

# *Intervención en crisis*

*Karl A. Slaikeu*



Manual Moderno

# ***Intervención en crisis***

***Karl A. Slaikeu***

¿Qué es una crisis? ¿Quién puede ayudar a enfrentar una crisis cuando ocurre? ¿Cuáles son los cinco componentes de la primera ayuda psicológica? ¿Cómo funciona la línea telefónica de urgencia? ¿Cómo se lleva a cabo la intervención en crisis en casos de suicidio, violación, ataques físicos o muerte inesperada de un ser querido? ¿Cuáles son los métodos terapéuticos más eficaces para el tratamiento de las crisis?

Éstas y muchas otras interrogantes podrán contestarse en este original libro, que viene a llenar un importante renglón en la psicoterapia de urgencia en ámbitos como fábricas, hospitales, oficinas, hogar y escuela.

Basado en la teoría del desarrollo de Erikson, proporciona amplia información respecto a los adelantos en práctica e investigación en crisis, en un lenguaje apropiado para profesionales y no profesionales, ya que su lectura sólo requiere de una condición: *estar disponible para proporcionar la primera ayuda psicológica.*



*Titulos afines:*

Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia;

L. Bellak

Protocolo de registro para la psicoterapia breve, intensiva  
y de urgencia (P.B.I.U.); L. Bellak y H. Siegel

Guía de preguntas del manual de psicoterapia breve,  
intensiva y de urgencia; L. Bellak

Trastornos graves de la personalidad; O. F. Kernberg

Título original de la obra:

Crisis Intervención

Original English language edition published by

Allyn and Bacon, Inc., Newton, Massachusetts 02159

© 1984 in the United States of America by Allyn and Bacon, Inc.

ISBN 0-205-08002-2

Intervención en Crisis

Manual para Prácticas e Investigación

© 1988

ISBN 968-426-438-0

Editorial El Manual Moderno, S.A. de CV.

Av. Sonora 206, Col. Hipódromo,

Deleg. Cuauhtémoc,

06850 México, D.F.

Miembro de la Cámara Nacional

de la Industria Editorial, Reg. núm. 39

Impreso en México en los talleres de

Programas Educativos, SA. de CV.,

Chabacano No. 65, Local A,

Col. Asturias

06850 México, 1)F.

Tiraje (en miles) 2/88, 2/89, 1/91, 1/92, 1/93, 1/95

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en sistema alguno de tarjetas perforadas o transmitida por otro medio —electrónico, magnético, fotocopador, registrador, etcétera— sin permiso previo por escrito de la Editorial.

## **ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN**

Revisada la literatura sobre la naturaleza de las crisis en la vida, ahora nos dirigimos hacia el proceso de ayuda. Surgen muchas preguntas: ¿Quién está en la mejor posición para ayudar a la gente en crisis? ¿Cómo se debe ofrecer la ayuda? ¿Qué tipo de entrenamiento se necesita? ¿Cuáles son los objetivos adecuados, y cómo podemos decir cuándo se han alcanzado? ¿En qué se diferencia la intervención en crisis hecha por un policía de la de un voluntario del servicio telefónico de urgencia o de la de un trabajador social en un centro de salud mental? ¿Cuál es la diferencia entre la intervención en crisis y la psicoterapia?

La Parte II trata precisamente estas preguntas. El capítulo 5 repasa las características principales de la intervención en crisis, reunidas en un amplio rango de investigaciones e informes clínicos y presenta un modelo de intervención en crisis completo que distingue la de primer y segundo, orden (primera ayuda psicológica vs. terapia en crisis). Apegándose a esta estructura, del capítulo 6 al 9 se proporcionan descripciones detalladas de los cinco componentes de la primera ayuda psicológica y un enfoque multimodal en la terapia en crisis, incluyendo ejemplos de casos. Como veremos, nuestro éxito al tratar las preguntas planteadas, depende en gran medida de nuestra habilidad para comprender las distinciones entre estas dos fases del proceso de intervención.

---

## UN MODELO AMPLIO PARA LA INTERVENCION EN CRISIS

Un amplio rango de técnicas terapéuticas se apoyaron en descripciones escritas de cómo hacer intervención en crisis. Sin embargo, la mayor parte de los artículos publicados son, en realidad, informes clínicos que trataban un reducido número de casos, opuestos a estudios sistemáticos sobre la eficacia de los procedimientos específicos, a través de una muestra grande (Auerbach y Kilmann, 1977; Butcher y Koss, 1978; Butcher y Maudal, 1976; Slaikeu, TUIkiJI y Speer, 1975). No estamos en el momento en donde podamos resumir principios comprobados y verdaderos o estrategias de intervención en crisis. Una dificultad es que pocos estudios examinaron el proceso (lo que los terapeutas dicen y hacen) y el resultado (lo que sucede a los pacientes como resultado). En la revisión de la literatura sobre la intervención en crisis, Butcher y Koss señalan que, “Los procesos reales por los que diversas intervenciones en crisis originan cambios individuales deseados, no han recibido atención suficiente para facilitar su evaluación... En general, a excepción de ciertos estudios, se han dirigido muy pocos esfuerzos de investigación hacia la revisión del modelo teórico, implícito en las estrategias de la intervención en crisis” (pág. 746).

En el capítulo 18 se discute la investigación en esta área y se proponen los siguientes pasos para la consolidación de nuestro conocimiento. Por ahora, debemos admitir que no sabemos todo, qué trabajos nos gustaría conocer y cuáles no. Al mismo tiempo, una reseña de informes clínicos y de investigación produce una consistencia considerable a través de artículos relacionados con algunas características distintivas de la intervención crisis. Estas consistencias proporcionan un punto de partida para un modelo sobre cómo ayudar a una persona a través de la crisis. Aun cuando pocos de los principios mencionados aquí han sido el tema de investigación rigurosa, su surgimiento en la literatura clínica dan fe de su fuerza para resistir y proporciona un reto para los investigadores y tomar nota de ellos como posibles variables para futuras investigaciones. Son importantes para nuestros propósitos, la información o materia prima de la que surgirá un modelo amplio de intervención en crisis. Lo que sigue, es un vistazo a lo que los practicantes —gente que a diario ayuda a otros

en el manejo de las crisis— nos dicen y nos referiremos acerca de las características distintivas de la intervención en crisis.

## PRINCIPIOS CLINICOS

### DURACION

A corto plazo, la terapia limitada en tiempo es el tratamiento de elección en las situaciones de crisis. La literatura propone que el proceso de ayuda tomará el tiempo que toma la mayoría de las personas para recobrar el equilibrio después de un suceso de crisis, o casi seis semanas según Caplan (1964). Casi todos los escritores definen la intervención en crisis como tomar en cualquier parte de una a seis semanas (Aguilera y cols., 1974; Burgess y Baldwin, 1981), a diferencia de las intervenciones que van de meses a años en la psicoterapia a largo plazo. Lo más importante, es que no se ha visto a la psicoterapia a corto plazo como mejor tentativa secundaria. Al tener pocas sesiones se obtienen claras ventajas económicas y brindar terapia directa durante la crisis, también tiene ventajas terapéuticas adicionales. Aumentamos las oportunidades del paciente para crecer a través de una crisis, al asistirlo y ayudarlo para que domine la situación y se traslade hacia la reorganización de una vida desorganizada.

Una extensión de esta idea es la Ley de Hansel: La eficacia del servicio de intervención en crisis se incrementa al instante como función de su proximidad en tiempo y lugar del suceso de crisis (McGee, 1976). Ya que la experiencia de crisis es un momento de grandes riesgos, tanto para el paciente como la familia, la ayuda necesita estar disponible inmediatamente y en un sitio de fácil acceso. Como consecuencia, los servicios telefónicos operan las 24 horas y los 365 días del año, así como el acceso a los servicios de asesoría, se han utilizado ampliamente desde fines de los años 1950 (ver capítulo 15). Además, muchos centros extendieron sus servicios permitiendo que los asesores visitaran a la gente en donde ocurriera la crisis. Se supone que si un paciente tiene que esperar horas, días o semanas para recibir ayuda, el factor de peligro puede aumentar la crisis, resultando en pérdida de la vida (suicidio u homicidio). Otro de los peligros es que los hábitos y los patrones disfuncionales de pensamiento pueden arraigarse profundamente en la vida del paciente y llegan a ser en extremo difíciles de cambiar más tarde. En resumen, el énfasis en el tiempo es para calcular tanto la reducción del peligro, como para aprovechar la motivación del paciente para encontrar algún enfoque nuevo (sea de actitud o conductual), para enfrentarse con las circunstancias de la vida.

## OBJETIVOS

Un tema común en la literatura sobre la intervención en crisis es que, el objetivo principal es ayudar a la persona a que recobre el nivel de funcionamiento que existía inmediatamente antes del suceso de crisis. Algunos definen esto como la restauración del equilibrio, en tanto que otros se centran en la reobtención de la capacidad del individuo para enfrentar la situación. Como lo expone un clínico; “Mi objetivo es ayudar a la gente a librarse de las cuerdas y regresar al centro del ring”. Nótese las diferencias entre esta estrategia y los objetivos de la psicoterapia a largo plazo —reducción del síntoma, reorganización de la personalidad o cambio conductual.

Sin embargo, la mayoría de los terapeutas reconocen que el paciente nunca “regresa” al nivel anterior de funcionamiento. Al tratar y resolver la crisis de la vida con buen resultado, la persona aprende nuevas formas de enfrentamiento. El paciente concluye conceptuando la vida de modo distinto que antes que ocurriera la crisis (a menudo momentos más reales), y puede ser capaz de planear por completo nuevas direcciones para el futuro. Muchos clínicos observan estos resultados como beneficios secundarios de la intervención en crisis. Desafortunadamente, esta perspectiva deja aparte la originalidad de la experiencia de la crisis, es decir, una oportunidad para reelaborar problemas personales inconclusos, y reorganizar nuestra vida después de que todo se desunió. La solución adoptada en este libro descansa sobre la diferenciación entre la intervención de primer y segundo orden (discutida en este capítulo más adelante). El propósito de la primera —reestablecimiento del enfrentamiento— es mucho más limitado, en tanto que el objetivo de la otra —la resolución de la crisis— se enfoca en seguida sobre la ayuda al paciente en aprender de la crisis, resultando, potencialmente, un nivel más alto de funcionamiento que antes de la crisis.

## EVALUACION

La evaluación es importante por las capacidades y deficiencias incluidas en cada uno de los sistemas involucrados en la crisis. Este principio de intervención crece de la perspectiva general de los sistemas en las crisis de la vida tratado en el capítulo 2. Los datos sobre lo que está mal en la vida de la persona (desmoronamiento de la relación marital), se complementan con lo que aún funciona (red de apoyo de los amigos). Las fuerzas y recursos sociales se pueden usar para ayudar a la persona a enfrentar la angustia de la crisis. La labor del clínico es determinar qué variables ambientales la precipitaron, apoyado en el hecho de que cada una de éstas ocurre en el contexto familiar, laboral, en el vecindario y sistemas comunitarios, cuáles mantienen en la persona la

desorganización y el sufrimiento y las que se pueden movilizar para facilitar el cambio constructivo en la situación. Emplear este análisis conduce a una gran variedad de estrategias para el cambio, desde la clasificación de cada una de las medidas como la ayuda para asegurar la alimentación o asesoría legal, hasta una referencia para consejo y orientación vocacional.

## AYUDANTE DE LA CONDUCTA

Uno de los aspectos más sobresalientes del trabajo de la crisis es que los terapeutas son más activos, directivos y orientados hacia la meta, que en situaciones de no crisis. Desde que el tiempo es corto, los terapeutas se convierten en participantes activos para tener acceso a la dificultad, las necesidades inmediatas precisas y movilización de los recursos de ayuda. En algunas circunstancias los asesores en la crisis dan orientación y referencias iniciales para ayudar a la persona a “hacerlo en la noche”. El desafío de la intervención en crisis no sólo se vincula al trabajo eficaz y eficiente con el paciente, sino también con la suficiente flexibilidad para movilizar un rango completo de recursos del suprasistema (familia y comunidad) para trabajar hacia la resolución de la crisis del paciente.

Mientras que los terapeutas están relativamente más orientados a los objetivos y direcciones en el trabajo de la crisis, se debe alentar a los pacientes a que hagan todo lo que puedan por ellos mismos, siendo esto un principio básico de la intervención. El asesor en la crisis toma las medidas de acción más directivas (llamar a uno de los padres, trasladar a la persona a su casa, iniciar la hospitalización de urgencia) sólo cuando la desorganización excesiva y el trastorno excluyen al paciente de actuar sobre su propio interés. En este enfoque gradual está implícito el intento de acrecentar las fuerzas del paciente que trabajan hacia el dominio de la situación. A partir de que los pacientes esperan independizarse en cuestión de semanas, de cualquier forma, el asesor de la conducta está preparado tanto como sea posible hacia el facilitamiento/fortalecimiento de la independencia subsecuente.

La literatura sobre la intervención describe diversos enfoques para ayudar a una persona o familia a sobrevivir una crisis. Resumiremos algunos de estos enfoques como base para el modelo amplio descrito en este libro. (Ver también Aguilera y cols., 1974; Burgess y Baldwin, 1981; Butcher y Maudal, 1976; Crow, 1977; Getz y cols., 1974; Hoff, 1978; Puryear, 1979).

McGee y colaboradores identifican dos áreas de realización del asesor: eficacia clínica y técnica (Fowler y McGee, 1973; Knickerbocker y McGee, 1972; McGee, 1974). La primera se refiere a la habilidad del asesor para mostrar empatía,



autenticidad y aceptación al paciente. La eficacia técnica se refiere a la aptitud para evaluar la mortalidad en casos de suicidio, explorar recursos, hacer referencias adecuadas, y otros. Walfish y colaboradores desarrollaron la segunda ampliamente, al diseñar una escala de contrato que busca ampliar la evaluación del asesor en la crisis presente, explorar recursos y movilizarse hacia medidas de acción sobre una base contractual (Walfish y cols., 1976). Con este mismo principio, Berg esbozó cinco aspectos del funcionamiento del asesor para trabajar con un paciente en crisis por vía telefónica. Los asesores deben comunicar empatía, demostrar comprensión del problema y resumirlo, examinar recursos disponibles para quien llama y ayudarlo a desarrollar un plan de acción (Berg, 1970).

Algunos artículos enfocan lo que los asesores hacen y el entrenamiento requerido para hacerlo, al definir diferentes intervenciones en crisis. Por ejemplo, Jacobson, Strickler, y Morley (1968), diferencian entre cuatro niveles de intervención en crisis: manipulación ambiental (vinculando a una persona al recurso de ayuda tal como el sacerdote, amigo o institución), apoyo general (empatía para escuchar el hecho por lo vecinos, cantineros y otros), el enfoque genérico (trabajo a corto plazo por personas entrenadas en intervención en crisis), e intervención en crisis adaptada para cada individuo por personas con amplio entrenamiento en psicología anormal, teoría de la personalidad, teoría de la crisis y áreas relacionadas.

Muchos teóricos toman en gran escala el trabajo inicial de Lindemann (1944), en cuanto al proceso de duelo al definir lo que los terapeutas deben hacer para ayudar a los pacientes en crisis. En la estructura de Lindemann, el terapeuta ayuda a la persona a aceptar el dolor de la pérdida, analizar la relación con el desaparecido, expresar la pena y el sentido de la pérdida total, descubrir una formulación aceptable para relaciones futuras por el deceso, verbalizar sentimientos de culpa, y también encontrar personas cercanas a quienes se les pueden establecer nuevos patrones de conducta.

Conforme a esta tradición, Pasewark y Albers (1972) hablan sobre la intervención en crisis que involucra tres áreas generales: (1) establecer o facilitar la comunicación (entre las personas en crisis, otros significantes, instituciones, etc.), (2) ayudar al individuo o familia a que perciban correctamente la situación (con un enfoque sobre sucesos concretos, sus significados y posibles resultados) por último, (3) « ayudarlos en el manejo de sentimientos y emociones de manera franca.

De igual forma, Viney (1976), describe a los profesionales e investigadores cómo ayudar a los pacientes a: conseguir la homeostasia perdida por la crisis; el logro del dominio cognoscitivo sobre la crisis; y hacer cambios conductuales. La primera área ayuda sobre las técnicas facilitantes de la catarsis o enfrentar sentimientos. En la segunda, el terapeuta ayuda a la persona a que obtenga la comprensión de los mapas cognoscitivos y expectativas que se violaron por acción del suceso de crisis, con el fin de desarrollar nuevas concepciones de sí mismo y de otros. En el área final (conductual), las nuevas formas de responder o enfrentar se discuten, ensayan y luego se implementan.

Otro establecimiento de variables para determinar la actividad del ayudante se relaciona a la responsabilidad del asesor para emprender

la acción en cuanto a la crisis específica. McMurrain (1975), por ejemplo, distingue cuatro niveles de intervención en crisis (empatía, aserción, facilitación, control), dependiendo del nivel de la crisis (catastrófica, crítica o del desarrollo). En casos sin amenazas a la vida o miembros del cuerpo, los terapeutas toman apoyo o posición facilitadora al trabajar con la persona en crisis (escuchando, sugiriendo soluciones posibles). En situaciones más mortales (abuso del niño), los terapeutas pueden tomar un enfoque más asertivo (intentar una referencia) o control (informar el abuso del niño a las autoridades, iniciar la hospitalización de urgencia).

Paralelo a esto, Blanton (1976), ofrece un diagrama de flujo para que la policía trate las situaciones de crisis. Después de recibir la llamada telefónica, la responsabilidad del oficial es observar la escena, aclarar la situación y luego determinar los hechos. Este descubrimiento del hecho puede conducir a un juicio criminal o no, el primero resulta del arresto o de otra disposición legal, el segundo a: (a) referencias, (b) separación de las partes o (c) mediación. Así con el enfoque de McMurrain, la elección entre (a), (b), o (e) depende de la naturaleza de la crisis particular.

### INTERVENCION EN CRISIS DE PRIMER Y SEGUNDO ORDEN

Los temas de la literatura sobre la intervención respecto a duración, objetivos, evaluación y estrategias, dejan algunas preguntas sin contestar. Por ejemplo, si el tiempo de intervención como una tentativa de sesión de ayuda, es de una a seis sesiones, lo que la diferencia de una intervención con contacto más prolongado ¿(algunas semanas)? ¿Cómo difieren las intervenciones en términos de objetivos y procedimientos? ¿Qué ayudantes comunitarios se deben involucrar en cada uno? ¿No esperamos una forma diferente de intervención de un abogado hablando con una mujer divorciada trastornada, que la de un asesor pastoral o un trabajador social hablando con la misma persona el día siguiente?

La mayor parte de los artículos sobre la intervención no contestan adecuadamente estas preguntas. Algunos escritores presentan a la intervención en crisis como una empresa primordialmente fundamental (estableciendo referencia, encontrando un sitio para que el paciente pernocte), en tanto que otros indican con claridad que las labores de ayuda natural son más psicológicas. El rango de objetivos para la intervención incluye todo desde un restringido nexo a recursos de ayuda en un extremo, y por el otro, la resolución de la crisis general. Las metas a corto y largo plazo pocas veces se diferencian y especifican con claridad en casi todos los artículos.

Un modelo amplio de intervención en crisis debe hacer algunas distinciones importantes en cuanto a: técnicas, duración del tratamiento, servicios específicos de rescate, objetivos y entrenamiento. Debe tomar en cuenta lo que ya sabemos sobre las crisis de la vida, es decir, cuáles implican desequilibrio, altos riesgos, sentido de urgencia e inmediatez. El modelo necesita considerar al individuo como un participante activo en muchos sistemas comunitarios diferentes (familiar, laboral, religioso, vecindario), un participante que a diario se compromete en interacciones/transacciones con el ambiente.

El cuadro 5-1 presenta un modelo de intervención para dirigir estos resultados directamente. Apoyándose en la consistencia representada en informes clínicos y de investigación existentes, el modelo amplio procede más allá al hacer una distinción entre la intervención en crisis de primer y segundo orden.

Podemos comenzar por describir la primera ayuda psicológica o intervención en crisis de primer orden, la que implica ayuda inmediata y que casi siempre toma sólo una sesión. La primera ayuda psicológica, fundamentalmente proporciona apoyo, reduce la mortalidad y vincula a la persona en crisis con otros recursos de ayuda. Además, la pueden y deben brindar las personas que observen primero la necesidad, en el momento y lugar en que se origina. Se puede enseñar a los padres a brindar la primera ayuda psicológica a sus hijos de la misma manera que se les enseña, ahora la primera ayuda física en caso de urgencia. (En efecto, alguna de la literatura temprana "originadora" parecía contener esta dirección, [Ginott, 1965; Gordon, 1970]). La policía proporciona la primera ayuda psicológica cuando interviene en rulas domésticas, como lo hacen los abogados cuando se toman el momento para aconsejar a un cliente emocional y luego referirlo con un asesor a psicoterapia.

Como se indica en el mismo cuadro, la primera ayuda psicológica es una intervención breve tomándose donde sea, desde algunos minutos hasta horas,

dependiendo de la gravedad de la desorganización o trastorno emocional de la persona en crisis y la capacidad del ayudante.

**Cuadro 5—1. Intervención en crisis: Un modelo amplio**

	<b>Intervención de primer orden: Primera Ayuda Psicológica</b>	<b>Intervención de segundo orden: Terapia en Crisis</b>
¿Cuánto tiempo?	Minutos a horas	Semanas a meses
¿Por quiénes?	Asistentes en la línea del frente (padres, policía, clero, abogados, médicos, enfermeras, trabajadores sociales, maestros, supervisores, etc.)	Psicoterapeutas y asesores (psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, asesores pastorales y escolares, enfermeras psiquiátricas, etc.)
¿Dónde?	Ambientes comunitarios: casa, escuela, trabajo, líneas de urgencia, etc.	Terapia/Ambientes de asesoría: clínicas, centros de salud mental, acceso a instituciones, iglesias, etc.
¿Objetivos?	Reestablecimiento Inmediato del Enfrentamiento: dar apoyo; reducir la mortalidad; vincular a los recursos de ayuda	Resolución de la crisis: enfrentar el suceso de crisis; integrar el suceso a la estructura de la vida; establecer la sinceridad/disposición para enfrentar el futuro
¿Procedimiento?	Cinco Componentes de la Primera Ayuda Psicológica (capítulo 6)	Terapia Multimodal en la Crisis (capítulo 8)

Siguiendo la tradición clínica en el trabajo de crisis, sus objetivos son limitados. El enfrentamiento inmediato es el enfoque principal (pasar el día/noche; planear lo mejor para la próxima etapa). En práctica, esto se divide en tres subobjetivos: proporcionar apoyo, reducir la mortalidad (abuso en niños, maltrato del cónyuge, suicidio y casos de homicidio) y vincular recursos de ayuda (referir a un asesor). El primer contacto completo de ayuda se dirige a estas áreas, y no más; no se hace esfuerzo para finalizar la resolución psicológica de la crisis.

Un establecimiento especial de procedimientos para la resolución de problemas, adaptada para explicar la intensidad de las situaciones de crisis, proporciona una guía para el asesor/ayudante de la conducta. En el cuadro 5—1 se identifica como los cinco componentes de la primera ayuda psicológica, estos procedimientos cubren las etapas necesarias y suficientes para el primer contacto crítico con una persona en crisis. Cada componente une habilidades y conductas que pueden aprenderse y medirse. Una explicación completa de cada uno se expone en el capítulo 6.

La intervención en crisis de segundo orden, o terapia en crisis, por otro lado, se refiere a un proceso terapéutico a corto plazo que va más allá de la restauración del enfrentamiento inmediato, y dirige mejor la resolución de la crisis. Como señala el cuadro, la resolución de la crisis significa ayudar a la persona a enfrentar la experiencia de crisis (expresando sentimientos, obteniendo dominio cognoscitivo de la situación, etc.) de modo que el suceso llegue a integrarse en la estructura de la vida. El resultado deseado para el individuo es surgir listo y mejor dotado para

enfrentar el futuro. Explicado de otra forma, la terapia en crisis busca reducir la oportunidad de que la persona se convierta en una casualidad psicológica del suceso de crisis, ya sea por la crisis del desarrollo (transición de madurez), o circunstancial (muerte inesperada de un ser querido). Como proceso terapéutico, la terapia en crisis es mejor comprendida como empresa a corto plazo (algunas semanas o meses). Idealmente, se acompañará de un periodo de seis semanas más durante el que se restaura el equilibrio después de la crisis.

La terapia en crisis no sólo requiere de más tiempo que la primera ayuda psicológica, sino también de más habilidades y entrenamiento sobre la participación del ayudante que hace la primera ayuda psicológica. "Psicoterapeuta" es quizá la mejor categoría general bajo la que se incluye a psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, asesores pastorales, enfermeras psiquiátricas, orientadores escolares y otros que tienen entrenamiento formal en terapia a corto plazo.

En forma similar, la primera ayuda psicológica y la terapia en crisis difieren una a otra por la ubicación del servicio. En tanto que la primera ayuda psicológica puede proporcionarse casi en cualquier lugar (teléfono, estación de autobuses, hogar, en la calle, oficina), la terapia en crisis tiene los mismos requerimientos de espacio físico como cualquier otra forma de asesoría o psicoterapia (cuarto privado en el que el asesor y paciente o familia pueden hablar/trabajar una hora o más por sesión).

Por último, la terapia en crisis se distingue por sus procedimientos. Apoyándose en el trabajo de Lazarus (1976, 1981), la terapia multimodal de la crisis examina aspectos conductuales, afectivos, somáticos, interpersonales y cognoscitivos de cualquier crisis en el paciente. La tentativa terapéutica completa se estructura alrededor de cuatro actividades de resolución de crisis (cada una de las que demanda a uno o más de los subsistemas de la persona): supervivencia física, expresión de sentimientos, dominio cognoscitivo, y adaptación conductual/interpersonal.

La distinción entre intervención en crisis de primer y segundo orden proporciona respuesta a muchas de las preguntas originadas al principio de este capítulo, como, la diferencia entre intervención en crisis por un abogado (primera ayuda psicológica) y un asesor en una clínica de salud mental (ambas primera ayuda psicológica y terapia en crisis). En donde el modelo no produce claridad inmediata, coloca la base para la investigación, que sí puede hacerlo. Recordemos, por ejemplo, reseñas de investigación sobre la intervención en crisis (Auerbach y Kilmann, 1977), y que pocos estudios ofrecen vínculos claros entre el proceso de

intervención en crisis y el resultado del paciente. La primera ayuda psicológica y los procedimientos de entrenamiento para la terapia multimodal en la crisis, pueden codificarse por la utilización en la investigación del proceso y resultado. Un trabajo inicial en esta dirección se presenta en el capítulo 18.

---

## INTERVENCION DE PRIMER ORDEN:

### PRIMERA AYUDA PSICOLOGICA

*Una mujer le pregunta a un voluntario de la línea telefónica de urgencia en crisis, si debería romper la puerta del departamento de su novio. Temía que hubiera tomado pastillas en un intento suicida.*

*Un niño de 12 años llamó al ministro desde una cabina telefónica: “Mi padre me golpeó otra vez. Tengo miedo de regresar a casa”.*

*Un empleado bancario le confiesa a su supervisor que “los problemas matrimoniales” son la causa de su bajo rendimiento en el trabajo. Hace cinco días su mujer lo abandonó. Bebe en exceso desde entonces.*

*Un trabajador social pidió hablar con dos padres jóvenes en la sala de urgencias de un hospital general. Acaban de saber que su hijo de cuatro años murió atropellado por un automóvil.*

Cada uno de los ayudantes representados en estos casos —trabajadores de la línea telefónica de urgencia, ministro, supervisor bancario y trabajadores en rehabilitación— se enfrentaron con el reto de dar la primera ayuda psicológica a una persona o familia en crisis. Recordemos que en el capítulo anterior se dijo que estas intervenciones de primer orden son breves (casi siempre, una sesión), y las pueden proporcionar un gran número de ayudantes comunitarios, y son más efectivas al principio de la crisis.

#### OBJETIVOS

El objetivo principal de la primera ayuda psicológica es restablecer el enfrentamiento inmediato. Según Caplan (1964), y otros teóricos, las crisis de la vida se caracterizan por un trastorno de las habilidades para la solución de problemas y enfrentamientos adecuados anteriores. Para la persona en crisis, lo esencial del problema es que él/ella se siente sencillamente incapaz de tratar las circunstancias abrumadoras confrontadas en ese momento. La finalidad primordial del ayudante es entonces, ayudar a la persona a que tome las medidas concretas hacia el enfrentamiento de la crisis, que incluye el manejo de sentimientos o componentes subjetivos de la situación, e iniciar el proceso de solución de problemas (R.S. Lazarus, 1980).

Existen tres subobjetivos de la primera ayuda psicológica que orientan la actividad del ayudante. Proporcionar apoyo es el primero y descansa sobre la premisa de que es mejor para las personas no estar solas al soportar preocupaciones extraordinariamente agobiantes. Uno de los aspectos más humanos de la intervención en crisis, es dar apoyo y ayuda a la gente cuando la presión está al máximo. Concretamente, significa permitir que la gente nos hable, brindando cordialidad y preocupación, proporcionando una atmósfera en que puedan expresarse la angustia y la cólera. También significa renovar fuerzas para la gente que esta consciente sólo de su propia debilidad durante la crisis. Brindar apoyo no es, sin duda, un concepto nuevo. Por el contrario, nos llega a través de la historia en campos como la medicina, sacerdocio, y otros servicios humanos/ sociales.

Reducir la mortalidad, es el segundo de los subobjetivos que se dirige a salvar vidas y prevenir lesiones físicas durante la crisis. No es poco común, que algunas de ellas conduzcan a una lesión física (maltrato a hijo o cónyuge) o aun a la muerte (suicidio, homicidio), en especial en una sociedad donde la violencia es parte de la vida diaria. El hombre o la mujer policía, por ejemplo, reciben lesiones con más frecuencia en una intervención en crisis doméstica, que en cualquier aspecto de su trabajo. Un subobjetivo crítico de la primera ayuda psicológica, entonces, es tomar medidas para reducir las posibilidades destructivas y controlar la situación. Esto puede ser, confiscar armas, disponer del contacto sustentador por un amigo de confianza durante varias horas, platicar con la persona a través de un situación estresante, o en algunos casos, iniciar la hospitalización de urgencia.

Por último, proporcionar enlace a recursos de ayuda, el tercer subobjetivo, se vincula directamente a nuestra definición de la vida como el momento en que se han agotado los recursos y suministros personales (Miller e Iscoe, 1963). En vez de tratar de resolver de inmediato el problema total, el ayudante identifica con precisión las necesidades críticas y luego realiza una referencia apropiada a alguna otra persona asistente o institución. A menudo esta referencia se hará durante la asesoría individual variada a corto plazo (terapia en crisis). Otras veces se destinarán a la asistencia legal o ayuda de una institución de servicio social. En cualquier caso, la línea base en la primera ayuda psicológica es proveer de enlace adecuado, de modo que la persona empiece a tomar medidas apropiadas hacia el enfrentamiento de la crisis. La referencia proporciona al trabajador, guía y asistencia. Esto orienta al proceso de ayuda y también pone límites a lo que se espera de cualquier persona ya sea un padre, trabajador de la línea telefónica de urgencia, vecino, abogado o patrón.



## CINCO COMPONENTES DE LA PRIMERA AYUDA PSICOLOGICA

Podemos conceptualizar el proceso de la primera ayuda psicológica apoyándonos sobre los elementos claves de los modelos de entrenamiento representativos de la intervención en crisis (Berg, 1970; Knickerbocker y McGee, 1972; Lester y Brockopp, 1973; Lister, 1976). El elemento común en cada uno de estos, aunque con frecuencia no se articulan por completo, es un modelo básico de solución de problemas, rectificado a la luz de emociones intensas de las situaciones de crisis. Lo que surge es un enfoque de cinco pasos que incluye:

*hacer contacto psicológico, examinar las dimensiones del problema, explorar las soluciones posibles, ayudar a tomar una acción concreta y registrar el progreso de seguimiento.*

El cuadro 6- 1 lista la conducta y objetivos al ayudante así como los componentes implicados en cada paso del modelo.

Cuadro 6-1. Cinco componentes de la primera ayuda psicológica.

Componente	Ayudante de la conducta	Objetivo
1. Hacer contacto psicológico	Invitar al paciente a platicar; Estar atento a hechos y sentimientos; Resumir/reflejar hechos y sentimientos; Declaración de empatía; Comunicar interés; Tocar/tomar físicamente; Proporcionar "control de calma" a una situación intensa	Hacer sentir al paciente escuchado, comprendido, aceptado y apoyado Intensidad de la angustia emocional reducida Capacidades para la solución de problemas reactivados
2. Examinar las dimensiones del problema	Preguntará por: Pasado inmediato; Suceso precipitante; Funcionamiento CASIC de la pre-crisis (fuerzas y debilidades); Presente: Funcionamiento CASIC del presente (fuerzas y debilidades); Recursos personales (internos); Recursos sociales (externos); Mortalidad Futuro inmediato: Decisiones inminentes –esta noche, fin de semana, próximos días/semanas	Orden de rango: a. Necesidades inmediatas; y b. Necesidades posteriores
3. Examinar las soluciones posibles	Preguntar al paciente lo que ha intentado hasta ahora; Explorar lo que puede/pudo hacer ahora; Proponer otras alternativas: nueva conducta del paciente; redefinición del problema; ayuda externa (3a. reunión); cambio ambiental	Identificar una o más soluciones a necesidades inmediatas y posteriores
4. Ayudar a tomar una acción concreta	Ver más abajo	Implementar soluciones inmediatas intentadas al encontrar necesidades inmediatas
<b>Acción concreta: Ayudante de la conducta</b>		
Si: (a) La mortalidad es baja, y (b) la persona es capaz de actuar en su propio beneficio, entonces  Actitud facilitadora ✓ "Hablaremos"; "Actúe"; y El convenio para la acción es entre el ayudante y paciente  Rangos desde el escuchar activo hasta dar consejo		Si: (a) la mortalidad es alta o (b) la persona no es capaz de actuar en su propio beneficio, entonces  Actitud directiva ✓ "Hablaremos"; "Puedo actuar en su beneficio"; y El convenio para la acción puede incluir a la familia y otros recursos comunitarios  Rangos desde la movilización de recursos de modo activo hasta controlar la situación
5. Seguimiento	Identificar información segura; Explorar posibles procedimientos de seguimiento; Establecer el contrato por el recontacto	Asegure la retroalimentación de los tres sub-objetivos de la primera ayuda psicológica: Apoyo recibido; Mortalidad reducida; Enlace con recursos consumados Establec. de la fase siguiente en movimiento: Soluciones posteriores; Si (a) las necesidades inmediatas se encontraron por soluciones inmediatas y acción concreta tomada, y si (b) el enlace para necesidades posteriores se realiza, entonces <i>deténgase</i> . Si no, regrese a la Etapa 2 (Dimensiones del problema) y <i>continúe</i>

## HACER CONTACTO PSICOLOGICO

Algunas personas describen este componente como empatía o "estar acorde" con los sentimientos de la persona durante una crisis. Identificada en gran medida con la terapia centrada en el paciente de Carl Rogers (1951), escuchar con empatía es una precondition para cualquier actividad de ayuda. En el presente contexto, significa escuchar hechos y sentimientos (qué pasó, así como el cómo se siente la persona al respecto), y usar exposiciones reflexivas para que de esa manera la persona sepa que escuchamos lo que se dijo. En la desorganización y trastorno de la crisis, a menudo la novedad o extraño de la experiencia es la parte más atemorizante. La primera labor del ayudante, entonces, es la de estar atento a

cómo los pacientes visualizan la situación y comunicar cualquier entendimiento que surga.

El cuadro 6— 1 menciona la conducta básica de los ayudantes implicados en realizar contacto psicológico, por ejemplo, invitar a la persona a platicar, estar atento; tanto a lo que pasó (hechos) como a la reacción de la persona al suceso (sentimientos), haciendo exposiciones reflexivas, etc. Cuando los sentimientos son obvios (indicaciones no verbales), aun cuando no se traduzcan todavía a palabras y por ello legitimizadas, los ayudantes comentan amablemente sobre esto, “Puedo percibir, por la forma en que habla, lo perturbado que está por lo que sucedió”, o “Parece que está también muy enojado por lo que pasó, y con toda razón”.

Crow (1977), habla sobre los sentimientos o las concomitantes afectivas de la crisis, casi siempre, estar ansioso, enojado, o deprimido (“crisis amarilla, roja y negra”, respectivamente). Describe la labor del ayudante no sólo como la de reconocer estos sentimientos, sino también, responder de una manera tranquila y controlada, resistiendo la tendencia a dejar- se envolver (sentirse ansioso, enojado o deprimido) en la intensidad de los sentimientos del paciente.

El contacto psicológico no siempre se realiza exclusivamente a través de la comunicación verbal. Algunas veces el contacto físico no verbal es más efectivo, por ejemplo, tocar o abrazar a una persona que está muy trastornada.

Los clínicos y pacientes mencionan que un contacto cariñoso o el brazo alrededor de los hombros tienen, con frecuencia, un importante efecto tranquilizante además de significar interés humano.

Existen algunos objetivos para realizar el contacto psicológico. El primero para la persona en crisis es sentirse escuchada, aceptada, comprendida y apoyada, los que conducen, a la reducción de la intensidad de las emociones. El contacto psicológico sirve para reducir el dolor de estar solo durante una crisis, pero en realidad conduce a más que esto, al reconocer y legitimizar sentimientos de cólera, daño, angustia, etc., y de ese modo reducir la intensidad emocional, la energía entonces puede reorientarse a efectuar algo sobre la situación. Veremos más adelante cómo da un giro y se establece la parte del contacto de la primera ayuda psicológica.

### EXAMINAR LAS DIMENSIONES DEL PROBLEMA

El segundo componente de la primera ayuda psicológica implica estimar las dimensiones o parámetros del problema. La investigación se enfoca sobre tres áreas: pasado, presente y futuro inmediatos. El pasado inmediato se refiere a los

sucesos que culminan en el estado de Crisis, en especial el suceso específico que desató o precipitó la crisis (la muerte de un ser querido, desempleo, daño, separación del cónyuge).

También es importante determinar el funcionamiento CASIC de la persona antes de la crisis. Sin emplear una investigación sistemática, el ayudante puede estar atento a las características sobresalientes de la vida conductual, afectiva, somática, interpersonal y cognoscitiva. ¿Cuáles fueron las fuerzas de mayor evidencia, por ejemplo, un trabajo seguro (modalidad conductual)? ¿Cuáles son las debilidades o deficiencias principales de la persona, por ejemplo, baja autoimagen (cognoscitiva), pocos amigos (interpersonal), y otros? ¿Por qué se interrumpió la solución del problema en este momento particular? ¿Ha pasado alguna vez antes algo como esto? Aquí la intervención se dirige por la premisa de la teoría de la crisis en que para la mayoría de la gente el estado de crisis tiene un suceso precipitante (¿cuál es?), una incapacidad para enfrentar que conduce a la crisis (¿por qué no lo puede enfrentar ahora?).

La investigación sobre la presente situación implica las preguntas, “quién, qué, dónde, cuándo, cómo” de un informe de estudio. Necesitamos descubrir quién está involucrado, qué y cuándo pasó, y así sucesivamente. Esto se realiza a menudo por una plática sencilla en la que nos cuenta la historia. Además, es importante estar atento a las características sobresalientes del funcionamiento CASIC de la crisis en la persona. ¿Cómo se siente en este momento la persona (afectivo)? ¿Cuál es el impacto de la crisis sobre la vida de la familia y amigos (interpersonal) y salud física (somática)? ¿Cómo se afectaron las rutinas (conductual)? ¿Cuál es la naturaleza de las rumiaciones mentales de la persona, incluyendo pensamientos y fantasías, así como los sueños de día y de noche durante la crisis (cognoscitiva)? (Ver capítulo 2 para otras variables relevantes bajo cada una de las cinco modalidades).

Durante el momento de la crisis se da atención a fuerzas y debilidades. Por ejemplo, ¿qué aspectos de la vida de la persona no se afectaron por la crisis? ¿Qué actividades o rutinas (como el ejercicio físico) son parte del modo de vida de la persona y pueden hacerse entrar en juego para enfrentar la difícil situación? ¿De qué miembros de la familia o amigos se puede disponer para ayudar? Si hay cualquier indicación de daño físico (al paciente o alguien más), se realizará una estimación de la mortalidad. Se da atención particular a intentos previos, la naturaleza del plan suicida/homicida, disposición para mantener contacto con “otros significantes”, cada uno de los que se discutirán más adelante en este capítulo.

Por último, ¿cuáles son las probables dificultades futuras para la persona y su familia? Un adolescente fugitivo necesita un lugar en donde permanecer durante la noche (semana) en tanto se toman decisiones sobre qué hacer próximamente. Una mujer recién separada de su esposo puede necesitar consejo sobre cómo manejar la soledad y platicar con sus hijos sobre los sucesos recientes. Dependiendo de las circunstancias, también puede necesitar, después, asesoría a corto plazo para ayudar en su condición a través de y aprender del colapso. Cualquiera que sea el caso, en este componente de la primera ayuda psicológica, estas necesidades se toman como dimensiones del problema.

El objetivo principal de este segundo aspecto de la primera ayuda psicológica es; trabajar hacia un ordenamiento del grado de las necesidades de la persona dentro de dos categorías: (1) problemas que deben tratarse de inmediato, y (2) problemas que se pueden posponer. En la confusión y desorganización del estado de crisis, la gente a menudo intenta tratar todo al mismo tiempo. Muchas veces hay poca conciencia de lo que se debe tratar en ese momento y lo que puede esperarse en unos pocos días, semanas o aun meses. Un papel importante para el ayudante es apoyar en este proceso de ordenamiento. Ejemplos de problemas en que se puede necesitar atención inmediata serían: encontrar un lugar para pasar la noche, disuadir a la persona de suicidarse esta noche, o “ganar tiempo” en una disputa familiar de modo que cada uno puede hablar otra vez en un momento de menos apasionamiento. Las necesidades posteriores cubren cualquier cosa que no necesite cuidarse en las próximas horas o días y que pueden incluir cosas como necesidad de asistencia legal, consejo matrimonial, terapia en crisis individual, rehabilitación vocacional y otros. Cualquiera de estas alternativas puede ser un instrumento en la resolución psicológica subsecuente de la experiencia de crisis.

Muchas veces, claro, hay poco tiempo para explorar todos los aspectos del problema y muchas de estas preguntas se posponen. También, con más frecuencia, los pacientes ofrecen gran parte de la información de modo que los ayudantes rara vez conducen una investigación rigurosa etapa por etapa. Sea él/ella un policía que intervenga en una riña doméstica, un trabajador de línea telefónica de urgencia hablando con un suicida o un ministro visitando a un padre afligido en duelo en un hospital, el intermediario eficiente tiene la estructura precedente en mente cuando habla con la persona en crisis. Aunque el ayudante no puede preguntar en forma directa sobre cada una de las categorías mencionadas, escucha teniéndolas en mente. Dependiendo de cómo elaboremos las categorías nos proporcionarán un

mapa cognoscitivo para ayudar en forma directa a la estimación de las situaciones de crisis.

Por último, con las exposiciones reflexivas del contacto psicológico, es digno de mención, el simple relato que la historia en términos muy concretos a alguien que cuida a menudo de los beneficios de la descarga emocional y comprensión (por el paciente) de lo que se necesita hacer para superar la crisis. El aspecto de reunión-información de la primera ayuda, entonces, puede tener un beneficio terapéutico inmediato para el paciente, también, asistir al ayudante y paciente en la planeación de las siguientes etapas.

### EXPLORAR LAS SOLUCIONES POSIBLES

El tercer componente de la primera ayuda psicológica implica identificar un rango de alternativas de soluciones para necesidades inmediatas y las posteriores identificadas previamente. Como señala el cuadro 6— 1, el ayudante toma un enfoque etapa por etapa, preguntando primero sobre lo que ya se ha intentado, luego conseguir que la persona en crisis genere alternativas seguidas por otras posibilidades que proponga el ayudante. Se exploran pros y contras (o ganancias y pérdidas) de cada una de las soluciones. Entonces, se resumen y categorizan como adecuadas a las necesidades inmediatas y posteriores identificadas.

Después de los principios básicos de la intervención en crisis (ver capítulo 5), conseguimos que la gente haga tanto como pueda por ella misma, aun si sólo se generan alternativas sobre qué hacer en esta situación particular. La premisa es que, la impotencia puede impedirse al estimular al paciente a producir ideas sobre lo próximo a realizar, esto es, ayudarlo a operar desde una posición fuerte en vez de una débil. Esto puede ir desde hacer preguntas sobre cómo trata el paciente sus problemas anteriores. Sólo después de explorar las sugerencias hechas por el paciente, el asesor participa en el proceso de inspiración súbita para generar otras soluciones al problema.

Otros dos problemas del proceso ameritan mencionarse. El primero es la importancia de entrenar a algunos pacientes hasta considerar la idea de que existen posibles soluciones. El asesor puede estructurar la discusión con comentarios como: “Consideraremos sólo que si fuese a... (Hablar con ella a casa esta noche, demandar el bienestar del niño, llamar a sus padres, etc.). ¿Qué podría pasar?” En tales casos, el asesor ofrece opiniones experimentales prematuramente rechazadas en el proceso de la primera ayuda, y orienta la crisis del paciente al considerarlas por completo. De manera similar se le puede preguntar, “,qué clase de soluciones se pueden tratar por alguien más? Pensar en alguien que podría saber qué hacer, ¿cuáles serían las ideas de la persona?”. Un

segundo problema es la importancia de examinar obstáculos en la implementación de un plan particular, por ejemplo, la manera no asertiva como obstáculo para una confrontación cara a cara con el cónyuge o la carencia de automóvil como impedimento para acudir a una cita de consejo individual. Los asesores no pueden permitir que sucedan tales problemas. En vez de esto, deben pensar más adelante en posibles obstáculos y responsabilizarse de observar que sean dirigidos antes de que sea puesto en marcha un plan de acción.

El cuadro 6-1 plantea el objetivo de este componente de la primera ayuda psicológica al identificar una o más soluciones para encontrar las necesidades inmediatas y posteriores. Esto es verdad en el primero. Deben identificarse algunas etapas factibles para dirigir las necesidades más apremiantes. La primera ayuda psicológica no está completa hasta que estas etapas se han identificado. Además, en la mayor parte de los casos (exceptuando un paciente demasiado confundido que sea incapaz de participar en el proceso), habría un acuerdo entre el paciente y el asesor sobre la aceptación de las soluciones elegidas. Si esto no se ha realizado, entonces algún “obstáculo” probablemente no se ha explorado, e indicar las necesidad de hablar más sobre los parámetros del problema, soluciones, y/o contienda entre los dos.

### AYUDAR A TOMAR UNA ACCION CONCRETA

Relacionado directamente con la acción y orientación del propósito de la intervención en crisis, el cuarto componente de la primera ayuda psicológica involucra ayudar a la persona a tomar alguna acción concreta para enfrentar la crisis. El objetivo en realidad está muy limitado, no más que tomar la siguiente mejor etapa dada la situación. Según el cuadro 6—1 esto significa implementar lo convenido sobre la(s) solución(es) inmediata(s) dirigida(s) a abordar la(s) necesidad(es). El paso de acción puede ser tan simple como un acuerdo por descubrir al siguiente día, o complicado como iniciar una hospitalización de urgencia.

Es importante recordar que deseamos que el paciente haga tanto como sea capaz. Sólo cuando las circunstancias dañan con gravedad la capacidad del paciente para actuar, un asesor toma un papel activo, y aún entonces esto se realiza en un modo gradual.

Dependiendo de dos factores principales (mortalidad y capacidad de la persona en crisis para actuar en su propio beneficio), el ayudante toma una actitud facilitadora o directiva para ayudar al paciente a abordar la crisis. Si la situación es alta en mortalidad (peligro para el paciente, él mismo o alguien diferente), o si la persona no es capaz de cuidarse a sí misma (ebria o tan perturbada emocionalmente como

para estar incapacitada), entonces la actitud del ayudante será directiva. Cuando no hay peligro para sí mismo u otros o la persona, aunque esté perturbada emocionalmente y desorganizada, es capaz aun de hacer cosas como conducir hacia su hogar, llamar al cónyuge, soportar un largo fin de semana, entonces el papel del ayudante es más facilitador que directivo.

Para ampliar con claridad estas distinciones (cuadro 6—1) podemos pensar en la actitud facilitadora como una en la que (1) el ayudante y el paciente hablan sobre la situación, pero (2) el paciente toma mayor responsabilidad para cualquier acción. Además, (3) cualquier contrato en cuanto a la acción, es un asunto que involucra sólo al ayudante y paciente. Por ejemplo, el paciente y asesor pueden platicar y acordar lo que sería bueno para él, hablar con el cónyuge por teléfono antes de tomar cualquier decisión importante sobre abandonar el hogar o regresar este fin de semana. Sin embargo, el paciente hará la llamada telefónica, y más tarde informará al asesor cómo resultó. El contrato involucra a ambos.

Bajo una actitud directiva el enfoque es, en cierto modo, diferente. La idea de la (1) plática otra vez entre paciente y ayudante, (2) es que parte de la acción puede involucrar a ambos. De igual forma, (3) el contrato para la acción puede involucrar a otros, por ejemplo, el cónyuge que no está presente durante la sesión especial, u otra institución (bienestar del niño, policía, personal del hospital).

Hay otras diferencias entre las actitudes de acción facilitadora y directiva. Como señala el cuadro 6—1, los enfoques facilitadores pueden clasificarse desde el escuchar activo hasta el consejo. El primero significa fundamentalmente escuchar y reflejar el contenido del mensaje a través de varias fases de la discusión. En otros casos, la actitud facilitadora incluye consejo o el ayudante se dirige a un particular curso de acción, por ejemplo, “Estoy preocupado por lo que pudiera pasarte. Creo que deberías.

Muchas veces el consejo tiene tanto qué hacer con los pensamientos y la conducta, así como cuando el ayudante proporciona nuevas clasificaciones o formas para definir el problema. Para la mayoría de la gente la desorganización y el trastorno excesivos, característico de la crisis, son aterradores y nuevos. Al carecer de caminos para conceptuar y comprender la experiencia, muchos pacientes en crisis dicen tener miedo de “volverse locos”, “perder la cabeza”, “perder el control”, como si sus sentimientos fueran un signo de enfermedad mental.

El terapeuta tiene entonces la oportunidad/responsabilidad de proporcionar clasificaciones precisas y facilitadoras para la resolución de la crisis. En tales situaciones no es raro para un terapeuta eficiente hacer exposiciones como éstas:



“Sientes que te estás volviendo loco o enfermo mental, pero no creo que lo seas” o “en vista de todo lo que ha sucedido, sería sorprendente si no te sintieras trastornado, confundido, desamparado. Me parece como que estás teniendo una respuesta más bien normal a sucesos anormales, ¿sabes? estaría preocupado por ti si no estuvieras reaccionando tan fuerte a todo esto”. El lenguaje del terapeuta es crítico desde la forma en que los pacientes conceptúan su dolor, que juega un papel importante en la adaptación subsecuente. La gente que se califica a sí misma como enferma mental a menudo impone límites sobre su recuperación posterior. Por otro lado, la gente que contempla su trastorno y desorganización como algo temporal y esperado por la gente normal, cuando las circunstancias de la vida son graves, puede liberar energía creativa hacia la superación de la crisis, con lo que se desarrolla una perspectiva esperanzadora de su propio futuro.

Los rangos de acción directiva, desde recursos comunitarios de movilización activa hasta tomar una acción bastante controlada (por ejemplo, hospitalización urgente de una persona suicida). En cuanto al paciente incapaz de tomar las medidas necesarias para controlar la situación, ganar tiempo o realizar un enlace con los recursos de ayuda/apoyo (sea familiar o institucional), el asesor necesita a alguien diferente involucrado o hacerlo él mismo, con lo que controla el resultado terminado. En el último caso, el asesor actúa para asegurar que se tome el siguiente paso necesario. Un ejemplo de esto sería el de transferir del hogar a un niño maltratado o proporcionar en seguida, contacto constante con una persona homicida/suicida cuando los demás caminos han fracasado. Congruente con nuestro enfoque gradual, tal acción ocurrirá sólo cuando se consideren o se intenten otras posibilidades menos restrictivas, y los altos riesgos indiquen que la situación no se puede dejar como está. Daremos una explicación más detallada de cómo estimar la mortalidad, y también las pautas para iniciar acciones directivas, más adelante. Por ahora, es importante notar que en las situaciones de crisis, ciertas acciones directivas/controladoras son un establecimiento auténtico de actividades sobre el continuo del ayudante de la conducta.

Es inútil decir que la actividad directiva en el trabajo de la crisis suscita diversos problemas éticos y legales. Apoyándose sobre nuestro criterio para la acción directiva del consejo (mortalidad alta, incapacidad del paciente), hay varias guías importantes:

1. Cualquier acción del asesor se debe hacer dentro de la ley existente. Es incumbencia de los trabajadores de la crisis estar conscientes de las leyes de la comunidad que se relacionan directamente con su trabajo. Por ejemplo, en la mayor parte de los estados, la ley requiere de trabajadores de servicios humanos (si no de ciudadanos ordinarios) para informar a las autoridades de cualquier

conocimiento de abuso en niños. De igual modo, la mayor parte de las comunidades tienen leyes que protegen los derechos de los ciudadanos concernientes a la hospitalización de urgencia involuntaria. La norma de “peligro a sí mismos o a otros” es común a casi todas las jurisdicciones como fundamentos para intervención directiva/controladora en casos de crisis.

2. Como se propuso al principio, las intervenciones controladoras ocurren sólo después de que cada cosa distinta se encuentre deficiente.

3. En caso de hospitalización de urgencia, cada esfuerzo se debe realizar para ayudar al paciente y a la familia a combatir sus implicaciones negativas, por ejemplo, clasificarlo como enfermo mental para que se hospitalice. Cada vez que sea posible, se debe usar el lenguaje originado de las crisis/transiciones de la vida adulta. Como se discutió al principio, el objetivo es proporcionar clasificaciones que, con seguridad, describen lo que está pasando y, al mismo tiempo, facilitan la adaptación y crecimiento subsecuentes.

4. Después del precedente legal y sentido común, la confidencialidad en un contexto de terapia necesita corregirse y adaptarse a otras realidades comunitarias (Bersoff, 1976, re: Tarasoff y. Regents of the University of California). Un tratamiento físico a la vida humana (a sí mismos u otros) toma precedencia sobre la lealtad suprema a la confidencialidad en un contrato de ayuda.

5. Por último, al conceptualizar todos los planes de acción como parte de un contrato (sea escrito o no) entre las partes involucradas (paciente, asesor, familiar, institución), los asesores proporcionan claridad y protección al proceso. Contratar un modelo de primera ayuda psicológica se refiere a los acuerdos alcanzados entre el ayudante, la persona en crisis y cualquier otra parte relevante. En casos extremos el contrato para la acción, implica un componente legal, por ejemplo, cuando un juez firma una orden para una hospitalización de urgencia de un psicótico o una persona suicida peligrosa. Sin embargo, por lo general, el contrato no es un documento escrito legal, pero es, en cambio, verbal y refleja el acuerdo entre las partes involucradas en lo que se llevará a cabo. Como mínimo, involucra una declaración oral entre el ayudante y la persona en crisis de quien tomará las próximas medidas y con qué razón.

Antes de que se tome cualquier acción directiva, los asesores deben pensar con quién hará qué, hacia qué fin, por cuánto tiempo, qué riesgos, y qué garantías. Cada esfuerzo se debe realizar “cerca del límite” que caracteriza estas acciones; por ejemplo, “si no permites que el trabajador social visite tu casa; entonces debo llamarlos yo mismo. Esto es porque....”

El cuadro 6—1 indica que el “contrato para la acción” en una actitud facilitadora involucra a sólo dos personas (ayudante y persona en crisis), pero que bajo la actitud directiva, se puede involucrar a terceras partes. Al proporcionar la primera ayuda psicológica, una cualidad contractual, nuestra intención es asegurar que al menos haya en el proceso las protecciones apropiadas para una persona y que la estructura conduzca a la retroalimentación y exista un seguimiento.

## SEGUIMIENTO

El último componente de la primera ayuda psicológica implica deducir información y establecer un procedimiento que permita el registro para revisar el progreso. Como indica el cuadro 6—1, la actividad principal del ayudante aquí es, especificar el procedimiento para el paciente y el ayudante que estará en contacto con él en un momento después. El registro puede ocurrir a través de un encuentro cara a cara, o por teléfono. Es importante especificar quién llamará a quién, o quién visitará a quién, como también el momento y el lugar del contacto. Todo esto se adapta en lo que podría llamarse un “contrato por recontacto”. La primera ayuda psicológica no está completa hasta que cada uno de los procedimientos se haya aprobado.

El objetivo de seguimiento es ante todo completar de nuevo la retroalimentación o determinar si se han o no realizado los propósitos de la primera ayuda psicológica: proporcionar ayuda, reducir la mortalidad, enlazar los recursos consumados. Además, el seguimiento facilita otras etapas hacia la resolución de la crisis. Esto permite al ayudante operacionalizar las soluciones posteriores descritas previamente (como referencias para la terapia en crisis subsecuente).

En cada caso, existe un control sea o no la solución particular inmediata que fuese apropiada para este tipo de necesidad. Si las necesidades inmediatas se encontraron por una de las soluciones inmediatas convenidas, seguidas por pasos de acción concretos, y si el enlace para necesidades posteriores se realizó, entonces el proceso es completo y la responsabilidad del asesor/ayudante termina. Si, por otro lado, estas condiciones no se han encontrado (por ejemplo, la acción convenida no ayudó en la forma en que se intentaba) entonces el ayudante regresa a la Etapa 2 (explorar las dimensiones del problema) y reexamina la situación como de apoyo presente. Entonces el proceso continúa a través de posibles soluciones, acciones concretas y seguimientos.

## RESPUESTAS A AMENAZAS DE SUICIDIO Y HOMICIDIO: EVALUACION DE LA MORTALIDAD

Como el primer contacto de ayuda con la persona en crisis, la primera ayuda psicológica incluye la estimación de que la persona esté o no trastornada, desesperada o desorganizada y que el suicidio y homicidio pueda ser el resultado final de la crisis. Cada año hay cerca de 20,000 personas que se suicidan y otras tantas que cometen homicidio en E.U.A. (Crime in the United States, 1979; Frederick, 1977a). Las muertes por armas de fuego constituyen el mayor número de suicidios y homicidios. En 1979, por ejemplo, 63% de los homicidios fueron por armas de fuego, 52% de las víctimas conocía a sus agresores y 43% de los argumentos involucraron homicidios entre conocidos (Crime in the United States, 1979).

La predicción de si alguien se involucrará o no en un acto mortal ha estado sujeto a una investigación considerable, con resultados que son mucho menos concluyentes de lo que la mayoría de los profesionistas desearían (Beck, Resnik y Lettieri, 1974; Farberow y Litman, 1975; Lester, 1974; Shneidman y Farberow, 1957; Wekstein, 1979). Sin embargo, existe consenso en la literatura sobre lo siguiente:

1. Hay muchas razones posibles para la ocurrencia de la conducta suicida: petición de ayuda, intento de manipular a otros, resultado de un episodio psicótico (delirios, alucinaciones), informe político, desesperación e impotencia al hacer frente a los problemas insuperables de la vida o un final razonado al sufrimiento físico o emocional.
2. El deseo de terminar con nuestra vida, por lo general, está colocado dentro de una red de sentimientos ambivalentes. Esto puede tomar la forma de mensajes contradictorios (por ejemplo, tomar una dosis mortal de somníferos, pero permitir, uno mismo, que se le descubra en el momento para prevenir la muerte) o la simple conciencia de que una persona quiere vivir y morir. La labor clínica es “extraer” los sentimientos de los pacientes y otras circunstancias de la vida por ambas partes, como fundamento para pactar la demora sobre la decisión de asesinarse

Cuadro 6-2. Factores relacionados con riesgos suicidas

<p>1. <b>Edad:</b> El porcentaje para el éxito del suicida se incrementa con la edad, aunque reciente información indica un notable aumento en el porcentaje suicida en la gente joven (adolescentes y principio de los 20 años). Desde 1965 a 1975, el número de suicidas en la categoría de los 20 a los 24 años se ha más que duplicado de 1,400 a 3,000 (Frederick, 1977a)</p> <p>2. <b>Sexo:</b> Aunque la mujer intenta suicidarse con más frecuencia que el hombre, es más probable que ellos tengan más éxito en sus intentos, debido, en parte, al uso de medios más mortales (Farberow y Litman, 1975). Después de los 60, la brecha para que se cometa suicidio se reduce en ambos sexos</p> <p>3. <b>Raza:</b> El porcentaje total para los caucásicos es tres veces más que entre los negros, aunque entre estos últimos de la ciudad (categoría de 20 a 35 años) el porcentaje es el doble de esa, para los primeros de la misma edad (Hoff, 1978). El porcentaje para los indios americanos se incrementó un notable 36% entre 1970-1975. El porcentaje para los indios en 1975 fue de 21.6/100,000 de población, que es el 70% más alto que para todas las razas, el 64% más alto que los caucásicos y el 254% que los negros (Frederick, 1977b)</p> <p>4. <b>Plan suicida:</b> Lo más específico y concreto del plan para disponer de la vida de uno, es el mayor riesgo. Un individuo que ha tomado medidas para preparar su muerte (cambiar el testamento, renunciar a posesiones estimadas, escribir notas), que ha elegido un método altamente mortal (pistolas, dosis mortal de pastillas, etc.), y tiene los medios para cumplir con el plan (posesión de armas, o pastillas en el gabinete de medicinas) es un riesgo más alto de suicidio que la de un individuo para quien el suicidio es todavía fundamentalmente un pensamiento o fantasía (Farberow y Litman, 1975)</p> <p>5. <b>Historia de intentos previos:</b> El número de intentos de suicidio lejos de importar más que el número de suicidios consumados en E.U.A., de 10 a 1 en adultos, y 50 a 1 en adolescentes (Hoff, 1978). El riesgo suicida crece como el número de intentos desde que los individuos a menudo eligen más medios</p>	<p>mortales con intentos subsecuentes (pistolas, como contrario a tomar pastillas o respirar gas con oportunidad del descubrimiento subsecuente). El riesgo en crecimiento se relaciona también con la posibilidad en aumento de muerte por accidente durante un intento suicida</p> <p>6. <b>Apoyos y recursos sociales:</b> El riesgo suicida aumenta como se incrementa el aislamiento social –vivir solo o el retiro de contactos sociales</p> <p>7. <b>Pérdida reciente:</b> Los sucesos precipitantes comunes –pérdidas– para el suicidio incluyen muerte de un ser querido; divorcio o separación; pérdida de la salud por enfermedad, accidente o cirugía; pérdida del trabajo; o de la autoestima a través de un enjuiciamiento criminal (Farberow y Litman, 1975)</p> <p>8. <b>Síntomas emocionales:</b> La mayor parte de los síntomas suicidas comunes se relacionan con la depresión (apatía y desaliento, pérdida del apetito, de peso, incapacidad para dormir en la noche, pérdida del interés por actividades sociales, y agotamiento físico general y emocional) (Farberow y Litman, 1975). La conducta suicida también puede ser el resultado de estados psicóticos, por ejemplo, un paciente que se guía por delirios, alucinaciones, u otra desorientación en tiempo y lugar</p> <p>9. <b>Problemas médicos:</b> El diagnóstico de enfermedad debilitante puede afectar tanto al modo de vida como a la autoimagen (cáncer de mama, pérdida de un miembro del cuerpo, enfermedad cardíaca) por lo que el riesgo de suicidio se intensifica. Los médicos y otros profesionales del cuidado de la salud también observan a pacientes que presentan dolores físicos relativamente menores que en realidad encubren la depresión y otras angustias. Si no se investigan las circunstancias de la vida que rodean al dolor físico, los profesionales de la salud pueden pasar por alto los indicios de una ideación suicida posible</p> <p>10. <b>Alcohol y fármacos:</b> Beber aumenta los riesgos suicidas desde el momento en que incrementa la conducta impulsiva y reduce el número de pastillas necesarias para una dosis mortal (Hoff, 1978).</p>
--	--

3 La mayoría de la gente es suicida en potencia por sólo un periodo de tiempo breve, por lo general, es un asunto de días y a menudo cambian de opinión; la intervención en crisis se dirige a conseguir que la gente posponga decisiones irrevocables hasta que se pueda traer otra ayuda y ataque la situación.

4. La mayoría de la gente que se suicida o asesina a alguien, ofrece alguna advertencia o indicio a sus intenciones, antes de consumar acto (Farberow y Litman, 1975).

5. El peligro de la vida humana es más alto cuando alguien en crisis tiene un plan mortal y los medios para llevarlo a cabo.
6. El propósito de salvar la vida humana invalida la lealtad total a la confidencia. En casos extremos, se necesita informar a los parientes o autoridades locales de la conducta del paciente potencialmente suicida, con el fin de prevenir el hecho.
7. Mantener alguna forma de contacto con una persona potencialmente peligrosa, puede ser el componente crítico en la prevención de un suicidio y homicidio, ya que las medidas para salvar vidas involucran al individuo voluntariamente de acuerdo a no cometer un acto mortal o a una persona ajena que evite que lo lleve a cabo.

#### NIÑO DE SEIS AÑOS ASESINADO EN EL HOSPITAL\*

Springfield, Mass (AP)—Rose Lombardi trató desesperadamente de rescatar a su hijo de seis años cuando vio a un hombre sostener un delgado cuchillo con el que lo apuñaló. Pero cuando todo terminó, el pequeño Anthony Lombardi estaba muerto y ella y cuatro personas más, heridas, en un "hospital sangriento y en una fiesta de horror".

William B. Robinson, ex-empleado de una fábrica de helados, fue acusado de homicidio y tuvo ocho juicios por ataque con arma peligrosa además de ser hospitalizado bajo custodia policiaca por el accidente del lunes.

Su hermana dijo que el comportamiento violento se presentó un día después de que Robinson, de 42 años, visitó el mismo hospital pidiendo su admisión y advirtiéndole que él podía matar.

"Si lo hubieran aceptado en el hospital, esto nunca habría ocurrido", dijo Edna Hooks. "No hubiera herido a esta gente. Había amenazado matar a todo aquél que se interpusiera en su camino".

Según los guardias de seguridad en el Springfield Hospital Unit of Bay State Medical Center, el hombre se dirigió hacia la sala de urgencias alrededor de las 10:00 a.m., capturó a una mujer y empezó a apuñalearla. El guardia Harold Ferrier, de 62 años, pidió ayuda por radio antes de ser apuñalado por la espalda.

Bishop escuchó la llamada "¡Alguien ha apuñalado a todos aquí!" y llegó corriendo. Dijo que encontró al hombre en el estacionamiento de las ambulancias, agazapándose, y con el pequeño Lombardi en sus brazos.

Cuando Bishop le dijo que dejara el cuchillo, el hombre apretó al niño y arremetió hacia ellos. "¡Soy el rey, soy el rey!" gritó. "Lo hice. ¿Qué vas a hacer ahora?"

La Sra. Lombardi, de 30 años, de Agawam, fue hospitalizada en condición estable con heridas de puñal recibidas cuando trató de salvar a su hijo. La policía dijo que ella y el niño habían ido al hospital a recoger a un paciente.

Además de Ferrier y la Sra. Lombardi, tres mujeres fueron atendidas por heridas de puñal.

La policía dijo que la violencia empezó una hora antes en la casa de Robinson.

Lt. John Coville dijo que Robinson irrumpió dentro del baño y arrojó a su esposa un limpiador químico cáustico para el drenaje, quemándola y a su nieta de 5 años, Shanndolyn Reynolds. Luego apuñaló a su esposa, y se dirigió al hospital.

La Sra. Robinson estaba en condiciones regulares, la niña Reynolds en buenas, en la unidad de Baystate's Wesson.

Robinson, quien tuvo quemaduras de primer y segundo grado sobre sus brazos y pecho por la acción del limpiador, se encontraba en condiciones regulares en el mismo hospital.

\* Fuente: "Six-year-old boy slain at hospital" en *The Columbia Record*, 24 de junio de 1980, United Press International. Reimpreso con autorización.

8. Cuando los riesgos son de vida o muerte, tiene especial importancia que los ayudantes sean: (a) conscientes de sus propios sentimientos y actitudes sobre la muerte y el acto suicida; (b) dispuestos a consultar a sus colaboradores o supervisores sobre lo oportuno de cualquier medida directiva tomada; (c) preparados para enfrentarse al "fracaso", esto es, el suicidio consumado del

paciente. En cuanto a lo último, las oportunidades para la culpabilidad después del suicidio consumado de un amigo, pariente, compañero de trabajo o paciente son muchos mayores que con el “fracaso” de otros intentos para proporcionar ayuda. Es muy importante que el trabajador desarrolle una red de apoyo de colegas para compartir decisiones que se tengan que hacer durante la intervención en crisis, y enfrentar los sentimientos profundos generados por el trabajo en la intervención del suicidio.

#### MADRE APARENTEMENTE “ACOBARDADA”\*

Mount Clemens, Mich. (UPI) Una mujer divorciada del área de Detroit, albergó el asesinato de sus hijos a partir de un testamento y aparentemente planeó matarse también, pero se “acobardó”, dijeron los detectives el sábado.

Patricia Dueweke enfrentó tres juicios por asesinato en primer grado al matar a su hija, Cynthia de 16 años, y sus hijos Mark de 15 y Karl, que cumpliría 13 el viernes. Fue arrestada sin violencia en la prisión de Macomb County Jail.

La policía presupone que la Sra. Dueweke esperó a que los niños regresaran de la escuela el jueves y los mató uno por uno con seis tiros, casi una semana después de que se divorció; el 23 agosto, compró una pistola .357 magnum.

Parece que la mujer veló toda la noche los cuerpos, cuando telefoneó a su esposo Ralph, el viernes por la mañana le contó lo de sus asesinatos. Dueweke estaba en casa cuando llegó la policía.

“Había planeado matarse pero tuvo miedo”, dijo Lt. Lloyd Rivard, jefe de detectives en el Departamento del Sheriff de Macomb County. “No pudo hacerlo”.

La policía llegó a la casa y encontró que la mujer “había escrito un testamento dejándole todo a su esposo. Especificó su elección por un funeral en casa”, dijo el Detective Sgto. Gail Caudle.

Dijo también, que habían encontrado 24 fundas de balas quemadas en el hogar, algunas de ellas en el sótano, en donde la Sra. Dueweke colocó evidentemente un blanco para practicar.

Un amigo dijo que la Sra. Dueweke de 42 años, estaba abatida por su divorcio y por la perspectiva de educar sola a los niños.

“Estaba insegura por su futuro porque no tenía experiencia laboral”, dijo Roger Gill, un trabajador social de una escuela, y vecino y amigo común de la pareja desde hacía poco tiempo.

Los vecinos dijeron que los Dueweke fueron activos en las labores escolares y llevaban una vida tranquila antes del divorcio. Disfrutaban de los campamentos y a menudo se les veía remando en el Río Clinton, que corre cerca de su hogar.

“Era una gran vecina”, dijo Caudle. “Era una persona tímida que se guardó todo y nunca le dio problemas a nadie”.

\* Fuente: “Mother Apparently ‘Chickened Out’” in *The Columbia Record*, 23 de septiembre de 1979, United Press International. Reimpreso con autorización.

La estimación de la mortalidad en la primera ayuda psicológica, implica estar atento a los indicios de peligro físico para entonces conducir una investigación estructurada y reunir información como base para implementar el plan de acción adecuado. Los indicios para el suicidio y el homicidio pueden tomar varias formas:

#### Verbal

“Algunas veces siento como que no puedo continuar/podría matarla/quiero terminar con todo/desearía estar muerto/me gustaría herir a la gente/haría algo arrebatado, etc.”

“Si sucede otra vez, lo mataré”, o un recuerdo de la víctima que “era un demente, trató de matarme”. (Cualquier declaración que indique que alguien pueda ser en forma directa o indirecta, lesionado físicamente como parte de esta crisis).

También cualquier referencia a intentos previos de suicidio/homicidio: “traté una vez antes”, referencia a peleas anteriores entre individuos o informes más precisos en los que lesiones previas pudieran haber causado la muerte.

### *No verbal*

Para el suicida la apatía en aumento, el arreglo de asuntos y preparación para la muerte (por ejemplo, regalar posesiones estimadas), los patrones anormales de sueño (demasiado o muy poco), depresión, mejoría repentina de la depresión (como si la decisión se hubiese hecho). Para el homicida, la ocurrencia de una riña en la recámara o cocina, la provocación del agresor por la víctima con observaciones de menos precio.

### *Preocupación de otras personas*

El informe de cambios súbitos en la conducta, o aun la manifestación de un sentimiento destructivo en el que una persona puede herirse a sí misma. En cuanto al homicidio, a reputación del agresor por su impulsividad o temperamento enfermo.

Al notar cada uno de los signos de amenaza el ayudante debe estar atento a una oportunidad para efectuar una investigación honesta y aclarar sus significados (Farberow y Litman, 1975). La idea de que los profesionales deben cuidadosos al dar opiniones a sus pacientes no hayan sido meditadas, es un mito común de los asistentes nuevos en el trabajo de crisis. Está muy lejos, probablemente, que la persona en crisis experimente una sensación de consuelo en el que se le atiende la angustia y se cuide de preguntar demasiado sobre la situación.

Una táctica útil al comenzar la investigación es hacer las preguntas usando las palabras del individuo. Por ejemplo, “Dijo que sentía como que ya no podía continuar más. Dígame qué quiere decir con eso”. Si las respuestas siguientes continúan siendo vagas, el ayudante debe ser directo: “¿Está pensando en herirse o suicidarse?” El objetivo de la pregunta es descubrir el intento de la persona y lo que ella quiere que suceda por la fantasía o gesto. Otra vez, esto se determina mejor por preguntas directas como: “¿Qué quiere que suceda?” o “¿Qué esperaría para consumarlo?” Estas preguntas no se proporcionan con una actitud crítica, de



juicio o con el propósito de condenar el acto o sentimiento. Hay, en cambio, demandas simples de información. Las posibles respuestas pueden ser: “Detener el dolor, mostrarle qué mal me siento; vengarme por lo que hizo; morir”, y otras así. La información generada por esta línea de exploración puede ser útil más adelante al gestionar posibles alternativas que conduzcan al logro de los mismos fines. Nuestra hipótesis aquí es que el suicidio u homicidio se eligen como posibles soluciones a un problema particular. La inspección se dirige en las primeras etapas a reconocer la amenaza de suicidio/homicidio o un gesto, y descubrir el problema que se estaba/está intentando resolver.

La estimación del riesgo, sea por la línea telefónica de urgencia, en la sala de exploración de un médico o una oficina de un asesor orientador, debe incluir tres variables clave: plan, historia de intentos previos y disposición para hacer uso de ayudantes externos en donde el suicidio y homicidio parece inminente.

**1. Plan:** ¿Qué tan lejana quedó la posibilidad de que la persona conciba un plan para cometer el suicidio o herir a alguien? Si un hombre está deprimido por que perdió su trabajo y piensa en el suicidio, pero no sabe cómo hacerlo, está en menos riesgo que sí, en efecto, hasta planeó su muerte. Además, si posee los medios para consumirlo, tiene un riesgo mayor. Un individuo que no ha planeado o pensado tomar pastillas pero, no las tiene a la mano presenta un riesgo menor. Una persona que cree que se podría matar, y tiene una pistola con balas todo el tiempo está en un riesgo alto.

**2. Intentos previos:** Una persona que nunca ha intentado suicidarse está en un riesgo más bajo que una que lo ha intentado. La probabilidad de éxito aumenta con cada intento. Aun cuando se intente solicitar ayuda o se manipule existe la posibilidad de que un individuo muera por accidente (por ejemplo, tomar una dosis mayor de las que ha tomado). Para cada intento previo, es importante preguntar cuál era la intención de la persona al ingerir pastillas, respirar gas o cualquier cosa. y el resultado de éste. El ayudante debe estar alerta para distinguir entre que se tome una dosis de pastillas que la persona sabe que no será mortal y ser descubierto por el cónyuge al regreso del trabajo justo en ese momento preciso como contrario a un descubrimiento accidental real cuando la persona en crisis sabía que la dosis sería mortal. Pregunte a la persona qué esperaba que sucediera cuando realizaba el intento previo. Para las amenazas de homicidio, el cuestionamiento se enfoca sobre las fantasías y conducta agresiva previa y sus resultados. Como con los intentos de suicidio, es importante preguntar, qué precipitó la acción.

**3. Disposición para hacer uso de recursos externos:** Los individuos que viven solos y no tienen familia o amigos, presentan mayores riesgos que aquéllos que tienen a quien recurrir. Es en particular importante distinguir entre la disponibilidad de otros y la disposición del individuo para recurrir a ellos en un momento de necesidad real. A un extraño, le puede parecer que la persona tiene muchos amigos a quienes dirigirse. En cambio, los amigos le pueden decir a la persona: “llámame si me necesitas”. Sin embargo, es importante preguntarle a la persona en crisis si le llamará en el momento en que lo necesite. Algunas personas están muy deprimidas como para solicitar ayuda. Otras no pueden asegurar que serán capaces de controlar su conducta. Necesitan ser tratadas de manera diferente a las que prometen llamar cuando están muy inquietas o si las circunstancias cambian de alguna manera. Los individuos tienen miedo de sus fantasías suicidas y pueden aceptar que no serán capaces de llamar para pedir ayuda en el momento, o preferirían matar- se antes que ser detenidos.

La investigación en estas tres áreas recava las variables más decisivas al determinar qué tan peligrosa es una persona y qué tan directivo debe ser el ayudante. La mortalidad se juzga baja si las respuestas al plan, intentos previos y aislamiento, son negativos. Por ejemplo, el riesgo de suicidio es bajo si el individuo está deprimido y contempla la posibilidad de suicidio, aunque exista un plan no significa implementarlo, y no hay intentos previos. La mortalidad se reduce si además el individuo mantiene contacto con los recursos externos cuando las cosas se tornan difíciles. Según nuestro modelo de primera ayuda psicológica, el ayudante toma una actitud facilitadora en estos casos. Por otro lado, el riesgo crece con una respuesta afirmativa a una o más de las tres categorías principales de plan, intentos previos y aislamiento. En estos casos, el ayudante toma una actitud directiva con respecto a la persona y su crisis.

### MEDIDAS DE ACCION

Si la mortalidad se juzga baja como resultado de una indagación previa, entonces el enfoque del ayudante es el de asistir para platicar sobre el problema, ofreciendo apoyo emocional y sugerir ayuda externa adicional, como referirlo a asesoría. El enfoque es extraer los sentimientos ambivalentes de la persona en crisis y explorar alternativas para necesidades inmediatas y posteriores. Es especialmente importante establecer un convenio para especificar que la persona re- contactará con el ayudante, ya que puede haber un cambio en la situación, como que aumente la depresión y la desesperanza y conduzcan a pensamientos suicidas más específicos. El ayudante debe estar disponible por teléfono o gestionar un

acuerdo en el que si el individuo hará uso de amigos cercanos, familia u otros recursos en los próximos días, si lo necesita.

Cuando la mortalidad es alta, el ayudante toma una actitud más directiva. En cada caso, se sigue un enfoque gradual, empezando por lo menos con la vía intrusiva y directiva posible. Puede efectuarse un intento para convenir lo siguiente: que el paciente no cometa el suicidio en los próximos días, librarse de los medios mortales por el momento (pistolas, pastillas), no permanecer solo el fin de semana, y/o la promesa de llamar al ayudante si las cosas empeoran. El propósito es ganar tiempo, posponer decisiones irrevocables y finales y tomar cualquier paso que sea necesario para dispersar las crisis de los pacientes que atentan contra la vida humana. El acuerdo a tales contratos puede facilitarse al ocasionar los sentimientos de ambivalencia que puedan surgir en la discusión, como: "Quiero morir, pero amo a mis hijos y no quiero herirlos". En este caso un contrato para posponer la decisión del suicida para los próximos días, podía apoyarse en firme sobre el amor a los hijos y el deseo de no herirlos. En cualquier táctica elegida, el objetivo es el asegurarse de la cooperación de no cometer el suicidio dentro del tiempo convenido.

Si la persona no puede o no hará estas promesas, entonces a otras (posiblemente miembros de la familia, compañero de cuarto o en el caso de homicidio, víctima potencial y policía) es necesario informarles de lo peligroso de la situación. Aunque el enfoque dependa de un obstáculo particular (renuencia a entregar el arma o incapacidad para cumplir con la promesa de llamar si se necesita), se supone que, cuando el individuo no pueda prometer tomar precauciones contra el suicidio y homicidio, se debe involucrar a otros en el ambiente social inmediato.

En la mayor parte de los casos, esto puede hacerse con el permiso del individuo: por ejemplo. "Jane, pienso que no debería estar sola esta noche, y como en este momento me interesa su bienestar pienso que su esposo debería conocer qué tan mal están las cosas. Podría llamarlo o si prefiere yo lo haré". Si no es posible el contacto y observación protectora en el medio natural, o porque nadie está disponible o el individuo se rehúsa a inmiscuir a alguien ajeno en este momento, entonces se puede necesitar la hospitalización voluntaria. Mucha gente suicida está dispuesta a aceptar con calma un momento lejos de todo esto" para descansar, recuperarse y no tener que enfrentar todo. Otros se resistirán a la idea por las implicaciones negativas relacionadas con la hospitalización. En cualquier situación, el enfoque (como se esbozó bajo los cinco componentes de la primera ayuda psicológica) es tratar cada uno de estos obstáculos potenciales abierta y directamente.

En casos extremos, cuando la mortalidad es muy elevada (plan mortal, intentos previos, aislamiento), y la cooperación en el servicio de autoprotección no es próximo (debido a la resistencia del individuo, estado psicótico o debilitamiento por fármacos o alcohol), es necesaria la hospitalización involuntaria. Cuando esto ocurre, es importante que la hospitalización se lleve a cabo según la ley local y que a los miembros de la familia se les ayude a enfrentar las implicaciones negativas relacionadas con la misma (Aimstrong. 1980); esto se puede estimar por los procedimientos esbozados al principio. Siguiendo el caso de Tarasoff y. Regents of the University of California (Bersoff, 1976), los ayudantes también tienen la responsabilidad de informar a las víctimas potenciales de suicidio, del peligro inminente (ver el cuadro anexo en la pág. 90).

Las situaciones en extremo peligrosas son aún la excepción de la regla en el trabajo de la crisis, aunque se presentan por ellas mismas con demasiada frecuencia, los practicantes necesitan estar preparados para tratarlas. En tanto que la literatura de investigación no nos proporciona con rapidez pautas para predecir todos los suicidios, y homicidios, sabemos qué pasos se necesitan tomar para reducir la probabilidad de un resultado mortal. La mortalidad se reduce si se erradican los medios mortales para consumar un acto violento; el individuo hace el compromiso de posponer el acto mortal; y/o el individuo peligroso está bajo constante observación. Los procedimientos precedentes se dirigen a tomar medidas para encontrar por lo menos una de estas condiciones.

## **CONSIDERACIONES PRÁCTICAS**

Son importantes algunas consideraciones al aplicar los cinco componentes de la primera ayuda psicológica a las situaciones de crisis.

1. Es de utilidad usar los cinco componentes como estructura conceptual o “mapa cognoscitivo” para guiar al ayudante de la conducta (declaraciones, preguntas, acciones). Sin embargo, las etapas no necesitan tomar lugar una después de otra de manera secuencial. Esta sería artificial desde el momento en que muchas veces el proceso se inicia al hablar de soluciones, para luego trasladarse hacia la definición del problema y entonces regresar a las soluciones, etc. También, una exposición del ayudante puede servir en realidad, a propósitos de más de un componente. Por ejemplo, una exposición empática (contacto) también puede servir a más parámetros de exploración del problema. Así como, una línea de investigación sobre las dimensiones del problema puede muy bien sin dificultad posibles soluciones.

**TARASOFF vs. REGENTS OF THE  
UNIVERSITY OF CALIFORNIA**

Durante el curso de psicoterapia a pacientes externos voluntarios conducida en el hospital clínico de la universidad, un paciente informó a su terapeuta que iba a asesinar a una mujer joven cuando regresara de las vacaciones de verano (Cohen, 1978). La mujer no fue mencionada, pero el terapeuta la identificó sin dificultad cuando el paciente concluyó su visita. El, consultó a otros dos clínicos que decidieron que el paciente debería internarse para observación en un hospital mental. El psicólogo telefoneó a la estación de policía (además de una carta formal) solicitando ayuda para consignar al hombre joven. Acto seguido, tres oficiales tomaron bajo custodia al paciente, pero, satisfechos de que era una persona razonable, lo liberaron con la condición de que se iba a mantener lejos de la mujer. Al saber la acción de la policía, el jefe del psicólogo hizo que regresara la carta del terapeuta y ordenó que todas las copias y notas de la terapia se destruyeran. Pidió que no se efectuara más acción en cuanto al confinamiento. Dos meses más tarde, el ex-paciente cumplió su amenaza y mató a la mujer.

Los padres de la víctima entablaron juicio en la Corte del Estado de California contra el cuerpo de gobierno de la escuela, el terapeuta, sus supervisores y la estación de policía. Aunque la demanda fue primero descartada por el juez procesal, la acción fue revocada más tarde por la Suprema Corte de California. La Corte ordenó que cuando un psicoterapeuta determine que las amenazas hechas por un paciente, durante la terapia, sean inactivas o remotas, la policía pública dictamina que el valor de la declaración de amenaza a terceras partes importa más que los beneficios de preservar la confidencialidad de la información. El caso de Tarasoff establece un precedente que se ha seguido por otras Cortes, para impulsar discusiones entre los terapeutas y abogados sobre las implicaciones prácticas para el trabajo clínico (Bersoff, 1976). L. Wilson (1981), escribió como asesor general de la New Jersey Psychological Association, las pautas generales que siguen para los profesionales bajo la luz de la decisión de Tarasoff:

1. Su principal obligación es hacia el paciente, no a las relaciones entre ustedes y la habilidad para ayudarlo.
2. Resistencia a la acción, si nace de un deseo de proteger la relación terapéutica, o de la angustia de estar equivocado, se extravía. Considerar el objeto de las amenazas de su paciente como si se relacionara muy de cerca con usted, sus hijos o cónyuge.
3. Buscar la opinión de colegas (un curso apropiado en cualquier caso difícil) y preservar en lo importante de su conversación en notas privadas . . .
4. No titubee en intentar disuadir a un paciente de su amenaza violenta, pero no trate de ser un héroe. El personal de seguridad está bien entrenado y pagado para correr riesgos personales y proteger a la gente y propiedad.
5. No vacile en prevenir a una víctima o a su familia a solas por temor a represalias legales por parte del paciente. Si se ha observado lo suficiente como para concluir que se trata de una amenaza genuina hacia la vida de la persona o propiedad, y tiene los medios para prevenirlo, la ley lo declara su deber a pesar de la obligación de la confidencialidad.
6. Sería bueno, que en cada caso, se discutiera la naturaleza y el alcance de la confidencialidad con su paciente. En tanto que tales cosas como un acuerdo sea un asunto para otra ocasión, en este contexto es apropiado asegurar que su paciente y usted deban actuar con el mejor interés, aun en el momento de prevenirlo de cometer un crimen . . .
7. Si se siente justificado al repetir la amenaza del paciente para proteger a una víctima, dígame al paciente lo que va a hacer y por qué. Y luego hágalo. Y, a menos que se presenten circunstancias poco comunes, esté preparado para transferir al paciente a hospitalización o de lo contrario reprimirlo (Wilson, 1981, pág. 37).

En lugar de etapas secuenciales, los componentes entonces, se emplean mejor como "mapa cognoscitivo" o guía para las exposiciones del ayudante. Los ayudantes siempre deben preguntarse: ¿Qué clase de contacto he logrado con esta persona? ¿Qué tan bien he explorado las dimensiones del problema? ¿Son posibles, soluciones adaptadas al ordenamiento de rangos de necesidades? ¿Qué acción concreta se necesita tomar? ¿Quién la tomará? ¿Soy claro en el seguimiento?

Tal investigación recuerda a los ayudantes que tienen responsabilidades bajo cada orientación. Nuestra hipótesis es que, si se abandona un componente de la primera ayuda psicológica, la intervención es incompleta. No es suficiente, por

ejemplo, proporcionar simplemente una comprensión empática a un paciente trastornado emocionalmente. Sin embargo, al pensar en los cinco componentes como un mapa cognoscitivo o manual, el trabajador puede verificar sus actividades en cualquier momento durante el proceso de intervención. Sobre la terminación del contacto, él/ella pueden efectuar una inspección mental para ver si se omitió cualquier parte y ahora requiere atención.

2. Otra utilidad de los cinco componentes, es la de asistir a los ayudantes cuando la intervención parece ser deficiente. Lo mismo que esta estructura puede ayudar al trabajador a decidir su quehacer próximo, es también útil para diagnosticar dificultades en el proceso de ayuda. Por ejemplo, un paciente puede resistir cualquier discusión de acción concreta para dirigir la crisis. El paciente puede dar numerosos “si, pero” o hablar sobre como si nada de lo sugerido funcionará. Esto es a menudo un índice de que el trabajador necesita pasar más tiempo explorando las dimensiones del problema o simplemente dar más atención para realizar un buen contacto con el paciente. Muchas veces, cuando los pacientes sienten que no se les está escuchando o comprendiendo en medio de una situación penosa emocionalmente, se resistirán a las tentativas para resolver el problema. Cuando las cosas no marchan bien en el proceso de ayuda, los trabajadores pueden necesitar retroceder. La estructura de la primera ayuda psicológica proporciona indicios sobre áreas dentro de las que se toma un retiro temporal hasta que el proceso se desordene.

**Qué y qué no hacer en la primera ayuda psicológica**

	Hacer	No hacer
<b>1. Contacto</b>	Escuchar cuidadosamente Reflejar sentimientos y hechos Comunicar aceptación	Contar ya su “propia historia” Ignorar hechos o sentimientos Juzgar o tomar partido
<b>2. Dimensiones del problema</b>	Formular preguntas abiertas concluidas Pedirle a la persona que sea concreta Evaluar la mortalidad	Atenerse a preguntas de sí/no Permitir abstracciones continuas Ignorar signos de “peligro”
<b>3. Posibles soluciones</b>	Estimular la inspiración súbita Abordar directamente los obstáculos Establecer prioridades	Permitir la visión en túnel Dejar obstáculos inexplorados Tolerar una “mezcla” de necesidades
<b>4. Acción concreta</b>	Tomar una medida a un tiempo Establecer objetivos específicos a corto plazo Confrontar cuando sea necesario Ser directivo, si y sólo si debe serlo	Intentar resolver todo ahora Hacer decisiones obligatorias a largo plazo Ser tímido Retraerse de tomar responsabilidad cuando sea necesario
<b>5. Seguimiento</b>	Realizar un contrato para el recontacto Evaluar etapas de acción	Dejar detalles al aire, o suponer que el paciente continuará con la acción sobre el plan bajo su propia responsabilidad Dejar la evaluación a alguien

3. Si bien cada uno de los componentes se discutió con considerable detalle, los propósitos de la primera ayuda psicológica están limitados. El proceso completo es sólo un primer paso hacia la resolución de la crisis. Al evaluar su ejecución, los trabajadores deben tener en mente los subobjetivos: proporcionar apoyo, reducir la mortalidad, enlazar recursos adicionales. También, como primer paso breve (varios minutos u horas), los ayudantes se pueden trasladar con rapidez a través de varios componentes, pasando más tiempo en uno y otro dependiendo de las circunstancias. Una frase (o una mirada) pueden servir para establecer contacto psicológico entre la gente que ya sabe de uno y otro, consagrarse la mayor parte del tiempo a generar soluciones viables. En otros casos, sólo lo contrario quizá sea verdad —la energía puede ser considerable para llegar hasta la persona que interrumpió el contacto con amigos y aliados potenciales. En resumen, los ayudantes trabajan dentro de los cinco componentes, en tanto que el tiempo y energía empleados en cualquier imponente variará con las circunstancias por otra parte, todo esto toma lugar con miras al importante y limitado fin de restablecer el enfrentamiento.

4. El formato de la primera ayuda psicológica de este capítulo, se puede utilizar como guía para el proceso de supervisión en las instituciones de servicios humanos. Proporciona una estructura dentro de la que se critica la ejecución de un trabajador/estudiante. Por ejemplo, “¿Qué tan bien hizo contacto con la persona? ¿Fue capaz de localizar ambas soluciones inmediatas y posteriores apropiadas a las necesidades inmediatas y posteriores identificadas? Al final de la conversación, ¿ambos fueron claros sobre cuál sería la mejor etapa siguiente? ¿Se evaluó la mortalidad? ¿Se especificaron los procedimientos de seguimiento?” Al utilizar un supervisor, los cinco componentes para examinar el trabajo de un estudiante, verifica la ejecución con el caso inmediato, y al mismo tiempo le enseña un modelo que puede usar posteriormente para una autocrítica.

5. Por último, el modelo de primera ayuda psicológica se puede emplear en la investigación para codificar el proceso de intervención en crisis de primer orden en proceso/estudios del resultado. En el capítulo 5, hicimos notar una mayor crítica a la investigación existente sobre la intervención en crisis, es decir, que con demasiada frecuencia las variables del proceso se especifican con deficiencia (o demasiado vagas y generales) o, aun cuando sean específicas, son incompletas. El capítulo 18 indica las direcciones para el uso de este sistema en el resultado de la investigación.