo Javier... y no quiero que venga nadie, pues lo mío no tiene solución... Además lo último que necesito es un "loquero".*

Terapeuta: *Te llamas como mi hijo pequeño, espero que no seas tan trasto como él. Mira Javier estoy aquí para ayudarte en todo lo que necesites. Te parece que pida una manta pues la verdad es que ya hace bastante frío...*

Javier: *Bueno, pero no te acerques. Mi decisión está tomada pues creo que mi vida no tiene sentido.*

Terapeuta: *(le tira una manta que Javier recoge del suelo). Le observa atentamente y comprueba que parece que no ha tomado ninguna sustancia y que tampoco tiene ningún arma con la que pueda hacerse daño. No obstante, en la muñeca izquierda tiene sangre producida por un corte.*

Con voz serena y tranquila, Javier ahora que estamos un poco más calentitos, me gustaría saber que te ha pasado en la muñeca.

Javier: *(con rabia) Pues que soy un cobarde. He sido incapaz de cortarme las venas.*

Terapeuta: *¿Por qué no me cuentas lo que te pasa?*

Javier: *¿Para qué? Ya nada tiene sentido. Mi vida está acabada, pues Ana que era mi novia me ha puesto los cuernos y se ha ido con otro (retuerce las manos y hace un gesto de impotencia) (largo silencio). Además yo no te he llamado, por lo tanto déjame en paz.*

Terapeuta: *Es cierto que no me has llamado, pero me gustaría ayudarte. Compartir las penas a veces ayuda a superarlas. Es como si se diluyeran como un azucarillo en una taza de café. ¿Cuando te ha dejado Ana?*

Javier: *(Silencio) Va!!! ... es lo mismo... Ya ves a mis dieciséis años ya habíamos hecho proyecto de casarnos y tener hijos... una gilipollez ¿no? La verdad es que para mi Ana era todo en la vida, pues mis padres están separados y no te creas que me hacen mucho caso.*

Terapeuta: *(Con voz serena). Pienso que el enamorarse no es ninguna gilipollez. Sentir que te quieren es algo maravilloso... pero también es verdad que a los dieciséis años todavía te quedan muchos años para disfrutar... ¿Sabes una cosa? tus padres están muy preocupados y me han pedido que te ayude.*

Javier: *(da la sensación que se va tranquilizando). ¿Sabes lo que más me ha molestado? Que se ha ido con un amigo y yo sin enterarme... Es que soy gilipollas...*

Terapeuta: *Bueno, Javier, yo a eso simplemente diría que estabas muy enamorado. Y aunque te extrañe no podemos imponer unos sentimientos. Me gustaría saber un poco más de tu relación con Ana...*

Javier *(ha dejado de mirar al fondo del acantilado). Hay poco que contar. Vamos al mismo colegio y la verdad que para mi es una chica que ha pasado desapercibida hasta hace unos seis meses. Es muy alegre y aunque no es muy buena estudiante, me sentía muy a gusto con ella. Ahora me siento vacío y por esto pienso que la única solución es quitarme de en medio.*

Terapeuta: *¿Crees que el suicidio es la solución?*

Javier: *Bueno, al menos dejaré de sufrir...*

Terapeuta: *... y también de tener la posibilidad de disfrutar...*

Javier: *Ana, es la única persona que escuchaba mis ralladuras de coco por el tema de la separación de mis padres...*

Terapeuta: Tú crees que nadie te escuchaba...

Javier: Bueno, tengo un amigo desde la guardería, Luís, que es mi mejor amigo y me supongo que si se ha enterado lo estará pasando mal.

Terapeuta: Javier, ¿qué pensará Luis de todo esto?

Javier: Pues que soy un idiota y que ninguna mujer se merece que te ralles por ella...

Terapeuta: (acercándose un poco al acantilado) Javier, ¿y tú que sientes?

Javier: Bueno, la verdad es que a lo mejor tienes razón. Siento que esta vida es “como una mierda pinchada en un palo” pero tendré que enfrentarme a ello.

Terapeuta: (acercándose más a Javier). No te importa que nos sentemos para seguir hablando más tranquilamente.

Javier: (asiente con su silencio y no pone ninguna resistencia. Se sienta junto al terapeuta fuera del borde del acantilado). Se desploma y comienza a llorar.

Le abraza. Tras unos minutos en silencio se acercan el resto de los compañeros de la ambulancia y se llevan a Javier hacia el hospital para que le curen las heridas de la muñeca y también para seguir evaluando su ideación suicida, así como sus ideas irracionales respecto a la ruptura con Ana. También sería conveniente trabajar la relación con sus padres y que descubra todas sus posibilidades como persona.

Concepto

Llamamos “suicidio en curso o en desarrollo” a toda situación en que existe un riesgo real de muerte inminente (con una pistola en la mano amenaza con pegarse un tiro, estando en la cornisa del décimo piso, amenaza con lanzarse al vacío, afirma su intención de tomarse el bote de pastillas que tiene en la mano, etc.) provocado por el propio sujeto. Nuestro tiempo de actuación es breve y por lo tanto es necesario conocer las estrategias terapéuticas para conseguir un resultado feliz: evitar la muerte del paciente.

Objetivos

- Neutralizar la acción suicida
- Asegurar la supervivencia del paciente
- Prevención de nuevos intentos autolíticos
- Favorecer un tratamiento posterior del sujeto.

Intervención en el “suicidio en curso”

1. Acoger

En cualquier situación de ayuda el primer contacto es fundamental pues condiciona, para bien o para mal, el resultado de la intervención en crisis, pero en el “suicidio en curso” esta primera acción es más determinante para el éxito de la relación terapéutica.

Tenemos que tener en cuenta todo lo dicho en la “Ideación suicida”, pero además para esta situación en concreto debemos tener presente lo siguiente: (Acinas Acinas y Muñoz Prieto, 2008):

- El acercamiento físico debe ser progresivo y cauteloso: debemos procurar la seguridad tanto del emergentista como del propio sujeto presuicida. Es preciso que no invadamos el espacio físico de la víctima para que no exista el riesgo de que reaccione de forma abrupta e impulsiva, realizando su amenaza de suicidio.

- Provocar un clima de empatía y evitar la presencia de terceras personas: solamente desde un encuentro respetuoso incondicional podremos intentar modificar la conducta del presuicida. Así, deberemos utilizar una voz suave, sin prisas, evitando cualquier crítica a su acción y mucho menos presentar un desafío. Afirmaciones como “pienso que no eres capaz de...” deben estar desterradas de nuestro lenguaje.
- Alejar objetos (tijeras, pastillas, cuerdas, etc.) que puedan ser un peligro para la víctima o el terapeuta.

2. Focalizar el problema

Debemos intentar descubrir cual ha sido el desencadenante para tomar la decisión de suicidarse, así como el estado mental del suicida. Si está en la fase de consideración, de ambivalencia o de decisión según Pöldinger (1969). Generalmente en estas circunstancias puede estar en la fase de ambivalencia, con lo que deberíamos enfatizar las circunstancias positivas de su vida mas que las negativas; si está en la fase de decisión, deberíamos procurar que comenzara a dudar de la ideonidad de suicidarse. Preguntas como ¿Qué gana Vd. con matarse? O ¿qué daños se produciría en sus hijos, pareja o padres? Serían muy acertadas.

3. Valorar la gravedad

En estas circunstancias debemos tener en cuenta los siguientes aspectos (Martínez, 2007):

- Dimensión de la tentativa: valorar el riesgo real de muerte y sus posibilidades.
- Estado psicopatológico: el riesgo de muerte es mayor si el nivel de desesperanza y depresión es alto, existe alteración de la conciencia o el juicio de realidad está alterado (en los pacientes psicóticos).
- Intencionalidad: valorar si la decisión de morir es firme o lo que se pretende es un cambio de actitud en otra persona, pareja, padres, etc.).
- Intentos previos: es mayor riesgo si ya se ha intentado en otras ocasiones.
- Valorar el apoyo familiar y social: sería muy conveniente conocer si existe una figura representativa en la vida del presuicida.

4. Actuar

Tras la neutralización del acto suicida es conveniente una valoración posterior por el psicólogo o psiquiatra y por lo tanto es imprescindible la remisión a un centro hospitalario para su exploración definitiva y determinar, si procede un tratamiento a largo plazo psicoterapéutico y farmacológico.

1 . Pérez Barrero, en Psicoterapia para aprender a vivir. Prevención del suicidio <http://www.psicologia-online.com/ebooks/psicoterapia/index.shtml>

2 . Farberow, N. L. y Shneidman, E. S. (1961). *The Cry for help*. New York: McGraw Hill Book Company. Versión castellana: *Necesito Ayuda*. México: La Prensa Médica Mexicana, 1969, p. 10.

3 . Diccionario de la Real Academia Española.(2005). Madrid: Espasa Calpe, S.A.

4 . Tizón García, J. (1982). *Apuntes para una psicología basada en la relación*. Barcelona: Hora, p. 71.

5 . Bellak, L. y Siegel, H. (1983). *Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia*. México: El Manual Moderno, 1986, p. 27.

6 . Bellak, M.D. y Small, S.D. (1965). *Psicoterapia breve y de emergencia*. México: ed. Pax-México, 1970, p. 58.

7 . Rudd, M.D. (2006). “Teoría de la vulnerabilidad fluida: un enfoque cognitivo para entender el proceso del riesgo suicida agudo y crónico”. En: Ellis, T.E. *Cognición y suicidio. Teoría, investigación y terapia*. México: Manual Moderno, p. 351-364.

8 . Pérez Barrero, S. Intervención en crisis en suicidios frustrados

www.ilustrados.com/tema/6418/intervencion-crisis-suicidas-frustrados.html

5 Posvención: atención a los supervivientes de un suicidio y autopsia psicológica

*“El duelo es tan natural como llorar cuando te lastimas,
dormir cuando estás cansado, comer cuando
tienes hambre, estornudar cuando te pica la nariz.
Es la manera en que la naturaleza sana un corazón roto”.*

Doug Manning

I. PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

En un sentido estricto, el término prevención del suicidio se refiere a toda actividad dirigida a rescatar a aquellos que han hecho un intento o que abiertamente han declarado hacerlo (Norman y Farberow, 1968). En sentido amplio la prevención se puede entender desde la promoción de la salud a la rehabilitación psíquica tras un intento de suicidio (Huguette Bergeron, 1985)

La prevención suicidológica va a depender, fundamentalmente, de dos factores (OMS, 1969): la rapidez con que se identifique a las personas con alto riesgo y elegir un tratamiento adecuado. Ambos cometidos se pueden realizar desde un Centro de Intervención en Crisis, pues están en contacto con una población de alto riesgo (desesperación, soledad, depresión etc.), lo cual posibilita la realización de un diagnóstico precoz y la instauración de medidas terapéuticas eficaces.

Se pueden señalar cuatro secuencias en la prevención de las conductas autodestructivas (Rojas, 1984; Alonso Fernández, 1982):

La prevención general

Estará favorecida por todas las medidas políticas, sociales, sanitarias y económicas que posibiliten y faciliten un mayor índice de calidad de vida a todos los ciudadanos. Cuanta mayor calidad de vida se logre (individual y comunitariamente), menor será el riesgo suicida.

La antevención o prevención primaria

Comprende todas las actuaciones llevadas a cabo antes de producirse el acto suicida. Se basa en **la evaluación del riesgo suicida**, lo que constituye la necesidad de un **diagnóstico precoz**, para poder poner en marcha las actuaciones terapéuticas o médicas más adecuadas.

Para la OMS (2006) la prevención primaria del suicidio tiene dos dimensiones: una, la preocupación por mantener el funcionamiento en contextos interpersonales y sociales (nosotros lo hemos llamado prevención en general) y dos, disminuir los riesgos emocionales, físicos y económicos. En este segundo aspecto, hay que insistir en la importancia del funcionamiento familiar, la formación de los profesionales sanitarios y docentes, así como la necesidad de dispositivos asistenciales, bien coordinados, para lograr una detección precoz, que posibilite una intervención urgente.

La intervención o prevención secundaria

Corresponde al momento que se está produciendo la crisis suicida, y por lo tanto nuestra intervención debe ser inmediata, integrada por la aplicación urgente de medicamentos y sobre todo, psicoterapia de urgencia (Alonso Fernández, 1982). En este apartado hay que destacar desde la acción de los voluntarios paraprofesionales de los Servicios de Atención en Crisis por Teléfono (Los Samaritanos, el Teléfono de la Esperanza, entre otros), pasando por los Centros de Salud Mental, como los Centros de Atención Primaria hasta los Servicios de Psiquiatría en las Urgencias Hospitalarias. En todos ellos se puede hacer un abordaje psicoterapéutico o farmacológico, como hemos descrito anteriormente.

La posvención o prevención terciaria

Se refiere a la acción terapéutica que se desarrolla después de un intento autolítico o suicidio frustrado y, en los suicidios consumados, la ayuda a los supervivientes y el análisis de las circunstancias que rodearon el suicidio.

Según Martínez (2007)⁴ *“para la Asociación Argentina de Prevención del suicidio, la posvención consiste en la reconstrucción del proceso destructivo; produciendo la desarticulación y acotamiento de*

las instancias emblemáticas de la disposición suicida y generando la identificación y desarrollo de las potencialidades vitales que hasta ese momento han permanecido postergadas y erosionadas, rearticulándolas en un nuevo proceso constructivo". Es por esto que la autopsia psicológica se puede considerar como un instrumento posventivo para los familiares del suicida, pero también como medida preventiva para la comunidad en general, al posibilitar el descubrimiento de las acciones que pueden conducir al suicidio.

En las orientaciones del trabajo terapéutico de posvención, Shneidman (1982) recomienda:

1. Comenzar lo más temprano posible tras la muerte aprovechando la escasa resistencia de la familia durante este período.
2. Necesidad de explorar las emociones negativas hacia el fallecido en fases menos agudas.
3. El terapeuta debe jugar un papel de realidad, no como sustituto del paciente, sino como observado externo.
4. Hacer una valoración médica adecuada de los familiares.

II. LOS SUPERVIVIENTES DE UN SUICIDIO. ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS²

Antonio, de 26 años de edad, era policía nacional. Durante años estuvo trabajando en el País Vasco. Estaba casado sin hijos. Después de diez años de matrimonio la relación con su esposa Ana se había ido deteriorando. Hace una semana que Ana le había dicho que no aguantaba más y quería el divorcio y tras una fuerte discusión Antonio se marchó de casa.

Durante dos días no había ido al trabajo y por esto los jefes llamaron al móvil de Ana y ésta se lo comunicó a los padres. Estos preocupados por esa ausencia injustificada se presentaron en el domicilio de Antonio y le encontraron en el sofá del salón con un tiro en la cabeza.

Primera entrevista

Se encuentran reunidos en el salón de la casa de los padres de Antonio: Luis, padre de Antonio, 60 años celador en un Hospital público, Lola su mujer, 58 años y enfermera en el mismo Hospital público y la terapeuta. El matrimonio tiene tres hijos que no han querido acudir a la reunión. Hace una semana que han enterrado a Antonio tras encontrarle muerto en su casa y tras una separación matrimonial conflictiva.

Terapeuta: Luis y Lola, gracias por acogerme en vuestra casa. Ya sabéis que soy psiquiatra y tenemos un tiempo para hablar de la muerte de vuestro hijo.

Lola: (llorando): Ya no se puede hacer nada. Mi hijo no volverá. Me siento como si me hubieran amputada una pierna. Esta vida es un asco. No tengo ganas de vivir. Todavía no puedo creer que mi hijo Antonio ya no esté con nosotros (sigue llorando). Luis le tiende la mano.

Terapeuta: Comprendo tu dolor Lola. Realmente la muerte de un hijo es la peor experiencia que podemos pasar, pues por ley natural somos los padres los que tenemos que morir antes. Es comprensible que en estos momentos te encuentres destrozada, pero también tienes que ser consciente que has hecho todo lo posible porque se encontrara bien y fuera un hombre feliz, o ¿no?

Lola: Antonio era el hijo perfecto: bondadoso, cariñoso y muy trabajador. (Llora). Pero desde que estuvo trabajando en el País Vasco era como otra persona: taciturno, le costaba hablar y estaba en tratamiento psiquiátrico por una depresión.

Luis: (con los ojos llenos de lágrimas). Por mi parte, lo que no podré perdonar es a su ex mujer por haberle dejado. Creo que lo hizo muy mal y no tuvo en cuenta que mi hijo era muy depresivo...

Terapeuta: Luis, te voy a explicar en pocas palabras lo que es la vivencia suicida. El suicidio de una persona no es producido por una sola causa sino por una multiplicidad de motivos. Y en definitiva, es una decisión personal e intransferible. ¿Crees que si su ex mujer hubiera sabido que se iba a suicidar Antonio, no hubiera hecho algo por evitarlo?

Luis: Bueno, visto así a lo mejor la mujer no fue responsable de su muerte. La verdad es que nosotros tampoco nos dimos cuenta que se encontraba tan mal y no podíamos imaginar que pudiera hacer una cosa así.

Terapeuta: Claro Luis, Vds. son los padres pero no son dioses y no tienen una “bola de cristal” para saber lo que va a ocurrir.

Lola (mucho más serena). A mi también me preocupa lo que dirán los vecinos de nosotros. Es posible que piensen que somos malos padres y que no hicimos todo lo suficiente para evitar la muerte de nuestro hijo. No puedo soportar la mirada de la gente...

Terapeuta: Considero que como en otras situaciones de la vida, habrá gente que lo comprenda, otros

que pasen olímpicamente del tema y un tercer grupo que piensen realmente que son Vd. responsables del suicidio de Antonio. Esto es inevitable. Lo importante es que Vds. consideren todo lo que hicieron por su hijo y que siempre les impulsó el deseo de que fuera feliz. Además, todo está muy reciente y es comprensible que la herida todavía duela (es lo mismo que ocurre con las heridas físicas) pero poco a poco irán aceptando más la situación y también la muerte de Antonio.

Luis: Es todo muy doloroso, pero a mi realmente me duele que nunca sabremos por qué lo hizo. Ha sido una situación tan inesperada que todavía no salgo de mi asombro... De mi hijo podría esperarme cualquier cosa menos que se muriera.

Terapeuta: Bueno, Luis la verdad es que Antonio se suicidó y por lo tanto fue un acto voluntario y libre. Otra cosa son los motivos que le impulsaron a ello. Desgraciadamente es una pregunta que nunca tendrá una respuesta adecuada y tendréis que vivir con ese misterio.

(Durante más de media hora la reunión se centra en lo maravilloso que era Antonio. Incluso Lola se anima a buscar los álbumes de la familia y mostrar las diferentes facetas del fallecido: siempre sonriente, mal estudiante, aunque un poco tímido. Según los padres todo cambió tras su estancia en el País Vasco. Se volvió más irascible y durante unos meses estuvo en tratamiento por una depresión. Era el mayor de cuatro hermanos y los padres se habían sentido frustrados con él pues pensaban que iba a estudiar medicina y ni siquiera terminó bachillerato. Para Luis fue muy duro el día que Antonio le dijo que no quería ir a la Universidad y que lo realmente le gustaba era ser policía. “Me enfadé mucho con él –nos dice Luis– y estuve una semana sin hablarle”.)

Lola: (con voz serena) Me siento mejor, pero mi gran pena es que no pude despedirme de él. Tres días antes del suicidio hablé con él pues ese fin de semana tenía pensado venir a comer a casa. Siento una gran angustia por ese motivo, y creo que no le dije lo mucho que le quería.

Terapeuta: Lola y Luis, lo tenemos que ir dejando. Pero considero que os puede ser muy útil, que cada uno por separado le escriba una carta a Antonio manifestándole todo aquello que no le pudiste decir en vida. Será como vuestra despedida.

Ambos aceptan esta recomendación y nos despedimos con un fuerte abrazo. En la siguiente sesión analizaremos el contenido de las cartas de despedida y se profundizará un poco más sobre el papel que Antonio desempeñaba en la familia.

1. Los supervivientes de un suicidio

Supervivientes de un suicidio se consideran a todas las personas que de forma directa o indirecta están relacionadas con el difunto. Evidentemente existen niveles de implicación. Es decir, los familiares y allegados son los más afectados, pero también en sentido amplio, podemos considerar bajo este epígrafe, al médico de atención primaria, psicólogo o psiquiatra, u otro terapeuta, que hubiera atendido al suicida.

Como bien dice Pérez Barrero y Mosquera (2006)³ “el vocablo *survivor* proviene del inglés y su traducción puede ser de *superviviente*, que es el que sobrevive y también es sinónimo de *sobreviviente*, que significa *vivir uno después de la muerte del otro*”. Tanto en un sentido como en el otro, lo que el familiar siente es como si no tuviera derecho a sobrevivir al suicida, y en algunos casos, manifiesta claramente su deseo de desaparecer en un intento por saciar sus sentimientos de culpa... por seguir viviendo.

El duelo tras la muerte de un familiar puede convertirse en un duelo patológico. Jordan (2001), citado por Bobes García (2004). Sostiene que los duelos suicidas son diferentes fundamentalmente en tres

aspectos: su **contenido temático** –siempre implica una búsqueda del sentido del suicidio–, culpa, por la muerte del familiar y sentimientos intensos de abandono y rechazo, a la vez que hostilidad contra el fallecido; **los procesos sociales implicados** –los supervivientes además son vistos negativamente tanto por los demás como por sí mismos– y **el impacto que el suicidio tiene en la familia** aumento del riesgo suicida para los supervivientes.

2. La familia ante la conducta suicida

El suicidio, que es el acto personal por antonomasia, (el sujeto decide cuándo, cómo y dónde pone fin a su vida) provoca una conducta, que como piedra lanzada en un estanque, perturba la vida de los familiares, amigos y compañeros. De esta forma el suicidio convierte a los supervivientes en víctimas.

Según Tizón (2004)⁴ *“decenas de miles de personas en la Unión Europea han de elaborar cada año una pérdida tan difícil. Y especialmente difícil por las marcas de vergüenza, culpa, rechazo, incompreensión social, malestar y enfado que tal transición deja en los familiares y allegados al suicida. Juntamente con el homicidio, probablemente el suicidio es uno de los procesos de duelo de más larga y difícil elaboración en las culturas occidentales y cristianas”*.

Es por esto que podemos afirmar que el suicidio “es un acto privado que afecta lo público. Sale de los límites de lo individual empujando al *grupo* –familia, escuela, comunidad de trabajo, etc.– a una *vertiginosa experiencia de fragmentación social*”. (Altavilla, D.)⁵, que puede provocar culpa, vergüenza, estigma, sentimiento de abandono, que en algunos casos provoca conductas autodestructivas entre los supervivientes.

Lo que es evidente, en la experiencia clínica, es que todo suicidio supone un atentado contra el equilibrio personal y un alto riesgo de que se rompa la homeostasis del sistema familiar.

El duelo por suicidio se convierte en el duelo más difícil de elaborar, fundamentalmente por tres motivos: es una muerte repentina e inesperada, el superviviente se siente interpelado por esa conducta (culpa y vergüenza principalmente) y además socialmente es inaceptable. Por esto, este tipo de duelos tienden a la cronicidad y a la patologización, mucho más cuando el que se suicida es un hijo.

Cinco preguntas

Se puede discutir que el comportamiento suicida tenga diversas caras de presentación, como hemos dicho antes, pero lo que es incuestionable es que el suicidio es una “vivencia diádica”, es decir, siempre existe “otro” que de forma consciente o inconsciente se siente salpicado por esa conducta. Sin esta dimensión diádica el suicidio sería menos suicidio. Evidentemente ese “otro” son los supervivientes, que se pueden hacer cinco preguntas, algunas de ellas sin posible respuesta:

1) ¿Por qué me ha hecho esto?: es un grito de desesperación que el familiar lanza al vacío, buscando explicaciones e intentando dar una respuesta a una acción inexplicable. Es la primera cuestión que se plantea el superviviente, que generalmente incluye un sentimiento de abandono y de abatimiento.

2) ¿Podría haberse evitado?: Es habitual volver una y otra vez a la pregunta de cómo podría haberse evitado la muerte y cómo podría haberse salvado al ser querido. Es el run-run que impregna todo el ambiente familiar y que en muchas ocasiones no se explicita, pero no obstante genera culpa, en un intento por purgar los imaginarios fallos. Los «¿qué hubiera ocurrido si...?» pueden parecer interminables.

3) ¿Qué pensarán de mí los vecinos, amigos, y familiares?: es la exteriorización de la vergüenza, ante lo que se considera un agravio para toda la familia. Si además la persona que se ha suicidado es un

personaje público, la atención de los medios de comunicación puede ser muy estresante para los supervivientes, en especial cuando los medios cubren la muerte de forma insensible o poco precisa.

4) ¿Mi familia está maldita?: con frecuencia aparece la vivencia del estigma, en un intento de explicar a través de los “hados” o de la mala suerte lo que no hemos podido evitar: la muerte del ser querido. Y al mismo tiempo esa muerte maldita queda como gravada a fuego en la familia y pasa a las generaciones futuras.

5) ¿Qué pinto yo en la vida?: es el corolario de las anteriores preguntas cuando no se encuentra una respuesta. Si además la identificación con la persona que se ha quitado la vida era muy grande, se busca la solución en la propia muerte y por esto no es extraño que aparezcan conductas autodestructivas.

3. Los supervivientes de un suicidio: de la culpa a la autodestrucción

3.1. La culpa

El sentimiento de culpa está en función de varios factores, desde la personalidad del sujeto (su escala de valores), las vivencias anteriores, la situación socio-cultural y sobre todo de la naturaleza vincular con el suicida.

Siempre que se produce una pérdida (enfermedad, fracaso, ruptura, etc.) aparece la culpa consciente o inconsciente pues se reactualizan viejas vivencias en la interacción del sujeto con las imágenes parentales, fundamentalmente. De cómo se haya producido esta vinculación primigenia, en los primeros años de la vida (y su reelaboración) así se vivenciarán las actuales situaciones de pérdidas.

Según Zabalegui (1997)⁶ podemos definir la culpa “*como una valoración cognitiva y afectiva de comportamientos cuando éstos no están de acuerdo con una determinada escala de valores*”.

Desde el psicoanálisis se postula que la culpa se produce cuando nuestra conducta está en conflicto con el super-yo. Y en palabras de Marina y López (1999)⁷ “*la culpa no es un sentimiento; es una relación real. Alguien es responsable de un daño o un delito*”.

El sentimiento correspondiente a la culpa es el pesar (= arrepentimiento o dolor de los pecados). Además el sentimiento de culpa supone que el sujeto es juez y reo al mismo tiempo de sus propios actos. De ahí se deriva la “responsabilidad” que siempre va sobreañadida o que precede a la culpa.

¿Es normal el sentimiento de culpa? A este respecto quiero recordar lo que afirma Castilla del Pino (2000)⁸ sobre la anormalidad de los sentimientos, que no dependen ni de la intensidad, ni de la cualidad sino lo que los define como anormal “*es cuando no le sirve al sujeto para el logro de su vinculación, expresión/apelación y organización subjetiva de la realidad y de sí mismo*”. Así, el amor no siempre es normal (por ejemplo, si amo a una persona prohibida), ni la envidia o celos son siempre anormales (por ejemplo, cuando sirven para progresar o esforzarse). Por lo tanto un sentimiento será normal en tanto en cuanto ayude al sujeto a conseguir una homeostasis interna y con el entorno.

Así, pues, el sentimiento de culpa ante la muerte de un familiar puede ser normal, anormal o patológico: la culpa es normal cuando surge como respuesta a una situación y más que bloquear posibilita una atención adecuada (ni por exceso ni por defecto); será anormal cuando el sentimiento no consigue ni siquiera aplacar la tasa de responsabilidad que la propia muerte implica; y será patológica cuando propicia la aparición de un cuadro clínico mental (generalmente una depresión clínica).

El sentimiento de culpa aparece para “purgar” de alguna manera una falta. Será anormal cuando esa finalidad no se cumpla y por lo tanto enturbie toda relación del sujeto consigo mismo y con los otros. Por esto, es sano sentirse mal tras una falta, un error y no digamos un delito.

La culpa de los supervivientes

Ante el suicidio siempre surge la duda, por los familiares y amigos, de si realmente se hizo todo lo posible por evitar la muerte. Es una cuestión, quizás nunca formulada, pero en muchas ocasiones pensada, en un intento por explicar lo inexplicable y buscando razones a la sin razón del suicidio.

Generalmente los padres y hermanos del suicida se refugian en la culpa y el resto de la familia y amigos no quieren investigar sobre las circunstancias concretas en que se produjo la muerte, pues, en muchas ocasiones, consideran que no se hizo todo lo posible. En estas circunstancias el resurgimiento de la culpa es inevitable.

Esta culpa puede ser una “culpa sana” que ayuda a elaborar la pérdida y una “culpa patológica” que puede llegar a la autodestrucción del superviviente.

En el primer caso, el sentimiento de culpa puede favorecer el perdón, tanto respecto a los demás como a uno mismo. Es la “culpa reparadora” que partiendo del fallo real, no fantaseado, intenta reestablecer el equilibrio con uno mismo y con los demás.

En el segundo caso, el sujeto se siente inmerso en un torbellino de malestar, que cada vez le oprime más hasta llegar, en ocasiones, al suicidio.

Pérez Barrero y Mosquera (2006)⁹ explica la culpa del superviviente *“por la imposibilidad de evitar la muerte del ser querido, por no haber detectado las señales que presagiaban lo que ocurrió, por no atender las llamadas de atención del sujeto, que habitualmente consisten en amenazas, gestos o intentos de suicidios previos, así como no haber logrado la confianza del sujeto para que les manifestara las ideas suicidas”*.

En muchas ocasiones bajo esta “vivencia de culpa” se esconde una idea de omnipotencia, como si los familiares pudieran solucionar todos los problemas del allegado. También es verdad que la muerte siempre remueve viejos conflictos y no es extraño que surja la pregunta: “¿pude hacer algo más?” (Worden, 1997).

No podemos olvidar que la culpa es purificadora y puede tener una función reparadora en el propio sujeto. Es una de las explicaciones para comprender al delincuente que se deja apresar (éste siente la necesidad de expiar su culpa por la acción cometida).

La culpa se puede manifestar de diversas maneras: llanto continuo, descuido de la higiene personal, tristeza y en ocasiones con ideas autodestructivas. Es la forma de decir: “mirad cuanto he querido a mi esposo, hijo o padre, que tras el suicidio no puedo soportar la vida”.

Es decir, que el sentimiento de culpa es una manera de mostrar lo mucho que amó a la persona que ha perdido. Como hemos dicho en otro lugar (Rocamora (2003)¹⁰ esta actitud se incluye dentro de los mitos que existen en torno a la muerte de un familiar: *“A mayor duelo, mayor signo de cariño: al menos en la cultura rural, se identifica signos de pena y sufrimiento con afecto por el difunto. Es decir, si lloras, y cuanto más fuerte y continuado mejor, es señal inequívoca de tu amor por el difunto. Pero la realidad es que no siempre hay una relación directa entre “manifestación de pena” y amor. A veces, las lágrimas no afloran a los ojos; en otras ocasiones, una excesiva pena es posiblemente la manifestación de una culpa por una mala relación con el difunto; y lo más evidente: la mejor forma de mostrar nuestro cariño es en vida, y sobre todo en el cuidado cuando se está enfermo”*.

Un caso aparte es la reacción del terapeuta (psicólogo o psiquiatra) ante el suicidio de uno de sus pacientes. El sentimiento más frecuente es el de fracaso, por no haber detectado las vivencias suicidas a tiempo o no haber valorado correctamente el riesgo de muerte o no haber establecido las medidas

oportunas para impedirlo. Es curioso constatar, por ejemplo, que este sentimiento de culpa no se produce cuando un oncólogo no puede evitar la muerte de su paciente (Perez Barrero y Mosquera, 2006).

Los sentimientos, en todo caso, del terapeuta son muy similares a los de la familia del suicida: culpa, rabia, tristeza, vergüenza y a veces temor a que puedan emprender contra él acciones legales por una mala praxis. En otras ocasiones pueden producirse una “obsesión por estudiar las circunstancias del caso clínico”, para encontrar donde se ha fallado. Todo ello dependerá, entre otros factores, de la relación terapeuta con el cliente, tiempo de la última sesión y periodicidad de la misma.

3.2. La vergüenza

El Diccionario de Julio Casares (1997) señala en su primera acepción: **Vergüenza**: “sentimiento penoso a consecuencia de algún acto que rebaja al hombre ante sus propios ojos o a juicio de los demás, y que suele encender el color del rostro”. Esto último sería la manifestación externa de la vergüenza, aunque no siempre se produce.

Como dice Bleichmar (1997)¹¹ “*el duelo patológico no consiste únicamente en los sentimientos que se tenían frente al objeto perdido sino, también en el proceso que se inicia y desarrolla a partir de la muerte y, por encima de todo, las transformaciones que va sufriendo la representación del sujeto en ese proceso*”. De aquí podemos deducir la importancia del contexto en que se desenvuelve el duelo y cómo responden también los más allegados.

En la perspectiva de lo que rodea al superviviente podemos situar el origen de la vergüenza. Desde el punto de vista evolutivo del niño podemos afirmar que la vergüenza es anterior a la culpa: primero el niño se siente avergonzado (por ejemplo, se tapa la cara) y después se siente culpable (llora, etc.), pues se supone que ha sabido comprender el sufrimiento del otro.

Bleichmar (2008-09) señala como causas de la vergüenza, lo siguiente:

- **Por identificación con padres vergonzosos:** el ejemplo típico son las familias que están siempre en función de los demás y muy pendientes del qué dirán los vecinos o el resto de la familia; son familias que dependen enteramente del criterio de los demás.
- **Ser avergonzados por los padres:** es el caso de los progenitores que ridiculizan y descalifican constantemente a los hijos, mandando mensajes de desvalorización, cargados de sentimientos de desprecio que el niño no puede asimilar.
- **Ser avergonzados socialmente:** en este sentido cobra gran importancia la escuela y los amigos, pues pueden ser acicate para una sana autoestima o, por el contrario, provocar un gran malestar consigo mismo por los mensajes de descalificación o minusvalía que recibe.

La vergüenza es difícil de definir. Podemos afirmar con Morrison (1997)¹² que la vergüenza “*es un sentimiento de autocastigo que surge cuando estamos convencidos de que hay algo en nosotros que está mal, que es inferior, imperfecto, débil o sucio. La vergüenza es fundamentalmente un sentimiento de aversión hacia nosotros mismos, una visión odiosa de nosotros mismos a través de nuestros propios ojos, aunque esa visión pueda estar determinada por la forma en que damos por hecho o creemos que otras personas nos perciben*”.

Como muy bien completa Scheler (1913)¹³ “*La vergüenza, ciertamente, no es solo una consecuencia de la conciencia de disvalor. No obstante, en el “avergonzarse por algo” siempre se haya un elemento de disvalor. Esto ocurre también en la vergüenza sexual en tanto que ella es contención y ocultación de lo específicamente animal de nuestra existencia. La vergüenza se desarrolla solo con la conciencia y la*

conciencia de valor de sí mismo y del individuo como consecuencia de la percepción de la relación de esto con nuestra existencia de especie”. Siempre la vergüenza está relacionada con alguna vivencia negativa, pero también nos podemos avergonzar por “algo positivo”: ser más rico, más hermosos o más inteligente, por ejemplo.

La vergüenza, pues, se puede producir por un doble camino: es respuesta a un hecho del sujeto o por la falta de haber producido una acción (en nuestro caso el superviviente de un suicidio se siente avergonzado pues la acción de su familiar suicida le está señalando, así lo vive él, como una “mala” persona pues no supo prevenir el suicidio) con consecuencia muy negativas, o bien, nos podemos también avergonzar de forma anticipada, ante un hecho que debemos realizar (por ejemplo, hablar en público) (Marina y López, 1999).

En definitiva, tenemos vergüenza cuando nos sentimos inferiores, hemos fallado en algo o tenemos miedo a fallar o de alguna manera comprendemos que los demás han descubierto nuestra deficiencia.

Vergüenza sana y vergüenza tóxica

Tradicionalmente se ha insistido en los aspectos negativos de la vergüenza, y de su influencia perversa en el crecimiento psicológico del individuo, sin embargo, también podemos señalar algunos aspectos positivos: la vergüenza nos hace ser conscientes de nuestras deficiencias y también de nuestra implicación con los demás y, por lo tanto, construir nuestra vida, no como “castillos en el aire” sino asumiendo nuestras limitaciones y también nuestras posibilidades.

Bradshaw (1996) señala que podemos distinguir dos tipos de vergüenza: la vergüenza sana y la vergüenza tóxica.

La vergüenza sana está cimentada en el principio de que no lo podemos todo y por lo tanto nos podemos equivocar. Por esto mismo, sería absurdo imaginarse un animal que se avergonzara. Somos humanos y por lo tanto con capacidad de reconocer nuestros límites y nuestros errores. Esta actitud más que dificultar, nos ayuda en nuestro crecimiento personal.

Por otra parte, la vergüenza tóxica nos provoca un sentimiento de fracaso y conlleva un gran resentimiento con uno mismo, que nos incapacita para establecer unas buenas relaciones con los demás; es decir, este tipo de vergüenza nos *“impulsa a renegar de nosotros mismos y este rechazo requiere un encubrimiento”*.

Vergüenza y culpa

Son como las dos caras de una misma moneda, o más bien, son sentimientos que se entrecruzan convirtiéndose en elementos alternativos, pasando de la vergüenza a la culpa y viceversa, de forma ininterrumpida.

De hecho, la distinción entre culpa y vergüenza no está clara en muchos idiomas. Para Marina y López (1999) la diferencia consiste en el juez que evalúa: en la culpa es el propio sujeto y en la vergüenza son los demás. Por lo tanto, la vergüenza es un sentimiento social y la culpa es más personal.

Bleichmar (2008-09) señala las siguientes diferencias:

CULPA	VERGÜENZA
Se produce por haber cometido alguna transgresión.	Se produce por una representación inadecuada de sí mismo.
El sujeto se siente defectuoso y además siente que el otro sufre por él.	El sujeto se siente defectuoso.
Existe la preocupación por el otro.	Preocupación por la propia imagen.

Vergüenza y suicidio

Para Morrison (1997)¹⁴ existen “dos factores esenciales que suelen subyacer a los impulsos suicidas: hay, ya sea un fuerte anhelo de reunirse con la persona amada que ha muerto (especialmente si esa persona se ha suicidado o ha muerto misteriosamente), ya sea la presencia de una profunda e incesante vergüenza”. Para este autor, pues, la vergüenza es uno de los sentimientos que puede llevar al suicidio sobre todo ante situaciones que han producido una gran repercusión social: desfalco, condena por delitos sexuales, etc.

Para el superviviente de un suicidio también puede sentirse avergonzado por el comportamiento del familiar suicida. ¿Por qué se produce este sentimiento? Una posible explicación es la siguiente: uno de los mitos que existen sobre el suicidio es que solamente se suicidan los locos, y dado que la locura es un estigma que produce rechazo, el superviviente de un suicidio se puede sentir avergonzado por esa acción (Worden, 1997).

Otra explicación, según Pérez Barrero y Mosquera (2006), es que los supervivientes manifiestan un pensamiento distorsionado, el cual se presenta por la necesidad de ver la conducta de la víctima, no como un suicidio sino como una muerte accidental, creándose un patrón de comunicación distorsionada en las familias. La familia crea así un mito respecto a lo que realmente le ocurrió a la víctima, y si alguien cuestiona la muerte llamándola por su nombre real, produce un gran enojo y rechazo de los demás, aquellos que necesitan verla como una muerte accidental o natural. Así, es frecuente que los miembros de la familia oculten la causa de la muerte y sepan quién sabe y quién no, la verdad.

Esto explicaría algunas conductas de los supervivientes. Por ejemplo, cuando se les pregunta sobre la causa de la muerte del familiar, hablan de un accidente, de una parada cardiorrespiratoria, pero no de suicidio.

De aquí se deriva la necesidad de que los supervivientes logren perdonarse y perdonar y dependiendo de su fortaleza yoica, que analicen las circunstancias del suicidio, para poder comprender la decisión del suicida y de esta forma evitar la propia autodestrucción, como consecuencia del alto gradiente de vergüenza, que la muerte por suicidio ha podido generar.

3.3. El estigma

Estigma proviene del griego “stigma” o picadura. Marca o señal, bien como pena infamante, bien como signo de esclavitud. Figurativamente deshonor, afrenta, mala fama.

Según el Diccionario de la Real Academia Española (2005) la voz estigma tiene diferentes acepciones: marca o señal del cuerpo; huella impresa sobrenaturalmente en el cuerpo, y la que se aplica en psicología, deshonor, mala fama (el estigma de Caín).

Goffman (1963), sociólogo norteamericano, fue el que acuñó el término en 1963, distinguiendo tres tipos de estigmas negativos: abominación del cuerpo, imperfección de carácter individual y miembro de un grupo social menospreciado. Insiste Goffman en que el estigma no es un atributo de la persona sino una característica relacional. Por ejemplo, ser una persona negra en África no es un estigma, pero sí lo puede ser en algún país europeo.

El proceso del estigma generalmente obedece a una secuencia de acontecimiento (Cruz)¹⁵:

5. Las personas distinguen y etiquetan diferencias en un proceso de selección social de las características humanas.
6. La etiqueta está asociada a trazos indeseables, generando estereotipos negativos.
7. El individuo o grupo “seleccionado” deja de ser visto como “uno de nosotros” para conformar una

categoría exclusiva, constituyendo una oposición “ellos y nosotros”.

Estigma y suicidio

Es evidente que las actitudes ante el suicidio han ido cambiando a lo largo de la historia de la humanidad. No obstante, todavía esta conducta lleva impresa la condición de maldita. Se pregunta, el amigo o vecino: ¿qué habrá hecho para que el padre/madre/hijo se haya suicidado?, ¿la locura le llevó al suicidio?

Todo estigma (el cáncer, el SIDA, la locura, el suicidio, etc.) supone siempre un atributo que los demás adjudican al estigmatizado. Siempre lleva consigo el rechazo o inhabilitación social. Consecuentemente el estigmatizado (en nuestro caso la familia del suicida) puede tomar una postura defensiva, evitando el contacto social, o bien, pasar a la acción y atacar a su entorno. Lo más frecuente es que se niegue el mismo hecho del suicidio. Es lo que hace el superviviente que ante la pregunta: ¿cómo murió tu padre/madre o hijo? responde ocultando la verdad: “fue un accidente” o se cayó desde la ventana”.

Y esto es así, porque el suicidio está vinculado a la locura. El pensamiento general se podría formular así: solamente los que padecen una enfermedad mental se suicidan. Aunque esto no es cierto. Ya hemos comentado en páginas anteriores que según la OMS un 10%-20% de los suicidios consumados no tenían ningún diagnóstico psiquiátrico, ni tampoco se pudo designar que padecieran una enfermedad mental tras la autopsia psicológica del suicidio (OMS 2000a). Es la vivencia que se respira por doquier. Por esto, al superviviente para defenderse y defender al suicida solamente le queda el camino de la negación o el aislamiento.

Las consecuencias de esta actitud son muy negativas para la buena elaboración de la pérdida del ser querido. He aquí algunas de ellas:

8. Como se niega el problema (no se ha suicidado) tampoco se siente la necesidad de pedir ayuda.
9. La actitud defensiva del superviviente provoca que su entorno le trate con desconfianza, pues su actitud puede confirmar las sospechas de “la locura familiar”.
10. Esta actitud favorece el “autoestigma” y potencia el aislamiento y el temor que los demás descubran la verdad.

3.4. Sentimiento de abandono

Dado que el suicidio es una muerte sin un “adiós” que exprese sentimientos y quejas, el superviviente tiene la sensación de ser abandonado de forma unilateral e injusta. Y entonces las preguntas, sin posible respuesta, se multiplican: ¿cómo pudo hacerme esto? ¿qué hice para que me abandonara? ¿por qué lo ha hecho? ¿cuáles fueron las motivaciones que le impulsaron a tomar esa decisión? ¿se podría haber evitado?

Son preguntas que nunca van a tener una respuesta satisfactoria y que van a acompañar al superviviente durante toda su existencia y es cuando el fantasma de la culpa puede hacerse presente; todo ello acompañado con un sentimiento de abandono por parte del suicida, que a veces se reviste de agresividad.

3.5. Autodestrucción

No es difícil imaginar que la confluencia de estos sentimientos: culpa, vergüenza, abandono, junto con el estigma conduzcan al superviviente a pensar en su propia muerte. Sería una forma de purgar su fracaso en relación con el suicida.

Este sentimiento de agresión contra sí mismo quedó reflejado en un estudio de la doctora Sarró (1984) sobre las reacciones de los supervivientes tras el suicidio: las reacciones de las primeras semanas eran de tristeza, desesperanza, ansiedad –a veces intensa–, de sentimiento de culpa y/o agresividad, mecanismos de negación de la muerte, necesidad de comentar el suicidio e idealización del suicida, y podían aparecer ideación, amenazas o intentos de suicidios. Posteriormente persistían los autorreproches por no haber prestado suficiente atención y ayuda al suicida o sentimientos de hostilidad y resentimiento por la situación de abandono.

4. Estrategias terapéuticas en los supervivientes de un suicidio

El duelo es un proceso, además de normal, necesario. En los procesos de duelo hemos visto que existen tareas que cumplir y que nos van a ayudar a superar el impacto de la pérdida. Las recordamos brevemente: aceptar la realidad de la muerte de nuestro ser querido, experimentar el dolor del duelo, adaptarnos al nuevo ambiente, y situar a la persona perdida en un lugar especial de nuestro mundo interno.

La evitación del duelo conlleva problemas psicológicos que pueden redundar en formas atípicas o patológicas del duelo.

En este apartado voy a hablar de la intervención terapéutica que se debería seguir para estos duelos, aunque somos conscientes de que no existe un tratamiento genérico/universal, pues será muy distinto para los hermanos del suicida, para los hijos, para su pareja, para sus padres, amigos y/o compañeros.

Los principios generales de la intervención terapéutica se basarán fundamentalmente en adoptar una actitud empática y de contención por parte del terapeuta. Si se presenta sintomatología depresiva y/o angustiosa muy intensa será necesario el derivar al psiquiatra para una posible prescripción de psicofármacos.

4.1. Intervención terapéutica individual

La muerte por suicidio deja tras de sí muchas preguntas: ¿por qué lo hizo? ¿podíamos haberlo evitado? Por más que se intenta una y otra vez, no se consigue entender las razones que le llevaron a quitarse la vida.

Es importante transmitir muchas veces al superviviente que “no pudo elegir por él o por ella, y que la decisión del suicidio fue enteramente del fallecido” y “aceptar también que a pesar de lo que haya podido decirle, sus palabras no tuvieron nada que ver con su decisión”.

A medida que la tormenta de emociones vaya calmándose, surgirá poco a poco la aceptación, pero para ello el superviviente tiene que darse tiempo para sanar y ser paciente consigo mismo.

¿Cómo podemos ayudar a los supervivientes en este sufrimiento? Es conveniente considerar que la clásica reacción de duelo, en el caso de los familiares del suicida, es catastrófica por sus manifestaciones. Tradicionalmente se han admitido estas fases: **la primera de shock**, la marcada tristeza es evidente entre los familiares que tenían una relación más estrecha con el suicida, y coexiste con síntomas físicos, como vacío en el estómago, dolores precordiales, hipersensibilidad a los ruidos, sentimientos de irrealidad, falta de aire, pérdida de energía, trastornos del apetito y del sueño; a la fase de shock le sigue una **fase de rabia**, la cual puede dirigirse en contra de todos, de los médicos que atendieron al individuo, el propio sujeto, el suicida, Dios, etcétera y en la tercera fase aparece **la culpa**, revestida de angustia por no haber previsto el desenlace, los anhelos no satisfechos del suicida, las diferencias no resueltas en las relaciones con el difunto, posibles motivos que contribuyeron al desenlace fatal, pensamientos repetitivos y recuerdos del fallecido, etc. Por último, la fase de

reorganización permite a los sobrevivientes reorientar sus energías psíquicas a nuevas motivaciones si el duelo es resuelto de forma satisfactoria.

Técnicas a utilizar

Para llevar a cabo estas propuestas de actuación, puede ser útil la utilización de algunas técnicas concretas. Revisaremos a continuación el listado propuesto por Worden 1997) ¹⁶:

- **Utilización de un lenguaje evocador.** El asesor puede usar palabras duras que evoquen sentimientos, como por ejemplo, “tu hijo murió” versus “perdiste a tu hijo”. Este lenguaje ayuda a la gente a aceptar la realidad que rodea a la pérdida y puede estimular algunos de sus sentimientos dolorosos. También puede ser útil hablar del fallecido en pasado: “su marido era...”.
- **Uso de símbolos.** Pedir al paciente que traiga fotos del fallecido a las sesiones. Esto no sólo ayuda al terapeuta a tener una sensación más clara de quién era dicha persona sino que, además, crea una sensación de inmediatez y un enfoque concreto para hablar **al fallecido** en vez de **hablar de él**. Otros símbolos útiles son cartas escritas por el fallecido, cintas de casete o vídeo suyas y artículos de ropa y joyería.
- **Escribir.** Hacer que el superviviente escriba una o varias cartas al fallecido expresando sus pensamientos y sentimientos. Esto le puede ayudar a arreglar los asuntos pendientes y a expresar las cosas que necesita decirle. Llevar un diario explicando la experiencia del duelo o escribir poesía también puede facilitar la expresión de sentimientos y dar significado personal a la experiencia de la pérdida.
- **Dibujar** al igual que la escritura, hacer dibujos que reflejen los propios sentimientos y experiencias con el fallecido son también útiles. Esta es una técnica muy buena para usar con niños, pero también funciona con adultos.
- **Role Playing.** Ayudar a las personas a representar diferentes situaciones que temen o sobre las que se sienten molestas es una manera de desarrollar sus habilidades –algo que es muy útil al trabajar con la Tarea III (Adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente). El terapeuta puede participar en el role playing, ya sea como facilitador o para modelar posibles conductas nuevas en el cliente.
- **La reestructuración cognitiva,** Aquí el supuesto subyacente es que nuestros pensamientos influyen en nuestros sentimientos, sobre todos los pensamientos encubiertos y el habla interna que fluye constantemente en nuestra mente. Al ayudar al paciente a identificar estos pensamientos y contrastarlos con la realidad para ver su precisión y sobregeneralización, el terapeuta puede ayudar a reducir los sentimientos disfóricos que provocan ciertos pensamientos irracionales.
- **Libro de recuerdos.** Una actividad que puede realizar nuestro paciente es hacer un libro de recuerdos sobre el fallecido. Este libro puede incluir historias sobre los acontecimientos familiares, cosas memorables como instantáneas y otras fotografías, y poemas y dibujos realizados por diferentes miembros, incluidos los niños. Esta actividad puede ayudar a recordar viejas historias y finalmente a elaborar el duelo con una imagen más realista de la persona muerta.
- **Imaginación guiada.** Ayudar a la persona a imaginar al fallecido, ya sea con los ojos cerrados o visualizando su presencia en una silla vacía, y animarle a decirle las cosas que siente necesidad de decirle, es una técnica muy poderosa. El poder viene, no de la imaginación sino de estar en el presente y, de nuevo, **hablar con la persona** en vez de **hablar de la persona**.

El propósito de todas estas técnicas es fomentar la expresión plena de pensamientos y sentimientos relacionados con la pérdida, incluyendo remordimientos y decepciones.

Tizón (2004) señala las diferentes acciones terapéuticas que se deben realizar en el duelo por suicidio:

- A) Poder hablar de las culpas reales o fantaseadas de los sobrevivientes.
- B) Replantear las negaciones y distorsiones cognitivas y mitos familiares.
- C) Ayudar a afrontar los temores irrealistas.
- D) Afrontar los sentimientos de enfado, ira y temor.
- E) Afrontar con realismo los sentimientos de haber sido abandonado.
- F) Afrontar las fantasías acerca del futuro.
- G) Si existe un dispositivo adecuado, los grupos de familiares de suicidas, con supervisión o coordinación profesional, pueden ser válidos.
- H) En todo caso, es necesario que un acompañante o asesor conecte cuanto antes con el familiar del suicida.

4.2. *Intervención terapéutica grupal*

Los Grupos de Apoyo Mutuo son grupos de personas que están directa y personalmente afectadas por un problema, condición o interés específico. La evidencia sugiere insistentemente que los Grupos de Apoyo Mutuo son un medio poderoso y constructivo para que la gente se ayude a sí misma y mutuamente. Se ha demostrado que los grupos pueden contribuir significativamente a la obtención de resultados positivos para quienes participan en ellos.

El establecimiento de Grupos de Apoyo Mutuo se hizo popular después de la II Guerra Mundial. En los años 60's se establecieron grupos para apoyar viudas desconsoladas en Estados Unidos y el Reino Unido. Los grupos específicamente constituidos para ayudar a los dolientes por el suicidio de un familiar se iniciaron en los años 70's en los Estados Unidos y desde entonces se han establecido en varios centros alrededor del mundo.

Entre los beneficios, que la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000c)¹⁷ señala, de estos Grupos de Apoyo Mutuo, están los siguientes:

- Contar la propia historia, además de producir una catarsis en el superviviente, puede ayudar a diluir el sufrimiento al sentirse comprendido y poder compartir con otras personas la misma angustia.
- La propia historia del grupo terapéutico puede ayudar al superviviente a comprobar cómo han ido sus miembros superando las diferentes fases del duelo y cómo han solucionado, por ejemplo, el primer aniversario de la muerte o la fecha de su cumpleaños.
- El grupo puede señalar las preguntas sin respuestas, que todo superviviente se ha hecho en algún momento y cómo es saludable seguir adelante aunque no se tengan las respuestas satisfactorias.

Factores potenciales de riesgo para el Grupo de Apoyo

Una característica de estos Grupos de Ayuda Mutua es que son diferentes tanto en la problemática que plantean (suicidio de un esposo/a, de un hermano, de un hijo, entre otros) como la heterogeneidad de las personalidades que lo forman. Pero una cosa uniforme a todos los componentes del Grupo: todas las pérdidas son iguales de importantes.

Riesgos:

- El riesgo es caer en un ranking de pérdidas: “mi pérdida es mayor que la tuya”, etc.
- Confusión de roles de los participante: como en la composición de otros grupos terapéuticos, aquí también pueden concurrir diferentes roles asumidos por sus miembros: el que solamente sabe dar consejos, el que interrumpe el discurso del compañero, el que se “va por las ramas”, el que entra en competición con el terapeuta, etc. Siempre el coordinador del grupo debe saber cómo manejar estas

situaciones para que el Grupo pueda ayudar a elaborar el duelo, que siempre es personal e intransferible.

- Otro riesgo es que el terapeuta se contagie de la angustia de los propios participantes del grupo. Para evitar esto, el terapeuta debe saber establecer una actitud defensiva, que le permita una distancia saludable con el dolor ajeno, sin caer en una relación fría y distante.
- Atención especial se debe dedicar a las personas que padecen un duelo patológico pues pueden paralizar la dinámica grupal.

III. AUTOPSIA PSICOLÓGICA

La Autopsia Psicológica como técnica pericial surge en los EE.UU., en la década de los sesenta del siglo pasado, como una necesidad administrativa de definir la etiología médico legal en los casos de muertes dudosas, donde no se contaba con los elementos suficientes para afirmar si se trataba de un suicidio o un accidente.

El primer estudio europeo de autopsia psicológica lo realiza Barraclough y sus colaboradores en el oeste de Sussex y Postmouth en Inglaterra en 1966-69, examinando cuidadosamente 100 suicidios consecutivos. Pero el mayor proyecto de autopsia psicológica es el Proyecto Nacional de Prevención del suicidio en Finlandia en 1987-88. Examinaron 1.397 suicidios entre el 1 de abril de 1987 y el 31 de marzo de 1988. (Isometsiä, 2002).

La autopsia psicológica se ha definido como “*la reconstrucción de la persona fallecida, enfatizando aspectos de estilo de vida, personalidad, estrés reciente, enfermedad mental y comunicación de ideas de muerte, a través de información recogida mediante la entrevista a personas allegadas y a la revisión de documentos*” (García Pérez, 1999)¹⁸.

Su objetivo es triple: uno, médico forense, para determinar si la muerte ha sido natural, accidental, suicidio u homicidio; otro, más clínico, en que se analizan los aspectos personales, sociales, familiares y culturales, que han podido influir en la realización del suicidio. Este segundo aspecto nos ayudará a establecer un perfil psicosocial y psicopatológico más proclive al suicidio y de esta forma poder establecer las medidas preventivas comunitarias más adecuadas. Y el tercer objetivo, es ayudar a las familias a elaborar la muerte del suicida, a través de la reconstrucción del propio proceso destructivo.

Según Martínez (2007)¹⁹ para conseguir estos objetivos se debe realizar una intervención con los siguientes aspectos:

- Valoración de los factores de riesgo suicida, de riesgo de heteroagresividad o de riesgo de accidentalidad.
- Valorar el estilo de vida del fallecido.
- Determinar el estado mental en el momento de la muerte.
- Establecer las áreas de conflicto y motivacionales.
- Diseñar el perfil de personalidad del fallecido.
- Determinar si existían señales de aviso presuicida.
- Determinar si existía un estado de presuicida.

Para realizar la autopsia psicológica se utilizan dos fuentes de información: documentos policiales y médicos o del propio finado (carta de despedida, diarios, etc.) y entrevistas a los familiares. En este último supuesto debemos procurar que las fuentes sean fiables, lo mejor es que sean familiares y con un estrecho vínculo con el suicida (padre, madre, hermanos, hijos, pareja) y que no estén entre los sospechosos de haber intervenido en la muerte. También habrá que analizar el lugar que se haya producido el fallecimiento y las circunstancias que contribuyeron al mismo.

En definitiva, la autopsia psicológica es una evaluación retrospectiva de la muerte de una persona, a través de la información que aporten los familiares, la policía y los médicos. Es por tanto una reconstrucción de la vida del finado y de su muerte para poder determinar su personalidad, estado mental y el significado último de su fallecimiento.

¹ . Martínez, C. (2007). *Introducción a la suicidología. Teoría, investigación e intervenciones*. Buenos Aires: Lugar Editorial, p. 108.

- 2 . El siguiente texto también ha sido reproducido en Rocamora, A. “Los supervivientes al suicidio: estrategias terapéuticas”. En: Javier Jiménez, Leila Nomen y Ángela Sainz (coordinadores). *El suicidio de la ideación al acto consumado*. En Prensa.
- 3 . Perez Barrero, S. A. y Mosquera, D. (2006). *El suicidio. Prevención y manejo*. Madrid: Pléyades, p. 158.
- 4 . Tizón García, J. (2004). *Pérdida, pena, duelo*. Barcelona: Paidós, p. 704.
- 5 . Altavilla, D. “El Suicidio y el dolor de existir: Los afectados por suicidio y su duelo”: http://www.familiardesuicida.com.ar/bib_elsuicidoyeldolordeexistir_diana.htm
- 6 . Zabalegui, L.(1997). *¿Por qué me culpabilizo tanto?* Bilbao: Desclée De Brouwer, p. 125.
- 7 . Marina, J.A. y López, M. (1999). *Diccionario de los sentimientos*. Barcelona: Anagrama, 2000, 3ª ed., p. 354.
- 8 . Castilla del Pino, C. (2000). *Teoría de los sentimientos*. Barcelona: Tusquets editores, p. 193.
- 9 . Perez Barrero, S. A. y Mosquera, D.(2006). op. ct., p. 158
- 10 . Rocamora, A. (2003). “El duelo como patología vincular”. En: Bermejo (ed.). *La muerte enseña a vivir: Vivir sanamente en el duelo*. Madrid: San Pablo, p. 87.
- 11 . Bleichmar, H.(1997). *Avances en psicoterapia psicoanalítica*. Barcelona: Paidós, p. 318.
- 12 . Morrison, A. P. (1997). *La cultura de la vergüenza. Anatomía de un sentimiento ambiguo*. Barcelona: Paidós, p. 27.
- 13 . Scheler, M. (1913). *Sobre el pudor y el sentimiento de vergüenza*. Salamanca: Sígueme, 2004, p. 17.
- 14 . Morrison, A. P. (1997). op. ct., p. 184
- 15 . Cruz, C. “¿Es posible disminuir el estigma asociado a la esquizofrenia?”
<http://espanol.world-schizophrenia.org/alianza/members/cecila.spanish.pdf>
- 16 . Worden, J. W. (1997). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós, pp. 82-84.
- 17 . OMS, 2000c, “Prevención del suicidio. ¿Cómo iniciar un grupo de supervivientes?”, *Trastornos Mentales y Cerebrales*. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías, Organización Mundial de la Salud. Ginebra
http://www.who.int/mental_health/media/survivors_spanish.pdf
- 18 . García Pérez, T. (1999). “La autopsia psicológica en el suicidio”. *Med Leg, Costa Rica*, 15, 1-2, pp. 22-24.
- 19 . Martinez, C. (2007). op. ct., p. 102.

6 El suicidio como patología vincular

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

Martin Luther King

I. UNA VISIÓN PLANETARIA DEL SER HUMANO

Siguiendo la teoría de Riemann (1978)¹ que definió al hombre como un “*equilibrio entre fuerzas antinómicas que se complementan*”, podemos considerar la vida como un inmenso “*tiovivo*”, ya que cada individuo es independiente del que camina a su lado pero, al mismo tiempo necesita del otro para seguir existiendo. El buen funcionamiento global de ese aparato está en relación directa con la marcha de cada una de sus unidades. Por el bien de todo el sistema cada pieza no puede dejar de actuar.

Igualmente nuestras vidas están unidas tan estrechamente, que ningún acontecimiento que ocurra en cualquier parte del mundo deja de repercutir en nuestro psiquismo individual. De lo contrario, el mundo se desintegraría o llegaría al caos. Y es lo que le ocurre al individuo que no quiere seguir participando en este gran “*tiovivo*” que es la existencia humana.

Dialéctica entre las fuerzas de “traslación” y de “rotación”

El “*tiovivo*” (la vida misma) sigue girando en su doble movimiento de “*traslación*” alrededor de su eje central y también de “*rotación*” sobre sí mismo. Cuando el movimiento de *traslación* (el girar en torno a los demás) predomina, está generando un cuadro clínico que denominamos neurosis. El neurótico es la persona que gira, de forma patológica, en torno a los otros y está doblegada ante las exigencias o necesidades de los demás. Se siente tan indefenso que busca el apoyo y sostén en los más próximos. Siempre lo de los otros (por la simple razón de no ser de uno mismo) es mejor.

Me lo decía el otro día Catalina: “Me siento como un peonza. Siempre estoy en función de los demás. Los deseos de mi novio, padres o hermano son como una orden para mí. No puedo anteponer mis proyectos a los de mi familia. Llego un momento en que me olvido de mi misma. Es como si existiera porque los demás me necesitan, pero por otra parte, no puedo vivir sin la aprobación de los más próximos. Y me he dado cuenta que los otros son los que están “*dirigiendo*” mi vida”.

Existen muchas Catalinas a nuestro alrededor. Incluso, amable lector, te habrás comportado en muchas ocasiones como una “*peonza*” que gira al son que marcan los otros. Cuando esta conducta invade toda nuestra existencia es cuando hemos perdido nuestra individualidad y nos hemos fusionado con los otros. Mejor, nos hemos fusionado a sus deseos.

El movimiento opuesto al de “*traslación*” es el de “*rotación*”. La persona se siente “*el ombligo del mundo*”. Se percibe tan “*poderosa*”, que se sale de los parámetros normales. Ella se experimenta como suficiente. No necesita a nadie. El paradigma de esta situación es la psicosis. Me lo decía un enfermo esquizofrénico: “*Mire, doctor, tengo un poder especial que me hace muy distinto al resto de los mortales. Puedo leer la mente de los demás*”. Es como si solo en el mundo existiera él.

En la conjugación de estos dos movimientos (de *traslación* y de *rotación*), de girar en torno a los demás o sobre sí mismo, es donde se encuentra la felicidad. No podemos entregarnos tanto a los demás que difuminemos nuestra propia personalidad (deseos y necesidades), pero tampoco nos podemos refugiar en nuestro yo (patología del narcisismo) haciendo caso omiso de los requerimientos de los otros.

En definitiva, el ser humano se encuentra feliz cuando tiende una mano al otro pero sin olvidar su propia esencia. No se fusiona con el vecino, sino que se aproxima al otro, pero manteniendo su individualidad.

Dos nuevas fuerzas: centrípeta y centrífuga

El “*tiovivo*” sigue moviéndose, pero su estabilidad también depende de que la fuerza centrípeta y

centrífuga estén compensadas. Todo ser humano también está sometido a esta doble tendencia: encerrarse en sí mismo o romper todas las barreras e invadir al otro.

En el primer caso (fuerza centrípeta), daría lugar a un estado depresivo. Así José, de 40 años de edad, me decía un día: “No tengo ánimo para nada. Todo me da igual. Solo me siento “feliz” cuando estoy rumiando mis penas...”. Es como si toda su existencia se redujera a los negros pensamientos del momento. El mundo empieza y acaba en uno mismo. Todo lo demás no tiene importancia. Es como si no existiera. Es una forma de vivir que no sacia porque se rompen todas las ataduras con el exterior, y a la postre, el depresivo se mira, al mismo tiempo, que se autodestruye.

Cuando predomina la fuerza centrífuga, es como no tener límites para pensar y actuar. No importa si lo que se hace rompe todas las normas. No se siente ningún límite. Todo está permitido. Es la vivencia maníaca donde la individualidad está borrada y no se percibe los límites entre los derechos y deberes de uno mismo y de los demás. Así me lo decía un día María, con un talante festivo: “Siento que soy como un pájaro en libertad. Me gusta hablar con la gente por la calle y preguntarles por sus preocupaciones y problemas”. Ella misma no sentía el mínimo recato de hablar con cualquier extraño de su problema de pareja. En estos casos, el individuo deja de ser uno y distinto para fusionarse con el resto del mundo. No existe el yo y el tú, sino un confuso nosotros, donde todo es de todos y consiguientemente no existen normas, ni leyes que marquen los límites y las fronteras de cada persona. Se llega así a la alienación pues se pierde la subjetividad e intimidad.

El equilibrio de la vida

La vida humana es como un gigantesco sistema planetario, con fuerzas que se contraponen, pero que mantienen el equilibrio. Por esto, podemos contemplar impulsos destructivos (guerras, asesinatos, etc.) e impulsos que son un canto a la solidaridad (por ejemplo, los voluntarios que colaboran en una ONG, o ese joven que ayuda a un ciego en el semáforo de la esquina). Al abrir cualquier periódico, cada mañana, podemos leer que una persona se ha suicidado o bien, algún que otro articulista que nos transmite un rayo de esperanza. La vida está entretejida de estos claro-oscuros, que marcan su propia esencia.

El individuo, como tal, también está inmerso en esta tensión de fuerzas: amor y odio, relacionarse y replegarse, progresar y madurar, o estancarse en una posición infantil. Así, es cada persona, pero con una clara diferencia con los objetos del “tiovivo”: su propia capacidad para decir si se mueven (progresan o maduran) o bien se quedan quietos. Los objetos del “tiovivo” se desplazan de forma pasiva, no pueden cambiar su destino. Deben seguir moviéndose y moviéndose. Su energía les viene desde fuera, de un motor central. El ser humano, por contra, aunque vive tensionado (influenciado por las fuerzas de rotación, traslación, centrípeta y centrífuga) siempre podrá decir no, modificar su postura ante la vida. Su energía no le viene de fuera sino de dentro: de sí mismo.

La sincronía de estas cuatro fuerzas da como resultado ese “equilibrio inestable” que es la salud psíquica, que constituye el núcleo de la vida misma. La hipertrofia o déficit de algunas de esas “energías”, produce el desequilibrio, es decir la locura o la muerte. No podemos prescindir de ninguna de esas “fuerzas”, pero ninguna debe conseguir la hegemonía en la unidad total del hombre, en detrimento de las demás...

II. EL SUICIDIO COMO PATOLOGÍA VINCULAR

La génesis del yo

La primera sonrisa del bebé es como la piedra angular de su gran edificio como persona. Es imprescindible, pero no suficiente. A partir de ese momento deberá ir construyendo su propia estructura de personalidad.

El primer paso ya está dado: ruptura de la relación simbiótica con la madre. Al principio madre-hijo forman como un “gran magma”, sin diferenciación y sin identidad propia: el bebé no sabe donde termina él y dónde comienza su madre. La primera sonrisa es el inicio de su “yo” (rudimentario y pobre), como el primer llanto es el inicio del nacimiento biológico; sin llanto no hay vida, sin sonrisa no existe el yo psicológico.

Los dos primeros años de un ser humano son trascendentales para ir reconstruyendo el andamiaje del propio edificio: reconocerá su cuerpo y aprenderá a reconocer sus sentimientos (deseo, rechazo, amor, odio, etc.) y será capaz de oponerse y rebelarse a todo aquello que no le satisfaga; al mismo tiempo, al comenzar a caminar y a perfeccionar el lenguaje, esto le facilitará la exploración de su entorno y comenzar a tomar posiciones ante el “no-yo”. El momento culmen de este proceso será la adolescencia donde el encuentro con el “sí mismo” supondrá una confrontación con el entorno y consigo mismo para encontrar la propia identidad.

Es pues, la dialéctica frustración-satisfacción, “yo-entorno”, lo que irá configurando al sujeto. Aquí los extremos son negativos: una vida de continuas frustraciones y privación de los afectos más esenciales (figuras paternas), nos llevaría a la **psicosis**, y una infancia, donde se evite toda contrariedad, será el caldo de cultivo para una **personalidad narcisista**.

El adulto, a través del reconocimiento de sus errores y aciertos, de sus posibilidades y límites, irá construyendo lo que algún autor ha llamado “*la conciencia común de sí mismo*” (Rollo May, 1990)². Pero donde la “conciencia del yo” llega a la cima es en esas experiencias (religiosas, filosóficas, emocionales o artísticas) que nos hacen ser más personas: es la sensación de placer que sentimos cuando encontramos la solución a un problema, tenemos una idea feliz o simplemente creamos algo. Hemos tocado el cielo; hemos encontrado la “conciencia de sí mismo”.

Conciencia de sí mismo

La palabra conciencia tiene dos significados muy diferentes: uno filosófico, como posibilidad de sancionar los propios actos, y otro psicológico, como conocimiento que el hombre tiene de sus sensaciones y actividades. Este último sentido es el que aplicamos en estas líneas. Es decir, la conciencia de sí mismo supone conocer los propios sentimientos y deseos, y expresarlos según lo creamos oportuno; además, implica conocer el propio cuerpo y sus posibilidades y límites. Por esto, en algunas ocasiones, las enfermedades (una simple gripe o el diagnóstico de cáncer, etc.) suponen un punto de inflexión y un mirar (se) el propio cuerpo y constatar sus límites. Pero también, la conciencia de sí mismo implica un reconocimiento del otro, como realidad diferente, y esta vivencia supone asumirnos como un ser individual y diferente.

Pero, lo esencial es que el hombre puede sentirse a sí mismo; puede como situarse fuera de sí y contemplarse como una realidad distinta. Todos podemos, en un momento de introspección, experimentarnos con miedo, alegres o esperanzados, por poner algún ejemplo. Es una diferencia clara con los animales. Estos pueden sentir pena, alegría y miedo pero no pueden **sentirse** como sujetos que se alegran o tienen miedo: no tienen conciencia de sí mismo. Esto es privilegio del ser humano.

Falsos “yoes”

La conciencia de sí mismo, el yo, como piedra en un torrente de agua, se va troquelando en el contacto con los otros; las relaciones interpersonales, y las propias vivencias del sujeto, son las que van limando y puliendo las diferentes aristas del sujeto. Es un proceso que dura toda la vida, con avances y retrocesos, y donde no se pueden quemar etapas.

Pero en este largo camino, el sujeto puede tomar atajos para convertirse en persona, confeccionando “falsos yoes”, con la esperanza de encontrar la felicidad con el mínimo esfuerzo, pero lo que logra es insatisfacción y pesar. Todo en la vida tiene su ritmo y su momento, hasta llegar a la armonía consigo mismo y con el entorno, que no es una vivencia estática sino dinámica y por lo tanto en continuo movimiento. El pensar que se ha llegado a la meta es sinónimo de fracaso o de estancamiento. Todo ello conlleva un riesgo de insatisfacción y de pérdida, que en ocasiones se quiere paliar con la configuración de un “yo ficticio”, que nos sirva para ir tirando. Entre ellos podemos señalar los siguientes:

- **la necesidad de ser como el otro:** un dicho popular afirma que es mejor “ser un mal original que una buena copia”; es decir, siempre es más beneficioso mostrarse como uno es, aunque sea negativo, ya que esto nos posibilita el cambio. Sin embargo, en nuestra sociedad lo que es más frecuente es ajustarse a los patrones de uso o ir a la moda. Es como si renunciando a nuestras propias esencias, por imitar a los demás (el cantante de moda o el futbolista del equipo preferido) lográramos más estabilidad. Pero en realidad es una forma ingenua de renunciar a nosotros mismos y descalificar lo nuestro. “Todo lo que vale está fuera”, podría ser el mensaje erróneo de nuestro tiempo. Así es como se configura una **personalidad insegura**.
- **estar pegado al otro:** es otra de las falsas salidas, en el largo proceso de ser persona; “yo no valgo nada si no estoy unido a mi madre, o a mi marido o a mi mujer” es la vivencia que subyace en toda relación simbiótica, que se prolonga más allá de los primeros años de vida. Son personas que no han conseguido romper el cordón umbilical psicológico. Es como si no se hubiera producido la primera sonrisa. Siguen pensando, actuando y sintiendo en perfecta sintonía con las figuras paternas y son incapaces de tomar opciones sobre su vida personal, laboral o familiar. Resultado: nunca se equivocan, pero... tampoco nunca aciertan: su existencia está repleta de miedos y temores, que provocan insatisfacción e infelicidad. Son **las personalidades dependientes**.
- **ser lo opuesto al otro:** es la actitud de rebeldía permanente que observamos en algunas personas: están contra los amigos, contra el jefe, hasta contra el gobierno. Nada les satisface y todo les parece que se podría mejorar; es como si para sentirse ellos mismos debieran estar siempre “en contra de”; es la actitud típica del adolescente, pero que se perpetua a lo largo de toda la vida y configura al sujeto “rebelde sin causa”. La ejemplarización de esta situación es la de aquel concejal de un ayuntamiento, “sordo como una tapia” (según sus vecinos), que siempre al ser preguntado por su opinión decía: “Yo voto en contra”, sin conocer el contenido de lo que se estaba discutiendo. En su grado máximo puede evolucionar hacia la **personalidad antisocial**.
- **refugiarse en uno mismo:** en algunas ocasiones el “sí mismo” es tan frágil, que por miedo a su ruptura, el individuo se repliega tanto, que se convierte en una persona introvertida: sólo el contacto con los otros le produce angustia. “No es que los demás me puedan hacer daño sino que yo soy tan débil que en cualquier momento me puedo romper”, es la vivencia de estos sujetos; sólo el aislamiento les puede mantener vivos. Lo cierto es que es una actitud empobrecedora y generalizadora de mayor debilidad, con lo que el círculo vicioso perdura toda la vida. Son **las personalidades introvertidas**.

La necesidad del vínculo para existir

Toda esta realidad se complica pues no estamos solos. Nuestras vidas confluyen y se entrecruzan con nuestros hijos, hermanos, padres, compañeros de trabajo o con el portero de nuestra finca, por poner algunos ejemplos. Todos, de una manera directa o indirecta, estamos colaborando en moldear la personalidad del otro, al mismo tiempo que nuestra estructura yoica se cristaliza.

Los seres humanos somos como esos cantos rodados que van limando sus aristas al contacto continuo con los otros y con la propia agua del riachuelo. El riesgo es que ese contacto no sea el adecuado y se produzca la ruptura o la destrucción.

Para evitar ese desenlace, la vida, nuestra gran escuela, nos enseña que debemos respetar nuestros límites y los de los demás. Es decir, la convivencia enriquecedora es el resultado de saber conjugar nuestros derechos y deberes con los de los otros. Una buena convivencia es la que sabe armonizar, en cada momento, renunciar, en pro de la paz familiar, vecinal o laboral, con las necesidades inexcusables para una persona en concreto.

Si algo necesita el hombre para existir es el vínculo. Así lo demostró Bowlby (1982) partiendo de observaciones con bebés-monos, desde donde llegó a elaborar su teoría de **la pulsión de apego**. Esta trasciende la teoría oral de Freud, pues parte de otros presupuestos. La felicidad del ser humano no se basa en su capacidad para reducir tensiones (teoría energética de Freud) sino en encontrarse consigo mismo y posibilitar la relación con el otro sin desaparecer (teoría vincular de Bowlby). En este aspecto, la conexión con las figuras parentales (fundamentalmente con la madre) será decisiva para determinar una evolución correcta.

Separación y vinculación serán los dos raíles por donde discurra el devenir de cada sujeto. Si es capaz de mantener un adecuado equilibrio entre esas dos tendencias será feliz; de lo contrario surgirá la angustia, e incluso el suicidio.

Se ha comprobado, también, que los seres humanos son más felices en tanto en cuanto tienen a alguien como punto de referencia para poder compartir: penas, alegrías y proyectos. La necesidad del otro es imprescindible no sólo para vivir, sino también para crecer psicológicamente; no sólo para intercambiar sino que es una forma de reconocer (se) en la mirada del otro. Sin los demás, llevados a las últimas consecuencias, no existiríamos.

El instinto de vinculación y suicidio

Lo esencial según Fromm (1975) no es el instinto de vida o instinto de muerte (Freud, 1915) sino el **instinto de vinculación**: el hombre necesita sentirse integrado en algún sistema (familiar, laboral, etc.). Pero además, simultáneamente el hombre ha tenido que ir armonizando las tendencias del “yo” para conseguir ese “equilibrio inestable” que es la salud psíquica. Es decir, la salud mental debe conjugar un doble movimiento: la sintonización consigo mismo y una interrelación adecuada con el entorno. Cuando alguna de estas posiciones falla, se produce la angustia, que puede llegar a la autodestrucción.

Por esto, algún autor (Caparrós, 1992)³ ha definido el vínculo como *“la expresión esencial, en el nivel psicológico de integración, de la condición humana en tanto sistema abierto. El vínculo es fundante y estructurante”*. Es por ello, que podemos afirmar que el vínculo es imprescindible para el proceso dinámico de maduración (hacia dentro y hacia fuera) del individuo; es decir, para que se vaya configurando el “yo y el “no-yo” como dos realidades distintas, pero complementarias y necesarias para la existencia de ambas.

La estabilidad de las fuerzas de integración de yo, como las fuerzas vinculares con el “no-yo”, son las que dan estabilidad al sujeto. Su carencia o déficit produce la soledad, que puede llevar al suicidio. Por esto podemos afirmar, que cuando falla el instinto de vinculación el hombre transforma su necesidad de

crecimiento en autodestrucción.

Podemos concluir diciendo que la raíz de toda conducta suicida es la ruptura de la homeostasis entre el individuo consigo mismo y con el entorno. Cuando esta armonía se rompe surge el fantasma del desequilibrio total e irreversible y aparece la idea de la muerte como único recurso omnipotente de conseguir la estabilidad perdida.

III. TRES CUESTIONES CANDENTES

1. Necesidad de reforzar el vínculo grupal

La gran lucha del ser humano es no perder su individualidad a pesar de estar inserto en un colectivo. Debe estar atento a no dejarse ahogar por el grupo, pero tampoco puede vivir como si no estuviera nadie a su alrededor. El gran drama del ser humano es que debe ser uno mismo pero sin renunciar a los requerimientos y necesidades de los otros.

Lo individual y lo grupal no son dos realidades contradictorias sino que se implican mutuamente para constituir la propia existencia humana. Son como las dos caras de una misma realidad: el ser humano. Si ese equilibrio se mantiene habremos superado tanto el narcisismo grupal como el individual, tan nefastos para conseguir la felicidad personal. Pero también es cierto que una desarmonía entre esos dos elementos (lo individual y lo grupal) nos abocaría a la alienación y al final al suicidio.

2. ¿Tiene sentido el sinsentido de la conducta suicida?

La aproximación a la vivencia suicida se puede realizar desde diferentes posiciones: como respuesta individual a una situación (modelo tradicional del saber) o como un proceso personal y grupal. En el primer caso las explicaciones son coherentes desde el momento que conseguimos establecer relación entre el hecho suicida y el propio individuo. Es una respuesta causa-efecto, que busca explicaciones. Aquí, la vivencia suicida es un acontecimiento simple y concreto, que a lo sumo indica la debilidad o vulnerabilidad del sujeto, pues atenta contra principios básicos: el instinto de conservación o el respeto a lo establecido por Dios (principio moral).

Desde esta posición el suicidio no tiene sentido pues rompe el orden preestablecido y quebranta la ley de no atentar contra uno mismo. La conclusión es obvia: el que realiza esta conducta es un enajenado, al menos en el momento mismo de la acción. El suicidio es un “sinsentido”.

Desde otros modelos del saber científico (epistemología de la complejidad, descrita por Morin, 1990) podemos entender el suicidio, no como un acto aislado sino como una señal (signo) inmerso en un conjunto (microcosmo y macrocosmo). Es como un mojón, que imprime carácter y significado a lo anterior y a lo posterior de la biografía del sujeto, en el largo camino de su existencia, que configura un talante y un estar-en-el-mundo. Significa una forma de relacionarse con el otro, con el mundo más próximo y con todo el universo.

En este encuadre, el suicidio (como la enfermedad y la muerte) juega un papel equilibrador de las fuerzas dispersas del universo. No es algo superpuesto a la vida sino que forma parte de la trama existencial del hombre. Es la sombra que indica que existe la vida y que el ser humano tiene una cualidad de los dioses: decidir el momento de su propia muerte.

No obstante, en el plano recortado del sujeto, la respuesta no es tan simple, ya que en sí es un fenómeno complejo, que no tiene leyes ni principios determinados y en cada persona recobra una significación.

Esta pregunta presupone dos apriorísticos: 1) que el suicidio tiene que tener sentido y 2) que el suicidio es un “sinsentido”.

Siempre intentamos descubrir cuales son las motivaciones que han llevado a una persona hacia el suicidio, pero no nos preguntamos, de la misma manera, ¿por qué vivimos? Es como si para morir fueran necesarias algunas razones o motivaciones y para seguir viviendo, no.

El suicida siempre tiene motivos para morir. Tiene “sus” motivos. Como el alcohólico para beber o el ludópata para jugarse el dinero en las máquinas tragaperras. Dentro de su discurso si puede tener sentido esa acción, lo que es un “sinsentido” es la propia conducta.

Por esto podemos afirmar que el suicidio tiene sentido dentro de un sinsentido. Es una solución a un problema. Como afirma Lowen (1987)⁴ “*en algunas circunstancias el suicidio tiene sentido, o por lo menos, lo tuvo para quien cometió esa acción*”.

3. El suicidio, ¿es un acto validante?

El comportamiento suicida es una respuesta (Estruch y Cardus, 1982) –y una respuesta “positiva”– a una problemática determinada, pero también es una respuesta compleja. Lo que es evidente es que no es un acto absurdo, ni gratuito. Ninguna acción humana carece de sentido. De forma consciente o inconsciente podemos descubrir motivaciones profundas que dan coherencia a la conducta del individuo, aunque a primera vista parezca un acto arbitrario.

Sabemos que existen dos instintos primordiales en el ser humano: el de la supervivencia y el de la propagación de la especie. Pero a veces, esos instintos quedan superados por otras fuerzas: por ejemplo, los actos heroicos: un médico, un policía o un simple ciudadano pueden realizar alguna acción peligrosa para salvar a un semejante de un incendio, una riada, etc. En este mismo plano podríamos situar la **necesidad de sentir**: la vida, nuestra vida, tiene que producir placer. Este entendido como el bienestar que produce el hecho mismo de vivir. Cuando se llega a la **certeza** que esto no es posible tendría sentido el suicidio (por ejemplo, en un cáncer terminal).

Pero, aún admitiendo que sea una solución, ésta es sin retorno. Ahí se encuentra la clave de la cuestión. No se puede enmendar como cuando tomamos una calle equivocada. Hemos llegado a la muerte y punto. Es el aspecto trágico del suicidio y al mismo tiempo su misterio. Esta es una de las razones por las que debemos anatematizar el suicidio: su imposibilidad de rectificar. No porque sea una conducta absurda, sino mas bien porque no podemos tener la certeza, ni nunca la tendremos, que es la mejor de las salidas, ya que no tiene retorno y no se puede verificar el valor de otras opciones.

De aquí se derivan dos consecuencias: 1) es lícito poner los medios para evitar que se consuma el acto suicida y 2) la dificultad que encontramos para frenar y desmontar “el estado de mente suicida”, ya que tiene coherencia, dentro de la posición del individuo ante la existencia.

Podemos afirmar, pues, que existen actos suicidas “que son comprensibles” con la propia situación vivencial del individuo, y otros que son “claramente patológicos e incomprensibles”. Aunque tanto unos como otros son productos de la subjetiva lógica del sujeto, que es lo que da validez al acto en sí mismo.

¹ . Riemann, F. (1978). *Formas básicas de la angustia*. Barcelona: ed. Herder, p. 34.

² . Rollo May, E.(1990). *El dilema del hombre*. México: Gedisa, p. 63.

³ . Caparrós, N. (1992). *Psicopatología analítica vincular*. Madrid: Quipu, p. 45.

⁴ . Lowen, A. (1987). *Narcisismo o la negación de nuestro verdadero ser*. México: ed. Pax México, 1991, p. 64.

Apéndice I:

Escalas de evaluación de la vivencia suicida

(Balbuena Vilarrasa, et. al. 2000)

I. ESCALA DE INTENCIONALIDAD SUICIDA DE BECK (SUICIDIDE INTENT SCALE, SIS)

I. Circunstancias objetivas

1. Aislamiento

- 0. *Alguien presente*
- 1. *Alguien próximo o en contacto visual o verbal (p. ej., teléfono)*
- 2. *Nadie cerca o en contacto*

2. Medición del tiempo

- 0. *La intervención es muy probable*
- 1. *La intervención es poco probable*
- 2. *La intervención es altamente improbable*

3. Precauciones tomadas contra el descubrimiento y/o la intervención de otras personas

- 0. *Ninguna*
- 1. *Toma precauciones pasivas (p. ej., evita a los otros pero no hace nada para prevenir su intervención, estar solo/a en la habitación pero con la puerta sin cerrar, etc.)*
- 2. *Toma precauciones activas (p. ej., cerrando la puerta, etc.)*

4. Actuación para conseguir ayuda durante o después del intento

- 0. *Avisó a alguien que potencialmente podía prestarle ayuda*
- 1. *Colaborador potencial contactado pero no específicamente avisado*
- 2. *No contactó, ni avisó a nadie*

5. Actos finales en anticipación de la muerte (legado, testamento, seguro)

- 0. *Ninguno*
- 1. *Preparación parcial, evidencia de alguna preparación o planificación para la tentativa*
- 2. *Hizo planes definitivos o terminó los arreglos finales*

6. Preparación activa del intento

- 0. *Ninguna*
- 1. *Mínima o moderada*
- 2. *Importante*

7. Nota suicida

- 0. *Ninguna*
- 1. *Nota escrita pero rota, no terminada, pensó escribirla*
- 2. *Presencia de nota*

8. Comunicación verbal (ideas, preocupaciones o planes suicidas)

- 0. *No comunicación verbal*
- 1. *Comunicación ambigua (p. ej., «estoy cansado de la vida», «pienso que estáis mejor sin mí», «nada tiene sentido»)*
- 2. *Comunicación no ambigua (p. ej., «quiero morir», «siento como si quisiera matarme», «voy a tomar pastillas»)*

II. Autoinforme

9. Propósito supuesto del intento

0. *Manipular a los otros, efectuar cambios en el entorno, conseguir atención, venganza*
1. *Componentes de 0 y 2*
2. *Escapar de la vida, buscar finalizar de forma absoluta, buscar solución irreversible a los problemas*

10. Expectativas sobre la probabilidad de muerte

0. *Pensó que era improbable*
1. *Posible pero no probable*
2. *Probable o cierta*

11. Concepción de la letalidad del método

0. *Hizo menos de lo que pensaba que sería letal*
1. *No estaba seguro de si lo que hacía era letal*
2. *Igualó o excedió lo que pensaba que sería mortal*

12. Seriedad del intento

0. *No intentó seriamente poner fin a su vida*
1. *Inseguro*
2. *Intentó seriamente poner fin a su vida*

13. Actitud hacia el vivir/morir

0. *No quería morir*
1. *Componentes de 0 y 2*
2. *Quería morir*

14. Concepción de la capacidad de salvamento médico

0. *Pensó que la muerte sería improbable si recibía atención médica*
1. *No estaba seguro de si la muerte podía ser impedida por la atención médica*
2. *Seguro de morir aunque recibiese atención médica*

15. Grado de premeditación

0. *Ninguno; impulsivo*
1. *Suicidio contemplado durante 3 horas antes del intento*
2. *Suicidio contemplado durante más de 3 horas antes del intento*

III. Circunstancias subjetivas

16. Reacción frente al intento

0. *Arrepentido/a de haber hecho el intento. Sentimientos de ridículo, vergüenza*
1. *Acepta tanto el intento como su fracaso*
2. *Rechaza el fracaso del intento*

17. Preconcepciones de la muerte

0. *Vida después de la muerte, reunión con fallecidos*

1. Sueño interminable, oscuridad, final de las cosas
2. No concepciones o pensamientos sobre la muerte

18. Número de intentos de suicidio previos

0. Ninguno
1. 1 o 2
2. 3 o más

19. Relación entre ingesta de alcohol e intento suicida

0. *Alguna ingesta previa pero sin relación con el intento, lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad*
1. *Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad*
2. *Ingesta intencional de alcohol para facilitar llevar a cabo el intento*

20. Relación entre ingesta de drogas e intento (narcóticos, alucinógenos, etc., cuando la droga no es el método utilizado para el intento)

0. *Alguna ingesta previa pero sin relación con el intento; lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad*
1. *Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad*
2. *Ingesta intencional de drogas para facilitar llevar a cabo el intento*

Descripción

- La SIS es una escala diseñada para evaluar las características de la tentativa suicida: circunstancias en las que se llevó a cabo (aislamiento, precauciones, etc.), actitud hacia la vida y la muerte, pensamientos y conductas antes, durante y después de la tentativa de suicidio, consumo de alcohol u otras sustancias relacionado con la tentativa.
- Se trata de una escala semiestructurada que consta de 20 ítems, que se valoran en una escala de 3 puntos (de 0 a 2 puntos).
- Se recomienda su utilización en personas que han realizado una tentativa de suicidio.
- Consta de tres partes bien diferenciadas:
 - Parte objetiva (circunstancias objetivas relacionadas con la tentativa de suicidio).
 - *Parte subjetiva: expectativas durante la tentativa de suicidio.*
 - *Otros aspectos.*

Corrección e interpretación

- Proporciona una valoración de la gravedad de la tentativa de suicida.
- La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones obtenidas en los ítems 1 al 15 (los 5 últimos no se puntúan).
- No existen puntos de corte propuestos; a mayor puntuación, mayor gravedad.

II. ESCALA DE RIESGO SUICIDA DE PLUTCHIK (RISK OF SUICIDE, RS)

Instrucciones: Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que usted ha sentido o hecho. Por favor, conteste cada pregunta simplemente con un sí o no.

1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir? SÍ/ NO
2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño? SÍ/NO
3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a? SÍ/NO
4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente? SÍ/ NO
5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo? SÍ/NO
6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible? SÍ/NO
7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza? SÍ/NO
8. ¿Se ha sentido alguna vez tan fracasado/a que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo? SÍ/NO
9. ¿Está deprimido/a ahora? SÍ/ NO
10. ¿Está usted separado/a, divorciado/a o viudo/a? SÍ/ NO
11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez? SÍ/NO
12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien? SÍ/ NO
13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse? SÍ/NO
14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse? SÍ/ NO
15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida? SÍ/NO

Descripción

- La RS es una escala diseñada para evaluar riesgo suicida.
- Permite discriminar entre individuos normales y pacientes con tentativas de suicidio o con antecedentes de ellas.
- Consta de 15 ítems a los que el individuo ha de responder sí o no.
- Incluye cuestiones relacionadas con intentos autolíticos previos, intensidad de la ideación actual, sentimientos de depresión y desesperanza, y otros aspectos relacionados con las tentativas.
- Es un instrumento autoaplicado.

Corrección e interpretación

- Cada respuesta afirmativa evalúa 1 punto y cada respuesta negativa 0 puntos.
- La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems.
- En la versión española los autores proponen un punto de corte de 6.

III. ESCALA DE VALORACIÓN DEL RIESGO DE SUICIDIO

Utilice la lista adjunta para facilitar la valoración del grado de riesgo de suicidio. Para cada Ítem, una respuesta “1” indica un factor de alto riesgo, “2” de riesgo moderado y “3” de riesgo bajo. Cuanto menor sea la puntuación total mayor será el riesgo.

• Abuso de alcohol y drogas

1. Continuo.

2. Frecuente.

3. Raro.

• Ansiedad:

1. Alta.

2. Moderada.

3. Poca.

• Actitud ante ayudas psiquiátricas previas.

1. Negativa.

2. Bastante satisfactoria.

3. Positiva.

• Estrategias de adaptación.

1. Habitualmente destructivas.

2. Ocasionalmente destructivas.

3. Habitualmente constructivas.

• Funcionamiento en las AVD

1. Pobre.

2. Ocasionalmente pobre.

3. Generalmente bueno.

• Depresión:

1. Grave.

2. Moderada.

3. Suave.

• **Desorientación/confusión**

1. Grave.

2. Moderada.

3. Ninguna.

• **Hostilidad:**

1. Marcada.

2. Moderada.

3. Suave.

• **Retirada:**

1. Marcada.

2. Moderada.

3. No.

• **Estilo de vida:**

1. Muy inestable.

2. Ligeramente inestable.

3. Estable.

• **Intentos anteriores de suicidio si los hubiera**

1. Uno o más de alta letalidad.

2. Uno o más de letalidad moderada.

3. Uno de poca letalidad.

Número de amigos y familiares asequibles para ayudar:

1. Uno o ninguno.

2. Pocos o uno.



3. Varios.

• **Pensamientos suicidas:**



1. Constantes con plan específico.



2. Frecuentes, a veces con un plan específico.



3. Ocasionales sin un plan específico.

Puntuación:

Riesgo:

IV. ESTIMACIÓN DEL POTENCIAL SUICIDA. FACTORES DE RIESGO-RESCATE (WEISMAN Y WORDEN) (RUND Y HUTZLER, 1988)

Factores de riesgo

1. Agente utilizado

1. *Ingestión, corte, puñalada*
2. *Ahogamiento, asfixia, estrangulamiento*
3. *Salto, disparo*

2. Conciencia disminuida

1. *No se observa*
2. *Confusión, semicoma*
3. *Coma, coma profundo*

3. Lesiones/toxicidad

1. *Ligera*
2. *Moderada*
3. *Fuerte*

4. Reversibilidad

1. *Buena, se espera una completa recuperación.*
2. *Regular, se espera una recuperación con el tiempo.*
3. *Mala, se esperan efectos secundarios, si acaso hay recuperación*

5. Tratamiento necesario

1. *Primeros auxilios, cuidados en el departamento de urgencia.*
2. *Tratamiento rutinario.*
3. *Atención intensiva, tratamiento especial.*

Puntuación de riesgo

Alto Riesgo	13-15 puntos
Moderado Alto	11-12 puntos
Moderado	9-10 puntos
Moderado Bajo	7-8 puntos
Bajo Riesgo	5-6 puntos

Factores de rescate

1. Ubicación

1. *Remota*
2. *No familiar, no remota*
3. *Familiar*

2. Persona que indica el rescate

1. *Transeúnte*
2. *Profesional*
3. *Persona clave*

(el autorrescate automáticamente de una puntuación de 5)

3. Probabilidad de descubrimiento por cualquier rescatador

1. *Descubrimiento accidental*
2. *Descubrimiento incierto*
3. *Alta, casi segura*

4. Accesibilidad al rescate

1. *No solicita auxilio*
2. *Deja huellas*
3. *Solicita auxilio*

5. Retraso hasta el descubrimiento

1. *Mayor de cuatro horas*
2. *Menor de cuatro horas*
3. *Inmediato, una hora*

Puntuación de rescate

Muy rescatable	14-15 puntos
Alta moderada	12-13 puntos
Moderada	10-11 puntos
Baja Moderada	8-9 puntos
Menos rescatable	5-7 puntos

Puntuación final

Se computa de acuerdo a la siguiente fórmula:

Puntuación de riesgo

----- X 100

Puntuación de riesgo más puntuación de rescate

- Las posibles clasificaciones de mortalidad varían desde 17 (indicando la mínima puntuación de riesgo 1 y una alta puntuación de rescate de 5), hasta 83 (indicando una puntuación de alto riesgo de 5 y una baja puntuación de rescate de 1).
- La clasificación de riesgo-rescate, ya sea estimada o calculada, deberá ser valiosa para determinar la moralidad del paciente, la necesidad de hospitalización psiquiátrica y tal vez un pronóstico general.

V. ESCALA SAD PERSONS (PATTERSON ET AL. 1983)

Esta escala determinados indicadores de riesgo. Se puntúa su ausencia o su presencia y la puntuación total nos ayuda a tomar la decisión sobre la necesidad de ingreso hospitalario.

S: Sexo masculino

A: Edad (*age*) < 20 o > 45 años

D: Depresión

P: Tentativa suicida **previa**

E: Abuso alcohol (**etanol**)

R: Falta de pensamiento **racional** (psicosis o trastornos cognitivos)

S: Carencia de soporte **social**

O: Plan **organizado** de suicidio

N: No pareja o cónyuge

S: Enfermedad **somática**

Puntuación: Cada ítem puntúa 1 si está presente y 0 si está ausente.

0-2: alta médica al domicilio con seguimiento ambulatorio.

3-4: seguimiento ambulatorio intensivo, considerar ingreso.

5-6: recomendado ingreso sobre todo si ausencia de soporte social.

7-10: ingreso obligado incluso en contra se su voluntad.

VI. GUÍA PRÁCTICA PARA LA EVALUACIÓN DEL RIESGO SUICIDA

Desde 1993 se aplica en Granma, Cuba, la Guía Práctica para la evaluación del riesgo de suicidio, instrumento de fácil uso por los médicos de familia, otros trabajadores sanitarios, voluntarios en la prevención del suicidio así como por cualquier otra persona interesada en el tema.

1. *¿Los familiares temen que el sujeto realice un intento de suicidio?*

Mediante esta pregunta se recabará cualquier conducta anómala o expresión verbal que haga sospechar a los familiares esta posibilidad. Por su estrecha vinculación con las familias este aspecto es de fácil abordaje por los médicos de familia, aunque también por amigos íntimos, familiares y otros parientes.

La respuesta positiva acumula **3 puntos**

2. *Actitud poco cooperadora del sujeto en la entrevista.*

En este ítem que se propone no se califica la conducta del individuo en términos que pudieran ser poco usuales o desconocidos para el entrevistador. La actitud poco cooperadora define un comportamiento fácilmente evidenciable y aunque puede deberse a diferentes trastornos psiquiátricos (mutismo delirante, depresión con lentitud psíquica y motora, trastorno esquizotípico o esquizoide de la personalidad, rechazo a recibir ayuda en cualquier trastorno de la personalidad), no se necesita realizar un diagnóstico para contabilizar este ítem

La respuesta positiva acumula **3 puntos**.

3. *El sujeto manifiesta deseos de morir.*

Si el individuo coopera, puede manifestar tales deseos, lo cual denota inconformidad del sujeto con su propia existencia y es el preludio de una futura ideación suicida. Por otra parte el deseo de morir puede ser la manifestación inicial del comportamiento suicida si se le suman otros factores de riesgo para esta conducta.

La respuesta positiva acumula **2 puntos**

4. *El individuo manifiesta ideas suicidas.*

Mediante este ítem se intenta evaluar la presencia de ideas suicidas en el sujeto en el momento presente (el “aquí y ahora”)

La respuesta positiva acumula **4 puntos**

5. *El sujeto expone un plan suicida.*

Evidentemente no es lo mismo tener deseos de morir o pensar quitarse la vida sin precisar como hacerlo, que elaborar o planificar como llevarlo a vías de hecho, lo cual es de extrema gravedad para la supervivencia de la persona.

El plan suicida es la manifestación más estructurada y por tanto más grave de la ideación suicida

La respuesta positiva acumula **5 puntos**.

6. *El individuo tiene antecedentes de trastornos psiquiátricos.*

Mediante este ítem se recaban los antecedentes patológicos personales de enfermedad mental sin que el médico u otro personal paramédico o voluntariado se enfrenten a la necesidad de realizar un diagnóstico psiquiátrico preciso. Aquí quedan incluidas todas las enfermedades que pueden conllevar al

suicidio y la importancia de este ítem es reconocer al enfermo mental como un grupo con mayor posibilidad de cometer suicidio que la población en general.

La respuesta positiva acumula **4 puntos**.

7. El sujeto tiene antecedentes de hospitalización psiquiátrica reciente

Este ítem se tiene en cuenta debido a la frecuencia con que ocurre el suicidio en los pacientes dados de alta de un servicio de psiquiatría, principalmente durante los primeros seis meses

La respuesta positiva acumula **2 puntos**.

8. El individuo tiene antecedentes de intento de suicidio.

Es reconocido que entre el 1% y el 2% de los sujetos que realizan un acto suicida se suicidan durante el primer año y entre el 10% y el 20% en el resto de sus vidas lo que justifica su inclusión en esta guía.

La respuesta positiva acumula **3 puntos**.

9. El sujeto tiene antecedentes familiares de conducta suicida.

En este ítem quedan incluidos los llamados factores biológicos y genéticos de la conducta suicida.

La respuesta positiva acumula **3 puntos**.

10. Presencia de un conflicto actual (pareja o familia)

Independientemente que no son estos los únicos conflictos que pueden precipitar un intento de suicidio o un suicidio, las evidencias los consideran entre los más frecuentes en cualquier latitud y cultura. Aquí se incluyen el resto de los posibles estresores agudos que pueden desencadenar una crisis suicida.

La respuesta positiva acumula **2 puntos**.

Si la suma de la puntuación de todos los ítems sobrepasa los 18 puntos el sujeto debe ser trasladado a recibir atención psiquiátrica de urgencia ya que el peligro de suicidio es muy elevado.

Apéndice II:

Protocolos de intervención

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN EN PERSONAS QUE MANIFIESTAN IDEACIÓN SUICIDA

1. Acoger

- Facilitar la verbalización
- Evitar los eufemismos
- Favorecer la transferencia positiva.

2. Focalizar el problema

- Trabajar los sentimientos suicidas
- Señalar los rasgos positivos de la personalidad
- Detectar las formas sanas de solucionar problemas anteriores.

3. Valorar la gravedad

- Analizar las posibilidades reales de llegar al suicidio
- Valorar los apoyos familiares y sociales
- Valorar las formas de afrontamiento en situaciones de crisis parecidas anteriormente.

4. Actuar

- Señalamiento de las posibles pistas de solución.
- Necesidad o no de seguir un tratamiento psicoterapéutico convencional
- Consulta de seguimiento.

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN EN PERSONAS QUE MANIFIESTAN UNA CRISIS SUICIDA

1. Acoger

- (VER Protocolo de intervención en la “ideación suicida”)

2. Focalizar el problema

- La contención
- Contrato de no suicidio
- «Instrospection intermission».
- Clarificación y confrontación
- Catarsis mediata
- Manejo del “acting out”
- Orientación anticipatoria
- Utilización del humor
- Provocar la expresión de la agresividad.

3. Valorar la gravedad

- Valorar el plan suicida
- Valorar el riesgo real de muerte
- Valorar la intencionalidad del plan suicida.

4. Actuar

- Indicar la necesidad de un tratamiento farmacológico/o terapéutico convencionales
- Posibilidad de un internamiento psiquiátrico.

Protocolo de intervención en personas que han realizado un intento autolítico

- No pasar de largo ante la conducta suicida
- Alianza con el sufrimiento del suicida
- Explorar las fortalezas del sujeto
- Identificación del problema nuclear
- Posibilidad de un ingreso hospitalario
- Establecer un plan terapéutico.

Protocolo de intervención en personas que han realizado un gesto suicida

- Atención a las lesiones físicas, si las hubiere
- Exploración exhaustiva para descartar la intencionalidad de muerte
- No minimizar este tipo de conducta y siempre explorar las motivaciones profundas.

Protocolo de intervención en personas que han realizado un suicidio frustrado

- Atención a las lesiones físicas, si las hubiere
- Exploración de la vivencia suicida y valoración si persiste “la lógica suicida”
- Tratamiento psiquiátrico (farmacológico o incluso el internamiento) para neutralizar la patología psicopatológica subyacente.

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN EN PERSONAS QUE REFIEREN LA PREOCUPACIÓN POR UN FAMILIAR CON IDEAS SUICIDAS

- Recoger la mayor información sobre la “historia suicida” del familiar en cuestión
- No dar soluciones fáciles (“no pasará nada”) ni tampoco alarmar. Valorar en su justa medida la situación
- Informar sobre la conveniencia de que “la persona presuicida” verbalice sus pensamientos suicidas
- No sancionar, ni culpabilizar, ni mucho menos ridiculizar.
- Posibilitar la consulta con un profesional (psicólogo y/o psiquiatra) insistiendo en el sufrimiento que la propia vivencia produce: angustia, insomnio, tristeza, etc.

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN CUANDO EL ACTO SUICIDA ESTÁ EN CURSO

1. Acoger

- **(Ver Protocolo de intervención en la “ideación suicida”)**
- El acercamiento físico debe ser progresivo y cauteloso
- Provocar un clima de empatía y evitar la presencia de terceras personas
- Alejar objetos (tijeras, pastillas, cuerdas, etc.) que puedan ser un peligro para la víctima o el terapeuta.

2. Focalizar el problema

- Explorar el estado mental del suicida y en que fase se encuentra (consideración, ambivalencia o decisión firme)
- Enfatizar las circunstancias positivas de su vida.

3. Valorar la gravedad

- Valorar el riesgo real de muerte y sus posibilidades
- Valorar los apoyos familiares y sociales
- Valorar el estado psicopatológico del sujeto y el estado de la conciencia
- Valorar si la intención de morir es firme.

4. Actuar

- Remisión a un centro hospitalario para su exploración definitiva y determinar si procede un tratamiento a largo plazo psicoterapéutico o/y farmacológico.

Protocolo intervención cuando “el consultante refiere el suicidio de un familiar” (Tizón, 2004)

- Facilitar el poder hablar de las culpas reales o fantaseadas.
- Facilitar el poder expresar los sentimientos negativos: ira, rabia, enfado, sensación de soledad, etc.
- Compartir las fantasías sobre el futuro.
- Confrontar.
- Acción: comenzar cuanto antes un tratamiento psicoterapéutico

Apéndice III:

La conducta suicida en un centro de intervención en crisis por teléfono

I. ORIGEN E HISTORIA DE LOS TELÉFONOS DE AYUDA

El teléfono es un instrumento sencillo que está al alcance de cualquiera. Su simpleza y fácil manejo choca con el gran poder de comunicación que puede desarrollar, y las posibilidades extraordinarias que posee para ponernos en contacto unos con otros. En los últimos años estas posibilidades se han incrementado con los teléfonos móviles.

Desde sus inicios el teléfono fue un instrumento de ayuda. Así nos relata su descubrimiento Gallego Gil (1986)¹: *“las cosas no le estaban saliendo nada bien a Alexander Graham Bell el día 10 de marzo de 1876. Sus experimentos en el laboratorio nº 5 de Exeter Plaza de Boston se prolongaban sin lograr el éxito. Y para colmo se derramó un recipiente de ácido sobre su traje: **Mr Watson. Come here I need you (Mr. Watson. Venga aquí, le necesito)**. Mr Watson, en una habitación del último piso del edificio, escuchó claramente esta llamada de auxilio y acudió en su ayuda. La primera transmisión de la voz por cable fue precisamente una petición de auxilio, una esperanza...”*

Se había descubierto el teléfono, al mismo tiempo que se pedía ayuda. Fue como el prelude de lo que posteriormente llegarían a ser los Servicios de Atención Urgente por Teléfono.

Fue en 1885 cuando el Reverendo Warren inició su labor humanitaria y privada de ayuda por teléfono al suicida, en la ciudad de Nueva York. Pero hasta 1906 no comenzó a funcionar, de manera oficial, este tipo de servicios, con el nombre de “National Save a Life League”. (Singh y Broun, 1973).

Entre los objetivos fundamentales del Centro de Prevención del Suicidio (CPS) de Los Ángeles, podemos señalar:

- salvar vidas
- colaborar con otros servicios de la comunidad
- obtener datos importantes y sistemáticamente ordenados que puedan emplearse en proyectos de investigación.

Entre 1965-1969 apareció una superespecialización: la suicidología (Mcgee, 1974), dedicada a la investigación en este terreno. En principio, no consideró a los voluntarios no-profesionales como elementos importantes de este Servicio. Pero, en 1972 esta Asociación sufrió varios cambios y asumió el papel del no-profesional en la prevención del suicidio.

En Europa fue el pastor anglicano **Chad Varah** el que, en 1953, inició la ayuda telefónica en su parroquia de Londres.

Según relata Jean-Luc (1981), en 1960, fue creado en Génova un Comité Internacional y un Centro de Información para coordinar la labor de los distintos Centros de Ayuda por Teléfono. Ese mismo año se celebró el Ier. Congreso de los Servicios de Atención Urgente por Teléfono.

II. LOS TELÉFONOS DE AYUDA, EN ESPAÑA

Serafín Madrid, Hermano de San Juan de Dios, fue el creador del Teléfono de la Esperanza (T. E.), en España. Fue un hombre incansable en la lucha por los más pobres y desvalidos. Y así, en un pequeño despacho de la Ciudad de San Juan de Dios, del sevillano pueblo de Alcalá de Guadaíra, el 1 de octubre de 1971, sonó un teléfono con la esperanza, al menos de comprender y compartir los temores del llamante. De esta manera tomaba vida uno de los pensamientos estrella de Serafín Madrid: “todos los problemas son relativos cuando se pueden compartir con el otro”.

Al Teléfono de la Esperanza de Sevilla, siguió el de Madrid, 1 de diciembre de 1971, y el de Valencia en febrero de 1972.

El Teléfono de la Esperanza quedó jurídicamente constituido como Asociación de carácter civil, independiente, aconfesional y de ámbito nacional, el 27 de abril de 1972, y declarado de Utilidad Pública el 26 de diciembre de ese mismo año. Fue aceptado como miembro de pleno derecho en IFOTES por el Comité Ejecutivo en 1983 (York), y ratificado por la Asamblea General en el Congreso Internacional de Roma de 1985.

Como ya hemos señalado, al principio, el teléfono fundado por Ched Varah surgió con una idea determinada, y casi exclusivista: la prevención del suicidio. Y esto era así, porque, la organización de Los Samaritanos está basada en la convicción de que la mayoría de los suicidios presentan, no problemas médicos, sino sociales y espirituales. Los Samaritanos tratan de ayudar a la persona que se encuentra desesperada, ofreciéndole compartir, y de ese modo aligerar, su carga. Es lo que Stengel (1965) denomina “una protección amistosa”.

Sin embargo, los Centros de Atención por Teléfono pronto ampliaron el abanico de su oferta, y hoy, ofrecen ayuda a toda problemática que les llega por el hilo telefónico. Quizás, en este sentido han sido Los Samaritanos los únicos que han mantenido su atención exclusiva hacia el suicida.

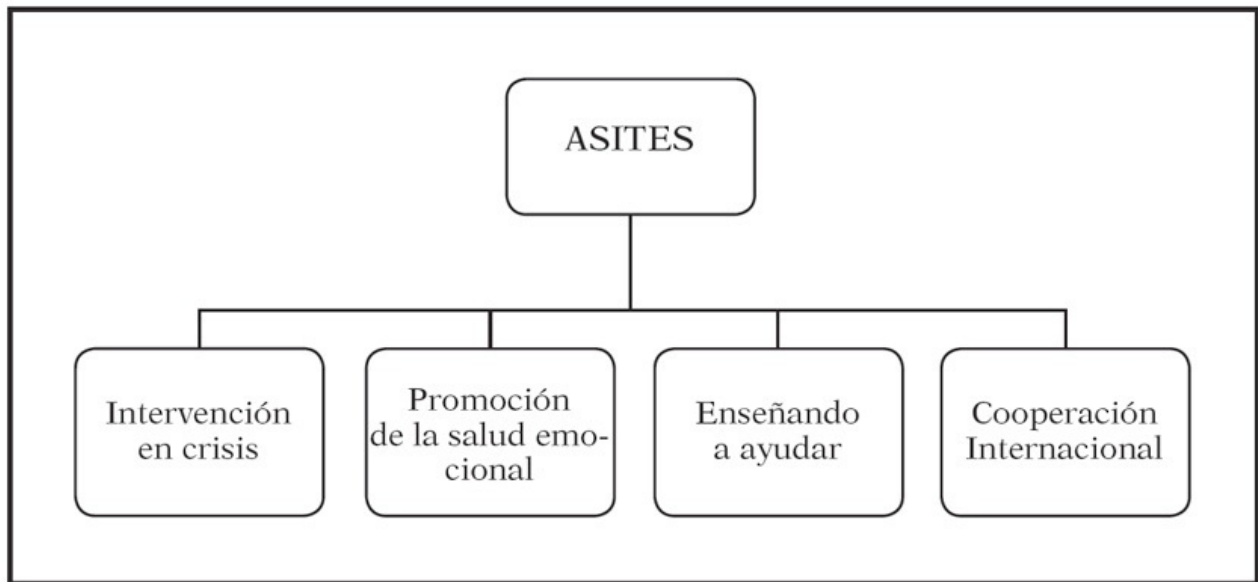
Los Teléfonos de la Esperanza, en España, han introducido un elemento enriquecedor en todo este proceso de relación de ayuda: la posibilidad de la entrevista cara-cara, por profesionales específicos en la materia a tratar: psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas de familia, abogados, etc. Todo ello sin modificar, en lo más mínimo, los principios básicos de IFOTES: el anonimato, la gratuidad y el respeto incondicional a la ideología religiosa o política del llamante.

Cuarenta años de existencia

Durante estos cuarenta años el T.E. ha ido creciendo en cantidad y cualidad: actualmente existen en España 25 Centros, en Latinoamérica está en 11 países, en el resto de Europa se encuentra en Oporto (Portugal), Zurich (Suiza) y Londres (Reino Unido). Se han atendido 4 millones de llamadas (de ellas 300.000 con contenido suicida) y a 200.000 personas en entrevista personal.

También ha crecido su abanico de actividades: ha ido mejorando su programa de Intervención en crisis por Teléfono, complementado con su atención a las personas en entrevista personal y desarrollando programas de Promoción de la salud emocional y realizando diversas actividades, como grupos de desarrollo personal (“Autoestima”, “Aprendiendo a vivir”, “Comunicación no violenta”, etc.), cursos para promover el bienestar emocional (“El arte de comunicarse bien”, “Piensa bien para sentirte mejor”, etc.) y la publicación de la revista AVIVIR y libros divulgativos. También, durante estos 40 años el T.E. ofrece una formación específica para aquellas personas que desean desarrollar una atención voluntaria: programa de “Agentes de ayuda”, programa de “Coordinadores de grupo”, etc. Y por último, desde los años 90, el T.E. apoya el desarrollo de actividades y de nuevos Centros allí donde haya personas

interesadas en colaborar con nosotros, especialmente en los países o comunidades hispano-luso hablantes.



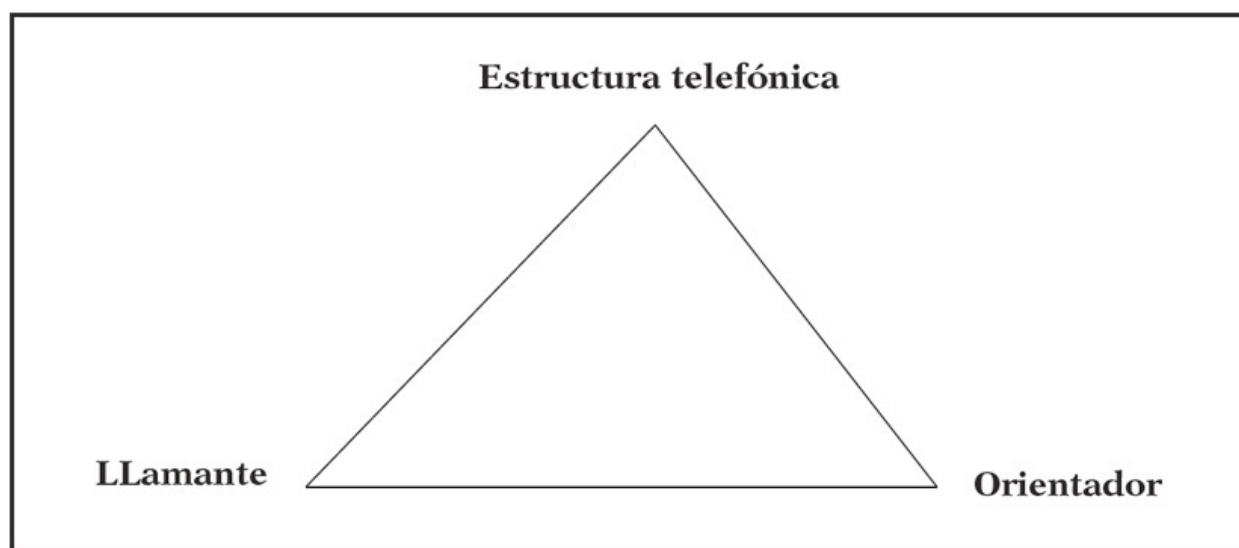
III. CRISIS Y AYUDA TELEFÓNICA

1. Relación de ayuda por teléfono

Mediante la “relación de ayuda” se facilita al otro la posibilidad de reactivar sus propias capacidades y reestablecer la armonía consigo mismo y con los demás. No se dan soluciones hechas, ni se impone una dirección. Más bien, se intenta que la persona descubra los jalones que le conducirán a su equilibrio emocional y social. (Rocamora, 1986).

En síntesis, podemos concluir que la ayuda telefónica tiene como meta un triple objetivo: facilitar el conocimiento más profundo de la situación, ayudarle a enfrentarse con sus propios sentimientos destructivos, de culpa, y ayudarle a descubrir sus propios recursos psicológicos, iluminando las posibles acciones que puede tomar para conseguir la solución de la crisis.

El Teléfono de Urgencia (T. U.) ha sido definido como “*un servicio voluntario de ayuda, dirigido a personas en situación de crisis, que utiliza el teléfono como instrumento privilegiado de intervención*” (Madrid, 1988)². De esta definición se desprende que este tipo de Servicios se sostiene sobre un trípode: el Orientador, el llamante en situación de crisis y el teléfono mismo, como instrumento facilitador de la relación de ayuda.



2. La estructura telefónica: posibilidades y límites

Es el elemento innovador de este tipo de relación de ayuda. El teléfono introduce una dimensión nueva, con sus ventajas e inconvenientes, en la intervención en crisis. Señalaremos las características más significativas:

Ausencia de la corporalidad

El interlocutor no es visible. No podemos beneficiarnos de informaciones suplementarias, pero en muchas ocasiones esenciales: la postura corporal, la mirada, etc. Se ha eliminado el riesgo de la “proximidad”: “*el cuerpo, soporte del placer y de la mirada, soporte de la persecución o de la seducción está excluido*” (Bronchart, 1982)³. Este hecho es la diferencia esencial entre la relación telefónica y la relación cara-cara.

Estas circunstancias fuerzan a la persona que atiende el teléfono a una mayor atención para poder captar las pequeñas y grandes variaciones del llamante. Consecuentemente podemos afirmar que la atención por teléfono cansa más que la relación convencional cara-cara, pese a que la secuencia en el

lenguaje es más lógica y ordenada que en una conversación presencial (Gallego Gil, 1986).

Para un perfecto entendimiento, además, se necesita unas buenas condiciones de aislamiento y confort para que las informaciones “parásitas” por el otro oído no dificulten la comunicación.

La ausencia de la corporalidad puede favorecer la verbalización de sentimientos vergonzosos u hostiles, pero, también en ocasiones, puede producir la sensación de estar hablando con un ser extraño, ajeno, impersonal.

El anonimato

El carácter anónimo de los Teléfonos de Urgencia debe entenderse en una doble dimensión: tanto para la persona que solicita la ayuda (el llamante) como para el escucha (Orientador) que atiende la llamada (Solas, 1989). Son muchos los autores que defienden que el anonimato, en este tipo de Servicios Telefónicos, favorece la comunicación y el contacto en profundidad (Norman y Farberow, 1968; Solomon, 1981).

El anonimato favorece la idealización del escucha. El llamante “adorna” al escucha de todas las prerrogativas propicias, que él necesita para salir de la crisis. La persona que llama al T. E., tácitamente está confiriendo al Orientador unas cualidades especiales. En principio esta característica favorece la relación de ayuda, aunque en algún momento se puede volver contra el Orientador, al no saber manejar este “inversión de poder”.

Accesibilidad y servicio permanente

El teléfono es un instrumento de fácil manejo, y se puede utilizar en cualquier momento del día o de la noche. De ahí, su cualidad de servicio permanente: funciona las 24 horas del día, incluso sábados y festivos.

La accesibilidad y la disponibilidad son dos características de todo Servicio Telefónico de Atención Urgente (Norman y Farberow, 1968). El Servicio existe antes de ser usado, aunque “recobra vida” a través de las propias llamadas. Esta característica de permanencia asegura una presencia, que proporciona seguridad a toda persona necesitada de ayuda; de alguna manera, el saber que “alguien” está ahí (al otro lado del teléfono) con posibilidad de ayuda, neutraliza la angustia del que se encuentra en una situación límite. Al ser un Servicio permanente el llamante siente como si le estuvieran esperando, como si el Orientador estuviera ahí siempre presente, al otro lado del hilo telefónico.

No obstante, para el Orientador esta cualidad de permanencia puede ser vivida como estresante: no puede seleccionar los problemas y desconoce cual va ser el contenido de la siguiente llamada, o si habrá llamada o no. Este aspecto es un dato claramente diferenciador con la relación cara-cara convencional: el profesional conoce quién es el siguiente paciente, o al menos se sabe si es la primera entrevista o seguimiento (Bronchat, 1982).

La escucha telefónica exige por parte del Orientador una gran capacidad para asumir toda la problemática que se presente: desde las bromas e insultos, hasta el llanto desgarrador de una persona depresiva, o la angustia del presuicida. De una llamada a otra se puede pasar de la satisfacción por “haber resuelto un caso”, a la angustia de no haber comprendido a otro llamante. Se puede pasar del aplauso, al abucheo en pocos minutos.

Reducción del tiempo y del espacio

El medio telefónico acorta la distancia y aproxima (a través de la palabra) a dos personas físicamente separadas. Desde el punto de vista terapéutico, a través del teléfono el escucha se “hace presente” sin

tener en cuenta el factor espacio: “estoy junto a ti, aunque estoy lejos”, podría decir el escucha telefónico. La distancia física es superada y el llamante se siente acompañado.

Pero además, el teléfono reduce el tiempo: “quiero hablar con alguien” y con el sencillo gesto de marcar un número, “hago presente a un psiquiatra, psicólogo, T.S. etc.”. El intervalo de tiempo entre “el deseo de consulta” y su realización es muy breve. No se cita para dentro de una, dos o tres semanas, como en la consulta de tipo convencional.

El teléfono: instrumento frío y distante

En algunas ocasiones las anteriores características señaladas del medio telefónico (sobre todo la ausencia de corporalidad y el anonimato) pueden producir la sensación de hablar con un ser extraño, ajeno, impersonal. El mismo “objeto telefónico” es frío y distante, por su forma y su consistencia.

Posibilidades y límites de la ayuda terapéutica por teléfono

Posibilidades

Las diversas modalidades de la Ayuda Urgente por Teléfono tienen de común su pretensión de producir un cambio en el llamante. Es en definitiva, una finalidad terapéutica lo que impulsa a trabajar en cualquier centro de Teléfonos de Urgencia. Pero esta ayuda terapéutica puede desarrollarse a diversos niveles. No toda llamada produce un cambio profundo en el llamante. Hay llamadas que sólo desean información (sobre recursos sociales, posibilidades de tratamiento psicológico, derechos y deberes ante un conflicto legal, etc.) y que, por lo tanto, el mismo contenido de la llamada limita la acción terapéutica, en sentido estricto. No obstante, casi siempre se produce al menos un efecto catártico, por el simple hecho de comunicar su necesidad o conflicto. Es decir, al sentir compartida la angustia, ésta disminuye y posibilita el encontrar nuevas alternativas a la crisis.

Es éste uno de los aspectos más significativos de la ayuda telefónica: ser facilitadora de nuevas soluciones a través de un conocimiento más profundo de uno mismo y de la situación conflictiva. El Orientador ayuda a iluminar las partes oscuras del problema y a buscar nuevas vías de solución. Muchas veces la simple visión del conflicto por un tercero proporciona puntos de referencia que el propio llamante ha sido incapaz de descubrir por sí solo.

Por otra parte, la llamada, la propia llamada, puede ser punto de apoyo para iniciar una reestructuración más profunda de la personalidad del llamante. Es decir, en algunas ocasiones, la llamada telefónica será el motivo de iniciar un tratamiento terapéutico cara-cara, que posibilite el cambio radical del llamante. En estos casos, la ayuda telefónica desdramatiza la necesidad de ayuda psicológica o psiquiátrica y posibilita el inicio de una relación terapéutica convencional.

Límites

Todas estas posibilidades de la ayuda telefónica están condicionadas por sus propios límites. La ayuda telefónica no es omnipotente. No lo puede todo.

Independientemente del problema presentado, de los propios recursos del llamante y del Orientador, la ayuda telefónica, por sí misma tiene límites en su acción terapéutica, que en algunos casos pueden hipotecar su misma eficacia.

En primer lugar, la atención por teléfono está condicionada por la ausencia de la corporalidad, y sobre todo ser puntual, transitoria y momentánea. En algunos casos, el Orientador tiene la sensación de que todo se lo debe jugar a una carta, que todo depende de cómo maneje esa llamada, porque posiblemente será la primera y única vez que llame. Esto lleva consigo que el ritmo del encuentro no sea impuesto por

el Orientador (terapeuta) sino por el llamante (consultante). No se puede forzar la ayuda telefónica, pues con un simple movimiento de colgar el teléfono, y amparado en el anonimato, el llamante puede dar por finalizada la relación. De alguna manera, pues, el Orientador debe seguir al llamante y tensar más o menos la cuerda de la relación según se lo vayan permitiendo.

Además, generalmente, la intervención telefónica se mantiene en el plano consciente del problema, lo que puede dificultar la resolución de situaciones conflictivas más profundas. No obstante, este hecho no es óbice para que el llamante, en algunas ocasiones, descubra aspectos de su personalidad que le eran desconocidos (Farberow y Shneidman, 1961).

Lamb (1970) señaló el riesgo que la relación de ayuda telefónica se convierta en una conversación convencional por teléfono. La costumbre de utilizar el teléfono de forma cotidiana, la falta de presencia física del paciente y probablemente la propia relajación del Orientador (sentado en un cómodo sillón sin la mirada interrogadora del otro) son factores que pueden llevar a minimizar el encuentro y convertir la “llamada telefónica” en una conversación de amigos.

El mismo hecho de que la llamada se produzca en un momento de crisis puede condicionar al Orientador para que preste más atención a estos aspectos negativos de la personalidad del llamante que a sus posibilidades de cambio.

Y por último, podemos señalar la sensación de impotencia del Orientador ante problemas que por su misma esencia se escapan de su competencia (peticiones de trabajo, dinero, etc.) A pesar de ser consciente de que la finalidad del teléfono es otra, sin embargo, el Orientador no puede eludir el sentirse invadido por la angustia del padre de familia en paro o del que no tiene lo suficiente para pagar el alquiler de su casa.

3. El Orientador

Especialista en la escucha

El Orientador es la persona que atiende la llamada. No es solamente un amigo o compañero, sino un profesional: un especialista en la escucha, que ha sido entrenado y formado para esta tarea y a través de “actitudes y destrezas” ha podido convertirse en un “asesor funcional de ayuda” (Madrid, 1985)⁴.

Es decir, el Orientador debe poseer las destrezas necesarias para establecer una auténtica relación de ayuda a través del medio telefónico. Su misión es escuchar pero con matiz terapéutico: escucha, atiende al llamante, para producir su cambio y disminuir su angustia. Aquí, el sentido común no basta. Es preciso algo más: es necesario una formación. Y no solamente una formación teórica, sino también técnica y práctica.

El encuentro telefónico debe desarrollarse en una atmósfera terapéutica. Este marco de acción debe estar impregnado de seguridad, confianza y respeto.

A falta de una presencia física, la voz es la que nos permite mostrar nuestra seguridad, tanto por lo que decimos como por la forma de transmisión. Nuestra competencia se trasluce por la manera de sintonizar, captar y asimilar la problemática que se nos presenta. De esta manera nos podremos sentir próximos, pero independientes, y no descontrolados por la angustia del que llama.

La escucha auténtica supone confianza en las posibilidades del otro. Para conseguir esa atmósfera hay que hablar al llamante con tonos modulados y calurosos, concentrados en la comprensión correcta de lo que nos quiere transmitir. Hay que darle la oportunidad de que pueda manifestar todos sus sentimientos, por vergonzosos y hostiles que sean. En todo llamante existen zonas sanas de su personalidad que

podemos potenciar.

Por último, una actitud respetuosa del Orientador exige libertad de preocupaciones y sobrecargas. El Orientador debe dar sensación de disponibilidad, no interrumpiendo la conversación telefónica o mostrar prisa por finalizar la llamada. Por esto mismo, mientras está atendiendo el teléfono no debe estar haciendo otra cosa, ni hablar con otras personas. El encuentro telefónico es tan sagrado como la propia entrevista cara a cara. Además, el ser respetuosos nos exige el aceptar el ritmo de exposición del llamante, sus silencios o sus interrupciones angustiosas (lloros, reacciones de cólera, etc.).

Toda relación terapéutica es asimétrica por su misma naturaleza: se establece entre dos personas, de las cuales una es el ayudador (Orientador) y otra es el ayudado (Llamante). Ignorar esta desigualdad supone difuminar los límites de la relación terapéutica, y convertirla en una “charla de amigos”. De aquí se desprende la necesidad de la profesionalidad del Orientador.

Actitudes que favorecen la intervención

a) Crear un clima de acogida

Dado que la intervención telefónica se produce en un momento de crisis, el Orientador deberá procurar favorecer un clima acogedor que permita la expresión de sentimientos negativos y que el llamante no se sienta atacado o descalificado en su comunicación.

b) Comprensión empática

No basta con tener empatía con el llamante, sino que también es preciso saber transmitirla. El Orientador debe mantener una distancia saludable con el consultante, pues no se debe sentir invadido por él, pero tampoco tomar una postura fría y distante. Tener empatía es ponerse en lugar del otro y en palabras de Roger “es calzar el mismo zapato” que el consultante.

c) Escucha activa

Consiste no solamente en oír al llamante, sino también escuchar sus sentimientos más profundos. El Orientador tendrá cuidado en emplear un tono y volumen de voz adecuado y sobre todo, no juzgar, ni contra argumentar, y mucho menos descalificar.

Voluntariedad y gratuidad

Es importante subrayar que la integración en una organización voluntaria de ayuda, como es el Teléfono de la Esperanza, implica que el sujeto activo de la acción voluntaria es la entidad asistencial (Madrid, 1985). Es decir, el Orientador no realiza su labor en nombre propio sino como representante del T. E. El Orientador, pues deberá asumir los principios y normas de los Servicios de Urgencia por Teléfono, pues en nombre de ellos realiza su labor asistencial.

Este tipo de ayuda se presta de forma gratuita, sin retribución económica. No obstante, sabemos, siguiendo a Freud que “nadie renuncia a nada por nada”. Incluso la conducta más altruista siempre produce un “enriquecimiento”, al menos psicológico, de la persona que la realiza.

4. El llamante

Es la persona que en un momento dado de su existencia toma la decisión de marcar un número telefónico en un intento por neutralizar su angustia, o buscar compañía a su “soledad afectiva”. La problemática presentada, así como las características epidemiológicas de estos usuarios están claramente definidas (Guijosa, 1984). Aquí solamente señalaremos los rasgos comunes a todo llamante:

Es una persona en crisis

El encuentro telefónico se establece por la acción voluntaria de uno de los elementos de la relación, pero al mismo tiempo “obligado” por una situación “grave y urgente”. El llamante vive su propia desestructuración, la ruptura de su homeostasis, y por esto intenta conectar con un elemento firme y seguro de la realidad: el escucha. La llamada, pues, se produce generalmente en el momento más álgido de la crisis y cuando los mecanismos personales compensadores han fracasado.

En esta situación, el hombre es más permeable a la influencia del exterior, es más susceptible para recibir una ayuda.

Es una relación frágil

Es decir, la continuidad de la relación no depende tanto del Orientador sino del llamante. Este, en cualquier momento puede decidir romper la comunicación telefónica con un simple gesto de colgar el teléfono. De ahí, el difícil equilibrio que debe mantener para que “la llamada no se rompa”, ni se convierta en una simple charla de amigos.

Es una ayuda puntual

La ayuda telefónica es una relación puntual, momentánea. Es como contener una grave hemorragia sin preocuparse por el agente causante de la misma, ni por los efectos dañinos que ha podido producir. Las llamadas, generalmente, no tienen un “antes”, ni un “después”. Es decir, la relación se agota con la misma llamada.

Transferencia positiva

Las propias condiciones de la relación telefónica (anonimato, ausencia de la corporalidad, etc.) pueden potenciar una transferencia positiva. El llamante puede investir mágicamente al Orientador de poderes y posibilidades, que no posee. Es en esta característica donde se apoya la extendida venta por teléfono.

El escucha no debe caer en la trampa de aceptar ser investido de poderes omnipotentes, que puede satisfacer a su narcisismo, pero que impedirá una auténtica relación de ayuda. Incluso desde lo manifiesto debe aceptar y transmitir sus limitaciones y las limitaciones del instrumento que está utilizando: el teléfono.

IV. PROCESO TERAPÉUTICO DE LA LLAMADA

Cada llamada tiene sus propias peculiaridades. No hay dos llamadas iguales. Aun los mismos contenidos, el mismo problema se transmite y se vive de forma diferente. Incluso el Orientador no siempre se encuentra en la misma situación psicológica para recibir la llamada.

Sin embargo, y en un intento didáctico, podemos describir una triple fase en toda llamada: momento de tanteo, enriquecimiento mutuo y posibilidad del cambio del llamante (Haeringer, 1980).

En el primer momento del encuentro telefónico existe un deseo del llamante por conectar con el Orientador. Incluso, a veces, con una pregunta sobre que es el T. E. o para qué sirve este Servicio Telefónico. Solamente después de que se tiene un conocimiento directo del Servicio se inicia la exposición del problema o conflicto.

En los momentos iniciales de la llamada, el llamante parte de su indigencia, de su situación de crisis y se agarra a la “potencia” que mágicamente ha puesto en el Orientador. De alguna manera, el Teléfono de la Esperanza es el “brujo del siglo XXI”; para muchas personas es como el talismán para sus problemas o el último recurso a sus conflictos. De aquí la importancia de este primer momento del encuentro telefónico. Es fundamental que el llamante no se sienta defraudado ante sus expectativas, pues, de lo contrario, la llamada finalizaría en ese instante.

Si la relación telefónica es productiva, hay un segundo momento donde la conexión se realiza desde la parte sana del llamante con la parte sana del escucha. Se produce, pues, una nivelación de las dos figuras de la relación: el Orientador reconoce sus límites (no es omnipotente), y el llamante admite sus posibilidades y valores (no es un indigente absoluto). La posibilidad de cambio está en marcha.

La “llamada redonda” es la que finaliza con una “sensación de estar-con”, que posibilita el crecimiento y el cambio del llamante, y de alguna manera, el enriquecimiento del Orientador. Así, ambos elementos de la relación se beneficiarían del encuentro.

Desde la perspectiva de la psicoterapia de emergencia, siguiendo a Bellak y Small (1965), podemos distinguir varias secuencias en el proceso terapéutico:

1. La comunicación del llamante

El llamante informa al Orientador de su situación problemática y motivo de la llamada: describe vivencias actuales o pasadas de sí mismo o de un tercero. En la comunicación telefónica, como ya hemos señalado con anterioridad, estaremos muy atentos al lenguaje y paralenguaje utilizados (silencios, tono y ritmo de la voz, etc.) que nos irán proporcionando pistas de cómo el llamante está viviendo el conflicto presentado.

2. El Orientador percibe el núcleo central del problema

El Orientador descubre lo nuclear del conflicto, que a veces puede o no coincidir con las manifestaciones expresas del llamante. Hace conexiones con las vivencias y situaciones anteriores del llamante e intenta encontrar el común denominador a todas ellas: sería la raíz del conflicto, descubriendo aspectos nuevos, en ocasiones sorprendentes para el propio llamante.

3. El Orientador transmite su “descubrimiento” al llamante

Se hace a través de los señalamientos, clarificaciones y confrontaciones. Incluso el Orientador puede utilizar el paralenguaje para transmitir un metamensaje a su interlocutor. Por ejemplo: un silencio del

Orientador puede significar sentimientos muy diversos: aprobación, interpelación, agresividad, etc.

4. El llamante capta la esencia del conflicto

El llamante percibe de manera emocional, no sólo intelectualmente, el núcleo de su conflicto, y descubre la posible luz y la alternativa más adecuada a su situación de crisis. Esto lo puede manifestar de formas muy diversas, incluso por conductas contradictorias: risa-llanto, agresividad-bondad, aceptación-rechazo del escucha, etc.

5. La elaboración

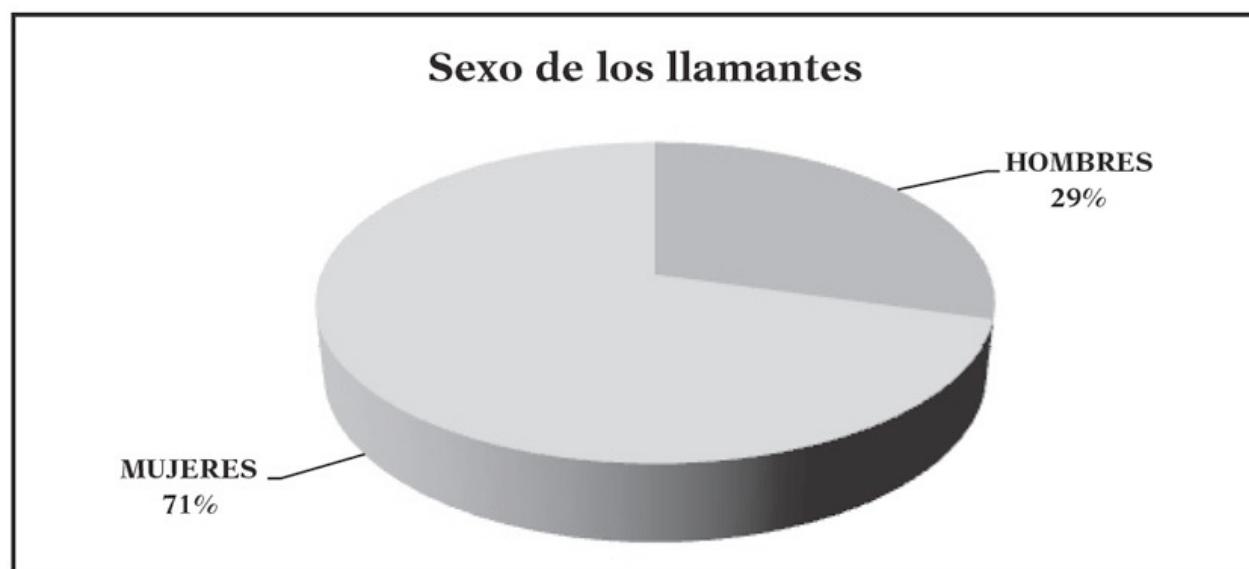
El llamante transporta a su vida cotidiana lo descubierto en la relación telefónica.

1. Encuadre: llamadas 2010 en España

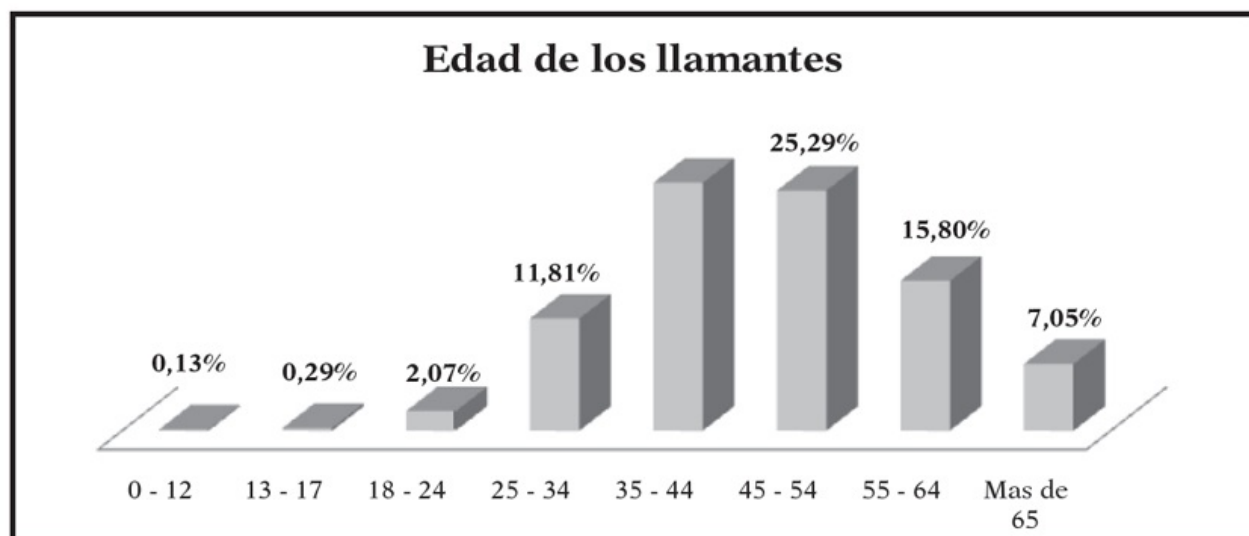
Los siguientes datos están recogidos de la FICHA DE ORIENTACIÓN, que se rellena al concluir cualquier llamada que se recibe en el Teléfono de la Esperanza (España). Este es un servicio, como hemos indicado ante, que no solamente atiende la problemática suicida sino que también acoge a toda situación “grave y urgente”: soledad, depresión, conflicto de pareja, etc.

Llamadas producidas en los 25 Centros del Teléfono de la Esperanza (España) del 1 de enero de 2010 al 31 de diciembre de 2010:

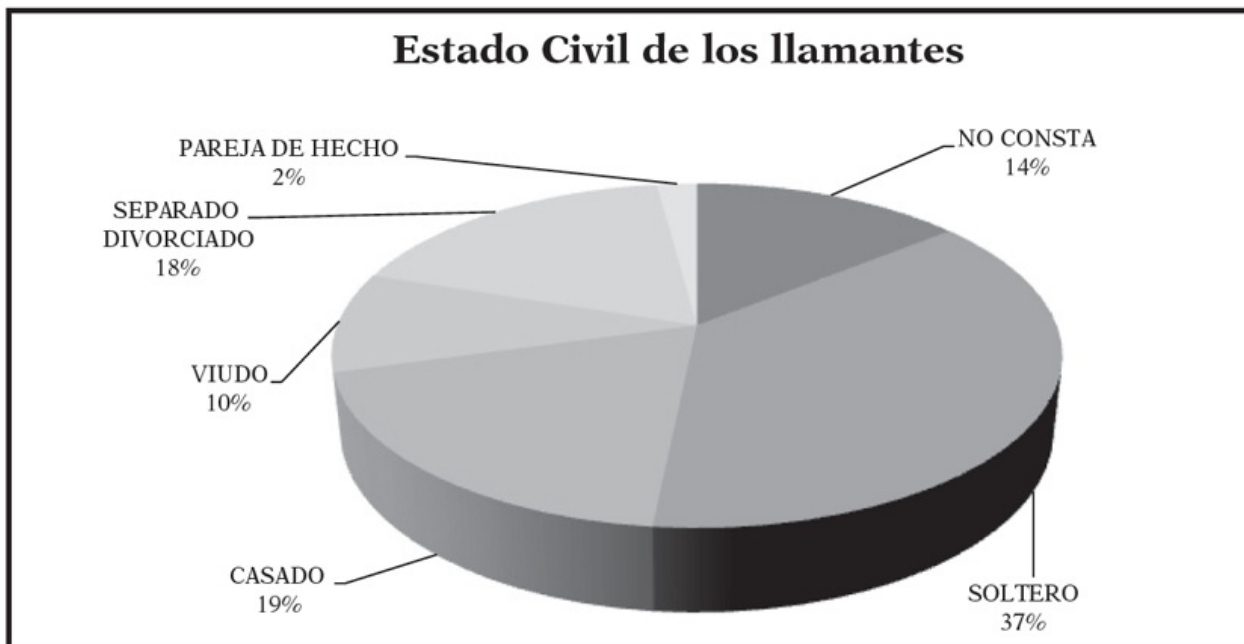
TOTAL DE LLAMADAS: 113.922



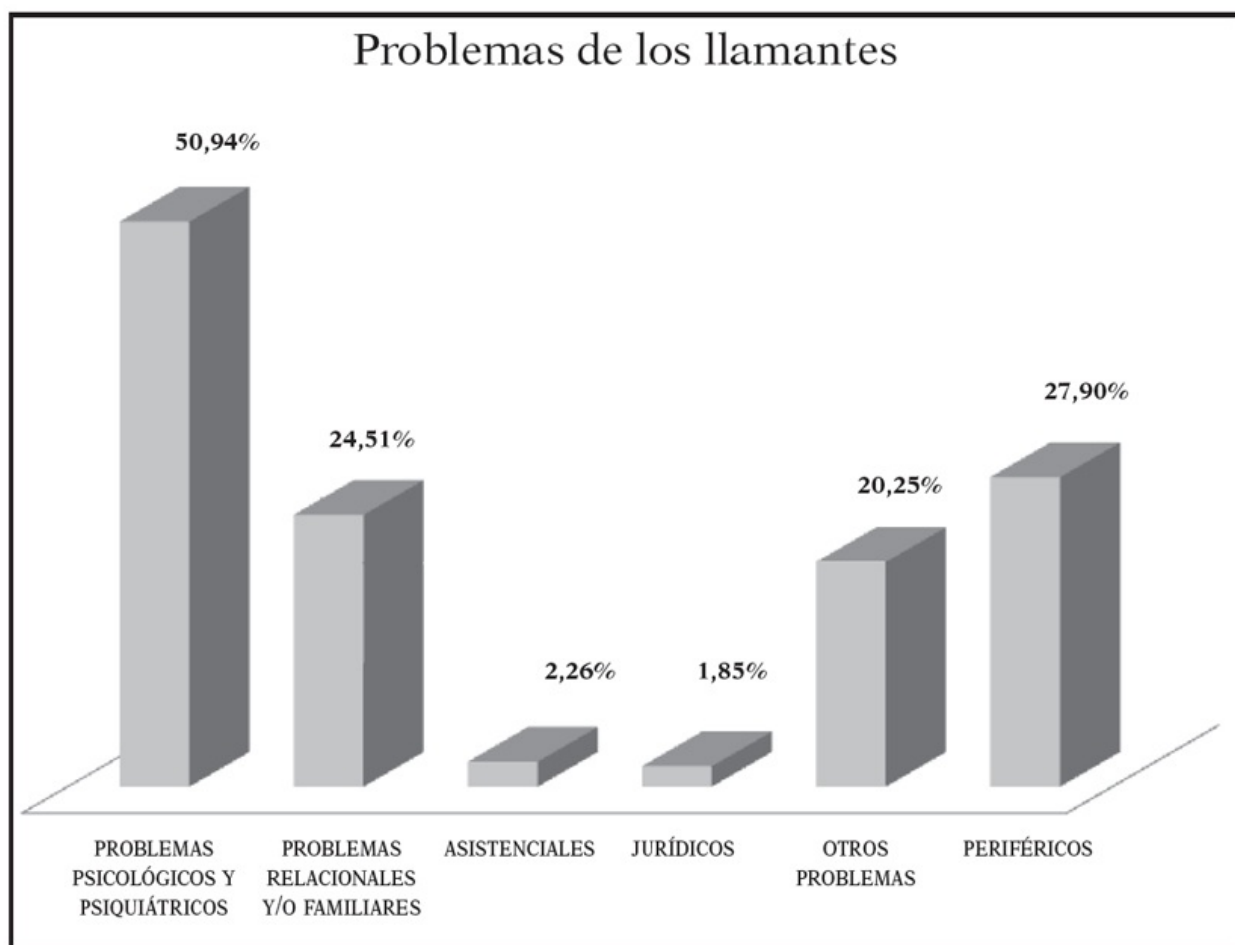
El T.E. como cualquier servicio de ayuda (Centro Médico, consulta de Psicología o Psiquiatría, gabinete jurídico, etc.) recibe más petición de ayuda de mujeres que de hombres: casi 2,5 de mujeres por hombre. Se constata una vez más que la mujer es más proclive a pedir ayuda que el hombre, entre otras razones, porque tiene menos pudor en exponer sus deficiencias.



Este tipo de Servicios Telefónicos, como se podría esperar, es más utilizado por personas adultas: entre 35-54 años de edad suponen más del 50% de los llamantes.

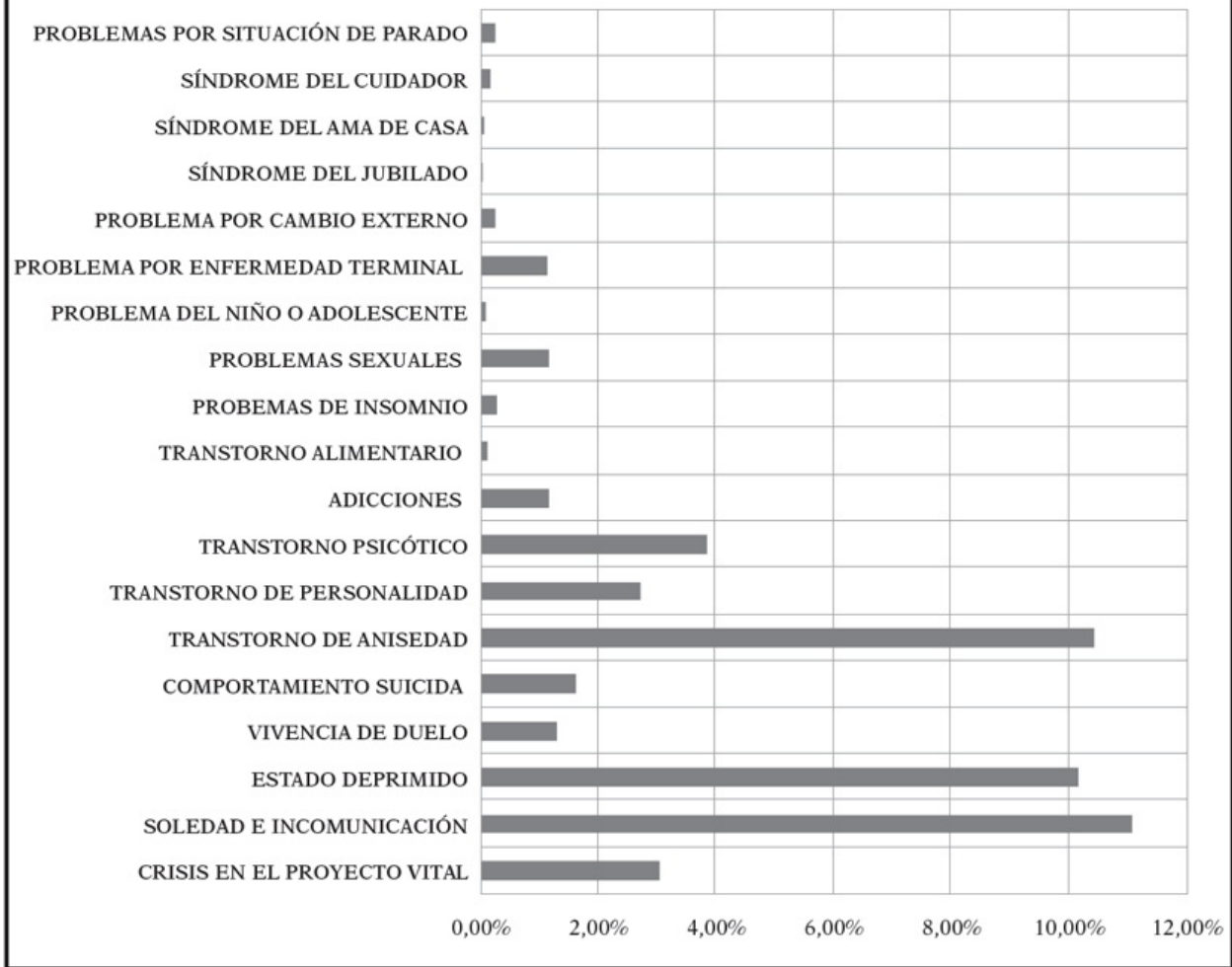


Puede ser significativo que el 37% de los llamantes sean solteros, lo que sugiere que este tipo de Servicios es utilizado mayoritariamente por personas con dificultad en la relación o que se encuentran solos.



Los Problemas psicológicos y psiquiátricos suponen alrededor del 50% de las llamadas, seguido por los Problemas familiares y/o relacionales (24%) y los Periféricos (casi el 28%). Estos son todas las llamadas que no manifiestan un contenido de ayuda (bromas, “llama y cuelga”, etc.)

Problemas Psicológicos y Psiquiátricos



Dentro de los problemas psicológicos y psiquiátricos presentados por los llamantes destacan *soledad e incomunicación, estado deprimido y trastorno de ansiedad*.

2. Llamadas con contenido suicida

En la FICHA DE ORIENTACIÓN se recogen tres ítems que están relacionados con el comportamiento suicida: ideación suicida, crisis suicida y suicidio en curso (durante la llamada se está produciendo el suicidio: el llamante se ha tomado el bote de pastillas o se ha seccionado las venas, por ejemplo).

Llamadas con comportamiento suicida 2010

Ideas suicidas= 1313

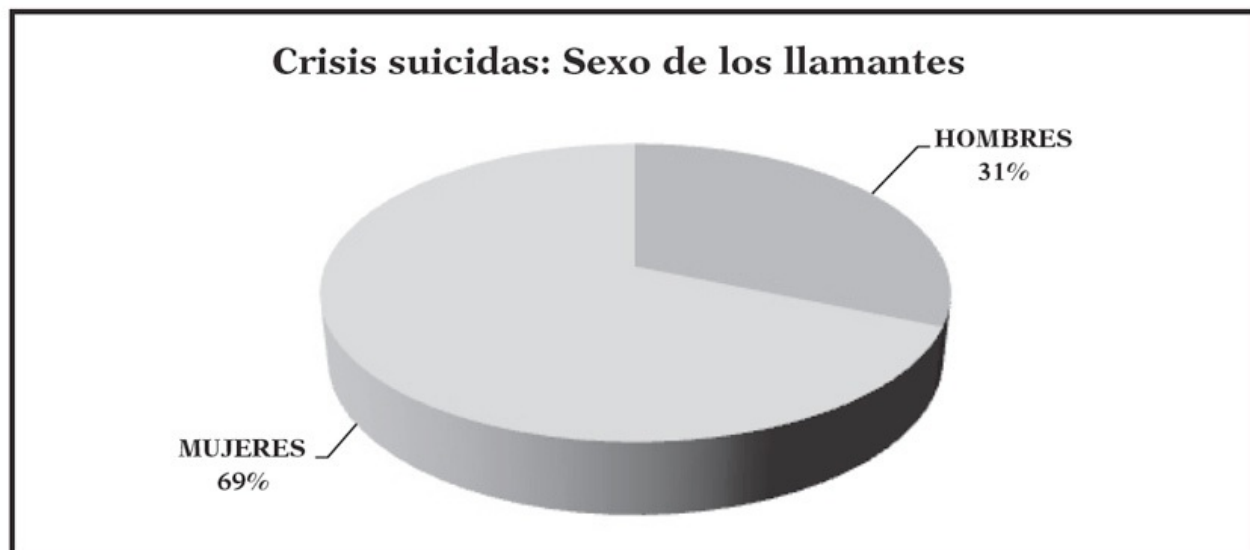
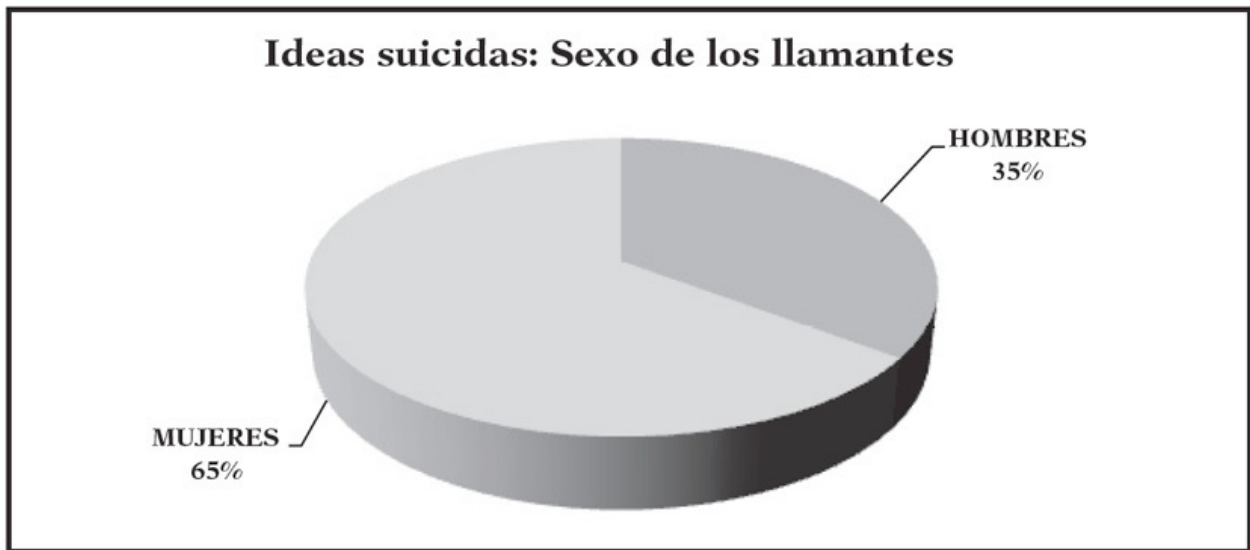
Crisis suicidas= 443

Acto suicida en

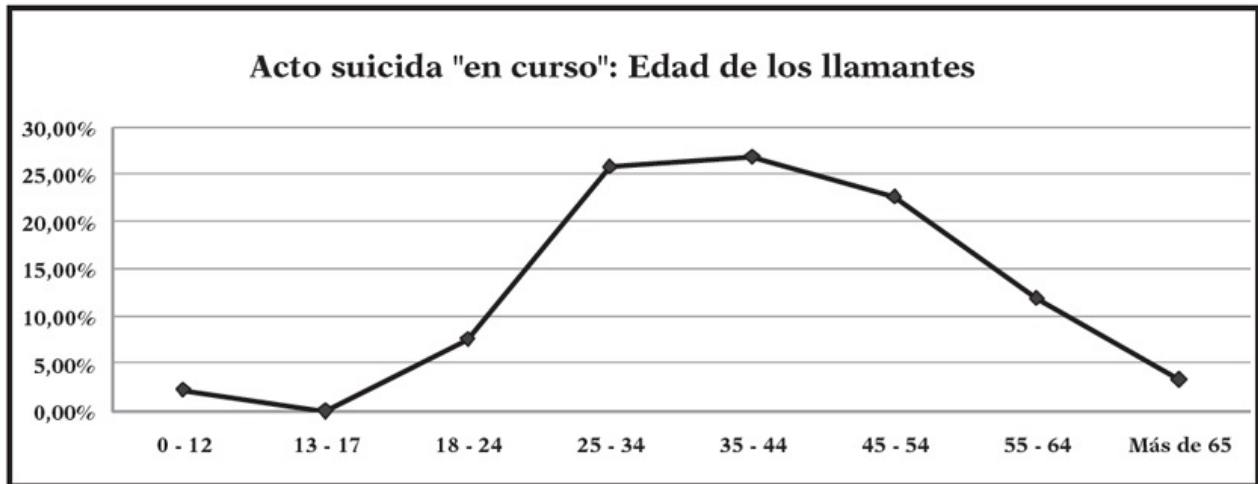
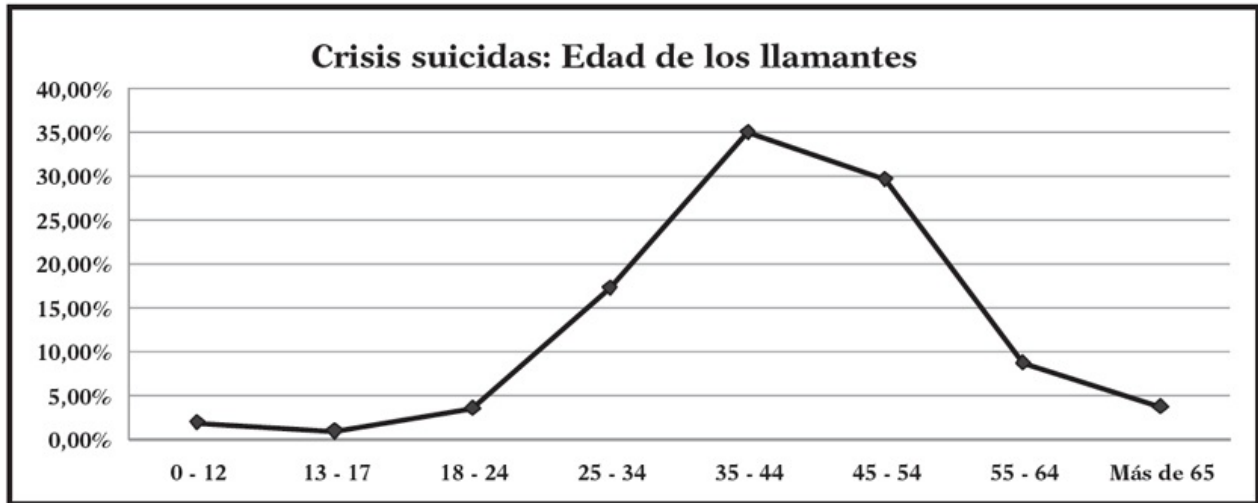
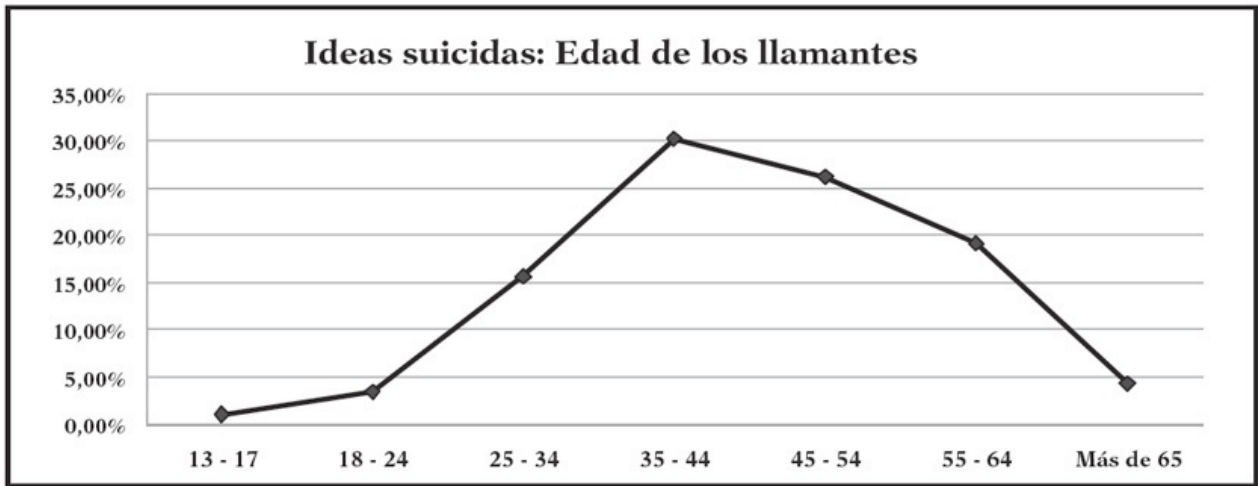
Curso = 93

TOTAL = 1849

Las llamadas con contenido suicida suponen el 1,6% de todas las llamadas recibidas durante el año 2010. Este porcentaje es muy parecido al señalado por Guijosa (1984) en el primer estudio informatizado realizado en el T.E. en España: 1,3% de las llamadas. Sin embargo, en un estudio realizado en el T.E. de Madrid en 1991 ese porcentaje sube al 5,1% (Rocamora, 1992). Y en los Centros de Prevención del suicidio (EE.UU.) las “llamadas suicidas” suponen el 90% de la problemática atendida, ya que se dedican exclusivamente a la atención de los comportamientos suicidas (Moron,

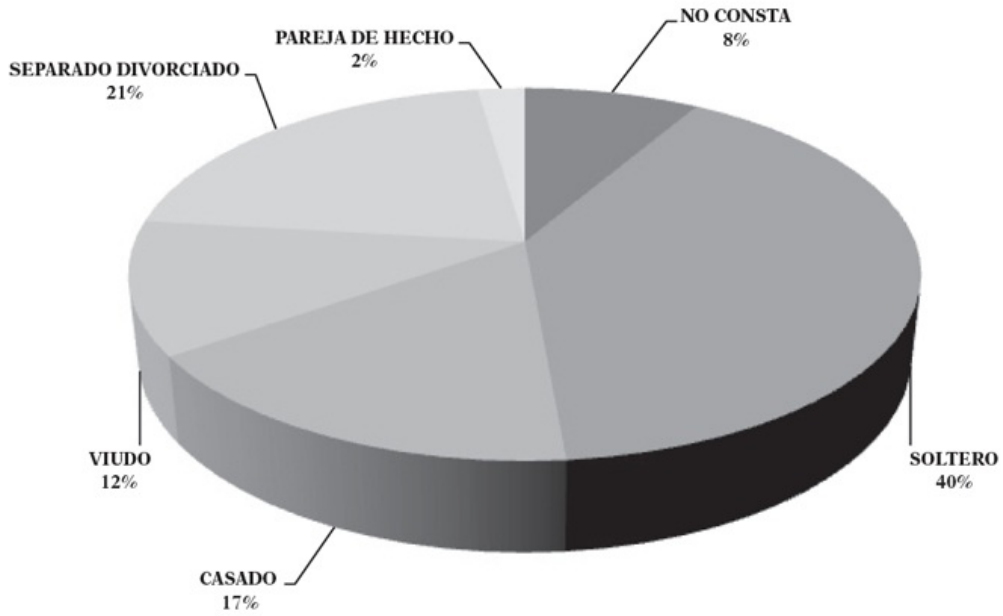


Todas las investigaciones señalan que se suicidan tres veces más los hombres que las mujeres y esta cifra se invierte respecto a los intentos de suicidio. En el T.E. se observa esa misma tendencia, tanto en la ideación suicida, crisis suicida o el mismo acto suicida en curso: el porcentaje de mujeres es algo más que el doble de hombres que llaman con esta problemática.

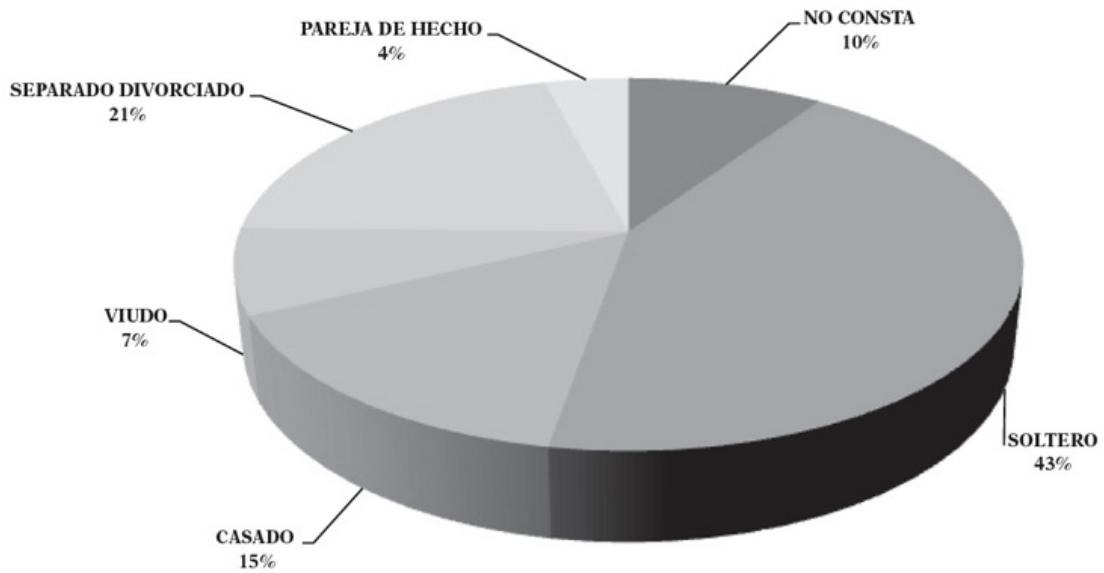


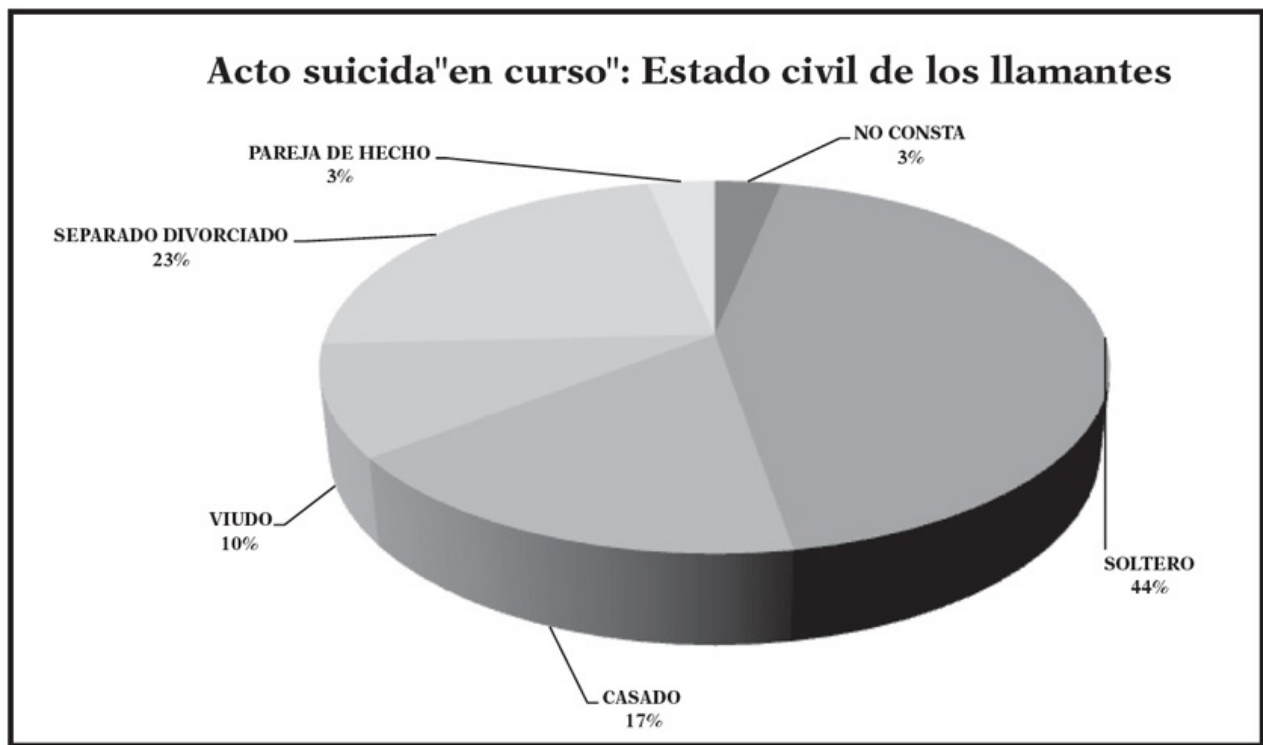
Respecto a la edad de los llamantes con un comportamiento suicida no existen diferencias significativas: se aprecia un mayor porcentaje para la persona adulta madura, aunque en las llamadas de Acto suicida en curso, la gráfica se abre hacia las personas de 45-54 años.

Ideas suicidas: Estado civil de los llamantes



Crisis suicidas: Estado civil de los llamantes





Tampoco existen diferencias significativas en estos ítems. No obstante se mantiene, como en las “llamadas generales” los solteros como los principales usuario de este tipo de servicios.

3. Conclusiones

1. Con respecto al sexo, los porcentajes de hombres y mujeres que utilizan el T.E. es muy parecido a lo que ocurre en cualquier servicio de ayuda. En cuanto a las llamadas con contenidos suicidas, el porcentaje de mujeres es algo más que el doble que los hombres.

2. Aunque las recientes investigaciones indican un incremento de suicidios en jóvenes y ancianos, en nuestra muestra, el mayor porcentaje de los “llamante suicidas” corresponde a una persona adulta madura, aunque en las llamadas de Acto suicida en curso, la gráfica se abre hacia las personas de 45-54 años.

3. Respecto al estado civil destaca que los llamantes, alrededor del 43% están solteros. Este porcentaje es un poco mayor que en los “llamantes” en general (de todas las llamadas el 37% son solteros).

1 . Gallego Gil, D.J. (1986). *Psicosociología del medio telefónico en la Historia de la Educación de los EE.UU (1956-1980)*. Tesis doctoral, tomo II, Universidad Complutense, Madrid.

2 . Madrid, J. (1988). *Lugar de los Teléfonos de Urgencia en la red de los Servicios de Ayuda*. Ponencia en el XI Congreso Internacional de IFOTES, Helsinki.

3 . Bronchart, P. (1982). “Parler pour ne rien dire?”. *En: L’ecoute: pièges & enjeux*, Tesis Accueil, Bruselas, pp. 13-21.

4 . Madrid, J. (1985). *El Voluntario en el Teléfono de la Esperanza. Notas para una definición del Orientador del Teléfono de la Esperanza*, Ponencia en el X Congreso Internacional de IFOTES, Roma.

Bibliografía

- Abadi, M; Garma, A.; Garma, E.; Gazzano, A.J. A.; Rolla, E, H. y Yampeya, N.(1973). *La fascinación de la muerte*. Barcelona: Paidós.
- Acinas Acinas, M.P. y Muñoz Prieto, F.A. (2008). “Gestión de emergencias por intento de suicidio”. En: Parada Torres, E. (coordinador) *Psicología y emergencia*, Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Adam, K.S. (1985). “Attempted Suicid”, *Psychiatric Clinics of North America*, 8(2), pp. 183-201
- Alonso Fernández, F. (1981). “Introducción a los tipos de sobreurgencias psiquiátricas más importantes”, *Psicopatología*, 1,3, pp. 197-214.
- Alonso Fernández, F. (1982). *Compendio de Psiquiatría*, Madrid: Oteo, 2º ed.
- Alonso Fernández, F. (1985). “Conducta suicida en la adolescencia (un ensayo de penetración comprensiva en las estadísticas)”, *Psicopatología*, 5, 2, pp. 147-159.
- Baca-García, E. y Díaz Sastre, C. (2000). “ Bases biológicas del suicidio”. *Monografías de Psiquiatría*, XII (5), pp. 1-51
- Beck, A.; Rush, A.; Shaw, B. y Emery, G. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión.*, Bilbao: Desclée De Brouwer, 1983.
- Beck, A.T.; Schuyler, D.; Herman, I. (1974). “Development of suicidal intent scales”. En: Beck et al. *The Prediction of suicide*, eds, Bowie Maryland the Charles Press, pp. 45-46.
- Bellak, L. y Siegel, H. (1983). *Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia*. México: El Manual Moderno, 1986.
- Bellak, M.D. y Small, S.D. (1965). *Psicoterapia breve y de emergencia*. México: Pax-México, 1970.
- Bentue, A. (1982). “Instinto de muerte e instinto de inmortalidad”. *Teología y Vida*, 23, pp. 165-190.
- Bleichmar, H. (Curso 2008-2009). “*Apuntes del Master en Terapia psicoanalítica*”. Mecanografiados.
- Bleichmar, H.(1997). *Avances en psicoterapia psicoanalítica*. Barcelona: Paidós.
- Bobes García, J. (2004). *Comportamientos suicidas. Prevención y tratamientos*. Barcelona: Ars Médica.
- Bobes García, J. (Coordinador), (1994). *Salud Mental: Enfermería Psiquiátrica*. Madrid: Síntesis.
- Bobes García, J.; Saiz Martínez, P. A.; González García Portilla, M. P. y Bousoño García, M. (1996). “Bases biológicas de las conductas suicidas y parasuicidas”. *Focus on Psychiatry*, 3, pp. 52-64.
- Boné, I., (2010). *Vulnerabilidad y enfermedad mental*. Madrid: Publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas.
- Bowlby, J. (1958). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*, Barcelona: Morata, 1986.
- Bowlby, J. (1982). *El Apego y la Pérdida-1. El apego (2ª ed.)*. Barcelona: Paidós.
- Bradshaw, J. (1996). *Sanar la vergüenza que nos domina*. Barcelona: Obelisco.
- Bronchart, P. (1982). “*Parler pour ne rien dire?*”. En: *L’ecoute: pièges & enjeux*, Tesis Accueil, Bruselas, pp. 13-21.
- Bulbena Vilarrasa, A.; Berrios, G.E. y Fernández de Larrinoa Palacios, P. (2000). *Medición clínica en psiquiatría y psicología*. Barcelona: Masson.
- Campoy, A. (1980). “*Crisis e intervención en crisis*”, En: Rivera, Vela y Arana (coordinadores), *Manual de Psiquiatría*. Madrid: ed. Karpos, pp. 1190-1201
- Caparrós, N. (1992). *Psicopatología analítica vincular*. Madrid: Quipu.

- Caplan, G. (1964). *Principles of Preventive Psychiatry*. New York: Basic Books. Versión castellana: *Principios de psiquiatría preventiva*, Buenos Aires: Paidós, 1980
- Castilla del Pino, C. (1974). *Un estudio sobre la depresión*. Barcelona: Península,
- Castilla del Pino, C. (2000). *Teoría de los sentimientos*. Barcelona: Tusquets editores.
- Célérier, M-C. (2001). *El encuentro con el enfermo*. Madrid: Síntesis.
- Cervera, G.; Haro, G. y Martínez-Raga, J. (2005). *Trastorno Límite de Personalidad. Paradigma de la comorbilidad psiquiátrica*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- CIE-10 (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- CIE-10-AP. (1996). *Décima revisión de la Clasificación Internacional de enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento en A.P.* Madrid: Meditor.
- Coderch, J. (1987). *Teoría y técnica de la teoría psicoanalítica*. Barcelona: Herder.
- Cyrułnik B. (2002). *Los patitos feos*. Barcelona: Gedisa.
- D'Zurrilla, T.J. (1993). *Terapia de resolución de conflictos*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- De Miguel Lillo, A. y Muñoz Prieto, A. (1998). "Aspectos conceptuales de la intervención en crisis". *Revista Psiquiátrica Fac. Med. Barcelona*, 25, 6, pp. 177-181.
- Diccionario de Julio Casares (1997). *Diccionario ideológico de la lengua española: desde la idea a la palabra, desde la palabra a la idea*. Barcelona: Gustavo Geli. 2ª ed.
- Diccionario de la Real Academia Española. (2005). Madrid: Espasa Calpe, S.A.
- Diccionario de Psicología, (1978). En: Cornejo, C.A. (editor), *Enciclopedia de la Psicología y la Pedagogía*. Madrid: ed. Sedmay-Lidis, vol. VII.
- DSM-III (1980). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, 1983.
- DSM-IVR (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, 2001
- Durkheim, E. (1897). *El suicidio*. Madrid: Akal Editor, 1976.
- Estruch, J. y Cardus, S. (1982). *Los suicidios*. Barcelona: Herder
- Farberow, N. L. y Shneidman, E. S. (1961). *The Cry for help*. New York: McGraw Hill Book Company. Versión castellana: *Necesito Ayuda*. México: La Prensa Médica Mexicana, 1969.
- Fernández Moujan, O. (1989). *Crisis vital. Un modelo de transformación en psicoanálisis y psicología social*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Fernández Villamarzo, P. (1978). *Psicoanálisis de la experiencia ético-religiosa*. Madrid: Marova.
- Fernández-Martos, J.M. (1984). "La muerte como ingrediente de la vida". En: *La eutanasia y el derecho a morir con dignidad*. Madrid: ed. Paulinas. pp. 145-161
- Fiorini, H. (1999). *Nuevas líneas en psicoterapias analíticas: teoría, técnica y clínica*. Madrid: Editorial Psimática.
- Freeman, A. y Reinecke, M.A. (1995). *Terapia cognitiva aplicada a la conducta suicida*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Frenck, A. y Frenck, N. (1984). "Más allá de la medicina holística". *Psicopatología*, 4, 3, pp. 310-314.
- Freud, S. (1915). *Los instintos y sus destinos. Obras completas*. Madrid: Biblioteca Nueva, 3ª ed. Tomo II, 1973, pp. 2039-2052.
- Freud, S. (1917). "Duelo y melancolía" (1917), *Obras Completas*, tomo II, ed. Biblioteca Nueva, Madrid 1973, pp. 2091-2100.

- Fromm, E. (1975). *Anatomía de la destructividad humana*. Madrid: Siglo veintiuno.
- Fromm-Reichmann, F. (1977). *Principios de psicoterapia intensiva*. Buenos Aires: ed. Paidós, 4ª ed.
- Gallego Gil, D.J. (1986). *Psicosociología del medio telefónico en la Historia de la Educación de los EE.UU (1956-1980)*. Tesis doctoral, tomo II, Universidad Complutense, Madrid.
- García Pérez, T. (1999). “La autopsia psicológica en el suicidio”. *Med Leg, Costa Rica*, 15, 1-2, pp. 22-24.
- García-Campayo, J.; Hidalgo Campos, I. y Orozco González, F. (2006). *Psicoterapia de resolución de problemas en atención primaria*. Barcelona: Ars Medica.
- Garma, A. (1973). “Los suicidios”. En: Abadi et al. *La fascinación de la muerte*, Barcelona: Paidós, pp. 63-104.
- Giner Jiménez, L. y Pérez Solá, V. (2011). “Factores de riesgo”. En: Bobes García, J.; Giner Ubago, J. y Saiz Ruiz, J. (editores). *Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida*. Madrid: editorial Triacastela, pp. 59-93.
- Giner, J.; Seoanes, J. y Jiménez, R. (1972). “Diferentes constelaciones dentro de la conducta suicida”. *Folia Neuropsiquiátrica*, 7, pp. 123-141.
- Goffman, E. (1963). *El estigma. La identidad deteriorada*. Montevideo: CEUP.
- Gracia, R. (1994). “Las conductas suicidas o parasuicidas”. En: Seva, A. (ed.) *Psicología médica*, Zaragoza, pp. 319-333.
- Guibert Reyes, W. (2002). “Enfrentamiento especializado al paciente suicida”. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 18, p.2.
- Guijosa, G. (1984). “ El ser humano en conflicto”. En: Asetes (editor). *Incomunicación y conflicto social*, Madrid, pp. 151-219.
- Guilló Fernández, P. (1985). “Aspectos psicodinámicos del suicidio”. *Psicopatología*, 5,2, pp. 109-113.
- Haeringer, J. (1980). *Appels l'inconnu*. Toulouse: editions Privat.
- Harris y Barraclough (1997). “Suicide as an outcome for mental disorders. A meta análisis”. *Br J Psychiatry*, 170, pp. 205-228
- Hinson, J. (1982). “Strategies for suicida intervention by telephone”. *Suicide and Life-Threatening Behaviar*, 12, 3, pp. 176-184.
- Hoff, L. (1984). *People in crisis*. California: Addison Werley Publishing Company.
- Huguette Bergeron (1985). “L`action preventive chez les jeunes adultes suicidaires”. *L`infirmière canadienne*, nov. pp. 35-37.
- Isometsiä, E. T. (2002). “Estudios de autopsia psicológica: un revisión”. *Eur Psychiatry Ed. Esp.* 9, pp. 11-18.
- Itzigsohn, J. A. y Dasberg, H. (1985). *Terapias breves*. Salamanca: ed. Bibliotheca Salmanticensis.
- Janov, A. (1975). *El grito primal*. Buenos Aires: ed. Edhasa.
- Jarne, A. y Talam, A. (compiladores) (2000). *Manual de psicopatología clínica*. Barcelona: Paidós.
- Jean-Luc. B. (1981). “*Profil et analyse d`un centre de relation d`aide par téléphone*”, Tesis de Licenciatura. Institut Supérieur de Sciences Humaines Apliques de Bruxelles.
- Jiménez Treviño, L.; Saiz Martínez, P.A. y Bobes García (2006). “Suicidio y depresión”. *Humanitas*, Temas del mes on-line, nº 9.
- Kreitman, N. (1977). *Parasuicide*.:London: Wiley Sous.
- Laín Entralgo, P.(1978). «Cansancio de la vida y desesperanza». En: *El cansancio de la vida*. Madrid:

ed. Karpos. pp. 250-262.

- Lamb, C. W. (1970). "Telephone Therapy: some common errors and fallacies", *Voices*, 5, 4, pp. 42-46.
- Laplanche, J. y Pontalis, J. B. (1981). *Diccionario de psicoanálisis*. Barcelona: ed. Labor.
- Lazarus, A. A. (1997). *Brief but comprehensive psychotherapy. The multimodal way*. Nueva York: Springer Publishing Company. Versión castellana: *El enfoque multimodal. Una psicoterapia breve completa (2000)*. Bilbao: Desclée De Bouwer, p. 37-70
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986) "El concepto de Afrontamiento". En: *Estrés y procesos cognitivos (1986)*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca, pp. 140-244.
- Lindemann, E. (1944). "Symptomatology and management of acute grief". *Amer. J. Psychiat.*, 101, pp. 141-148.
- Lowen, A. (1987). *Narcisismo o la negación de nuestro verdadero ser*. México: ed. Pax México, 1991.
- Madrid, J. (1985). *El Voluntario en el Teléfono de la Esperanza. Notas para una definición del Orientador del Teléfono de la Esperanza*, Ponencia en el X Congreso Internacional de IFOTES, Roma.
- Madrid, J. (1988). *Lugar de los Teléfonos de Urgencia en la red de los Servicios de Ayuda*. Ponencia en el XI Congreso Internacional de IFOTES, Helsinki.
- Madrid, J. (2005). *Los procesos de la relación de ayuda*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Manciaux M. et al. (2001). *La résilience: résister et se construire*. Genève: Médecine et Hygiène.
- Mandarás Platas, E. (1980). *La preparación psicológica para las intervenciones quirúrgicas*. Barcelona: Ediciones Rol.
- Mann, JJ. (1998). "The neurobiology of suicide". *Nat Med*, 4, pp. 25-30.
- Marias, J. (1978). «Cansancio de la vida como crisis de los proyectos». En: *El cansancio de la vida*. Madrid: ed. Karpos, pp. 150-163.
- Marina, J.A. y López, M. (1999). *Diccionario de los sentimientos*. Barcelona: Anagrama, 2000, 3ª ed.
- Martínez Azumendi, O. (1995). "Intervención en crisis. Conceptos generales y descripción de dos modelos particulares". *Psiquis*, 16, 2, pp. 43-50.
- Martínez, C. (2007). *Introducción a la suicidología. Teoría, investigación e intervenciones*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Mcgee, R. K. (1974). *Crisis intervention in the community*. University park Press..
- Menninger, H. (1972). *El hombre contra sí mismo*. Barcelona: ed. Península.
- Minkowski, E. (1980). *La esquizofrenia*. Buenos Aires: Paidós.
- Moffatt, A. (1982). *Terapia de crisis. Teoría temporal del psiquismo*. Buenos Aires: ed. Búsqueda.
- Morin, E. (1990). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa.
- Moron, P. (1977). *El suicidio*. Buenos Aires: ed. Abaco, 2ª edición.
- Morrison, A. P. (1997). *La cultura de la vergüenza. Anatomía de un sentimiento ambiguo*. Barcelona: Paidós.
- Norman, L. y Farberow, Ph. D. (1968). "Suicide Prevention: a view from the Bridge", *Community Mental Health Journal*, 4, 6, pp. 469-474.
- Orengo García, F. (2002). "Sobre psicotraumatología". *Psiquis*, 23, 59, pp. 173-177.
- Patterson, W. M., Dohn, H. H., Bird J., Patterson, G. A. (1983). "Evaluation of suicidal patients: the SAD PERSONS scale". *Psychosomatics*, 24, pp. 343-345.

- Pelicier, Y. (1981). "La crisis y el hombre". *Psicopatología*, 1,3, pp. 183-190.
- Perez Barrero, S. A. y Mosquera, D. (2006). *El suicidio. Prevención y manejo*. Madrid: Pléyades.
- Pérez Sales, P. (2006). "Trauma y resistencia". En: Pérez Sales, P. (ed.), *Trauma, culpa y duelo*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Pöldinger, W. (1969). *La tendencia al suicidio*. Barcelona: ed. Morata.
- Pompili, M.; Girardi, P.; Ruberto, A. y Tatarelli, B. (2005). "Suicide in borderline personality disorder: a meta-analysis". *Nord J Psychiatry*, 59, 5, pp. 319-324.
- Poveda de Agustín, J.M. (1985). "La intervención en crisis en la práctica de la psicología comunitaria". *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*, vol. V, 14, pp.342-349.
- Quenard, O. (1981). "La crise". En: Debout, M. (ed.). *Psychiatrie d'urgence. Medecine de la crise*. Paris: ed. Masson, pp. 7-15.
- Ralp, G. y Hirschowitz, M. B. (1973). "Crisis Theory: a formulation". *Psychiatric Annals*, 3: 12, pp. 36-47.
- Rapoport, L. (1962). "The state of crisis. Some theoretical considerations", *Social Service Review*, 36, pp. 211-217.
- Riemann, F. (1978). *Formas básicas de la angustia*. Barcelona: Herder.
- Rivas Padillas, E. (1980). "La atención urgente". En: González Chavez, M. (coordinador). *La transformación de la Asistencia Psiquiátrica*. Madrid: ed. Mayoría. pp. 259-272.
- Rocamora, A. (1986). "El Orientador y el hombre en crisis". En: VVAA. *El hombre en crisis y relación de ayuda*. Madrid: Asetes, pp. 509-573.
- Rocamora, A. (1992). *El hombre contra sí mismo*. Madrid: ed. Asetes.
- Rocamora, A. (2003). "El duelo como patología vincular". En: Bermejo (ed.). *La muerte enseña a vivir: Vivir sanamente en el duelo*. Madrid: San Pablo, pp. 65-90.
- Rocamora, A. (2006). *Creer en la crisis. Cómo recuperar el equilibrio perdido*. Bilbao: ed. Desclée De Brouwer.
- Rocamora, A. (2007). *Nuestras locuras y corduras. Comprender y ayudar a los enfermos mentales*. Santander: Salterrae.
- Rojas, E. (1984). *Estudios sobre el suicidio*. Barcelona: Salvat, 2ª ed.
- Rojo Sierra, M. (1971). "Consideraciones en torno al suicidio en su interés psiquiátrico". *Folia Neuropsiquiátrica*, 6, pp. 89-122.
- Rollo May, E. (1990). *El dilema del hombre*. México: Gedisa.
- Ros Montalbán, S. (1997). *La conducta suicida*. Madrid: ed. Libro del Año.
- Rubin Wainrib, B. y Bloch, E. L. (2001). *Intervención en crisis y respuesta al trauma. Teoría y práctica*. Bilbao: ed. Desclée De Brouwer.
- Rudd, M.D. (2006). "Teoría de la vulnerabilidad fluida: un enfoque cognitivo para entender el proceso del riesgo suicida agudo y crónico". En: Ellis, T.E. *Cognición y suicidio. Teoría, investigación y terapia*. México: Manual Moderno, pp. 351-364.
- Rund, D.A. y Hutzler, J. (1988). *Psiquiatría en casos de urgencia*. México: ed. Limusa.
- Salinas H. (1998). *Individuo, cultura y crisis*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Sarró, B. (1984). "Crisis suicida en el hospital general". *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina*, 16, 8, pp. 521-525.
- Scheler, M. (1913). *Sobre el pudor y el sentimiento de vergüenza*. Salamanca: Sígueme, 2004.

- Schneider, P.B. (1954). *La tentative de suicide. Etude statistique, clinique, psychologique et catamnétique*. Suiza: Delachaux y Niestlé.
- Seligman, M.E. (1967). *Indefensión*. Madrid: editorial Debate, 1981.
- Selye, H. (1956). *The Stress of life*. New York: McGraw Hill, 1976.
- Shneidman, E. (1982). "El suicidio". En: Freedman, Kaplan y Sadock. *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: ed. Salvat, tomo II, pp. 1950-1962.
- Sifneos, P. (1960). "A concept of emotional crisis". *Mental Hygiene*, 44, 169-179.
- Sifneos, P. (1967). "Two different kinds of psychotherapy of short duration". *Am. J. of Psychiatry*, 123, 1069-1075.
- Singer, E. (1969). *Conceptos fundamentales de la psicoterapia*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Singh, A.N. y Broun, J.H. (1973) "Suicide prevention". *Can. J. Psychiatry*, 18, pp. 117-121.
- Slaikou, K. A. (1996). *Intervención en crisis. Manual para la práctica e investigación*. México: Manual Moderno (2000), 2ª ed.
- Solas, R. (1989). *Teléfono de la Esperanza y Salud Mental. Un estudio epidemiológico de un centro de intervención en crisis*. Tesis Doctoral. Bilbao.
- Solomon Hirsch, M. D. (1981). "A critique of volunteer Staffed Suicide Prevention Centres". *Can. J. Psychiatry*, 26, pp. 406-409.
- Stengel, E. (1965). *Psicología del suicidio y de los intentos de suicidio*. Buenos Aires: Paidós.
- Szerman Bolotner, N., Peris Díaz, Mª D. y Ruiz Sancho, A. (2004). *Trastorno borderline de personalidad*. Madrid: Entheos.
- Tizón García, J. (1982). *Apuntes para una psicología basada en la relación*. Barcelona: Hora.
- Tizón García, J. (1988). *Componentes psicológicos de la práctica médica*. Barcelona: ed. Doyma.
- Tizón García, J. (2004). *Pérdida, pena, duelo*. Barcelona: Paidós.
- Vanistendael S. (2000), *Le bonheur est toujours possible. Construire la résilience*. Paris: Bayard Editions.
- Vega Piñero, M., Blasco Fontecilla, H., Baca García, E. y Díaz Sastre, C. (2002). *Salud Global, año II, nº 4, pp. 1-16*.
- Vidal, G. (1981). "La psicoterapia en las emergencias psiquiátricas", *Psicopatología*, 1, 3, pp. 259-266.
- Villardón Gallego, L. (1993). *El pensamiento de suicidio en la adolescencia*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Worden, J. W. (1997). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.
- Yalom, I.D. (1984). *Psicoterapia existencial*. Barcelona: Herder.
- Zabalegui, L. (1997). *¿Por qué me culpabilizo tanto?* Bilbao: Desclée de Brouwer.

Webgrafía

Altavilla, D. “El Suicidio y el dolor de Existir: Los afectados por suicidio y su duelo”

www.familiardesuicida.com.ar/bib_elsuicidoyeldolordeexistir_diana.htm

Cruz, C. “¿Es posible disminuir el estigma asociado a la esquizofrenia?”

www.espanol.world-schizophrenia.org/alianza/members/cecila.spanish.pdf

INE. Instituto Nacional de Estadística

<http://www.ine.es>

OMS (1969). Prevención del suicidio, Cuadernos de Salud Pública, nº 35.

www.whqlibdoc.who.int/php/WHO_PHP_35_spa.pdf

OMS (1986). Working Group on Preventive Practices in Suicide and Attempted Suicide

[whqlibdoc.who.int/euro/-1993/ICP_PSF_017%28S%29.pdf](http://www.whqlibdoc.who.int/euro/-1993/ICP_PSF_017%28S%29.pdf)

OMS, 2000a, Prevención del suicidio. Un instrumento para médicos generalistas. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 2000

www.who.int/mental_health/media/general_physicians_spanish.pdf

OMS, 2000b, Prevención del suicidio. Un instrumento para trabajadores de Atención Primaria de Salud organización Mundial de la Salud, Ginebra

www.who.int/mental_health/media/primaryhealthcare_workers_spanish.pdf

OMS, 2000c, “Prevención del suicidio. ¿Cómo iniciar un grupo de supervivientes?”, Trastornos Mentales y Cerebrales. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías, Organización Mundial de la Salud. Ginebra

www.who.int/mental_health/media/survivors_spanish.pdf

OMS 2006. Prevención del suicidio. Recursos para consejeros

www.who.int/mental_health/media/counsellors_spanish.pdf

Pérez Barrero, S. en Psicoterapia para aprender a vivir. Prevención del suicidio www.psicologia-online.com/ebooks/psicoterapia/index.shtml

Pérez Barrero, S. Intervención en crisis en suicidios frustrados

www.ilustrados.com/tema/6418/Intervencion-crisis-suicidas-frustrados.html

Rudolf Bilz (1967) *El experimento de la esperanza*

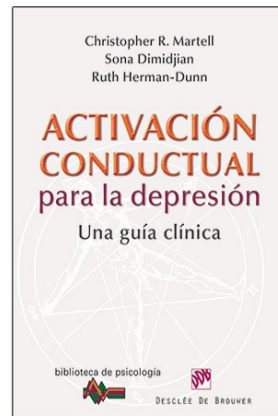
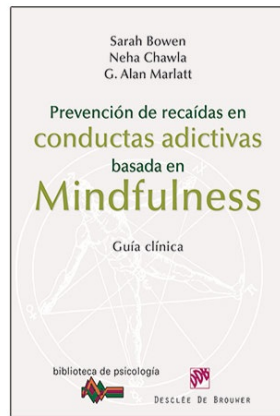
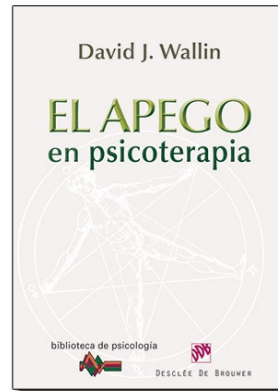
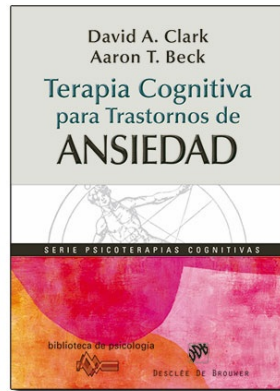
www.neurologia.tv/revistas/index.php/psiquiatricom/article

Acerca del autor

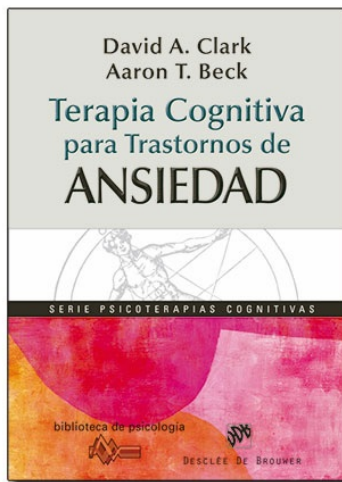


Alejandro Rocamora Bonilla, (La Pueblanueva, Toledo, 1944) psiquiatra, Profesor del Centro de Humanización de la Salud (CEHS) y ex-Profesor de Psicopatología en la Facultad de Psicología de la Universidad Pontificia Comillas (Madrid). Miembro Fundacional del Teléfono de la Esperanza y Vicepresidente de la Asociación de Investigación, Prevención e Intervención del Suicidio (AIPIS) en España. Autor de diversos libros: *La esperanza en situaciones terminales* (Fundación Santa María, 1984); *El hombre contra sí mismo*, (Asetes, 1992). *Un enfermo en la familia. Claves para la intervención psicológica* (San Pablo, 2000). *Creer en la crisis. Cómo recuperar el equilibrio perdido* (Descleé De Brouwer, 2006). *Nuestras locuras y corduras. Cómo comprender y ayudar a los enfermos mentales* (Salterae, 2007). *El niño, la enfermedad y la familia*, (ed. PPC, 2009). Es colaborador habitual de las revistas *AVIVIR*, *HUMANIZAR* y *PROYECTO HOMBRE* sobre temas psicológicos y del sufrimiento humano, así como temas relacionados con la salud psicológica de la familia. Sus intereses profesionales y sociales tienen que ver con todos los temas referidos a las crisis humanas: intervención en crisis, crisis de suicidio, conflictos familiares, estrés, etcétera.

Otros libros



Adquiera todos nuestros ebooks en
www.ebooks.edeslee.com



Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad

David A. Clark - Aaron T. Beck

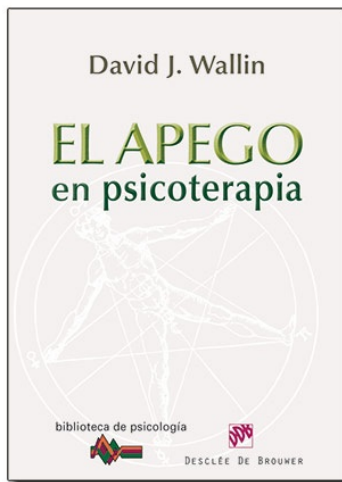
ISBN: 978-84-330-3620-9

www.ebooks.edeslee.com

Durante las dos últimas décadas hemos presenciado un tremendo progreso en el conocimiento y tratamiento de los **trastornos de ansiedad**. Los enfoques derivados de la terapia cognitiva, particularmente, han logrado una base sustancial de apoyo empírico. En el presente libro, escrito por una autoridad contemporánea David A. Clark y por el pionero de la terapia cognitiva Aaron T. Beck, se sintetizan los últimos avances logrados en el campo y se presentan pautas actuales de práctica terapéutica basadas en los hallazgos más recientes. Otras características que hacen recomendable y manejable el libro son las síntesis, a modo de pequeños manuales, de los cinco principales trastornos de ansiedad, los aspectos clínicos concisos, los casos presentados con todo detalle y más de treinta cuestionarios y formularios que pueden emplearse en la práctica.

En la Primera parte se actualiza y reformula el influyente modelo de los trastornos de ansiedad que Beck y sus colaboradores propusieron en 1985. Los autores aclaran las múltiples facetas de la ansiedad maladaptativa y del papel que desempeña la cognición en su desarrollo y mantenimiento. Sucintamente se revisan cientos de estudios empíricos que examinan las hipótesis del modelo. Sobre esta base se asienta la Segunda parte, la cual detalla las principales estrategias clínicas cuyo alcance es transdiagnóstico -efectivo y relevante para cualquier tipo de presentación de los síntomas de ansiedad. En esta parte se describen, paso a paso, el modo de dirigir la valoración, de formular los casos individuales y de implementar la reestructuración cognitiva y las intervenciones conductuales. La Tercera parte se destina más específicamente a los trastornos más prevalentes: el trastorno de angustia, el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno por estrés postraumático. Los datos específicos de cada trastorno, las conceptualizaciones y los protocolos de tratamiento ofrecen al terapeuta recursos de gran valor para poder satisfacer las necesidades de cada paciente. La combinación de la profundidad académica con la inclusividad de la utilidad práctica convierte, este libro en una referencia esencial para los profesionales de la salud mental y para los investigadores de todas las áreas. Es una obra de incalculable valor para seminarios

y cursos de psicología clínica, psiquiatría, psicoterapia y asistencia social.



El apego en psicoterapia

David J. Wallin

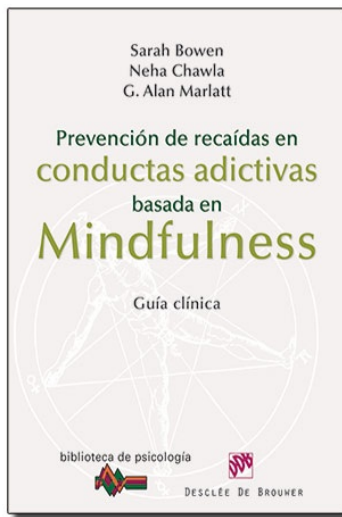
ISBN: 978-84-330-3594-3

www.ebooks.edesclée.com

El estudio del apego ha producido importantes descubrimientos acerca de las relaciones entre padres e hijos y la psicopatología. Sin embargo, hasta hace muy poco tiempo los terapeutas desistían en gran medida de sacar sus propias conclusiones acerca de las aplicaciones clínicas de este creciente campo del conocimiento. En este elocuente libro, David J. Wallin traduce la teoría y la investigación del apego en un marco innovador que fundamenta la psicoterapia de adultos en los acontecimientos de la niñez. Revelador, práctico y de fácil lectura, este volumen ofrece nuevas ideas sobre el papel del terapeuta, así como recomendaciones claras para su práctica diaria.

El libro comienza con una revisión de la literatura sobre el apego, destacando el impacto de las experiencias tempranas sobre la salud mental de los adultos y sus relaciones. Mediante la integración de los principios fundamentales del apego con la neurociencia, los estudios del trauma, la psicoterapia relacional y la atención plena, Wallin propone un modelo de tratamiento de transformación a través de la relación, que ayude al lector a comprender mejor y tratar una serie de problemas que se presentan, incluyendo depresión, ansiedad, problemas de relación o tendencias suicidas. Al mostrar los usos clínicos de un enfoque basado en la interacción verbal, el libro describe poderosas técnicas para trabajar con las respuestas emocionales de los pacientes y con sus experiencias corporales. También explora cómo los terapeutas pueden usar su propia experiencia subjetiva, la conciencia plena y la atención al cuerpo para brindar experiencias iluminadoras a sus pacientes.

Al sintetizar ideas y resultados de algunas de las áreas más activas de la investigación psicológica contemporánea –y darles impulso con empatía y sabiduría clínica– este volumen será una lectura muy valiosa para psicoterapeutas de adultos, psicólogos clínicos, psiquiatras, trabajadores sociales y estudiantes de Psicología.



Prevenção de recaídas en conductas adictivas basada en Mindfulness

Guía clínica

Sarah Bowen - Neha Chawla - G. Alan Marlatt

ISBN: 978-84-330-3654-4

www.ebooks.edesclée.com

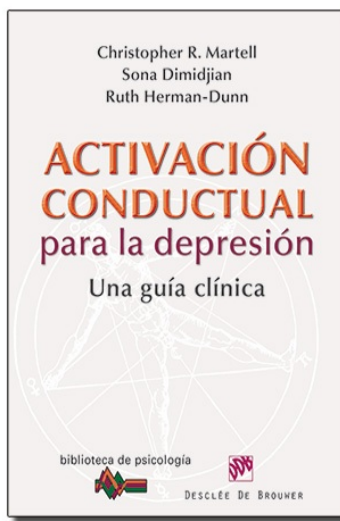
Prevenção de recaídas en conductas adictivas basada en Mindfulness es una obra clara, directa y sencilla que ofrece, sin embargo, diversos niveles de lectura que se entretajan para formar una obra más rica y completa.

Desde el punto de vista formal, este libro ofrece la guía de un programa para conducir grupos de recuperación de alcoholismo y drogadicciones, detallando materiales, tareas y objetivos al tiempo que proporciona ejemplos claros del estilo de intervención en este tipo de grupos.

Temáticamente, el libro se centra en la terapia de conductas adictivas. Pero, al mismo tiempo, aborda continuamente el tema del control de los impulsos aplicado no solo a la adicción y a las recaídas sino a todo tipo de comportamiento individual y a las conductas interpersonales, por lo que la obra es, también, un verdadero tratado de autocontrol.

Atendiendo a la teoría que sirve de sustento al programa, el propio *G. Alan Marlatt* explica en el prefacio su periplo ideológico que, desde sus inicios con terapia aversiva, evolucionó hasta desembocar en el enfoque mindfulness que aporta a la psicoterapia las notas de compasión, aceptación realista de las propias limitaciones y obstáculos y coraje para trazar, a pesar de todo, el propio camino vital.

En definitiva, la principal aportación de este libro –y de los enfoques basados en la “atención consciente”- consiste en estar desplazando el foco de atención de la psicología desde los estímulos y las respuestas al propio sujeto humano, a su capacidad de iniciativa, de superación y a su responsabilidad vital.



Activación conductual para la depresión Guía clínica

Christopher Martell - Sona Dimidjian - Ruth Herman-Dunn

ISBN: 978-84-330-3643-8

www.ebooks.edesclée.com

Este libro es una magnífica visión panorámica de los fundamentos teóricos, de la base empírica y de la aplicación clínica de la AC para la depresión. Será un excelente recurso para la práctica clínica y para los clínicos en formación. Esta obra está repleta de útiles ejemplos clínicos, de directrices paso a paso, de tablas-resúmenes y de formularios.- Dr. Michelle G. Craske Departamento de Psicología y Departamento de Psiquiatría y Ciencias Bioconductuales, Universidad de California, Los Ángeles .

La AC podría ayudar a millones de personas que luchan contra la depresión y contra la inercia, que es una parte muy importante de este trastorno debilitante. Los autores establecen claras conexiones entre la AC y los modernos tratamientos para la depresión. El libro está escrito con un lenguaje sencillo e incluye ejemplos realistas de algunos casos. Será una obra de referencia importante para los clínicos que quieran perfeccionar su aproximación a los problemas de sus clientes con depresión, y será un texto excelente para los cursos de graduados sobre la terapia conductual o sobre los tratamientos para la depresión con base empírica.- Dr. Robert J. DeRubeis Departamento de Psicología, Universidad de Pennsylvania

Conciso y bien escrito, este es actualmente el libro más asequible y útil desde el punto de vista clínico sobre la AC para la depresión. Trata sobre los pilares teóricos de la AC, sobre las pruebas que avalan su eficacia, y sobre los principios fundamentales de una presentación eficaz. Clarifica la relación de la AC con otros tratamientos basados en pruebas y desde el principio hasta el fin está ilustrado con ejemplos de práctica clínica. El libro tendrá el mismo valor tanto para estudiantes de materias clínicas como para clínicos experimentados que quieran aprender sobre la práctica eficaz de la AC.- Dr. Stephen Pilling Departamento de Psicología clínica, educativa y de la salud, University College de Londres

Escrito por destacados expertos en investigación y práctica clínica de la activación conductual (AC), este libro presenta **un enfoque empíricamente probado** para ayudar a los clientes a

superar la depresión mediante una actitud activa y un compromiso con sus propias vidas. La AC es tratamiento sencillo y autónomo cuyos principios pueden ser integrados fácilmente en otros enfoques que ya son utilizados por los terapeutas. Con directrices claras, detalladas ilustraciones clínicas y útiles materiales fotocopiables, el libro contiene todo lo necesario para empezar a poner en práctica la AC en clientes con depresión. Después de una visión general de carácter introductorio, los autores describen los diez principios esenciales de la AC, cómo está estructurada la terapia, y el estilo general de un terapeuta de AC. Las sesiones de AC están orientadas a la acción y centradas en la resolución de problemas. Los procedimientos están descritos para identificar los objetivos del tratamiento individualizado, monitorizar y programar actividades antidepresivas -experiencias que probablemente van a ser gratificantes y agradables- y reducir la evasión y el pensamiento rumiativo. También se explican de manera detallada la resolución de problemas y las estrategias para la prevención de recaídas.

A lo largo de todos los capítulos aparece un caso a modo de ejemplo, dando así vida al proceso de la AC mediante una joven que lucha contra la depresión, contra el aislamiento social y contra los desafíos del empleo. Numerosos ejemplos más breves y diálogos de muestra sirven para aclarar técnicas especiales y cuestiones clínicas. El libro presenta más de veinte formularios de planificación de actividades, fichas de trabajo y otros materiales que pueden ser fotocopiados por quienes compren el libro.

Este libro tan práctico y accesible ofrece inestimables herramientas para los psicólogos clínicos, psiquiatras, trabajadores sociales clínicos, counsellors y otros profesionales de la salud mental. Ocupará un lugar especial como texto suplementario en los cursos universitarios.

BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA

Dirigida por Vicente Simón Pérez y Manuel Gómez Beneyto

2. PSICOTERAPIA POR INHIBICIÓN RECÍPROCA, por Joseph Wolpe.
3. MOTIVACIÓN Y EMOCIÓN, por Charles N. Cofer.
4. PERSONALIDAD Y PSICOTERAPIA, por John Dollard y Neal E. Miller.
5. AUTOCONSISTENCIA: UNA TEORÍA DE LA PERSONALIDAD. por Prescott Lely.
9. OBEDIENCIA A LA AUTORIDAD. Un punto de vista experimental, por Stanley Milgram.
10. RAZÓN Y EMOCIÓN EN PSICOTERAPIA, por Alberto Ellis.
12. GENERALIZACIÓN Y TRANSFER EN PSICOTERAPIA, por A. P. Goldstein y F. H. Kanfer.
13. LA PSICOLOGÍA MODERNA. Textos, por José M. Gondra.
16. MANUAL DE TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, por A. Ellis y R. Grieger.
17. EL BEHAVIORISMO Y LOS LÍMITES DEL MÉTODO CIENTÍFICO, por B. D. Mackenzie.
18. CONDICIONAMIENTO ENCUBIERTO, por Upper-Cautela.
19. ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN PROGRESIVA, por Berstein-Berkovec.
20. HISTORIA DE LA MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA, por A. E. Kazdin.
21. TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN, por A. T. Beck, A. J. Rush y B. F. Shawn.
22. LOS MODELOS FACTORIALES-BIOLÓGICOS EN EL ESTUDIO DE LA PERSONALIDAD, por F. J. Labrador.
24. EL CAMBIO A TRAVÉS DE LA INTERACCIÓN, por S. R. Strong y Ch. D. Claiborn.
27. EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA, por M.^a Jesús Benedet.
28. TERAPÉUTICA DEL HOMBRE. EL PROCESO RADICAL DE CAMBIO, por J. Rof Carballo y J. del Amo.
29. LECCIONES SOBRE PSICOANÁLISIS Y PSICOLOGÍA DINÁMICA, por Enrique Freijo.
30. CÓMO AYUDAR AL CAMBIO EN PSICOTERAPIA, por F. Kanfer y A. Goldstein.
31. FORMAS BREVES DE CONSEJO, por Irving L. Janis.
32. PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL ESTRÉS, por Donald Meichenbaum y Matt E. Jaremko.
33. ENTRENAMIENTO DE LAS HABILIDADES SOCIALES, por Jeffrey A. Kelly.
34. MANUAL DE TERAPIA DE PAREJA, por R. P. Liberman, E. G. Wheeler, L. A. J. M. de visser.
35. PSICOLOGÍA DE LOS CONSTRUCTOS PERSONALES. Psicoterapia y personalidad, por Alvin W. Landfield y Larry M. Leiner.
37. PSICOTERAPIAS CONTEMPORÁNEAS. Modelos y métodos, por S. Lynn y J. P. Garske.
38. LIBERTAD Y DESTINO EN PSICOTERAPIA, por Rollo May.
39. LA TERAPIA FAMILIAR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA, Vol. I. Fundamentos teóricos, por Murray Bowen.
40. LA TERAPIA FAMILIAR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA, Vol. II. Aplicaciones, por Murray Bowen.
41. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, por Bellack y Harsen.
42. CASOS DE TERAPIA DE CONSTRUCTOS PERSONALES, por R. A. Neimeyer y G. J. Neimeyer. BIOLOGÍA Y PSICOANÁLISIS, por J. Rof Carballo.
43. PRÁCTICA DE LA TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, por A. Ellis y W. Dryden.
44. APLICACIONES CLÍNICAS DE LA TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, por Albert Ellis y Michael E. Bernard.
45. ÁMBITOS DE APLICACIÓN DE LA PSICOLOGÍA MOTIVACIONAL, por L. Mayor y F. Tortosa.
46. MÁS ALLÁ DEL COCIENTE INTELECTUAL, por Robert. J. Sternberg.
47. EXPLORACIÓN DEL DETERIORO ORGÁNICO CEREBRAL, por R. Berg, M. Franzen y D. Wedding.
48. MANUAL DE TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, Volumen II, por Albert Ellis y Russell M. Grieger.
49. EL COMPORTAMIENTO AGRESIVO. Evaluación e intervención, por A. P. Goldstein y H. R. Keller.
50. CÓMO FACILITAR EL SEGUIMIENTO DE LOS TRATAMIENTOS TERAPÉUTICOS. Guía práctica para los profesionales de la salud, por Donald Meichenbaum y Dennis C. Turk.
51. ENVEJECIMIENTO CEREBRAL, por Gene D. Cohen.
52. PSICOLOGÍA SOCIAL SOCIOCOGNITIVA, por Agustín Echebarría Echabe.
53. ENTRENAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA LA RELAJACIÓN, por J. C. Smith.
54. EXPLORACIONES EN TERAPIA FAMILIAR Y MATRIMONIAL, por James L. Framo.
55. TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA CON ALCOHÓLICOS Y TOXICÓMANOS, por Albert Ellis y otros.
56. LA EMPATÍA Y SU DESARROLLO, por N. Eisenberg y J. Strayer.
57. PSICOSOCIOLOGÍA DE LA VIOLENCIA EN EL HOGAR, por S. M. Stith, M. B. Williams y K. Rosen.
58. PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO MORAL, por Lawrence Kohlberg.
59. TERAPIA DE LA RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS, por Thomas J. D'Zurilla.
60. UNA NUEVA PERSPECTIVA EN PSICOTERAPIA. Guía para la psicoterapia psicodinámica de tiempo limitado, por Hans H. Strupp y Jeffrey L. Binder.
61. MANUAL DE CASOS DE TERAPIA DE CONDUCTA, por Michel Hersen y Cynthia G. Last.

62. MANUAL DEL TERAPEUTA PARA LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN GRUPOS, por Lawrence I. Sank y Carolyn S. Shaffer.
63. TRATAMIENTO DEL COMPORTAMIENTO CONTRA EL INSOMNIO PERSISTENTE, por Patricia Lacks.
64. ENTRENAMIENTO EN MANEJO DE ANSIEDAD, por Richard M. Suinn.
65. MANUAL PRÁCTICO DE EVALUACIÓN DE CONDUCTA, por Aland S. Bellak y Michael Hersen.
66. LA SABIDURÍA. Su naturaleza, orígenes y desarrollo, por Robert J. Sternberg.
67. CONDUCTISMO Y POSITIVISMO LÓGICO, por Laurence D. Smith.
68. ESTRATEGIAS DE ENTREVISTA PARA TERAPEUTAS, por W. H. Cormier y L. S. Cormier.
69. PSICOLOGÍA APLICADA AL TRABAJO, por Paul M. Muchinsky.
70. MÉTODOS PSICOLÓGICOS EN LA INVESTIGACIÓN Y PRUEBAS CRIMINALES, por David L. Raskin.
71. TERAPIA COGNITIVA APLICADA A LA CONDUCTA SUICIDA, por A. Freemann y M. A. Reinecke.
72. MOTIVACIÓN EN EL DEPORTE Y EL EJERCICIO, por Glynn C. Roberts.
73. TERAPIA COGNITIVA CON PAREJAS, por Frank M. Datillio y Christine A. Padesky.
74. DESARROLLO DE LA TEORÍA DEL PENSAMIENTO EN LOS NIÑOS, por Henry M. Wellman.
75. PSICOLOGÍA PARA EL DESARROLLO DE LA COOPERACIÓN Y DE LA CREATIVIDAD, por Maite Garaigordobil.
76. TEORÍA Y PRÁCTICA DE LA TERAPIA GRUPAL, por Gerald Corey.
77. TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO. Los hechos, por Padmal de Silva y Stanley Rachman.
78. PRINCIPIOS COMUNES EN PSICOTERAPIA, por Chris L. Kleinke.
79. PSICOLOGÍA Y SALUD, por Donald A. Bakal.
80. AGRESIÓN. Causas, consecuencias y control, por Leonard Berkowitz.
81. ÉTICA PARA PSICÓLOGOS. Introducción a la psicoética, por Omar França-Tarragó.
82. LA COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA. Principios y práctica eficaz, por Paul L. Wachtel.
83. DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL A LA PSICOTERAPIA DE INTEGRACIÓN, por Marvin R. Goldfried.
84. MANUAL PARA LA PRÁCTICA DE LA INVESTIGACIÓN SOCIAL, por Earl Babbie.
85. PSICOTERAPIA EXPERIENCIAL Y FOCUSING. La aportación de E.T. Gendlin, por Carlos Alemany (Ed.).
86. LA PREOCUPACIÓN POR LOS DEMÁS. Una nueva psicología de la conciencia y la moralidad, por Tom Kitwood.
87. MÁS ALLÁ DE CARL ROGERS, por David Brazier (Ed.).
88. PSICOTERAPIAS COGNITIVAS Y CONSTRUCTIVISTAS. Teoría, Investigación y Práctica, por Michael J. Mahoney (Ed.).
89. GUÍA PRÁCTICA PARA UNA NUEVA TERAPIA DE TIEMPO LIMITADO, por Hanna Levenson.
90. PSICOLOGÍA. Mente y conducta, por M^a Luisa Sanz de Acedo.
91. CONDUCTA Y PERSONALIDAD, por Arthur W. Staats.
92. AUTO-ESTIMA. Investigación, teoría y práctica, por Chris Mruk.
93. LOGOTERAPIA PARA PROFESIONALES. Trabajo social significativo, por David Guttmann.
94. EXPERIENCIA ÓPTIMA. Estudios psicológicos del flujo en la conciencia, por Mihaly Csikszentmihalyi e Isabella Selega Csikszentmihalyi.
95. LA PRÁCTICA DE LA TERAPIA DE FAMILIA. Elementos clave en diferentes modelos, por Suzanne Midori Hanna y Joseph H. Brown.
96. NUEVAS PERSPECTIVAS SOBRE LA RELAJACIÓN, por Alberto Amutio Kareaga.
97. INTELIGENCIA Y PERSONALIDAD EN LAS INTERFASES EDUCATIVAS, por M^a Luisa Sanz de Acedo Lizarraga.
98. TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO. Una perspectiva cognitiva y neuropsicológica, por Frank Tallis.
99. EXPRESIÓN FACIAL HUMANA. Una visión evolucionista, por Alan J. Fridlund.
100. CÓMO VENCER LA ANSIEDAD. Un programa revolucionario para eliminarla definitivamente, por Reneau Z. Peurifoy.
101. AUTO-EFICACIA: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual, por Albert Bandura (Ed.).
102. EL ENFOQUE MULTIMODAL. Una psicoterapia breve pero completa, por Arnold A. Lazarus.
103. TERAPIA CONDUCTUAL RACIONAL EMOTIVA (REBT). Casos ilustrativos, por Joseph Yankura y Windy Dryden.
104. TRATAMIENTO DEL DOLOR MEDIANTE HIPNOSIS Y SUGESTIÓN. Una guía clínica, por Joseph Barber.
105. CONSTRUCTIVISMO Y PSICOTERAPIA, por Guillem Feixas Viaplana y Manuel Villegas Besora.
106. ESTRÉS Y EMOCIÓN. Manejo e implicaciones en nuestra salud, por Richard S. Lazarus.
107. INTERVENCIÓN EN CRISIS Y RESPUESTA AL TRAUMA. Teoría y práctica, por Barbara Rubin Wainrib y Ellin L. Bloch.
108. LA PRÁCTICA DE LA PSICOTERAPIA. La construcción de narrativas terapéuticas, por Alberto Fernández Liria y Beatriz Rodríguez Vega.
109. ENFOQUES TEÓRICOS DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO, por Ian Jakes.
110. LA PSICOTERA DE CARL ROGERS. Casos y comentarios, por Barry A. Farber, Debora C. Brink y Patricia M. Raskin.
111. APEGO ADULTO, por Judith Feeney y Patricia Noller.
112. ENTRENAMIENTO ABC EN RELAJACIÓN. Una guía práctica para los profesionales de la salud, por Jonathan C. Smith.
113. EL MODELO COGNITIVO POSTRACIONALISTA. Hacia una reconceptualización teórica y clínica, por Vittorio F. Guidano, compilación y notas por Álvaro Quiñones Bergeret.

114. TERAPIA FAMILIAR DE LOS TRASTORNOS NEUROCONDUCTUALES. Integración de la neuropsicología y la terapia familiar, por Judith Johnson y William McCown.
115. PSICOTERAPIA COGNITIVA NARRATIVA. Manual de terapia breve, por Óscar F. Gonçalves.
116. INTRODUCCIÓN A LA PSICOTERAPIA DE APOYO, por Henry Pinsky.
117. EL CONSTRUCTIVISMO EN LA PSICOLOGÍA EDUCATIVA, por Tom Revenette.
118. HABILIDADES DE ENTREVISTA PARA PSICOTERAPEUTAS VOL 1. Con ejercicios del profesor Vol 2. Cuaderno de ejercicios para el alumno, por Alberto Fernández Liria y Beatriz Rodríguez Vega.
119. GUIONES Y ESTRATEGIAS EN HIPNOTERAPIA, por Roger P. Allen.
120. PSICOTERAPIA COGNITIVA DEL PACIENTE GRAVE. Metacognición y relación terapéutica, por Antonio Semerari (Ed.).
121. DOLOR CRÓNICO. Procedimientos de evaluación e intervención psicológica, por Jordi Miró.
122. DESBORDADOS. Cómo afrontar las exigencias de la vida contemporánea, por Robert Kegan.
123. PREVENCIÓN DE LOS CONFLICTOS DE PAREJA, por José Díaz Morfa.
124. EL PSICÓLOGO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO, por Eduardo Remor, Pilar Arranz y Sara Ulla.
125. MECANISMOS PSICO-BIOLÓGICOS DE LA CREATIVIDAD ARTÍSTICA, por José Guimón.
126. PSICOLOGÍA MÉDICO-FORENSE. La investigación del delito, por Javier Burón (Ed.).
127. TERAPIA BREVE INTEGRADORA. Enfoques cognitivo, psicodinámico, humanista y neuroconductual, por John Preston (Ed.).
128. COGNICIÓN Y EMOCIÓN, por E. Eich, J. F. Kihlstrom, G. H. Bower, J. P. Forgas y P. M. Niedenthal.
129. TERAPIA SISTÉMICA DE PAREJA Y DEPRESIÓN, por Elsa Jones y Eia Asen.
130. PSICOTERAPIA COGNITIVA PARA LOS TRASTORNOS PSICÓTICOS Y DE PERSONALIDAD, Manual teórico-práctico, por Carlo Perris y Patrick D. Mc.Gorry (Eds.).
131. PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA TRANSCULTURAL. Bases prácticas para la acción, por Pau Pérez Sales.
132. TRATAMIENTOS COMBINADOS DE LOS TRASTORNOS MENTALES. Una guía de intervenciones psicológicas y farmacológicas, por Morgan T. Sammons y Norman B. Schmid.
133. INTRODUCCIÓN A LA PSICOTERAPIA. El saber clínico compartido, por Randolph B. Pipes y Donna S. Davenport.
134. TRASTORNOS DELIRANTES EN LA VEJEZ, por Miguel Krassoievitch.
135. EFICACIA DE LAS TERAPIAS EN SALUD MENTAL, por José Guimón.
136. LOS PROCESOS DE LA RELACIÓN DE AYUDA, por Jesús Madrid Soriano.
137. LA ALIANZA TERAPÉUTICA. Una guía para el tratamiento relacional, por Jeremy D. Safran y J. Christopher Muran.
138. INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EN LA PSICOSIS TEMPRANA. Un manual de tratamiento, por John F.M. Gleeson y Patrick D. McGorry (Coords.).
139. TRAUMA, CULPA Y DUELO. Hacia una psicoterapia integradora. Programa de autoformación en psicoterapia de respuestas traumáticas, por Pau Pérez Sales.
140. PSICOTERAPIA COGNITIVA ANALÍTICA (PCA). Teoría y práctica, por Anthony Ryle e Ian B. Kerr.
141. TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN BASADA EN LA CONSCIENCIA PLENA. Un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas, por Zindel V. Segal, J. Mark G. Williams y John D. Teasdale.
142. MANUAL TEÓRICO-PRÁCTICO DE PSICOTERAPIAS COGNITIVAS, por Isabel Caro Gabalda.
143. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DEL TRASTORNO DE PÁNICO Y LA AGORAFOBIA. Manual para terapeutas, por Pedro Moreno y Julio C. Martín.
144. MANUAL PRÁCTICO DEL FOCUSING DE GENDLIN, por Carlos Alemany (Ed.).
145. EL VALOR DEL SUFRIMIENTO. Apuntes sobre el padecer y sus sentidos, la creatividad y la psicoterapia, por Javier Castillo Colomer.
146. CONCIENCIA, LIBERTAD Y ALIENACIÓN, por Fabricio de Potestad Menéndez y Ana Isabel Zuazu Castellano.
147. HIPNOSIS Y ESTRÉS. Guía para profesionales, por Peter J. Hawkins.
148. MECANISMOS ASOCIATIVOS DEL PENSAMIENTO. La “obra magna” inacabada de Clark L. Hull, por José M^a Gondra.
149. LA MENTE EN DESARROLLO. Cómo interactúan las relaciones y el cerebro para modelar nuestro ser, por Daniel J. Siegel.
150. HIPNOSIS SEGURA. Guía para el control de riesgos, por Roger Hambleton.
151. LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD. Modelos y tratamiento, por Giancarlo Dimaggio y Antonio Semerari.
152. El yo atormentado. La disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica, por Onno van der Hart, Ellert R.S. Nijenhuis y Kathy Steele.
153. Psicología positiva aplicada, por Carmelo Vázquez y Gonzalo Hervás.
154. INTEGRACIÓN Y SALUD MENTAL. El proyecto Aiglé 1977-2008, por Héctor Fernández-Álvarez.
155. MANUAL PRÁCTICO DEL TRASTORNO BIPOLAR. Claves para autocontrolar las oscilaciones del estado de ánimo, por Mónica Ramírez Basco.
156. PSICOLOGÍA Y EMERGENCIA. Habilidades psicológicas en las profesiones de socorro y emergencia, por Enrique Parada Torres (coord.)
157. VOLVER A LA NORMALIDAD DESPUÉS DE UN TRASTORNO PSICÓTICO. Un modelo cognitivo-relacional para la recuperación y la prevención de recaídas, por Andrew Gumley y Matthias Schwannauer.
158. AYUDA PARA EL PROFESIONAL DE LA AYUDA. Psicofisiología de la fatiga por compasión y del trauma vicario, por Babette Rothschild.

159. TEORÍA DEL APEGO Y PSICOTERAPIA. En busca de la base segura, por Jeremy Holmes.
160. EL TRAUMA Y EL CUERPO. Un modelo sensoriomotriz de psicoterapia, por Pat Ogden, Kekuni Minton y Clare Pain.
161. INSOMNIO. Una guía cognitivo-conductual de tratamiento, por Michael L. Perlis, Carla Jungquist, Michael T. Smith y Donn Posner.
162. PSICOTERAPIA PARA ENFERMOS EN RIESGO VITAL, por Kenneth J. Doka.
163. MANUAL DE PSICODRAMA DIÁDICO. Bipersonal, individual, de la relación, por Pablo Población Knappe.
164. MANUAL BÁSICO DE EMDR. Desensibilización y reprocesamiento mediante el movimiento de los ojos, por Barbara J. Hensley.
165. TRASTORNO BIPOLAR: EL ENEMIGO INVISIBLE. Manual de tratamiento psicológico, por Ana González Isasi.
166. HACIA UNA PRÁCTICA EFICAZ DE LAS PSICOTERAPIAS COGNITIVAS. Modelos y técnicas principales, por Isabel Caro Gabalda.
167. PSICOLOGÍA DE LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA, por Itziar Fernández (Ed.).
168. LA SOLUCIÓN MINDFULNESS. Prácticas cotidianas para problemas cotidianos, por Roland D. Siegel.
169. MANUAL CLÍNICO DE MINDFULNESS, por Fabrizio Didonna (Ed.).
170. MANUAL DE TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUALES, por M^a Ángeles Ruiz Fernández, Marta Isabel Díaz García, Arabella Villalobos Crespo.
172. EL APEGO EN PSICOTERAPIA, por David J. Wallin.
173. MINDFULNESS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA, por M^a Teresa Miró Barrachina - Vicente Simón Pérez (Eds.).
174. LA COMPARTICIÓN SOCIAL DE LAS EMOCIONES, por Bernard Rimé.
175. PSICOLOGÍA. Individuo y medio social, por M^a Luisa Sanz de Acedo.
176. TERAPIA NARRATIVA BASADA EN ATENCIÓN PLENA PARA LA DEPRESIÓN, por Beatriz Rodríguez Vega – Alberto Fernández Liria
177. MANUAL DE PSICOÉTICA. ÉTICA PARA PSICÓLOGOS Y PSIQUIATRAS, por Omar França
178. GUÍA DE PROTOCOLOS ESTÁNDAR DE EMDR. Para terapeutas, supervisores y consultores, por Andrew M. Leeds, Ph.d
179. INTERVENCIÓN EN CRISIS EN LAS CONDUCTAS SUICIDAS, por Alejandro Rocamora Bonilla.
180. EL SÍNDROME DE LA MUJER MALTRATADA, por Lenore E. A. Walker y asociados a la investigación.
182. ACTIVACIÓN CONDUCTUAL PARA LA DEPRESIÓN. Una guía clínica, por Christopher R. Martell, Sona Dimidjian y Ruth Herman-Dunn
183. PREVENCIÓN DE RECAÍDAS EN CONDUCTAS ADICTIVAS BASADA EN MINDFULNESS. Guía clínica, por Sarah Bowen, Neha Chawla y G. Alan Marlatt

Serie PSICOTERAPIAS COGNITIVAS

Dirigida por Isabel Caro Gabalda

171. TERAPIA COGNITIVA PARA TRASTORNOS DE ANSIEDAD. Ciencia y práctica, por David A. Clark y Aaron T. Beck.
181. PSICOTERAPIA CONSTRUCTIVISTA Rasgos distintivos, por Robert A. Neimeyer.