

Evaluación e intervención en crisis: retos para los contextos universitarios

*María Isabel Rendón, Jessica Agudelo**

Recibido: 2 de junio de 2011
Evaluado: 10 de julio de 2011
Aceptado: 29 de julio de 2011

RESUMEN

Una crisis se caracteriza por una falla temporal en los recursos habituales de afrontamiento de una situación específica. El riesgo de efectos adversos se incrementa en caso de no recibir una atención de primeros auxilios psicológicos que minimice la probabilidad de daño y maximice las oportunidades de cambio. Por ello, es necesario disponer de un esquema definido de atención en crisis, de manera que quienes asumen su manejo cuenten con una orientación eficaz basada en un soporte teórico y empírico.

Este artículo apunta en esa dirección: ofrecer un panorama conceptual sobre la crisis y una descripción de las tareas propias de la evaluación y la intervención. También se presenta la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, por sus iniciales en inglés) como una alternativa de abordaje centrada en valores, y se formula una serie de retos propios del trabajo con individuos en crisis en contextos universitarios.

PALABRAS CLAVE

Crisis, primeros auxilios psicológicos, intervención en crisis, Terapia de Aceptación y Compromiso, contexto universitario

* Investigadoras de la Facultad de Psicología de la Universidad Santo Tomás. Grupo de Investigación "Psicología, Salud y Calidad de Vida", Línea de Investigación: Bienestar, Cultura y Desarrollo.

Crisis assessment and intervention: challenges for higher education contexts

María Isabel Rendón, Jessica Agudelo

ABSTRACT

A crisis is characterized by a temporary failure in the usual coping resources to deal with a difficult situation. The risk of adverse effects increase if the individual does not receive psychological first aid to minimize the likelihood of damage and maximize the opportunities for change. For these reasons, it is necessary to provide a well-defined guideline based on theoretical and empirical evidence for the staff in charge of crisis situations.

This paper aims at this goal by offering a conceptual overview of the crisis and a description of the main tasks involved in assessment and intervention. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is presented as an alternative approach based on values, and a series of particular challenges in the work with individuals in crisis in higher education contexts is discussed.

KEYWORDS

Crisis, psychological first aid, crisis intervention, Acceptance and Commitment Therapy, higher education context

Recibido: 2 de junio de 2011
Evaluado: 10 de julio de 2011
Aceptado: 29 de julio de 2011

INTRODUCCIÓN

Vivimos en una época de eventos productores de crisis inherentes a la vida humana y a la sociedad contemporánea (Roberts y Ottens, 2005). Los individuos en crisis imponen una serie de retos que hacen necesario disponer de herramientas para la toma de decisiones críticas, en consonancia con el hecho de que tales personas pueden estar haciendo un último esfuerzo por buscar o aceptar ayuda y, por tanto, encontrarse motivados para intentar algo diferente.

En consecuencia, la intervención debe constituir una oportunidad para enfocarse en el momento presente, evaluar ágilmente los problemas y recursos del individuo, plantear metas y estrategias de afrontamiento alternativas, desarrollar una alianza de trabajo y construir a partir de las fortalezas (Roberts y Ottens, 2005). Esto, pese a que eventualmente el individuo en crisis puede encontrarse vulnerable y susceptible a múltiples influencias, lo cual, al mismo tiempo, incrementa el riesgo de efectos iatrogénicos de una intervención.

Todas estas razones apuntan a la necesidad de un abordaje sistemático y bien fundamentado que permita dar cuenta, de una manera rigurosa y socialmente responsable, del impacto logrado, considerando especialmente que la mayoría de los servicios de intervención en crisis deben prestarse en condiciones de limitación de recursos, tiempo, personal e infraestructura.

Por otro lado, aunque la intervención en crisis comparte una serie de componentes comunes en diversos ámbitos clínicos, en el contexto universitario adquiere un matiz particular, dadas las características de la po-

blación que se pretende cubrir, la manera en que ésta accede a los servicios de este tipo, la infraestructura dispuesta para ello y la naturaleza misma de las crisis más frecuentes (Paladino y Barrio-Minton, 2008).

Dado este panorama, resulta pertinente contar con una aproximación viable en el contexto universitario que permita brindar un apoyo eficaz en situaciones de crisis y que sea, al mismo tiempo, un abordaje teórica y empíricamente soportado. Desde esta lógica, en el presente artículo se presentan conceptos relevantes, tales como crisis, suicidio y afines, se describe el abordaje de ACT y se esbozan retos para los contextos universitarios.

¿QUÉ ES UNA CRISIS?¹

En los inicios del siglo XX, uno de los primeros autores en explicar la perturbación psicológica como resultado de la exposición a factores psicosociales –principalmente aquellos presentes durante la infancia– fue Freud, cuyo modelo aportó bases importantes para la comprensión y abordaje del desequilibrio emocional (Hoff, 2001).

Si bien estas primeras aproximaciones acercaron a los clínicos a la noción de crisis, la intervención en este campo inició formalmente con el trabajo pionero de Lindemann y Caplan entre los años cuarenta y sesenta. En 1944 Erich Lindemann formuló la *Teoría de la crisis* a partir de su trabajo con sobrevivientes del incendio de Cocoanut Grove, Boston. En los años sesenta Gerald Caplan

1 El presente trabajo se enfoca en las crisis derivadas de circunstancias diferentes al manejo de desastres. En este último caso usualmente se requieren, en primera instancia, servicios de rescate; sólo con el transcurrir del tiempo van emergiendo las necesidades psicológicas y las reacciones de los involucrados (Roberts y Ottens, 2005).

expandió el trabajo de Lindemann y fue el primer clínico en describir y documentar estadios de la reacción de crisis: a) aumento inicial de la tensión luego del evento precipitante; b) interrupción en la vida cotidiana; c) estancamiento e incapacidad para resolver la crisis rápidamente; d) mayor tensión, depresión o colapso mental (Caplan, 1961).

Posteriormente, los modelos humanistas contribuyeron a modificar la comprensión de la perturbación psicológica anclada en la noción de enfermedad mental. Autores como Maslow (1970) y Erickson (1973) aportaron lo que se puede considerar como los lineamientos básicos en la teoría de la crisis, en la medida en que agregaron la dimensión de las capacidades del ser humano para aprender y crecer a través del ciclo vital (Hoff, 2001). Paralelamente, Horowitz (1975) describió el estado de crisis como una sucesión de etapas consistentes en: a) impacto inicial: reacciones inmediatas como desorden emocional, comportamental y cognitivo; respuestas de negación; b) intrusión: recuerdos, sueños, activación y dolor emocional relacionados con la situación traumática; c) elaboración: el individuo verbaliza y comparte sentimientos y pensamientos sobre el suceso, y lo acepta e incorpora en su vida.

A partir de estos trabajos pioneros se han propuesto variaciones y aportes a la definición de crisis, permitiendo que actualmente exista un consenso relativo frente a los elementos que la caracterizan. Slaikeu la define como un “estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad para manejar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas y por el potencial para obtener un re-

sultado radicalmente positivo o negativo” (1996: 16).

En la misma línea, Roberts define crisis como

interrupción aguda del equilibrio psicológico en la cual los mecanismos usuales de afrontamiento fallan y existe evidencia de malestar y deterioro funcional. La reacción subjetiva a la experiencia vital estresante compromete la estabilidad del individuo y su habilidad para afrontar o funcionar. La principal causa de una crisis es un evento intensamente estresante, traumático o peligroso, pero también deben darse otras dos condiciones: 1) percepción del individuo de que el evento es la causa de la alteración, y 2) inhabilidad para resolver la situación mediante sus mecanismos usuales de afrontamiento (2005: 778).

En términos generales, todas las definiciones apuntan al desequilibrio, desorganización y confusión que caracterizan a la crisis, pero, al mismo tiempo, reconocen que eventualmente se alcanzará alguna forma de reorganización, bien sea positiva o negativa, tanto para el individuo como para su entorno inmediato, en función del contexto cultural y de los factores psicosociales (Hoff, 2001; Rubin y Bloch, 1998; Slaikeu, 1996).

El resultado de la crisis depende de su naturaleza. Las situaciones de crisis varían en intensidad y temporalidad, y pueden ser desencadenadas por distintos tipos de eventos presentados súbita, insidiosa o progresivamente (Hoff, 2001). La crisis puede ocurrir a partir de eventos con potencial prácticamente universal para desestabilizar o a partir de sucesos que no provocarían el mismo impacto en diferentes individuos, pero sí en uno particular, debido a la interacción de diversas circunstancias (Slaikeu, 1996).

Por otra parte, Slaikeu (1996), retomando el trabajo inicial de Erikson (1973), propone dividir las crisis en dos tipos. Por un lado, *crisis circunstanciales*, que se caracterizan por surgir de eventos inesperados; por el otro, *crisis del desarrollo*, relacionadas con el cambio de una etapa de vida a otra. En el primer caso, la crisis es repentina y tiene una cualidad de urgencia. Una respuesta de crisis en estas circunstancias puede incluir manifestaciones de estrés postraumático, tales como re-experimentación, hiperactivación, evitación, ansiedad, ira y aturdimiento (Brown y Rainer, 2006; Stapleton, Lating, Kirkhart y Everly, 2006). En el segundo caso, el individuo se estanca o progresa como persona, desde los estadios tempranos de confianza-desconfianza hasta el último estadio en el que reflexiona sobre sus contribuciones propias al mundo (Erikson, 1973).

Para comprender la naturaleza, impacto y desarrollo de la crisis se han propuesto algunos modelos teóricos. Uno de ellos es el de Myer y Moore (2006), quienes sostienen que es necesario incorporar una visión contextual en la comprensión de la crisis. Formulan así la *Teoría de la Crisis en Contexto* (TCC), que provee una perspectiva ecológica para comprender la situación global, sin ignorar la importancia del individuo.

La perspectiva de la TCC plantea que el efecto de la crisis supone una interacción entre individuo, sistema, comunidad y participantes, lo que se puede comprender mediante tres premisas básicas:

Premisa 1: el impacto de la crisis en los individuos y en los sistemas relacionados depende de la proximidad física y de la percepción de significado atribuido al evento.

Premisa 2: la comprensión del impacto debe tener en cuenta el efecto recíproco que ocurre entre individuos y sistemas afectados por el evento. Este efecto implica, a su vez, la interacción entre las relaciones primarias (directas) y secundarias (mediadas por algún componente) y el grado de cambio disparado por el evento. Independientemente de su naturaleza, si las relaciones son de soporte, el impacto puede reducirse; si son obstructivas, éste aumenta. El grado de cambio tiene que ver con la interrupción causada en el funcionamiento a corto y a largo plazo.

Premisa 3: el tiempo influye directamente en el impacto. Los dos elementos a considerar son: la cantidad de tiempo que ha pasado desde el evento y las ocasiones especiales, tales como aniversarios, cumpleaños, etc. En este sentido, se considera que el tiempo es una variable moderadora del impacto (Myer y Moore, 2006).

¿QUÉ SE EVALÚA EN SITUACIONES DE CRISIS?

En consonancia con estas definiciones de crisis se han planteado unas tareas a cumplir en las fases de evaluación e intervención. Si bien es cierto que en la práctica ambas fases no están claramente separadas, es necesario presentarlas de esta manera, a fin de exponer organizadamente sus características. Así, en este apartado se hará énfasis en la evaluación, incluyendo el suicidio; y en el siguiente se pondrá el acento en la intervención.

Como se evidenció en el apartado anterior, durante la crisis fallan las estrategias de afrontamiento del individuo, motivo por el cual la ayuda externa puede ser crucial,

pues éste se halla en un estado de vulnerabilidad y sugestionabilidad (Slaikeu, 1996).

Desde esta lógica, resulta esencial determinar con precisión y agilidad el tipo de ayuda que se requiere. Se debe llevar a cabo una evaluación concienzuda que minimice la adivinación, reduzca la confusión, permita organizar la información, provea una base para diseñar planes de acción, disminuya la ansiedad del clínico y permita obtener un panorama de factores protectores y del nivel de funcionamiento global (Dykeman, 2005; Paladino y Barrio-Minton, 2008).

Comúnmente, la evaluación en casos de crisis implica un proceso de toma de decisiones inmediatas, con el fin de determinar la letalidad y remitir al individuo –o no hacerlo en absoluto– a hospitalización de emergencia, consulta externa, grupo de soporte o agencia de servicio social (Liese, 1995). En cualquier caso, el objetivo es establecer prioridades con base en un criterio sólido. Se puede establecer, entonces, uno de los siguientes cuatro niveles de prioridad:

Prioridad 1: peticiones de asistencia inmediata por parte de la policía y de los servicios de emergencia, intentos de suicidio en progreso, homicidas o suicidas con los medios disponibles, individuos guiados por alucinaciones o violentos.

Prioridad 2: individuos capaces de procurarse seguridad y con un soporte confiable y disponible, aunque pueden estar alucinando, delirando o ser incapaces de satisfacer sus necesidades básicas.

Prioridad 3: individuos con ideación suicida fugaz (pero sin un plan viable), depresión mayor o desórdenes del estado de ánimo.

Prioridad 4: no hay ningún pensamiento por dañar a otros o a sí mismo, como tampoco hay síntomas psiquiátricos y crisis situacionales (véase Dykeman, 2005).

En esta misma línea, el modelo ACT de Dykeman (2005) se compone de tres grupos de tareas para el abordaje de situaciones de crisis: a) evaluación de necesidades inmediatas y amenazas a la seguridad pública, al igual que identificación y contacto con individuos ambivalentes respecto a la necesidad de buscar ayuda; b) contacto con grupos de soporte y servicios de asistencia, además de acompañamiento para el despliegue de estrategias adaptativas de afrontamiento; c) indagación sobre reacciones traumáticas al evento, con el fin de minimizar secuelas a mediano y largo plazo.

La evaluación debe proveer información a los clínicos para contactar al individuo en el lugar donde se encuentra, identificar los factores precipitantes de la crisis que mantienen la desorganización y el sufrimiento, evaluar el riesgo para el individuo mismo o para otros (ideación y/o gestos suicidas y homicidas, por ejemplo), determinar la aproximación más efectiva en el momento (hospitalización, medicación, primeros auxilios psicológicos, etc.), identificar los recursos necesarios para resolver la situación, estabilizar el funcionamiento, facilitar un cambio constructivo y evaluar el rol, disponibilidad y funcionalidad de las redes de soporte (Myer y Conte, 2006; Roberts y Ottens, 2005; Slaikeu, 1996).

Hoff (2001), por su parte, divide estas tareas en dos niveles de evaluación. El primero de ellos puede ser llevado a cabo por cualquier persona que se encuentre en la situación y está orientado hacia la identificación de la

situación estresante, la determinación del riesgo potencial para el individuo u otros involucrados y el impacto de la situación en todos ellos.

El segundo nivel implica un abordaje por parte de personal calificado y está orientado hacia la identificación de los orígenes de la crisis (eventos amenazantes que se presentaron y su naturaleza situacional o transicional), su desarrollo (fase inicial, aguda o de resolución), manifestaciones (interpretación de los eventos amenazantes, estrategias de afrontamiento desplegadas, expresión en los dominios emocional, afectivo, cognitivo, comportamental y biofísico) y características del medio (condiciones ambientales y socioculturales). En la misma línea, Roberts (2000, 2005) propone evaluar la letalidad, establecer *rapport*, identificar los precipitantes de la crisis, manejar emociones y sentimientos, generar y explorar alternativas e implementar y monitorear un plan de acción.

Una estrategia de valoración ampliamente reportada en la literatura es el enfoque multimodal BASIC ID de Lazarus (1976, 1992), en el cual se evalúan sistemáticamente comportamientos (funcionamiento general, excesos, carencias, fortalezas, debilidades), respuestas afectivas (sentimientos y emociones sobre la situación y la vida en general), sensaciones, imágenes y cogniciones (sobre el pasado, el presente y el futuro), relaciones interpersonales (cantidad y calidad de relaciones sociales) e influencias biológicas, además de los factores específicos de riesgo suicida.

Según este esquema, la evaluación implica también la valoración de los soportes y estresores ambientales, las necesidades médicas y fármacos que esté tomando el indivi-

duo, el uso de drogas o alcohol, el impacto de la crisis en el entorno del individuo y los métodos y recursos de afrontamiento disponibles (Slaikeu, 1996; Kulic, 2005).

En el mismo orden de ideas, Myer y Conte (2006) proponen su *Triage Assessment System* (TAS), en el cual se asume que las reacciones a los eventos provocadores de crisis se pueden apreciar en los dominios afectivo, conductual y cognitivo. De esta manera, el TAS funciona como una guía para la identificación de interacciones complejas entre los tres dominios. Se considera que las reacciones afectivas pueden ser ira-hostilidad, ansiedad-miedo, tristeza-melancolía, y que la expresión de estos sentimientos puede variar, partiendo de ser prácticamente imperceptibles, hasta llegar a ser extremadamente severos.

Las reacciones conductuales, por su parte, suelen ser de inmovilidad, evitación o aproximación. La inmovilidad se define como “estar paralizado o incapaz de sostener cualquier intento consistente para resolver la crisis”. La evitación es “un intento activo por escapar o eludir los problemas asociados con la crisis”. La aproximación se define como “intentos activos por resolver los problemas resultantes de la crisis” (Myer y Conte, 2006: 960).

Por último, las reacciones en el dominio cognitivo pueden clasificarse en transgresión, amenaza o pérdida. La transgresión se define como “ofensa degradante contra mí o contra los míos” (Lazarus, 1992: 26). La amenaza es “potencial, algo que ocurrirá en el futuro [...] una catástrofe” (Myer y Conte, 2006: 960). La percepción de pérdida “implica que ocurrió en el pasado y es irrevocable” (Myer y Conte, 2006: 960).

Bonyngue y Thurber (2010), por su parte recomiendan considerar si la crisis es aguda, para lo cual proponen la indagación en aspectos como la existencia de un plan para lesionarse, la letalidad del mismo, la historia de intentos previos, la presencia de impulsividad y/o alucinaciones, la historia de agresión, los planes para agredir, el temperamento, la desesperanza, los signos vegetativos, la motivación, la capacidad de razonamiento, la orientación, el contenido del pensamiento, la anhedonia, la toma de decisiones, la historia de intervenciones terapéuticas previas, el funcionamiento en distintos dominios, el funcionamiento de la red de soporte y la disposición para responder preguntas y participar en el tratamiento.

El caso del suicidio

Uno de los desafíos más comunes durante la evaluación e intervención en crisis es el suicidio. Este fenómeno se considera como el producto de una desesperanza profunda en una situación existencial percibida como irremediable y acompañada por una alteración en los mecanismos usuales de afrontamiento y en los patrones de pensamiento, razón por la cual el individuo se muestra incapaz de solucionar problemas (Barón, 2000; Paladino y Barrio-Minton, 2008).

Se trata de un acto intencional en el cual la persona planea y ejecuta una autolesión fatal (Dubugras, 2007), al ser incapaz de dominar una situación percibida como insostenible y al estar convencida de que no existe salida. La conducta suicida se define entonces como “todo comportamiento de autoagresión con intencionalidad y conocimiento de lo que se realiza” (García et ál., 2007: 611), es decir, implica un acto inten-

cionado, autoinfligido y deliberado, cuyo resultado es la muerte (OMS, 2010).

A través de dicho acto el individuo espera lograr cambios, aunque la intención puede ser vaga o ambigua, es decir, no siempre la persona quiere morir, sino que puede querer, más bien, dejar de ser consciente (OMS, 2006).

La Organización Mundial de la Salud (2010) considera que el comportamiento suicida incluye tanto la ideación como las tentativas. Agrega que usualmente se da un desarrollo desde los pensamientos de realizarlo, hasta la tentativa de consumir el suicidio. Esta última implica acciones para amenazar la propia vida o dar esa apariencia y, en este sentido, constituye una petición de ayuda, ya que el individuo quiere provocar cambios que hagan su vida más soportable (OMS, 2006).

En general, se considera *intento de suicidio* el acto que el individuo realiza en forma voluntaria para hacerse daño y buscar la muerte (Gómez et ál., 2002). A medida que la ideación progresa, el individuo puede pasar de hablar o actuar en forma simbólica, a crear y ejecutar un plan. El grado en el que una persona experimenta ideación suicida se categoriza en niveles de letalidad. En teoría, el nivel de letalidad se incrementa significativamente a medida que los planes suicidas se tornan más específicos, los medios se vuelven más accesibles, se deteriora el soporte social y el individuo muestra una historia de intentos; aunque no necesariamente existe una relación lineal y causal entre la ideación suicida y el intento (Paladino y Barrio-Minton, 2008).

En cuanto a la ideación y el comportamiento suicida, sus causas se han reportado desde

distintas clases de situaciones particulares y factores personales, sociales o demográficos. Se han asociado con el intento de suicidio factores como la depresión y la ansiedad (moderada y grave, ya sea en el último año o durante toda la vida), alcoholismo, esquizofrenia, trastorno límite de personalidad, trastorno antisocial de la personalidad, impulsividad, agresividad, enfermedades crónicas (OMS, 2006) y la consulta médica previa “por nervios” (Gómez, et ál., 2002).

En el caso de adolescentes suicidas, los factores psicosociales de riesgo son disolución de la familia nuclear en la temprana infancia, que implica una carencia afectiva por ausencia física y emocional de ambos padres; deserción afectiva de adultos significativos a lo largo de la vida del adolescente; en ocasiones, madres frías y rechazantes; la sensación de estar “de más” (Barón, 2000).

Otras características en los adolescentes suicidas son baja autoestima, estrés, depresión, desesperanza, problemas académicos, problemas familiares, problemas financieros, ajuste a la vida universitaria, presión ejercida por ellos mismos y por otras personas significativas para tener un buen desempeño escolar, familias para las que el logro social es predominante, aislamiento social, escasas relaciones interpersonales y dificultades en las relaciones amorosas (Barón, 2000; Paladino y Barrio-Minton, 2008).

En cuanto al género, algunos estudios han mostrado que la prevalencia del intento de suicidio es significativamente más alta en mujeres y niñas. Sin embargo, el género no se asocia significativamente con la incidencia de los intentos (Gómez et ál., 2002). De igual manera, García et ál. (2007) y la OMS (2006) encontraron que el riesgo de suicidio

era mayor en hombres, pero la conducta suicida era más frecuente en mujeres.

En Colombia se encontró en 2009 que por cada cuatro hombres que se quitan la vida se suicida una mujer, y que en el momento de elegir el mecanismo letal las mujeres eligen primero intoxicarse, luego ahorcarse y, por último, dispararse con un arma de fuego. Por su parte, los hombres eligen primero ahorcarse, luego dispararse y, por último, intoxicarse con sustancias alteradoras del sistema nervioso central. De 1845 personas que se quitaron la vida en Colombia en 2009, 365 eran mujeres y 1480 eran hombres (Valenzuela, 2009), razón por la cual puede pensarse que independientemente de que las mujeres lo intenten más, los hombres pueden ser más efectivos en función de la letalidad del método escogido.

Por otra parte, García et ál. (2007) hallaron que hombres y mujeres suicidas no se diferenciaban en el nivel educativo, estado civil u ocupación. El estudio de la OMS (2006) reportó que los divorciados, los viudos, los desempleados y los solteros presentaban un mayor riesgo de suicidarse que los casados.

En consonancia con estos factores asociados al riesgo de suicidio se debe plantear una estrategia eficaz de evaluación que permita una predicción confiable a partir de la cual sea posible diseñar estrategias de prevención efectivas, tanto de la muerte como de la incapacidad y costos que generan los intentos (García et ál., 2007).

Dado que el propósito del suicidio es escapar a un dolor psicológico intolerable, la evaluación debe promover esta comprensión, en tanto hace sentir al individuo seguro y aceptado (Young y Lester, 2001).

Concretamente deben formularse preguntas acerca de pensamientos y acciones recientes deliberadas para causarse daño, al igual que debe proyectarse una esperanza acerca de que las cosas mejoren (Dykeman, 2005).

En cuanto a los factores específicos que permiten estimar el riesgo suicida, que han de explorarse durante la evaluación, García et ál. (2007), Joiner et ál. (2007), OMS (2006) y Bryan (2007) especifican los siguientes: bajo nivel educativo y pérdida del empleo, problemas en el funcionamiento familiar, las redes sociales y los sistemas de apoyo, eventos vitales adversos (abusos, catástrofes naturales, guerras, pérdidas interpersonales, financieras o de identidad, problemas de salud), historia previa de diagnósticos psiquiátricos, síntomas del espectro hipomaniaco, esquizofrenia, características de personalidad límite o antisocial, agitación, pensamiento desorganizado, irritabilidad, insomnio, comportamiento temerario (especialmente si ocurren en el contexto de un episodio depresivo), duración y estructuración de la ideación suicida (riesgo incrementado cuando hay mayor especificidad).

De igual manera, letalidad del método suicida considerado o utilizado, disponibilidad de medios fatales, antecedentes de intentos previos, letalidad de los medios usados y resultados percibidos, abuso de sustancias psicoactivas, violencia o agresividad hacia otros, cambios drásticos en los estados de ánimo, reporte frecuente de desesperanza, comportamientos preparatorios (por ejemplo, regalar pertenencias, despedirse), pérdida del contacto con la realidad (alucinaciones y delirios), rabia, agitación repentina, antecedentes de conducta suicida en familiares o personas cercanas, características de

personalidad y exposición al suicidio (directamente o a través de los medios).

En relación con estos factores, Joiner et ál. (2007) sostienen que siempre se debe explorar el deseo e intención de cometer suicidio (deseo de morir, no tener razones para vivir, sentirse atrapado, sentir que no existen alternativas o escape, sentimientos de soledad intolerable, dolor psicológico intenso, desesperanza, percibirse como una carga para los demás) y la capacidad (no temer a la realización o intento, sentido de competencia para realizar el acto, disponibilidad de recursos y oportunidad, preparación y especificidad para planear el intento).

De igual manera, es necesario indagar factores protectores, inhibidores y alternativas, siendo uno de estos la ambivalencia en términos del deseo de vivir, el cual puede posicionarse en la medida en que el individuo perciba apoyo inmediato, tenga metas para el futuro y establezca un compromiso con quien le está ayudando (Joiner et ál., 2007). También es importante indagar sobre factores protectores como el soporte social, las habilidades de solución de problemas, la historia de habilidades de afrontamiento, la participación activa en el tratamiento, la presencia de esperanza, los niños en el hogar, el embarazo, el compromiso religioso, la satisfacción vital, el contacto con la realidad, el miedo a la desaprobación y el miedo al suicidio o a la muerte (Bryan, 2007).

Por otra parte, según Gutiérrez, Watkins y Collera (2004), la asociación entre depresión y suicidio justifica la necesidad de identificar y tratar aquellos individuos en riesgo, con el fin de implementar estrategias de prevención ajustadas a sus condiciones particulares. A este respecto, la OMS (2010) propone ampliar el espectro de estados afectivos a

considerar, y caracteriza el estado de ánimo de los suicidas en términos de ambivalencia, impulsividad (tendencia de acción temporal y como reacción a eventos negativos puntuales) y rigidez (falta de flexibilidad que dificulta identificar alternativas).

La evaluación del riesgo suicida implica una constante disposición del clínico para indagar persistentemente sobre la ideación y sentimientos asociados, con el fin de no pasar por alto comunicaciones indirectas del individuo (Joiner et ál., 2007). Evaluar la letalidad implica, antes que todo, determinar si el individuo ha puesto en marcha un plan suicida. Si no es así, se debe evaluar el potencial para causarse daño o si ha mostrado signos de alarma (OMS, 2010; Paladino y Barrio-Minton, 2008).

En esta fase es pertinente preguntar directamente por pensamientos y sentimientos suicidas, con el fin de instigar la charla sobre la ideación, recoger información acerca de la naturaleza y grado de desarrollo de la misma, estimar la fortaleza de la idea de infligirse un daño mortal, valorar la letalidad del plan, preguntar por el historial suicida y tomar en consideración factores de riesgo y protección (OMS, 2010; Paladino y Barrio-Minton, 2008).

El componente final de la evaluación incluye la valoración de la intención de llevar a cabo el plan. Esto se puede evaluar con preguntas sobre el resultado percibido (del tipo “¿qué esperarías que pasara si...?”) y sobre el grado declarado o percibido de compromiso con el plan suicida (ejemplo: “¿piensas hacerlo hoy?”). Según Paladino y Barrio-Minton (2008), el entrevistador debe trabajar en la construcción de una alianza fuerte que vele por la seguridad del individuo, pidiéndole que le entregue los medios

para llevar a cabo el plan; acción que debe realizar hasta que la persona haya recibido evaluación y tratamiento completos.

En conjunto, la información anterior ayuda a determinar si se debe actuar inmediatamente o no para garantizar la seguridad. De manera simultánea, es importante evaluar las fortalezas y las razones para vivir o no hacer daño (Paladino y Barrio-Minton, 2008). Además de evaluar el riesgo de suicidio se debe evaluar el riesgo de homicidio o de comportamiento violento en general, dirigido a sí mismo o a otros (Kulic, 2005).

¿CÓMO SE INTERVIENE EN SITUACIONES DE CRISIS?

Una crisis puede representar al mismo tiempo un peligro y una oportunidad (Slaikeu, 1996). De ahí que la intervención pueda o favorecer el funcionamiento o poner al individuo en riesgo de resultados adversos. Dada esta doble posibilidad, diferentes autores se han preocupado por desarrollar estrategias estructuradas para la toma de decisiones en situaciones de crisis, con el fin de eliminar o controlar los riesgos inherentes a la desestabilización temporal del individuo, por ejemplo Kulic (2005) y Leenaars (1994).

La intervención en crisis, además, debe tener en cuenta las diferencias individuales en los estilos de afrontamiento, de manera que las estrategias de intervención se adapten a las particularidades de cada caso (Slaikeu, 1996). En términos generales, las metas de la intervención son ayudar al individuo a transformar su nivel de afrontamiento, integrar la crisis de manera funcional en su vida (Slaikeu, 1996) y promover un cambio que disminuya la posibilidad de comportamiento suicida en el futuro (Sawicki, 1988). Todo esto puede implicar que el clínico tome

decisiones difíciles en un tiempo limitado (Brown y Rainer, 2006), razón por la cual debe contar con suficiente destreza para identificar de manera precisa las necesidades inmediatas y movilizar los recursos de ayuda (Leenaars, 1994; Slaikeu, 1996).

Al respecto, Slaikeu define la intervención en crisis así:

Proceso de ayuda dirigido a auxiliar a una persona o familia a sobrevivir un suceso traumático, de modo que la probabilidad de efectos debilitantes se minimiza y la probabilidad de crecimiento (nuevas habilidades, perspectivas y opciones en la vida) se maximiza (1996: 6).

Además, es “un proceso sistemático de solución de problemas que ocurre en el contexto de una relación” (Leenaars, 1994: 341). La construcción de dicho vínculo con el individuo en crisis resulta fundamental a lo largo del proceso, ya que es con base en éste que se construye una alianza en la cual el clínico trabaja activamente para fomentar en el consultante la idea de que existen alternativas y para promover el apego emocional a ellas (Leenaars, 1994).

Durante el proceso de intervención resulta fundamental tomar en consideración las expectativas del individuo en crisis e incorporar sus preferencias hasta donde sea posible (Agar-Jacomb y Read, 2009).

En cuanto al impacto general de las intervenciones se puede afirmar que existe poca documentación sobre programas basados en la evidencia y no se ha desarrollado sistemáticamente el efecto iatrogénico de algunas intervenciones, aunque se presume que puede darse (Roberts y Everly, 2006). Algunos autores (por ejemplo, Rogers y Soyka,

2004) han argumentado que en ocasiones no sólo pueden ser inefectivas, sino que incluso pueden exacerbar el riesgo de suicidio, en virtud del distanciamiento, marginalización y estigma que pueden producir.

En general, cuando los factores del entorno no se pueden cambiar, la intervención se dirige a fortalecer las estrategias de los individuos para manejar sucesos críticos y, en este sentido, las primeras semanas y meses ofrecen oportunidades únicas para influir en la eventual resolución de la crisis (Slaikeu, 1996).

Los distintos abordajes propuestos a través del tiempo implican aproximaciones breves y orientadas a soluciones. Además, la intervención en crisis ha permanecido casi siempre atórica, lo cual permite a los clínicos conducirla como una extensión de su modalidad terapéutica, en la cual deben aplicar un conjunto de habilidades clínicas comunes e independientes de las aproximaciones teóricas particulares (Kulic, 2005; Roberts y Ottens, 2005).

La intervención en crisis contempla una serie de tareas y fases sobre las que existe un relativo consenso en la literatura. Por ejemplo, Leenaars (1994) propone como tareas de la intervención, en primer lugar, establecer una relación en la que no se juzgue al individuo; en segundo lugar, explorar la percepción sobre la situación y redefinirla como una experiencia dolorosa pero tolerable; en tercer lugar, identificar opciones y desarrollar un plan de acción; por último, hacer un cierre que garantice el seguimiento posterior.

Slaikeu (1996), por su parte, propone como tareas básicas: supervivencia física, expresión de los sentimientos relacionados con la crisis, dominio cognoscitivo de la

experiencia completa y ajustes conductuales o interpersonales para la vida futura.

En una perspectiva similar, Roberts (2002) divide la intervención en siete estadios. En el primero de ellos la tarea fundamental consiste en evaluar la letalidad. En el segundo estadio se trabaja activamente por el establecimiento de un buen *rapport* mediante la escucha activa, lo que implica proporcionar respeto y aceptación, empezar por donde la persona quiera hacerlo y mostrarse neutral. En el estadio tres se identifican problemas específicos y precipitantes, y se permite al consultante contar la historia con sus propias palabras e identificar momentos en la narración en los que como persona ha funcionado mejor. En el estadio cuatro se ahonda en la identificación, validación y denominación de emociones. En el estadio cinco se exploran alternativas. En el seis se diseña e implementa un plan de acción, se hace un contrato de seguridad, se retiran medios letales –si es el caso– y se proporciona asistencia de la manera menos restrictiva posible, todo en aras de empoderar al individuo en el manejo de la crisis. Por último, en el estadio siete se realiza un seguimiento.

En general, la idea de Roberts (2002) es intervenir en el menor tiempo posible, a través de la menor cantidad de contactos, de manera que lo que propone es un esquema limitado en el tiempo y dirigido hacia el cumplimiento de metas.

Dykeman (2005) y Bryan (2007) proponen un esquema de abordaje más simple, que incluye tareas como definir el problema, garantizar la seguridad del individuo, proveer soporte o fomentar el contacto con redes naturales, examinar alternativas, hacer planes y fomentar el compromiso con los mismos.

En último término, el propósito de estas tareas es monitorear la disponibilidad para el cambio, teniendo en cuenta siempre los factores culturales, porque si bien la intervención está dirigida al individuo, también debe incluir la evaluación del entorno inmediato y de las relaciones interpersonales (Dykeman, 2005).

Como puede verse, los modelos de intervención en crisis comparten en general dos fases (Scheyett, 2002). Una *fase inicial*, caracterizada por la construcción de una relación, la definición y evaluación de la crisis y el planteamiento de metas y de un plan de acción. En esta fase el clínico u orientador explora el significado e importancia de la crisis, y permite ventilar y validar emociones, lo cual hace posible el alivio emotivo necesario para involucrarse en la definición de metas y estrategias. En la segunda fase, denominada *fase de acción*, se recolecta información adicional para tomar decisiones, se analizan las posibles barreras para la implementación y los recursos disponibles, se identifican fortalezas en el individuo y se construye e implementa un plan de acción.

Por otra parte, es importante diferenciar los niveles y momentos de intervención posibles en situaciones de crisis, es decir, lo que se ha denominado intervención de *primera* y *segunda instancia*, en tanto implican propósitos y estrategias diferentes. En el primer caso, la meta es restablecer las posibilidades de afrontamiento, razón por la cual tiene un carácter más limitado; mientras que la meta de la segunda es la resolución de la crisis, por lo que se enfoca directamente en las estrategias para aprender ésta e integrarla en el devenir vital (Slaikeu, 1996).

En este orden de ideas, la intervención de primera instancia corresponde a los

primeros auxilios psicológicos, cuya intención es reducir el nivel de estrés experimentado, proporcionar apoyo, reducir el peligro de muerte y el comportamiento desadaptativo y enlazar a la persona en crisis con los recursos de ayuda. Estas acciones deben ser implementadas lo más pronto posible luego de iniciada y percibida la crisis (Dykeman, 2005; Slaikeu, 1996).

En estos primeros momentos de contacto con el individuo en crisis se debe permitir la expresión emocional, ya que esto contribuye a construir la confianza necesaria para la intervención; además se deben normalizar las reacciones del individuo. Todo ello con el propósito de optimizar el funcionamiento de la intervención, sin relegar la importancia de remitir a los servicios pertinentes, apoyarse en recursos culturales disponibles (tales como rituales, servicios religiosos, etc.) y asegurarse de que el individuo no será abandonado luego de la intervención inicial (Dykeman, 2005).

Las intervenciones de primera instancia son cortas y efectivas al principio de la crisis, y pueden ser implementadas por personal debidamente entrenado, aunque no sean psicólogos (Slaikeu, 1996). Según este autor, los primeros auxilios psicológicos siguen un modelo básico de solución de problemas de cinco pasos:

1. *Realizar un contacto psicológico*: escuchar activamente, validar la descripción de la situación y los sentimientos suscitados por la misma, procurar alivio emocional y encauzar las energías de la persona hacia una acción efectiva.
2. *Analizar las dimensiones del problema*: indagar en el pasado inmediato, el pre-

sente y el futuro inmediato, con el fin de identificar y jerarquizar necesidades a corto, mediano y largo plazo. En esta fase la atención debe ponerse tanto en las fortalezas como en las debilidades.

3. *Sondear posibles soluciones*: identificar alternativas de solución tanto para las necesidades inmediatas como para las que pueden aplazarse.
4. *Asistir en la ejecución de pasos concretos*: ayudar a la persona a ejecutar alguna acción concreta para manejar la crisis. La meta es que el individuo haga tanto como pueda por sí mismo, de modo que el clínico u orientador asume un papel más activo sólo gradualmente en la medida que estima que se ha deteriorado significativamente la capacidad para tomar decisiones y actuar.
5. *Seguimiento*: diseñar un plan para verificar el progreso y estar en contacto posteriormente.

Durante los primeros auxilios psicológicos, cuando se trata de *riesgo bajo de suicidio* (ideación sin plan o medios), la OMS (2006) recomienda centrarse en las fortalezas y en la forma en que el individuo ha resuelto sus problemas previamente. Cuando el riesgo es *moderado* (ideación con plan general), la recomendación es usar la ambivalencia entre vivir y morir como un ancla vital, explorar alternativas, ganar tiempo, pactar un contrato de no daño, movilizar la red de soporte y remitir si es el caso. Cuando el riesgo es *elevado* (ideación, plan definido, medios y momento especificado e inmediato), lo más importante es no dejar solo al individuo, retirar los medios letales y hacer arreglos para la hospitalización.

La remisión o la hospitalización se consideran pertinentes cuando hay enfermedad psiquiátrica, historia de intentos previos, historia familiar de suicidio o carencia de apoyo social. Siempre es necesario explicar la decisión al individuo, tratar de conseguir su asentimiento, localizar a alguien que sea especialmente comprensivo con él y asegurar un contacto periódico.

Durante una intervención en crisis es importante que el clínico no se “escandalice”, que evite interrumpir, introducir “casos parecidos”, ser condescendiente, hacer comentarios indiscretos o preguntas tendenciosas, retar, asegurar que “todo estará bien”, trivializar el problema, prometer secreto o dejar sola a la persona (OMS, 2006).

Recomendaciones similares ofrece la Secretaría Distrital de Salud, agregando que la primera persona que entra en contacto con un individuo en crisis no debe temer preguntar directamente si éste ha pensado en matarse, así como no debe subestimar el riesgo, desafiar al individuo, asumir una actitud de burla, crítica o reproche o minimizar los motivos argumentados.

Por otra parte, la intervención de segunda instancia se refiere a un proceso terapéutico breve que va más allá de la restauración del afrontamiento inmediato y se dirige a la resolución de la crisis, de modo tal que el individuo pueda enfrentar crisis posteriores – en la medida de lo posible– con sus propios recursos y prevenir así estilos de vida desadaptativos (Roberts y Everly, 2006; Slaikeu, 1996). Las características de este tipo de intervención implican que ésta sólo puede ser llevada a cabo por profesionales entrenados en psicoterapia.

En esta segunda instancia el terapeuta asiste a la persona para comprender aquellos aspectos vitales que han sido violados por la crisis y promueve el desarrollo de un nuevo concepto de sí mismo y del mundo (Slaikeu, 1996). Además, el clínico se enfoca a promover el desarrollo de habilidades de solución de problemas y de tolerancia al malestar, todo ello con base en un modelo colaborativo que enfatiza en la importancia de la relación terapéutica y el involucramiento de las redes de soporte social (Bryan, 2007; Dykeman, 2005). Respecto a esto último cabe mencionar que usualmente se asume que una intervención formal es más importante que usar el sistema de soporte natural del individuo; sin embargo, la combinación de ambas fuentes de ayuda se asocia con una mejor resolución de la crisis (Dykeman, 2005).

UNA OPCIÓN DE ABORDAJE ACORDE CON EL ESPÍRITU TOMASINO: LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO

Cuando se piensa en un individuo en crisis, inevitablemente una de las primeras cosas que se toma en consideración es el hecho de que está sufriendo. El clínico, por su parte, al estar inmerso en una matriz cultural, alberga una postura sobre el sufrimiento que inevitablemente repercute en sus acciones profesionales. De ahí la importancia de evidenciar la naturaleza de dicha postura y de sus implicaciones en la interacción con individuos en crisis.

En la ACT, orientación terapéutica de raigambre analítica-comportamental, se plantea que en nuestro mundo la felicidad se equipara con la ausencia de dolor, de

preocupaciones, de insatisfacción. El bienestar y el estar feliz se consideran como lo “normal”; el sufrimiento es visto como lo “anormal”, porque se relaciona con sentimientos de incapacidad e impotencia, se concibe como lo contrario de la salud mental y se vive como algo opuesto e incompatible con la “disposición para actuar” (Wilson y Luciano, 2002).

En relación con el sufrimiento se tiende a desplegar un conjunto de estrategias de *evitación experiencial*, fenómeno que consiste en una serie de acciones dirigidas a alterar la frecuencia, forma o sensibilidad situacional de los eventos privados etiquetados como negativos (pensamientos, sensaciones, emociones, recuerdos, etc.), aun cuando hacerlo causa problemas a largo plazo, ya que dichos intentos de control alivian temporalmente el malestar, pero a largo plazo éste se hace crónico (Biglan, Hayes y Pistorello, 2008).

Como afirman Wilson y Luciano (2002), el concepto de sufrimiento está centrado en las sensaciones y no en las acciones, por lo cual se deriva lógicamente y se promueve que los individuos orienten su vida a deshacerse de todo aquello que sea fuente de malestar. En esto se incluyen los propios eventos privados, que presuntamente deben ser superados, eliminados o controlados siempre que tengan una naturaleza “negativa”, porque sólo así se podrá llevar una vida plena e ideal. En pocas palabras: la vida se orienta a deshacerse del sufrimiento, en lugar de actuar a pesar de él; tal posibilidad no suele contemplarse como factible.

El comportamiento de evitación se apoya en la regla que establece que los eventos privados vividos como aversivos son la causa de los problemas psicológicos. Por consi-

guen de, dichos eventos se convierten en auténticas barreras que deben ser eliminadas, en lugar de implicarse en comportamientos significativos (Páez et ál., 2006). El individuo –y en nuestro caso el individuo en crisis– invierte toda su energía en controlar un sufrimiento que lo desborda, aun cuando dichos intentos de control restrinjan sus posibilidades de contactar otro tipo de experiencias e, incluso, de actuar en función de metas de valor a largo plazo.

Según Wilson y Luciano (2002), el problema radica justamente en que son los intentos de control los que exacerban el sufrimiento, en la medida en que para lograrlos es necesario contactar a éste; para saber si se ha tenido éxito en el control hay que volver nuevamente sobre el sufrimiento, de manera que la trampa es insuperable.

Los autores agregan que el sufrimiento es una experiencia posible únicamente para seres verbales como los humanos. Afirman que el lenguaje ha permitido a la especie humana sobrevivir en un mundo cada vez más complejo, pero también ha hecho posibles formas de sufrimiento que no presentan otras especies.

Desde la perspectiva de la ACT, lo importante no es evitar el sufrimiento, sino elegir qué hacer ante los eventos privados, lo que constituye la elección entre intentar controlar los eventos privados o actuar a pesar de ellos y en función de aquello que se valora (Wilson y Luciano, 2002). Esto implicaría que la intervención en crisis no debería formar parte del patrón cultural de replicación de los intentos de control del sufrimiento. Más bien debe constituir un nuevo escenario verbal en el cual se connote de manera menos restrictiva la experiencia por la cual

atraviesa el individuo, a quien ha de acompañarse en el proceso de vivir acorde con sus valores.

Esta forma de entender el papel que desempeña el clínico impone la necesidad de examinar en detalle las contingencias sociales en las cuales han surgido y se mantienen las propias experiencias. De igual manera implica aceptar que tanto los eventos privados como las reacciones ante ellos son construcciones sociales que tienen sentido únicamente en el sistema verbal en el que un individuo ha sido socializado.

Como se ha venido mostrando, la tarea del clínico es acompañar al individuo en el proceso de vivir acorde con sus valores. Cualquier abordaje de estos implica una comprensión de los procesos psicológicos involucrados en su construcción y en la historia a partir de la cual se han creado, es decir, un análisis funcional que permita comprenderlos como un fenómeno conductual que se da en el plano del lenguaje en un contexto actual e histórico particular (Leigland, 2005; Páez et ál., 2006).

Los humanos guiamos nuestra conducta no sólo por las consecuencias naturales directamente experimentadas, sino también por las consecuencias verbalmente construidas como valores (Páez et ál. 2006). En la perspectiva de ACT se considera que los valores están circunscritos a la vida y situación particular de cada individuo, por lo cual no necesariamente tienen un carácter universal, aunque sí lo sea el proceso que los construye: el lenguaje.

En este proceso es importante diferenciar las metas de los valores. Las primeras son eventos específicos deseados que pueden o

no obtenerse, mientras que los segundos, siguiendo a Wilson y Luciano, son

direcciones vitales globales, elegidas, deseadas y construidas verbalmente [...] los valores no pueden ser conseguidos como un objeto. La calidad de vida, la realización personal o el desarrollo de una relación de compromiso e intimidad nunca se completan del todo y perfectamente, no son tareas que se acaben en algún momento, que terminen, sino que siempre se podrá tener una mejor calidad de vida, crecer profesionalmente o enriquecer una relación. Los valores no tienen fin, están siempre presentes como horizonte y por eso son útiles: están siempre disponibles para dar un sentido al comportamiento, impregnar las acciones de dirección y propósito, aportar vitalidad a la conducta momento a momento (2002).

Así, los valores implican flexibilidad psicológica, son elecciones que se instauran progresivamente en el comportamiento, se materializan en metas concretas que se pueden o no alcanzar y que requieren acciones específicas para avanzar en dirección a ellas. Dicho de otro modo, valorar es actuar, es un modo de comportamiento que hace más probable otro tipo de conductas, tales como la acción comprometida cuando hay dificultades y las consecuencias deseadas son remotas o sutiles (Páez et ál., 2006).

Desde esta perspectiva, la clarificación de valores en cualquier proceso terapéutico resulta fundamental en tanto se relaciona directamente con el cambio comportamental. La anterior clarificación supone un análisis del lenguaje en el sentido de examinar la forma en que el individuo construye los valores en su historia de socialización, así como la creación de un contexto socio-verbal en el que se estructuren unos nuevos o

se compartan los existentes. También implica, en último término, una historia conductual compartida que sólo es posible en el contexto de una alianza en la cual terapeuta e individuo se posicionen como pares, pero también reconozcan que las construcciones de dicha matriz no son prescripciones y que en aras de una vida valiosa es posible elegir unas metas diferentes a la eliminación del malestar a toda costa (cfr. Leigland, 2005)

Es así como la intervención constituye un contexto que construye una nueva historia de aprendizaje mediado socialmente por el terapeuta, quien a través de diferentes técnicas crea las condiciones para la derivación de nuevas relaciones en función de las cuales se gane flexibilidad en el comportamiento, en lugar de restringirlo a los intentos de control del malestar.

Ahora bien, en ACT todo el proceso terapéutico parte del supuesto de que el problema del individuo no es que tenga ciertos pensamientos o sentimientos que se valoran negativamente, sino justamente el modo en que la persona reacciona ante esos eventos privados. Además, se asume que estos no causan otros comportamientos, sino que constituyen, junto con la acción pública, el comportamiento del organismo como un todo en un contexto específico (Páez et ál., 2006). No se trata de “reestructurar” al individuo para que vea las cosas de otra manera (probablemente la manera en que el terapeuta cree que debería ser o que considera más racional); tampoco se trata de contradecir o demostrar al individuo cuál es “la verdad” sobre los problemas.

En este orden de ideas, el terapeuta ACT no considera que la verdad sea una correspondencia entre la forma de hablar y los eventos. Se trata, más bien, del cumplimiento de fines deseados, y son los valores los que pro-

veen el criterio para que consultante y terapeuta juzguen si la forma en que el primero se comporta verbalmente es “verdadera”. De este modo, lo que diga será verdadero en la medida en que pueda vivir de forma acorde con sus valores y no en función de la evitación del malestar (Páez et ál., 2006).

Por consiguiente, las tareas del terapeuta ACT son mostrar a la persona los beneficios de abrirse al malestar inherente, de actuar en dirección hacia lo que importa (Páez et ál., 2006); de igual manera, acompañar en el proceso de descubrir que es una ganancia la habilidad de entrar en contacto con pensamientos y sentimientos indeseables y, al mismo tiempo, de actuar en función de lo que valora, en tanto posibilita un comportamiento flexible (Biglan et ál., 2008).

Para lograr estos objetivos, en ACT se emplea un conjunto de metáforas y ejercicios experienciales orientados a promover la “liberación” del control rígido de las reglas verbales que causan dificultades (Biglan et ál., 2008). Los procesos psicológicos abordados en ACT, además de la construcción de valores, son:

Aceptación: conciencia activa de los eventos privados, sin intentar cambiar su frecuencia o forma (Hayes y Biglan, 2008). No es un fin en sí misma; se trata de soltar el control para que sea posible responder de manera más flexible a la experiencia en curso (Biglan et ál., 2008).

Defusión cognitiva: alteración de las funciones indeseables de los eventos privados, como también alteración de su forma, frecuencia o sensibilidad situacional (Biglan et ál., 2008). Implica cambiar el modo en que la persona interactúa o se relaciona con tales eventos, mediante la creación de contextos en los

cuales estas funciones inútiles se disminuyen. Esto deriva en un apego debilitado a los eventos privados (Hayes y Biglan, 2008).

Estar presente: contacto continuo y no evaluativo con los eventos tal como van ocurriendo, con la meta de experimentar el mundo directamente. Para ello se emplea el lenguaje únicamente para notar y describir los eventos, no para predecirlos y juzgarlos (Hayes y Biglan, 2008). Así, se fomenta activamente el sentido del Yo como proceso, esto es, la descripción desapegada y no evaluativa de los eventos privados (Biglan et ál., 2008).

Yo como contexto: perspectiva del hablante que se convierte en un contexto para conocer verbalmente, haciendo posible la conciencia o discriminación del flujo de la propia experiencia, sin apegarse a ella (Biglan et ál., 2008; Hayes y Biglan, 2008).

Acción comprometida: desarrollo de acciones ligadas a los valores elegidos. Se emplean métodos tradicionales de cambio que eventualmente enfrentan al individuo con una serie de barreras psicológicas (Hayes y Biglan, 2008).

Existe un creciente cuerpo de evidencia sobre la eficacia de ACT en múltiples problemáticas, así como sobre la eficacia de sus componentes aplicados individualmente (Biglan et ál., 2008). En virtud de dicha evidencia resulta viable plantear la posibilidad de aplicar algunos de sus componentes en determinadas problemáticas, incluidas las situaciones de crisis.

RETOS IMPLICADOS EN LOS CONTEXTOS UNIVERSITARIOS

A simple vista podría parecer que el diseño e implementación de servicios de intervención en crisis en contextos universitarios

comparte los desafíos que pueda tener cualquier servicio de este tipo en otros ámbitos. No obstante, las características de los jóvenes universitarios y la forma y circunstancias en que usualmente se prestan estos servicios en la universidad ameritan realizar una serie de consideraciones que si bien son aplicables a la crisis en general, adquieren matices particulares cuando se trata del diseño e implementación de servicios de bienestar universitario.

En primer lugar, es importante plantearse la responsabilidad ética de quienes entran en contacto con estudiantes en crisis. La literatura ha mostrado que los individuos en crisis son susceptibles a la sugestión, lo cual justifica la necesidad de implementar una intervención fundamentada conceptual y empíricamente, que sea eficaz y prevenga resultados iatrogénicos potenciales, los que podrían ocurrir si se procede únicamente a partir de la intuición (Kulic, 2005). En este sentido es muy importante que personal profesional y para-profesional reciba un entrenamiento específico y cuente con una guía confiable y válida para evaluar la crisis, predecir el riesgo de un resultado adverso e intervenir oportuna y eficazmente.

Lo anterior implica que las instituciones universitarias deben invertir en la formación del personal encargado de los servicios de bienestar en materia de crisis, como también en la investigación y fundamentación de las estrategias implementadas. Contar con una guía teórica y empíricamente soportada permite, además, adelantar procesos sistemáticos de investigación que alimenten las estrategias de prevención de la deserción universitaria, una de las tareas fundamentales de las instituciones de educación superior.

Lo anterior también resulta importante en la medida en que se han reportado pocos esfuerzos por desarrollar estrategias e instrumentos empíricamente soportados para situaciones de crisis (Dykeman, 2005; Kulic, 2005; Myer y Conte, 2006; Roberts, 2002); no siempre se conoce la efectividad de las guías o protocolos implementados, se ignora hasta qué punto los esquemas de evaluación apoyan a los clínicos en la predicción del riesgo y sólo en algunas ocasiones se plantean medidas de resultado claramente especificadas (Bonyng y Thurber, 2010). Por estas razones podría ser difícil sustentar las intervenciones llevadas a cabo, que suelen estar fundamentadas únicamente en la experiencia e intuición de los clínicos – experimentados, principiantes o practicantes –, pero no en un cuerpo de evidencia a favor del tipo de intervención implementada.

Una guía para la intervención en crisis constituye un mapa para el clínico, que le permite responder de manera ética a la situación, visualizar las implicaciones de cada paso, hacer ajustes y disponer de estrategias. Con ello, es más factible enfocarse en el deterioro e inestabilidad del individuo de una manera lógica, ordenada y efectiva, evitando el asistencialismo y la implementación de tecnologías derivadas del sentido común (Hayes, 1997; Kulic, 2005; Roberts y Ottens, 2005).

De igual manera, la investigación en este campo permitiría comprender mejor las habilidades necesarias para la intervención en crisis, lo cual redundaría en propuestas concretas de entrenamiento (véase Bryan, 2007; Mishara et ál., 2007; Neimeyer, Fortner y Melby, 2001; Roberts, 2005; Scheyett, 2002).

En segundo lugar, la investigación, en el caso particular del abordaje terapéutico aquí propuesto (ACT), permitiría una mejor com-

prensión de los procesos psicológicos involucrados en la terapia, de manera tal que el conocimiento generado no sólo beneficiaría a la comunidad universitaria, sino a los potenciales usuarios externos a quienes se extendiera un abordaje bien fundamentado. Esto incrementaría la probabilidad de impacto, en términos de proyección social responsable y de uso y visibilidad del conocimiento generado en el contexto universitario.

Otros retos específicos del contexto universitario tienen que ver con el hecho de que el grupo poblacional que se atiende –adolescentes y jóvenes– es uno de los más vulnerables en términos de riesgo de suicidio (Gómez, et ál., 2002; OMS, 2006; Valenzuela, 2009). De ahí que sea necesario analizar el tipo de atención que puede proveerse y el criterio de oportunidad con el que se brinda.

Una característica que deben tener los programas escolares en general es su sensibilidad frente a las diferencias culturales, sean éstas de índole étnico, lingüístico o de otro tipo (por ejemplo, tribus urbanas, comunidades religiosas). Los programas deben ajustarse a las experiencias únicas, creencias, normas, valores, tradiciones y lenguaje de cada individuo. Se debe tener en cuenta que quienes más necesitan atención son los que probablemente menos la buscarán (Canada et ál., 2007).

Además, las estrategias de intervención en crisis en contextos universitarios deben ir más allá de la prevención del suicidio: deben abarcar todas las dimensiones de una crisis, ya que las situaciones que suelen desencadenarlas pueden ser particulares de un momento específico de la vida de los jóvenes y tratarse de eventos que no necesariamente originarían una desorganización funcional de la misma magnitud en otras

personas. En muchos casos se trata de un sufrimiento que se considera insoportable y que si bien no se materializa en intentos suicidas, sí conlleva una alteración significativa en el funcionamiento cotidiano, en actividades tales como asistir a clases, estudiar, socializar, etc.

Para el caso colombiano, Valenzuela (2009) ha reportado como motivo frecuente para el intento de suicidio y el suicidio consumado la ruptura de una relación afectiva. Presumiblemente, eventos como éste pueden sumarse a otros estresores vitales, tales como las demandas de adaptación en la vida universitaria, la presión académica y las relaciones eventualmente conflictivas con familia y pares. La acumulación de situaciones culmina en una crisis para estos jóvenes.

Por otra parte, no es suficiente con diseñar e implementar programas de atención en crisis, sino que también es necesario diseñar estrategias para promover la búsqueda de ayuda, especialmente si se tiene en cuenta que cuando se manifiestan señales de angustia las intervenciones tempranas tienen un impacto significativo en el curso de las ideaciones suicidas y de la crisis en general (cfr. Roswarski, 2009). Igualmente, en este tipo de situaciones resulta esencial trabajar para eliminar el estigma relacionado con pedir apoyo y demostrar los efectos positivos de este acto (Roswarski, 2009; Slaikeu, 1996).

Para responder a este reto vale la pena considerar en los contextos universitarios programas como el Immediate Strategic Intervention (ISI), propuesto por Strip, Swassing y Kidder (1991), consistente en entrenar adolescentes con el fin de que puedan asistir a sus amigos cuando están en problemas. La intervención pretende que los jóvenes identifiquen y resuelvan de forma inmedia-

ta las crisis (aunque no se espera lo mismo con los problemas de largo alcance). En el entrenamiento se enfatiza en el papel de la lealtad, se promueve una reflexión acerca de la confidencialidad como una prueba de ella y se muestra que salvar la vida es un tipo de lealtad de orden superior. El programa muestra cómo guardar información sobre una posible amenaza de suicidio no constituye una ayuda ni para el individuo ni para las personas que lo quieren.

Una dificultad con este abordaje, según reportan los mismos autores, es que los jóvenes pueden carecer de la madurez y el juicio necesarios para intervenir exitosamente. Sin embargo, podría pensarse en esta estrategia como un esquema adecuado para crisis en las que el riesgo suicida es bajo y el papel de los “consejeros” está más orientado a facilitar el manejo de estresores cotidianos, identificar y priorizar problemas, reflexionar sobre cuáles pueden cambiarse y con cuáles se debe aprender a vivir. Por todas estas razones, valdría la pena iniciar una línea de indagación acerca de la eficacia de las rutas de ayuda en las que participan activamente los pares y amigos.

Para terminar, es importante resaltar que el personal de la institución educativa tiene la oportunidad de detectar la presencia de una crisis en virtud de su contacto continuo con los afectados, hecho que lo pone en una situación privilegiada para intervenir y canalizar la situación como una oportunidad de aprendizaje que probablemente nunca se repita (Paladino y Barrio-Minton, 2008). Tampoco debe perderse de vista el hecho de que la efectividad de los servicios de atención depende, en gran medida, de la coordinación con otras redes y recursos comunitarios (Slaikeu, 1996).

REFERENCIAS

- Agar-Jacomb, K. y Read, J. (2009). Mental Health Crisis Services: What do Service Users Need When in Crisis? *Journal of Mental Health*, 18(2), 99-110.
- Barón, O. (2000). Adolescencia y suicidio. *Psicología desde el Caribe*, 6, 48-69.
- Biglan, A., Hayes, S.C. y Pistorello, S. (2008). Acceptance and Commitment Therapy: Implications for Prevention Science. *Prevention Science*, 9(3), 139-152.
- Bonyng, E.R. y Thurber, S. (2010). Development of a Measure for Mental Health Crisis Assessment: Preliminary Psychometrics of the Crisis Acuity Scale. *Psychology Journal*, 7(1), 15-30.
- Brown, F. y Rainer, J. (2006). Too Much to Bear: An Introduction to Crisis Intervention and Therapy. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 62(8), 953-957.
- Bryan, C.J. (2007). Empirically-Based Outpatient Treatment for a Patient at Risk for Suicide: The Case of "John". *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 3(2), 1-40.
- Canada, M., Allen, M., Money, K., Annandale, N., Fischer, L. y Young, E.L. (2007). Crisis Intervention for Students of Diverse Backgrounds: School Counselor's Concerns. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 7(1), 12-24.
- Caplan, G. (1961). *An Approach to Community Mental Health*. Nueva York: Grune and Stratton.
- Dubugras, S. (2007) Homicidio seguido de suicidio. *Universitas Psychologica*, 6(2), 231-244.
- Dykeman, B.F. (2005). Cultural Implications of Crisis Intervention. *Journal of Instructional Psychology*, 32(1), 45-48.
- Erikson, E. (1973). *Infancia y sociedad*. Buenos Aires: Ediciones Horme.
- García, J., Palacio, C., Arias, S., Ocampo, M., Calle, J., Restrepo, D., Vargas, G. y López, C. (2007). Características asociadas al riesgo de suicidio valorado clínicamente en personas con intento reciente. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXVI (4), 610-627.
- Gómez, C., Malagón, N., Bohórquez, A., Diazgranados N., Ospina, M. y Fernández, C. (2002). Factores asociados al intento de suicidio en la población colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXI(4), 271-286.
- Gutiérrez, P., Watkins, R. y Collera, D. (2004). Suicide Risk Screening in an Urban High School. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 34(4), 421-428.
- Hayes, S.C. (1997). Technology, Theory, and the Alleviation of Human Suffering: We Still Have Such a Long Way to Go. *Behavior Therapy*, 28, 517-525.
- Hayes, S.C. y Biglan, A. (2008). Acceptance and Commitment Therapy: Model, Data, and Extension to the Prevention of Suicide. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 10(1), 81-102.
- Hoff, L.A. (2001). *People in Crisis*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Horowitz, M.J. (1975). Diagnosis and Treatment of Stress Response Syndromes: General Principles. En Parad, H.J., Resnick, H.P. y Parad, L.G. (Eds.) *Emergency and Disaster Management: A mental Health Sourcebook*. Bowie (Estados Unidos): The Charles Press Publishers.
- Joiner, T., Kalafat, J., Draper, J., Stokes, H., Knudson, M., Berman, A.L. y McKeon, R. (2007). Establishing Standards for the

- Assessment of Suicide Risk Among Callers to the National Suicide Prevention Lifeline. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 37(3), 353-365.
- Kulic, K.R. (2005). The Crisis Intervention Semi-Structured Interview. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 5(2), 143-157.
- Lazarus, A.A. (1976). *Multimodal Behavior Therapy*. Nueva York: Springer.
- Lazarus, A.A. (1992). The Multimodal Approach to the Treatment of Minor Depression. *American Journal of Psychotherapy*, 46, 50-57.
- Leenaars, A. (1994). Crisis Intervention with Highly Lethal Suicidal People. *Death Studies*, 18, 341-360.
- Leigland, S. (2005). Variables of which values are a function. *The Behavior Analyst*, 28(2), 133-142.
- Liese, B.S. (1995) Integrating Crisis Intervention, Cognitive Therapy and Triage. En Roberts, A.R. (Ed.) *Crisis Intervention and Time-Limited Cognitive Treatment*. Thousand Oaks (Estados Unidos, California): Sage.
- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and Management of Acute Grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141-148.
- Maslow, A. (1970). *Motivación y personalidad*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Mishara, B.L., Chagnon, F., Daigle, M., Balan, B.B., Raymond, S., Marcoux, I., Bardou, C., Campbell, J.K. y Berman, A. (2007). Comparing Models of Helper Behavior to Actual Practice in Telephone Crisis Intervention: A Silent Monitoring Study of Calls to the U.S. 1-800-SUICIDE Network. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 291-307.
- Myer, R.A. y Conte, C. (2006). Assessment for Crisis Intervention. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 62(8), 959-970.
- Myer, R.A. y Moore, H.B. (2006). Crisis in Context Theory: An Ecological Model. *Journal of Counseling and Development*, 84(2), 139-146.
- Neimeyer, R.A., Fortner, B. y Melby, D. (2001). Personal and Professional Factors and Suicide Intervention Skills. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 31(1), 71-82.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2006). *Prevención del suicidio. Recursos para consejeros*. Recuperado de http://www.who.int/mental_health
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2010). *Prevención del suicidio. Un instrumento para trabajadores de atención primaria en salud*. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/supre_miss_protocol_spanish.pdf
- Paladino, D. y Barrio-Minton, C.A. (2008). Comprehensive College Student Suicide Assessment: Application of the BASIC ID. *Journal of American College Health*, 56(6), 643-650.
- Páez, M., Gutiérrez, O., Valdivia, S. y Luciano, C. (2006). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la importancia de los valores personales en el contexto de la terapia psicológica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6(1), 1-20.
- Roberts, A.R. (Ed.) (2000). *Crisis Intervention Handbook: Assessment, Treatment, and Research*. 2ª. ed. Nueva York: Oxford University Press.
- Roberts, A.R. (2002). Assessment, Crisis Intervention, and Trauma Treatment: The Integrative ACT Intervention Model.

- Brief Treatment and Crisis Intervention*, 2(1), 1-21.
- Roberts, A.R. (2005). Bridging the Past and Present to the Future of Crisis Intervention and Crisis Management. En Roberts, A.R. (Ed.) *Crisis Intervention Handbook: Assessment, Treatment, and Research*. 3ª. ed. Nueva York: Oxford University Press.
- Roberts, A.R. y Everly, G.S. (2006). A Meta-Analysis of 36 Crisis Intervention Studies. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 6(1), 10-21.
- Roberts, A.R. y Ottens, A.J. (2005). The Seven-Stage Crisis Intervention Model: A Road Map to Goal Attainment, Problem Solving, and Crisis Resolution. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 5(4), 329-339.
- Rogers, J.R. y Soyka, K.M. (2004). "One Size Fits All": An Existential-Constructivist Perspective on the Crisis Intervention Approach with Suicidal Individuals. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 34(1), 7-22.
- Roswarski, T. (2009). The Role of Help and Gope in Prevention and Early Intervention with Suicidal Adolescents: Implications for Mental Health Counsellors. *Journal of Mental Health Counseling*, 31(1), 34-46.
- Rubin, B. y Bloch, E. (1998). *Intervención en crisis y respuesta al trauma. Teoría y práctica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Sawicki, S. (1988). Effective Crisis Intervention. *Adolescence*, 23, 83-88.
- Scheyett, A.M. (2002). Approaching Complex Cases with a Crisis Intervention Model and Teamwork: A Commentary. *Journal of Genetic Counseling*, 11(5), 369-376.
- Secretaria de Distrital de Salud (s.f.). *Manual del Primer Respondiente*. Recuperado de <http://www.saludcapital.gov.co>
- Slaikue, K. (1996). *Intervención en crisis*. México: Editorial El Manual Moderno.
- Stapleton, A.B., Lating, J., Kirkhart, M. y Everly, G.S. (2006). Effects of Medical Crisis Intervention on Anxiety, Depression and Posttraumatic Stress Symptoms: A Meta-Analysis. *Psychiatry Quarterly*, 77, 231-238.
- Strip, C., Swassing, R. y Kidder, R. (1991). Female Adolescents Counseling Female Adolescents: A First Step in Emotional Crisis Intervention. *Roeper Review*, 3(3), 124-128.
- Valenzuela, D.M. (2009). *Suicidio, Colombia. Epidemiología del Suicidio*. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.
- Young, L. y Lester, D. (2001). Gestalt Therapy Approaches to Crisis Intervention with Suicidal Clients. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 1(1), 65-74.
- Wilson, K.G. y Luciano. M.C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT)*. Madrid: Ediciones Pirámide.