



**Universidad Nacional de Rosario.**

**Facultad de Psicología.**

**Trabajo Integrador Final.**

## **Intervención en Crisis en Intento de Suicidio: El Rol del Terapeuta Cognitivo Conductual.**

### **Investigación Bibliográfica**

Autora: Novello, Magdalena.

Legajo: N-5096/2.

DNI N°: 40122479.

Graduado Responsable: Campodónico, Gustavo.

2025

## **AGRADECIMIENTOS**

*A mis padres, por enseñarme a soñar sin límites, por creer en mí, por impulsarme a ser valiente y apoyarme en cada paso del camino para alcanzar este increíble anhelo.*

*A mi hermano, por ser un pilar fundamental en mi vida, mi refugio en momentos difíciles, por escucharme, sostenerme y acompañarme siempre.*

*A mi abuela, y a quienes ya no están, por inspirarme a elegir desde el corazón y por guiarme con su amor, aún a la distancia.*

*A mis amigos, por ser una parte esencial de mi vida, por estar presentes en cada alegría con un fuerte abrazo, y en cada tropiezo con una palabra de aliento, por brindarme su comprensión, apoyo incondicional y empatía.*

*A todos los que, de alguna manera, dejaron su huella en este recorrido, gracias por ser parte de esta aventura.*

## ÍNDICE

Resumen.....	2
Introducción.....	3
Objetivos: general y específicos.....	5
Desarrollo.....	6
Apartado 1.....	6
Apartado 2.....	10
Apartado 3.....	13
Conclusiones.....	19
Referencias bibliográficas.....	21

## **RESUMEN**

La presente investigación bibliográfica aborda como tema el intento de suicidio y la intervención en crisis desde la psicoterapia cognitiva conductual (TCC), una problemática grave en términos de salud mental que requiere de atención inmediata y efectiva. Se enfatiza el análisis del rol del psicoterapeuta cognitivo conductual en casos de intento de suicidio desde la estrategia de intervención en crisis. Para ello se desarrollan diferentes apartados que tratan de comprender mejor qué se entiende por conductas suicidas, intervención en crisis y cómo la psicoterapia cognitiva conductual, gracias a su estructura clara, directa y activa, junto con el trabajo del psicoterapeuta, es la herramienta más efectiva para abordar la crisis y reducir el riesgo de reincidencia. Se concluye que la intervención temprana y específica del terapeuta cognitivo conductual en los intentos de suicidio no solo proporciona alivio inmediato, sino que también ofrece herramientas para la gestión emocional, favoreciendo la recuperación y previniendo futuras crisis.

## **PALABRAS CLAVE**

Terapia Cognitiva Conductual-Intervención en Crisis-Rol del Terapeuta-Intento de Suicidio.

## INTRODUCCIÓN

El presente Trabajo Integrador Final (TIF), presentado en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Rosario aborda como tema el intento de suicidio y la intervención en crisis desde la psicoterapia cognitiva conductual (TCC).

El intento de suicidio, en el contexto actual, comprende una problemática grave en términos de salud mental que requiere de atención inmediata y efectiva, es por ello que este tema se considera pertinente y relevante en términos académicos de la psicología.

El Ministerio de Salud de la República Argentina ha publicado en su último informe epidemiológico de qué manera el intento de suicidio es un problema de salud pública creciente y prioritaria en tanto que, según la Organización Mundial de la Salud (s.f.), en los últimos años y sobre todo desde el período de pandemia Covid-19 surgida en el año 2020, han aumentado los casos. Incluso existe en la actualidad la Ley N° 27.130 de Prevención del suicidio sancionada en el 2015 y reglamentada en el 2020 que tiene como objetivo prevenir el suicidio, acompañando a las personas que intentaron suicidarse y apoyando a sus familias. La misma ley además, recomienda que el tratamiento es más enriquecedor cuando es atendido desde la interdisciplina, llevado a cabo por parte de varios profesionales, con el fin de fomentar el desarrollo de acciones, estrategias, servicios asistenciales y capacitación de los recursos humanos para abordarlo, entre las cuales una de ellas puede ser la intervención en crisis.

La problemática que se desprende del tema, abre una serie de preguntas ¿Qué implica hablar de intento de suicidio y cómo diferentes autores cognitivos han abordado su intervención en la clínica? ¿Qué se ha teorizado hasta el momento en intervención en crisis psicológica? Y finalmente ¿Como puede pensarse la intervención en crisis en la problemática del intento de suicidio y qué rol puede cumplir el psicoterapeuta cognitivo conductual en dicha intervención? Interrogantes que guían la escritura del trabajo desde la modalidad de investigación bibliográfica a los efectos de producir un análisis crítico riguroso en relación al estado actual de los conocimientos sobre la temática en cuestión, lo que pretende poder sintetizar y acercar información del suicidio desde la perspectiva de la psicoterapia cognitiva en relación a este modelo particular de intervención en crisis.

Para ello se toman autores clásicos de la psicoterapia cognitiva como A. Beck, Ellis y contemporáneos como Rodríguez Biglieri y Vetere. También se aborda a quienes han profundizado sus teorizaciones en este tipo de conductas suicidas como Gagliesi y Rodante; Slaikeu y Rocamora para una mejor comprensión acerca de qué se entiende por intervención en crisis como estrategia para abordar situaciones críticas. Y autores que abordan la interrelación de ambos temas como Freeman y Dattilio.

En este sentido, el marco teórico de la psicoterapia cognitiva no solo ha demostrado su efectividad en los tratamientos psicológicos en los últimos tiempos, sino que es una estrategia pionera que se ha destacado por el abordaje cognitivo de los pacientes con conducta suicida. A lo largo de las últimas décadas, se han obtenido resultados positivos al emplear métodos dirigidos directamente a la desesperanza del paciente suicida, lo que indica que la terapia cognitiva da lugar a un rango de 'efectos antisuicidas' mayor que el producido con la administración de psicofármacos (Beck et al., 2010). A su vez, Freeman y Dattilio (2007) sostienen que la terapia a corto plazo, con tiempo limitado, es el tratamiento a elegir en situaciones de crisis. Es por esto que varios atributos específicos de la terapia cognitivo conductual la convierten en una terapia propicia para la tarea de la intervención en crisis invitando a que el paciente sea una parte activa de la terapia, ayudándole a restaurar una sensación de control sobre su vida.

En palabras de J. Beck (2006) la terapia cognitiva se desarrolló como un tratamiento estructurado y breve para la diferentes patologías, centrado en la problemática presente y destinada a resolver problemas actuales y a modificar el pensamiento y las conductas disfuncionales. El modelo cognitivo, en palabras de la autora, propone que todas las

perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento, que influye en el estado de ánimo y en la conducta de los pacientes. Realizando una evaluación realista y una modificación del pensamiento se produce una mejoría en esos estados de ánimo y comportamientos. Una mejoría permanente que resulta de la modificación de las creencias disfuncionales subyacentes.

Slaikeu (2000) por su parte, se centra en la intervención en crisis, entendida como una estrategia circunscrita por un lado, a métodos de mejoría (prevención primaria) antes de que ocurran los sucesos críticos de la vida y por otro lado, a las estrategias de tratamiento (prevención terciaria) bien administrada después de los sucesos de crisis y las consecuencias de lo ocurrido. La intervención en crisis es la estrategia que toma lugar en el momento de una desorganización grave, resultado de una crisis.

A. Beck et al. (2010) destaca la importancia de que algunos tipos de pacientes pueden hablar acerca de sus ideaciones suicidas, en tanto esto le posibilita al terapeuta un punto de entrada para la pronta intervención terapéutica, determinando el ámbito de tratamiento así como las técnicas más adecuadas. Si bien los autores mencionados anteriormente desarrollan sus trabajos sobre aspectos específicos dentro de la terapia cognitiva conductual, todos coinciden en que este tipo de problemáticas requieren de un tratamiento inmediato y específico para cada paciente.

Por último las categorías de análisis conceptual que se abordan en este trabajo son: suicidio, intervención en crisis y rol del psicoterapeuta cognitivo conductual, las cuales se rastrean a lo largo de toda la investigación dividida en diferentes apartados. Esta investigación se sostiene desde la hipótesis de que la intervención en crisis desde una perspectiva de terapia cognitivo conductual en personas que han tenido un intento de suicidio, es efectiva para abordar la crisis y reducir el riesgo de reincidencia. Además se hará hincapié en indagar acerca de cuál es el rol del psicólogo cognitivo conductual en este campo.

## OBJETIVOS

- **GENERAL:** Investigar el abordaje del intento de suicidio desde la psicoterapia cognitiva conductual y su relación con la intervención en crisis en ese contexto.
  
- **ESPECIFICOS:**
  - Indagar qué se entiende por conducta suicida, su nomenclatura y desarrollo histórico.
  - Rastrear bibliográficamente la estrategia de intervención en crisis desde la psicología.
  - Analizar el rol del psicoterapeuta cognitivo conductual en casos de intento de suicidio desde la estrategia de intervención en crisis.

## APARTADO 1

El presente apartado desarrolla qué es la conducta suicida, su nomenclatura y sus diferentes conceptualizaciones a lo largo de la historia. Entendiendo que la conducta suicida es un fenómeno complejo difícil de delimitar, con implicaciones existenciales, sociales e incluso morales, que abarca desde la ideación suicida hasta la muerte por suicidio.

Debido al incremento global de las tasas de suicidios, el mismo se posiciona como un grave problema de salud pública que es descuidado por encontrarse rodeado de estigmas, mitos y tabúes. Según la OMS (s.f.) cada año más de 703.000 personas se quitan la vida tras numerosos intentos de suicidio, lo que indica, aproximadamente, una muerte cada 40 segundos. Mayormente afecta a jóvenes entre 15 a 29 años de edad, siendo la segunda causa principal de muerte a nivel global. Tragedia que afecta no sólo a los individuos, sino también a sus familias, amigos, vecinos, compañeros de trabajo y comunidades. “Al tratar de comprender un comportamiento suicida hay que tener en cuenta la salud física, la salud mental, los sucesos vitales estresantes y los factores sociales y culturales” (OMS, s.f.).

Si bien existen numerosas formas de definir a las conductas suicidas, diferentes autores concuerdan en que lo más significativo resulta de la decisión voluntaria de una persona para producirse la propia muerte. Es así que la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) la denomina como una lesión autoinflingida de quitarse la vida, mientras que la OMS la define como el acto deliberado de quitarse la vida. Por su parte Gagliesi y Rodante (2024) entienden por conducta suicida a “toda conducta autodestructiva con al menos alguna (la ambivalencia es la regla) intención de terminar con la propia vida. La intencionalidad autoreportada del/de la consultante es la clave” (p. 65).

A fines del siglo XIX, el sociólogo Durkheim (2012) define al suicidio como “toda muerte que resulta, mediata o inmediatamente, de un acto positivo o negativo realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado” (p.14). A su vez, Rojas citado en Rocamora (2013), observa que es una conducta o conjunto de conductas que se dirigen al propio sujeto y conducen a la muerte o a una situación de gravedad mortal.

Por tanto en síntesis, los elementos más fuertes que poseen en común estas definiciones son: a) la muerte de la persona; b) la intencionalidad del acto. Esta caracterización del suicidio permite distinguir entre la agresión hacia uno mismo o hacia un tercero, pues la presencia, ausencia o combinación de estos dos elementos es lo que determina las diferentes formas en las que se pueden presentar las conductas suicidas.

En este sentido y tomando la nomenclatura de O’Carroll que se encuentra en Gagliesi y Rodante (2024), se distinguen entre las más significativas formas de conducta suicida: la ideación suicida; el ensayo suicida; el intento o tentativa de suicidio; las amenazas o gestos suicidas; y la muerte por suicidio.

Por un lado se encuentran las situaciones de ideación suicida que implican cualquier pensamiento, cuyo contenido se relaciona con tener una conducta cuyo propósito es acabar con la propia vida como una vía de escape de una situación o emoción dolorosa. Es decir que la persona para disminuir su malestar contempla al suicidio como una ‘solución real’ a estos hechos, ya sea que haya expresado abiertamente su voluntad o implícitamente a partir de sus pensamientos o relatos, acompañado o no por un plan suicida. Cuando la persona ya posee un plan o una planificación suicida, puede ser que aún no esté segura de cuándo lo va a realizar, ni cómo, ni en qué lugar, pero contempló el método con el cuál llevaría a cabo el hecho. En todo caso ya ha decidido que va a llevar a cabo el acto suicida y tiene una idea clara del plan de acción a realizar aunque siempre presente algo de ambivalencia y aún no sea definitivo (Gagliesi y Rodante, 2024).

En distinción a las ideas suicidas está el ensayo suicida, donde la persona realiza una representación conductual de un método para quitarse la vida que en general está relacionado a un plan. Este tipo de ensayo mental es un proceso que se desarrolla progresivamente hasta

transformarse en un plan concreto. Es decir que la persona va modificando su conducta cotidiana y creando todas las condiciones que cree necesarias para llevar finalmente el acto como por ejemplo vender sus pertenencias, despedirse de familiares y amigos o adquirir los elementos que lo ayudarían a suicidarse (Gagliesi y Rodante, 2024).

Otra forma significativa de conducta suicida, es el intento o tentativa de suicidio, la cual es especialmente importante en esta investigación ya que es aquella a la que apunta la intervención en crisis. Gagliesi y Rodante (2024) lo definen como:

Cualquier conducta potencialmente autolesiva con resultado no mortal para la cual hay evidencia explícita o implícita, de que la persona intentaba (con algún grado de intención) provocarse la propia muerte (puede ser con o sin lesión física). La intención no necesita ser al 100%, de hecho, los consultantes reportan una considerable ambivalencia. (p. 69)

Como se observa, en el intento de suicidio hay una decisión firme o ambivalente de querer morir, pero no se ha conseguido por distintos motivos. Es por esto que se puede pensar en las tentativas de suicidio, como crisis que han sido interrumpidas. Esto sucede cuando se interrumpe el intento por una circunstancia ajena a la voluntad de la persona, por ejemplo por la aparición de un familiar en el momento justo en que la persona estaba ingiriendo pastillas. O cuando se interrumpe por una ideación de la propia persona como por ejemplo cuando a la persona le sobrevienen pensamientos de seres queridos a los que no quiere lastimar al momento del intento de suicidio. En este caso, se detiene deliberadamente a sí misma, en lugar de ser detenida por un factor externo.

Sin embargo, cabe aclarar que no todas las personas que presentan conductas autolesivas lo hacen con intención suicida porque la acción de autoinflingirse daño no necesariamente tiene como objetivo poner fin a su vida, puede ser por muchos otros motivos como manifestar un malestar interno o contextual a modo de llamar la atención en otras personas hacia ese estado de sufrimiento (Gagliesi y Rodante, 2024).

Por otro lado, existen las llamadas amenazas o gestos suicidas que implican la manifestación de una persona a otra, de forma verbal o presupuesta sobre su intención de suicidarse si se dan circunstancias específicas, facilitando que la otra persona interprete esta amenaza o gesto como un indicio o sugerencia de que puede ocurrir una conducta suicida o relacionada en un futuro próximo (Gagliesi y Rodante, 2024). Por ejemplo en una discusión de pareja uno de los dos miembros puede amenazar a la otra persona de que si lo dejan se mata.

Finalmente se encuentra la conducta suicida definitiva que implica, según Gagliesi y Rodante (2024) una “muerte en la que hay evidencia, implícita o explícita, de que la lesión fue autoinfligida y que hubo intención de terminar con la propia vida” (p. 72).

Cabe distinguir el suicidio de la eutanasia, debate controversial aún en muchas culturas. A fin de diferenciarlo solo se considera eutanasia según el Sistema Argentino de Información Judicial (2005), cuando se procura la muerte de una persona a fin de evitar todo dolor. Es decir, es el acto que se lleva a cabo con el objetivo de causar la muerte de una persona a fin de evitarle sufrimientos, ya sea por pedido de esta misma persona, o por considerar que su vida carece de calidad humana y no puede ser calificada como digna. Como por ejemplo en casos de una enfermedad terminal y el paciente ya no responde a tratamientos paliativos.

Teniendo en cuenta lo desarrollado, se destaca que la conducta suicida no es un fenómeno simple de delimitar y además existe desde tiempos muy remotos, manifestándose en diversas culturas y períodos históricos de la humanidad.

En este sentido siguiendo los aportes de Guerrero Díaz (2019), se entiende que “el concepto y la imagen del suicidio no ha sido la misma a lo largo de la historia, siendo un constructo social modificable, sujeto a las influencias sociales y sobre todo culturales de cada

tiempo histórico” (p. 1). En otras palabras, la manera comprender y relacionarse con el suicidio varía según los cambios de épocas, sociedades y contextos en el que se encuentran.

Por ejemplo en la mayor parte de las civilizaciones de la antigüedad, el suicidio era bien visto. En tanto que se consideraba a la muerte como el paso a otra vida, por lo cual, el hecho de morir, aunque sea de forma voluntaria, no implicaba el fin de la existencia, sino el traspaso a la inmortalidad. En la civilización egipcia alrededor de los 2000 a.C., se encuentra un texto escrito sobre una conducta suicida en un poema que se titula *Diálogo del desesperado de la vida con su alma*. No todas las civilizaciones afrontaron el suicidio del mismo modo, en el caso de los griegos se veía al suicidio como un problema, y era motivo de reflexión. Considerado un delito contra el Estado, un acto impío hacia los dioses quienes eran los únicos que disponían de la vida de los hombres, un acto que privaba a la polis de uno de sus miembros, y por lo tanto de su contribución a la comunidad, era castigado. Pero no obstante, no todas las escuelas filosóficas griegas tenían similar posicionamiento frente a las conductas suicidas, algunas iban desde su repudio total hasta su total aceptación. Por ejemplo, la escuela de Pitágoras rechaza el suicidio ya que sostiene que el cosmos sufre un desequilibrio debido a la muerte voluntaria como una salida arrepentida del alma. Mientras que para los cínicos, darse muerte a sí mismo implica para la persona ser dueño de su propio destino (Guerrero Díaz, 2019).

Por su parte, en otras civilizaciones, como en el Imperio Romano, Daray et al (2016) sostienen que los suicidios eran frecuentes. Pero estaba reservado como un privilegio para ricos y nobles, mientras que los esclavos tenían prohibidas las conductas suicidas, y el castigo frente a esto era la muerte o la disminución de su valor comercial. Es decir, estaba aceptado en ciertas circunstancias como el patriotismo, el amor, el honor y la enfermedad. Hacia el final de este período e influido por las ideas neoplatónicas y el culto pre-cristiano, la perspectiva del suicidio viró, y comenzó a ser considerado como un acto condenable negándole la sepultura a quienes tentaban contra su vida; se le destruía su testamento y se confiscaban sus bienes.

Y no es hasta comienzos del siglo V d.C., que la forma de ver las conductas suicidas sufre un cambio radical. Por ejemplo, el pensamiento de San Agustín toma gran relevancia, quien consideraba al suicidio como un acto que va en contra de la Ley Natural y lo contemplaba como un pecado, al mismo nivel que el homicidio. Se instala la idea de que la vida y la muerte son decisiones divinas que deben ser aceptadas sin más, forma de pensar que se mantiene hasta hoy en día. Aunque sin embargo, hacia la Baja Edad Media, se produjo una mayor flexibilización en las condenas por conductas suicidas, e incluso cierto entendimiento ante estos actos cometidos por determinados grupos, como los enfermos mentales. Otro cambio radical se presenta en el Renacimiento con el surgimiento del racionalismo francés, ya que se sostiene una mayor tolerancia y menor condena social ante los casos de conductas suicidas (Daray et al., 2016).

En 1897 Durkheim publica el primer texto de carácter sociológico sobre el suicidio, de título homónimo. En este texto sostiene que las conductas suicidas tienen una causa social que inciden sobre el individuo, ya sea por disgregación social y la falta de integración del individuo en grupos sociales o por el exceso de influencia de la sociedad sobre el individuo. Estableció tres tipos fundamentales de suicidio, resultado de la relación del hombre con la sociedad: el suicidio egoísta, el suicidio altruista y el suicidio anómico.

El autor considera que se produce el suicidio egoísta cuando los grupos a los que el individuo pertenece son débiles, por ende, depende menos de ellos y más se exalta a sí mismo para no reconocer otras reglas de conducta que las fundadas en sus intereses privados. Se llama egoísmo a ese estado en el que el yo individual se afirma en exceso frente al yo social y a expensas de este último, tipo de suicidio que resulta de una individuación desmesurada (Durkheim, 2012).

Por otro lado, se observa que Durkheim (2012) asigna una gran importancia a la regulación social, a la necesaria presencia de las normas en la vida colectiva. Las normas morales entendidas como modos de obrar obligatorios generadas socialmente brindan, a los

individuos cuyas pasiones regulan, un límite a sus deseos o necesidades. De este modo, necesidades y deseos se vuelven susceptibles de encontrar satisfacción en cantidades y condiciones socialmente establecidas. En este sentido, el suicidio anómico se da por la ineficacia regulatoria de las normas.

Por último, cabe aclarar que para la mayoría de estas posiciones, el suicidio altruista, resulta de un exceso de integración social. Ya que es característico de las sociedades donde el individuo se encuentra tan estrechamente sometido a los valores y normas del grupo que su vida personal tiene poco valor frente a los intereses colectivos.

Finalmente, en 1970 cuando se enfatizó la necesidad de definir una nomenclatura universal para las conductas suicidas. Es por esto que el Comité en Clasificación y Nomenclatura, liderado por Aaron Beck, del Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos divide el fenómeno del suicidio en tres clases: suicidio, intento de suicidio e ideas suicidas. Además, cada uno de los eventos se define según criterios de probabilidad, letalidad, intencionalidad, atenuantes y la metodología del intento. No obstante, esta clasificación no incluye todo el espectro de conductas suicidas (Daray et al., 2016).

En síntesis, las conductas suicidas constituyen un fenómeno complejo, difícil de definir, que presentan diferentes formas de clasificación y cuyo entendimiento varía según el contexto social en el que se encuentran, algunas veces siendo vistas desde una perspectiva de aceptación, otras siendo repudiadas y acompañadas de castigos. Y este desarrollo sobre las conductas suicidas puede permitir tanto su mayor entendimiento como la mejora del trabajo que se espera de un profesional en psicología clínica.

## APARTADO 2

El presente apartado describe qué se entiende por intervención en crisis en psicología a los fines de comprender mejor el abordaje en situaciones de gran intensidad como es el caso de los intentos de suicidio. Entendiéndose por intervención en crisis, según Slaikeu (2000), a la estrategia que toma lugar en el momento de una desorganización grave, resultado de una crisis, siendo un proceso breve, de tiempo limitado cuya meta principal es ayudar a la persona a recuperar su estado de funcionamiento previo al momento que precipitó la crisis. Sin embargo, se resalta que “desde sus inicios a finales de la década de 1940, la intervención en crisis ha tenido un enfoque preventivo” (Slaikeu, 2000, p. 10).

En este sentido, cabe resaltar que la intervención en crisis puede subdividirse en dos fases. Por un lado, se encuentra lo que se denominan los Primeros Auxilios Psicológicos o PAP, que tienen lugar en una primera instancia; Por otro lado, en una segunda instancia, se desarrolló lo que se suele denominar como Terapia de Crisis (Slaikeu, 2000).

Los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP), son aquellos que se administran inmediatamente luego de ocurrida la situación de crisis y la misma suele ser bastante breve llevando solo algunos minutos o pocas horas. Además no es estrictamente necesario que sea llevada a cabo por psicólogos o profesionales de la salud mental, sino que debido a la urgencia que requiere la situación de crisis, puede ser realizada por diversos miembros de la comunidad como policías, bomberos, enfermeros, etc (Slaikeu, 2000).

En cambio la Terapia de Crisis, es aquella que se enfoca estrictamente en la resolución psicológica de la crisis. Es por eso que suele requerir de más tiempo, llevando incluso semanas o quizás meses, y es abordada específicamente por psicoterapeutas especializados en su evaluación y seguimiento del tratamiento (Slaikeu, 2000).

Ahora bien, para poder entender mejor el concepto de crisis y su complejidad se destaca que la misma se puede definir de muchas maneras. Slaikeu (2000) retoma los aportes de Lodell y Scott brindados en 1968, quienes la definen a partir del análisis semántico de la palabra crisis como proveniente del griego ‘krinein’, que etimológicamente significa ‘decidir’. En este sentido la noción de crisis indicaría a la vez decisión, discernimiento, así como también los autores dan cuenta de que sería un momento crucial de decisión durante el que puede haber un cambio, ya sea enfocado en una mejoría o empeoramiento de la situación.

Por su parte, Rocamora (2013) entiende la crisis poniendo el acento en el desequilibrio que la caracteriza. Pues “una crisis supone una inflexión en el contexto al que haga referencia” (p. 14). Es decir, implica una amenaza de pérdida de las metas conseguidas, sean cuales fueren: pueden ser económicas, religiosas, psicológicas, etc. Se encuentran acompañadas de un intenso sentimiento de angustia porque en este sentido, las crisis implican un conflicto, un desorden y adaptación o desadaptación ya que ninguna crisis es neutra, implican un avance o un retroceso que se hace notorio para el individuo o su contexto. Y además se destaca que lo que produce una crisis no es el conflicto por sí mismo, sino la manera en que la persona responde frente a una situación desafiante a nivel psicológico y emocional. Es decir, que aunque toda crisis supone un desafío, no todas las personas lo viven de la misma manera, frente a una misma situación dos personas podrían responder de forma totalmente opuesta, en tanto que, una crisis por sí misma no es ni positiva ni negativa, sino que depende del manejo y la resiliencia que cada persona pueda hacer de la situación.

Otro aspecto relevante del concepto de crisis, es que las mismas tienen un suceso que las precipita, es decir, un comienzo identificable en mayor o menor medida. Siendo muchas y variables las circunstancias que pueden desencadenar una crisis y generar cambios emocionales y psicológicos que conllevan un desequilibrio, las crisis se pueden diferenciar en dos grandes grupos según las variables que las desencadenan. Por un lado están las que se llaman crisis vitales o de desarrollo y por otro están las crisis circunstanciales o situacionales. Las primeras son aquellas crisis esperables en la vida de una persona por más que no sean

deseadas o cómodas. Se relacionan con el proceso evolutivo, es decir con el desplazamiento de una etapa del crecimiento a otra. Como de la infancia a la adolescencia, de la adolescencia a la juventud, de la juventud a la adultez o de la adultez a la vejez. Por ejemplo las crisis surgidas tras la jubilación (Slaikau, 2000).

En cambio, las segundas son producto de accidentes, situaciones imprevistas o circunstanciales, siendo de esta manera totalmente inesperadas para la persona y su contexto. Es decir que en las mismas se destaca su aparición sin previo aviso. Son urgentes en el sentido de que requieren de acción inmediata, y como principal distinción se ubica el sentimiento de peligro, seguido de una desorganización de la cual debe surgir con el tiempo alguna forma de reorganización. Se destacan porque se apoyan en algún factor ambiental y algunos ejemplos de ellas son el anuncio de una enfermedad, un despido laboral, la pérdida de un ser querido o el incendio de una vivienda, así como también se puede pensar dentro de este tipo la noticia del intento de suicidio de un ser querido (Slaikau, 2000).

Aun así, cabe aclarar que tanto una como la otra, pueden precipitar un intento de suicidio, ya sea como consecuencia de una crisis vital o circunstancial, así como también el intento en sí mismo puede ser pensado como una crisis. Sin embargo la resolución final de una crisis, sea cual sea la variable que la desencadenan, depende de numerosos factores, que incluyen, según Slaikau (2000), “la gravedad del suceso precipitante, recursos personales del individuo (fuerza del yo, experiencia con crisis anteriores) y los recursos sociales del individuo (asistencia disponible de ‘otros significantes’)” (p.16). Además las crisis están limitadas en el tiempo, por tanto no hay crisis que dure toda la vida, si no que tienen una duración de entre cuatro a seis semanas aproximadamente. En este sentido, Slaikau (2000) resalta que:

Es de mayor utilidad pensar en el período de seis semanas como aquel durante el cual el equilibrio se restaura, esto es, la conducta errática, las emociones y las enfermedades somáticas se reducen desde el estado intenso característico de la parte inicial de la crisis. El supuesto es que los seres humanos no tolerarán niveles altos de desorganización por períodos largos (p. 23).

Para esclarecer esto, el autor distingue entre restablecimiento del equilibrio y resolución de la crisis. Entendiendo por esto que, por más que la persona se haya estabilizado no quiere decir que la crisis esté completamente resuelta. Esto implica que quizás una persona tras la ruptura con su pareja logre, luego de varias semanas, la estabilización psicológica, aunque aún tarde meses u años en resolver su estado emocional, es decir que por ejemplo durante un largo tiempo, desconfíe de otras personas para formar pareja y recurra al aislamiento social. Pues la resolución de la crisis implica la reorganización y reintegración del funcionamiento personal. En este sentido, una resolución positiva sería la posibilidad de la persona de integrar la crisis dentro de su trama de vida por ejemplo recuperando sus interacciones interpersonales y confiando en que puede establecer lazos con una nueva pareja (Slaikau, 2000).

Por otro lado, volviendo específicamente a la intervención en crisis, su surgimiento se remonta al año 1942 con los trabajos de Eric Lindemann y sus colaboradores como resultado de un trágico incendio en el centro nocturno Coconut Grove en Boston donde más de 400 personas murieron. A raíz de esto, Lindemann y sus colaboradores trabajaron con los familiares de las víctimas estudiando sus reacciones emocionales intensas. De esta forma, los informes clínicos sobre los síntomas psicológicos de los sobrevivientes escritos por Lindemann sirvieron como punto de partida para la teoría de Gerald Caplan, quien fue el primero en concebir la trascendencia de las crisis vitales en la psicopatología de los adultos. Slaikau (2000) cita a Caplan quien resaltaba en 1964 que “durante ciertos períodos de crisis, el individuo parece haber enfrentado sus problemas de manera desajustada y haber salido menos saludable de lo que había sido hasta antes de la crisis” (p. 7). Caplan es quien desarrolla una

psiquiatría preventiva y se enfoca en la intervención temprana sobre las personas con el objetivo de procurar su crecimiento positivo y disminuir el riesgo de deterioro psicológico.

Es así como hacia la década del 60', tuvo lugar un hecho significativo debido a que con el incremento de la visibilidad del suicidio aparece el movimiento de prevención del suicidio, apoyándose en estas teorías sobre las crisis. Es decir que entre los años 1960 y 1970 se desarrollaron programas donde se incluía la intervención en crisis, paralelamente se comenzó a escribir bibliografía al respecto desde diversas disciplinas. "En publicaciones de psiquiatría, psicología, enfermería y trabajo social, aparecieron numerosos informes de casos sobre cómo ayudar a individuos y familias en crisis". (Slaikeu, 2000, p. 8).

Según Slaikeu (2000) un aspecto relevante en la actualidad sobre la intervención en crisis, es el trabajo del terapeuta. Refiriéndose al profesional de salud mental que actúa como consejero y se presenta más activo, directo y orientado al cumplimiento de los objetivos psicológicos de este tipo de intervenciones. Ya que como la situación requiere urgencia y el tiempo de intervención es breve, estas características de los terapeutas ayudan a franquear las dificultades, fijar las necesidades inmediatas de la persona, generar un rápido vínculo con el sujeto y movilizar los recursos necesarios para salir de la crisis e iniciar un proceso terapéutico si es necesario. Slaikeu (2000) sostiene que:

En tanto los terapeutas son más directos y orientados a la consecución de objetivos en el trabajo de crisis, un principio básico de la intervención sostiene que los pacientes deberían fortalecerse para hacer tanto como puedan por ayudarse a sí mismos. El consejero de la crisis da los pasos de acción más directa (llama a los padres de la víctima, conduce a la persona a su casa, da curso a la hospitalización de urgencia), sólo cuando la desorganización y el trastorno extremos impiden al paciente actuar por su propia cuenta. (p. 106).

En síntesis, se entiende que la intervención en crisis es una estrategia breve y focalizada que tiene por objetivo ayudar a las personas a recuperar su funcionamiento tras una crisis. Se puede subdividir en dos fases, por un lado, los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP), que se aplican de inmediato y pueden ser realizados por diversos profesionales; y por otro lado la Terapia de Crisis, que requiere más tiempo y es llevada a cabo por especialistas. A su vez, las crisis pueden ser vitales, esperadas en el desarrollo humano; o circunstanciales y originadas por eventos imprevistos. Además su resolución depende de múltiples factores y puede llevar semanas o meses implicando la acción temprana y la participación activa del terapeuta para su estabilización.

### APARTADO 3

Finalmente, en este último apartado se trata de abordar lo que refiere al rol del psicoterapeuta cognitivo conductual dentro del modelo de intervención en crisis, específicamente en el caso de intento de suicidio. Para poder comprender mejor cómo se abordan estas conductas suicidas desde esta psicoterapia cognitiva conductual, es fundamental primero definir y entender en qué consiste.

Aaron Beck, uno de sus fundadores, la define en 1978 como un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psíquicas. La misma “se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo” (p. 13), lo que él denominó esquemas. Los esquemas son cogniciones verbales o gráficas formadas a partir de experiencias tempranas y en el desarrollo de la vida de la persona, pudiéndose comportar de forma saludable o patológica. En palabras de Rodríguez Biglieri y Vetere (2011), los esquemas son:

Estructuras de procesamiento de la información que participan en la generación y adscripción de significado, permitiendo construir de esta manera una visión estable de sí mismo y del mundo. Los mismos se desarrollan desde el nacimiento a partir de protoesquemas, respuestas innatas o reflejos que se van modificando al interactuar con el entorno, incorporando nueva información y dando lugar a estructuras de asignación de significados cada vez más complejas. (p. 29).

A partir de estas ideas, Beck et al. (2010) desarrollaron diferentes técnicas terapéuticas, dentro y fuera de las sesiones, destinadas a identificar aquellas conceptualizaciones que generan creencias disfuncionales y malestar en el paciente, con el objetivo de modificarlas.

Por su parte Ellis (2005), otro de los fundadores de la psicoterapia cognitiva, también teorizó bajo una premisa básica, la cual da cuenta de que las personas no reaccionan emocional y conductualmente por los acontecimientos o adversidades de la vida, si no que surgen por las formas de interpretarlas, los esquemas y las creencias que forman parte del psiquismo de cada uno. “Las cosas que ocurren no son las que te perturban, sino la opinión que tienes de ellas” (p. 21). Y por tanto dentro del tratamiento psicológico ello se descubre, se reconoce, se abandona y se adopta, con la ayuda y colaboración del profesional, nuevas formas de interpretar lo que a cada uno le pasa en la vida de forma más funcional.

Otro aspecto relevante de la psicoterapia cognitiva, es que se destaca por un tratamiento de duración limitada. Sugiere no más de 20 sesiones con sucesivos seguimientos anuales. Es dentro de este periodo que se busca que haya cambios y mejoras centrándose en el tiempo presente. Y para lograr estos cambios, se combinan técnicas tanto verbales como conductuales que buscan no solo modificar el contenido del pensamiento, sino también generar aprendizajes a través de la experimentación activa. Es decir, que cuando el paciente manifiesta pensamientos y conductas que lo afectan negativamente a lo largo de su vida, el psicoterapeuta cognitivo puede ayudarlo a hacer una reestructuración cognitiva donde ponga a prueba esas creencias y modos desadaptativos que influyen en su estado afectivo y conducta. Se apunta a ver el mundo bajo unas nuevas lentes que proporcionen mayor alivio y menor malestar gracias a pensar de forma más funcional y adaptativa (Beck et al., 2010).

Por otro lado, actualmente Rodríguez Biglieri y Vetere (2011) destacan que este tipo de psicoterapia se basa en diferentes pilares fundamentales: el diálogo socrático; el descubrimiento guiado; y el empirismo colaborativo. Entre los cuales, este último aspecto es el que más interesa resaltar para la temática de la investigación, aunque está firmemente relacionado con los dos anteriores.

El diálogo socrático es un método de indagación que lleva a cabo el profesional para explorar la interpretación que el paciente hace de sus distintas experiencias. Se basa en hacer preguntas específicas que vayan desmenuzando la manera en que la persona lee el mundo, para desarrollar explicaciones diferentes. “Siguiendo el proceso de la mayéutica, es el paciente mismo quien genera por su cuenta una forma alternativa de ver lo que le sucede” (Rodríguez Biglieri y Vetere, 2011, p. 52); El descubrimiento guiado es una estrategia de aprendizaje que el psicoterapeuta lleva a cabo para guiar al paciente a que llegue a sus propias conclusiones. Con ella se promueve que el paciente, dentro y fuera de las sesiones y gracias a tareas experienciales, ponga a prueba sus cogniciones disfuncionales. De esta manera la persona logra construir y desarrollar nuevas habilidades de afrontamiento que le permitan superar los problemas de forma más saludable; Por su parte, sobre el tercer pilar, los autores argumentan que:

El concepto de empirismo colaborativo hace referencia a la relación que se establece entre el terapeuta y el paciente en el marco del tratamiento. La misma se basa en un vínculo en donde ambos agentes se posicionan como miembros de un equipo que trabaja en forma cooperativa en la búsqueda de soluciones. (Rodríguez Biglieri y Vetere, 2011, p. 50)

En este sentido ya Beck et al. (2010) señalaban que tanto el paciente como el terapeuta cognitivo forman un equipo en una atmósfera de calidez humana, interés, aceptación y empatía generada por el profesional, el cual debe adecuarse al estilo de comunicación habitual del paciente y estar atento en todo momento a sus reacciones emocionales. Es decir que colaboran activamente en el tratamiento mientras se exploran las experiencias psicológicas de éste gracias al diálogo socrático y se elaboran programas de actividades y tareas para realizar en casa mediante el descubrimiento guiado. Ellis (2005), por su parte, argumentó que las personas mejoran más rápidamente cuando el psicoterapeuta se permite de forma activa hacer preguntas, debatir, discutir, confrontar y poner en duda los dichos y conductas del paciente. Para Rodríguez Biglieri y Vetere (2011), el terapeuta en ningún caso se ubica como el que sabe, sino que interviene de tal manera que promueva una relación lo más igualitaria posible. De esta manera, se logra que el paciente se vea incentivado a actuar y participar plenamente en su proceso de cambio, incrementando su autonomía y capacidad de afrontamiento.

En síntesis el paciente no solo recibe herramientas o técnicas, sino que se busca establecer un vínculo lo más equitativo posible y horizontal donde aprender a identificar y gestionar sus propios procesos cognitivos y emocionales. En este sentido, no solo apunta a aliviar los síntomas en el corto plazo, sino a generar recursos que permitan afrontar futuras dificultades de manera más adaptativa y efectiva.

Para Beck et al. (2010), un requisito fundamental del rol que debe cumplir el psicoterapeuta cognitivo es que:

El aspirante a terapeuta cognitivo debe ser, en primer lugar, un buen terapeuta. Debe poseer algunas características necesarias, como la capacidad para responder al paciente en una atmósfera de relación humana -con interés, aceptación y empatía. Independientemente de su destreza en la aplicación técnica de las estrategias cognitivas, puede encontrar serios impedimentos si no posee estas características interpersonales esenciales. (p. 32)

En este sentido, el rol del terapeuta cognitivo conductual, cobra especial relevancia en situaciones de crisis, donde el equilibrio emocional del paciente puede verse gravemente afectado. En estos casos, el psicoterapeuta debe combinar la actitud colaborativa, con una

presencia más firme y estructurada que en las sesiones habituales del consultorio tradicional, brindando contención sin perder de vista la necesidad de generar autonomía en el paciente a hora de gestionar su situación en crisis.

Según Slaikeu (2000), la validación emocional, la escucha activa y la psicoeducación juegan un papel clave en la construcción de un espacio seguro por parte del profesional, donde la persona pueda expresar su malestar sin sentirse juzgada tanto en el momento en el que se lleva a cabo el PAP, los Primeros Auxilios Psicológicos, como en la Terapia de Crisis (que fueron abordados en apartados anteriores). En ambos momentos el terapeuta necesita brindar una respuesta rápida y breve con el objetivo de que la persona en crisis logre la reestabilización emocional y confianza en continuar en tratamiento para la resolución del conflicto que desencadena la crisis.

Es decir, este tipo de modelo de intervención en crisis se enfoca en que el terapeuta proporcione apoyo a la persona a los fines de que no se encuentre sola durante la crisis. Así como también reducir su peligro de muerte enfocándose en prevenir el daño físico, proveerle las necesidades básicas y propiciarle, si fuera necesario, un enlace con otras personas y fuentes de asistencia, como familiares, amigos o instituciones. Todo ello apunta a la resolución psicológica de la crisis, en tanto que la persona en crisis logre gestionar de forma más eficaz la situación y adquiera mayores habilidades para resolverla, tanto en el presente como en el futuro, ya que frente a situaciones similares, luego de esta experiencia, puede tener mejores recursos para responder a nuevas crisis (Slaikeu, 2010).

A partir de todos estos argumentos se puede pensar la psicoterapia cognitiva conductual y el rol del terapeuta como el modelo y estilo terapéutico más pertinente a la hora de intervenir en crisis. En relación a ello Freeman y Dattilio (2007) destacan los atributos específicos de la psicoterapia cognitiva que son más eficaces en la intervención en crisis: La actividad del modelo; su directividad; la estructura; la naturaleza a corto plazo; su enfoque dinámico; la eficacia de la psicoeducación; la importancia del presente; la importancia de orientarse en soluciones; y la conexión social e interpersonal.

Todos ellos hacen que la psicoterapia cognitivo conductual se presente como un modelo eficaz para la intervención en crisis debido a su enfoque estructurado, directo y colaborativo. En síntesis, el terapeuta es quien tiene el rol de evaluar la urgencia de la crisis y las habilidades de afrontamiento de las que dispone la persona. A partir de ahí ambos trabajan de manera activa para restaurar el control que este tiene sobre su vida, lo que es crucial en momentos de vulnerabilidad como la crisis. Además gracias a su enfoque directivo y psicoeducativo el terapeuta guía la intervención de forma clara y enfocada en los objetivos establecidos utilizando herramientas específicas para la situación de crisis, aprendidas y adaptadas de la terapia cognitivo conductual. Aún en circunstancias tan especiales como situaciones de crisis, se trata de enseñar a la persona, en la medida de lo posible, habilidades de afrontamiento para manejar de forma más eficaz sus pensamientos, conductas y emociones disfuncionales (Freeman y Dattilio, 2007).

Por otro lado, como la intervención se lleva a cabo en el momento presente, el rol del terapeuta debe ajustarse al aquí y ahora del momento y lugar donde se han desencadenado los hechos, centrándose en que la persona piense, sienta y haga de forma distinta con el fin de salir de la situación crítica y lograr la reestabilización emocional. Es decir, que el terapeuta orienta su intervención hacia la resolución, ayudando también al individuo a fortalecer sus redes familiares, sociales e interpersonales de contención considerando su contexto personal como un factor clave en el proceso de recuperación (Freeman y Dattilio, 2007).

En definitiva son todos estos atributos los que hacen que la psicoterapia cognitivo conductual, con la participación particular del rol del terapeuta, junto con el modelo de intervención en crisis, logren a corto plazo un trabajo eficiente y eficaz, maximizando los resultados en el menor tiempo posible. A diferencia de la terapia aplicada en consultorio y con

un tratamiento en continuidad en el tiempo, el modelo de intervención en crisis requiere una adaptación específica del terapeuta al contexto y urgencia del momento.

Según Rodríguez Biglieri y Vetere (2011), en un consultorio, el terapeuta puede tomar varias sesiones para explorar en profundidad los pensamientos, emociones y comportamientos del paciente, trabajando en la reestructuración cognitiva de manera gradual y estableciendo una relación terapéutica que evoluciona con el tiempo. En contraste, y tomando los aportes de Slaikou (2000), en la intervención en crisis la acción no depende de varias sesiones, si no que es mucho más inmediata, ya que se busca estabilizar emocionalmente al paciente en el corto plazo de una sola intervención. El terapeuta en crisis debe ofrecer un apoyo rápido y estructurado, evitando profundizar en detalles o en procesos terapéuticos prolongados, y priorizando la validación emocional, el manejo de la urgencia y la enseñanza de estrategias rápidas para afrontar la crisis. Además, en el modelo de crisis, el terapeuta se enfoca principalmente en la contención y la intervención para que el paciente pueda volver a un estado funcional lo más rápido posible.

Para ir centrando más el tema hacia la problemática específica que compete al trabajo, si se traslada toda esta información a la intervención en crisis de situaciones con intento de suicidio dentro del marco de la terapia cognitivo conductual y el rol del terapeuta, se pueden observar algunas otras especificidades, ya que la experiencia de un episodio de estas características representa el caso de una crisis extrema donde la persona se encuentra en un estado de desesperación emocional y cognitiva de gravedad. Para ello, es pertinente abordar primero de qué manera la psicoterapia cognitiva conductual propone, a partir del desarrollo de Beck, el trabajo en pacientes con conducta suicida.

Cabe aclarar que la psicoterapia cognitiva conductual, fue pionera en el tratamiento con personas con depresión a partir de los desarrollos de Beck, quien argumentó que no toda persona que presenta esta patología tiene conductas suicidas asociadas, así como tampoco toda conducta suicida presupone una depresión. Con lo cual en este trabajo se ha considerado dejar de lado los desarrollos que se desprenden de tal patología y se pone el acento en lo que a la conducta suicida respecta y la intervención que puede llevar a cabo el profesional de la salud mental formado en psicoterapia cognitiva conductual en dicha crisis.

Beck et al. (2010) proponen trabajar con pacientes con conductas suicidas, en primera instancia, indagando el grado de intencionalidad suicida de la persona y animándolo a hablar de sus ideas suicidas. Según el autor, esto suele ayudar de entrada al terapeuta a clarificar con mayor grado de objetividad la situación, además que proporciona información relevante para la intervención terapéutica y ofrece un cierto grado de alivio. Además es necesario que vaya entendiendo el mundo del paciente, su contexto social, religioso, económico, etc., y así poder ver la realidad desde su perspectiva. La evaluación del riesgo de suicidio implica conocer varias cosas como la familiaridad del individuo con diversos modos de acceso al mismo, por ejemplo la tenencia de armas de fuego, o como la posibilidad de que el entorno detecte el intento de suicidio a tiempo para evitarlo. Es decir que la existencia de un sistema de apoyo social viable es un recurso terapéutico de gran importancia. Según Beck et al. (2010):

Algunos estudios sistemáticos han mostrado que suele seguirse un período de calma después de haber tomado la decisión de suicidarse (Keith Spiegel y Spiegel, 1967). Una aparente tranquilidad repentina en un paciente anteriormente agitado es una señal de peligro que suele ser interpretada incorrectamente por los demás como índice de mejoría. Esta interpretación errónea lleva a una disminución de la vigilancia, lo cual puede facilitar la comisión del intento de suicidio. (p. 198)

Otro factor importante que debe tener en cuenta el psicoterapeuta es conocer los motivos de la persona para llevar a cabo un intento de suicidio ya que este puede ser un punto central para la intervención terapéutica. Para el autor, las razones pueden variar, en un rango que va desde querer escapar de la vida o darse por vencido debido a que su malestar emocional resulta demasiado intolerable; hasta buscar llamar la atención de alguna persona a modo de pedir ayuda. Por ejemplo, si la persona manifiesta querer escapar de la vida, el trabajo terapéutico se centraría en su desesperanza y la ausencia de expectativas positivas, en cambio, si se trata de un llamado de ayuda el trabajo terapéutico girará en torno a la validación de su sufrimiento, la identificación de estrategias más funcionales para expresar su malestar y la construcción de redes de apoyo que refuercen su sensación de ser escuchado y comprendido (Beck et al., 2010).

En palabras de Beck et al. (2010) cuando las expectativas negativas del paciente se basan en modos distorsionados o patológicos de verse a sí mismo y el mundo exterior, el terapeuta debe centrarse en las interpretaciones y en el sistema de creencias disfuncionales.

El terapeuta debe ser capaz de comprender por qué los sentimientos del paciente le llevan a intentar suicidarse y experimentar, hasta cierto punto, la desesperación del paciente. La comprensión y la empatía permiten al terapeuta no sólo adecuar las técnicas de tratamiento a las necesidades concretas del paciente, sino también comunicar a éste que le “comprende”. (Beck et al., 2010, p. 201)

Es decir que frente a pacientes con conductas suicidas es clave ganarle al tiempo ya que el objetivo principal es que el riesgo pase lo más rápido posible. Y una estrategia que proponen Beck et al. (2010) para ello, es estimular el interés de la persona en el proceso terapéutico, manteniendo la continuidad entre sesiones. Aun así, no es fácil en la mayoría de los casos, conseguir que el paciente se comprometa a no suicidarse nunca pero si es posible llegar a establecer una especie de ‘contrato’ con él, para posponerlo durante la duración del tratamiento, lo que puede ser gran importancia para un buen enlace terapéutico y empirismo colaborativo.

Otra estrategia que proponen Beck et al. (2010) es orientar al paciente a evaluar el peso de las ‘razones para vivir’ en contraste con el peso de las ‘razones para morir’. Pero como ello puede ser complicado para pensarse en el presente hacia el futuro, recomienda que el psicoterapeuta comience evocando las razones que tenía en el pasado para seguir viviendo. Y de esta manera trasladarlas al pensamiento presente y futuro. En este sentido, el procedimiento sugerido por el autor es generar que el paciente pueda evaluar las ventajas de vivir y los inconvenientes de morir, considerando importantes hasta las razones que parecen más triviales o irracionales. “Una vez finalizado este procedimiento, el paciente con conducta suicida suele mostrarse más objetivo: las razones para suicidarse no le parecen ya tan absolutas y convincentes como antes” (Beck et al., 2010, p. 202).

Cabe aclarar que este tipo de tratamiento que proponen Beck et al. (2010) para trabajar con estos pacientes post tentativa de suicidio suele ser arduo y doloroso pero surge a partir de las experiencias y afirmaciones de los propios pacientes. Para ello además desarrolló en su momento una escala para evaluar el riesgo de suicidio, lo que fué sin duda un instrumento pionero en esta área.

Es en este contexto que la pregunta se centra en ¿de qué manera se puede adaptar este modo de trabajo con la intervención en crisis en el caso de intento de suicidio? Ya que es en esta situación donde el terapeuta cognitivo conductual debe actuar mucho más rápidamente debido a la urgencia y el riesgo de la situación, con el objetivo de estabilizar emocionalmente al paciente y prevenir un daño irreversible. Para ello la TCC, juega un papel fundamental en este

tipo de crisis, ya que se centra en la identificación y reestructuración de los pensamientos disfuncionales de los pensamientos suicidas que a menudo están cargados de distorsiones cognitivas como la desesperanza, el todo o nada y la personalización en un tiempo limitado. Con lo cual el psicoterapeuta, en este caso, puede enfocarse en interrumpir estos pensamientos automáticos de autolesión o suicidio, para comenzar a reemplazarlos por alternativas más adaptativas y realistas que permitan al paciente ver nuevas formas de afrontar su sufrimiento.

Es decir que el rol del terapeuta en crisis de un intento de suicidio, va más allá de la contención inmediata, esta es una labor medida y compleja ante la cual debe formarse y entrenarse en validación emocional e intervenciones estructuradas y directivas, ya que con ellas se espera que se logre un proceso colaborativo con el paciente casi de forma inmediata, por lo tanto no solo brinda apoyo emocional, sino que también aborda el sistema cognitivo del paciente sobre sus pensamientos disfuncionales, creencias, conductas y emociones.

Finalmente cabe destacar que el rol de psicoterapeuta es el de proporcionar un espacio seguro en el que el paciente pueda expresar sus sentimientos sin temor a ser juzgado, mientras al mismo tiempo se le proporciona herramientas prácticas para afrontar la situación, como la identificación de recursos de apoyo social, la generación de planes de acción inmediatos y la elaboración de estrategias para lidiar con los pensamientos suicidas en el futuro. A través de esta intervención específica, el objetivo es que el paciente pueda salir del riesgo inmediato, reencontrar un sentido de control y esperanza, reducir la probabilidad de futuros intentos y ayudarlo a construir habilidades para enfrentar de manera efectiva las crisis emocionales que puedan surgir en el futuro.

## CONCLUSIONES FINALES

Este Trabajo Integrador Final aborda una problemática grave y urgente en términos de salud mental como es el intento de suicidio y su intervención desde la psicoterapia cognitivo conductual. A lo largo de la investigación bibliográfica se ha rastreado, revisado y analizado críticamente el material textual relativo al rol del terapeuta cognitivo conductual en intento de suicidio desde el modelo de la intervención en crisis, un tema que se articula mediante categorías conceptuales propias de la disciplina psicológica. En este sentido, se destaca la importancia de una intervención temprana y específica para abordar la crisis derivada de un intento suicida, demostrando cómo la psicoterapia cognitiva conductual puede ser una herramienta eficaz en estos casos.

En primer lugar, se ha explorado la complejidad de la conducta suicida sus diversas manifestaciones, desde la ideación hasta la muerte por suicidio. Se ha profundizado en la nomenclatura y las conceptualizaciones históricas del suicidio para entender cómo estas han influido en la visión actual de la problemática, ya que se ha observado que el contexto tiene un impacto significativo en el significado social que se le da a este fenómeno de alta complejidad para la psicología clínica.

En segundo lugar, se ha descrito la intervención en crisis en psicología, especialmente en el contexto de los intentos de suicidio. Esta intervención se presenta como una estrategia breve y focalizada, destinada a restaurar el equilibrio psicológico de la persona tras un evento desorganizador. A partir de ello se sintetiza que la intervención se divide en dos fases: los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP), que son inmediatos y pueden ser realizados por diversos profesionales, y la Terapia de Crisis, que requiere más tiempo y es gestionada por terapeutas especializados. Además, las crisis pueden ser vitales, ligadas al proceso evolutivo del ser humano, o circunstanciales, derivadas de eventos inesperados. Por otro lado, la resolución de una crisis depende de varios factores, incluidos los recursos personales y sociales de la persona afectada. En síntesis, la intervención en crisis tiene un papel esencial en la estabilización y recuperación del individuo, siendo crucial una intervención temprana y un trabajo terapéutico activo para restablecer el equilibrio emocional, especialmente en casos de conductas suicidas.

A partir de estas ideas ha sido posible abordar el rol del psicoterapeuta cognitivo conductual en la intervención en crisis, específicamente en situaciones de intento de suicidio. Para ello, se destaca que la psicoterapia cognitiva se basa en la reestructuración de creencias disfuncionales mediante técnicas como el diálogo socrático, el descubrimiento guiado y el empirismo colaborativo. Herramientas que permiten al terapeuta trabajar de manera activa con el paciente para identificar y modificar pensamientos y conductas problemáticas. En este contexto de crisis, el rol del psicoterapeuta es crucial, ya que debe ser directo, estructurado y colaborativo, brindando contención emocional y psicoeducación. Además, se ha subrayado que un enfoque breve y centrado en el presente facilita la estabilización emocional de los pacientes que atraviesan estas situaciones.

Por lo tanto, la psicoterapia cognitivo conductual se presenta como un modelo eficaz para intervenir en situaciones de crisis suicidas, gracias a su estructura clara, directa y activa entre el terapeuta y el paciente. Es decir, que el rol del terapeuta es esencial en estos momentos, ya que, mediante una intervención breve, no solo debe proporcionar apoyo emocional inmediato, sino también fortalecer las redes de apoyo del paciente y enseñarle algunas mínimas estrategias de afrontamiento que le permitan restaurar el control de su vida para manejar mejor sus pensamientos y emociones en posibles crisis en el futuro.

Finalmente, y de acuerdo con la hipótesis central de esta investigación, la intervención temprana y específica del terapeuta cognitivo conductual en los intentos de suicidio no solo proporciona alivio inmediato, sino que también ofrece herramientas para la gestión emocional, favoreciendo la recuperación y previniendo futuras crisis. Sin embargo, por más efectiva que

resulte esta modalidad de psicoterapia para la intervención en crisis suicida, sería imprudente afirmar que es la única posible, lo que abre nuevas preguntas y posibilidades de investigación que enriquezcan aún más el campo de esta problemática compleja ¿cómo abordarían otras psicoterapias un contexto de crisis suicida? ¿de qué manera podrían integrarse profesionales de diferentes psicoterapias en una misma intervención?

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Beck, A., Rush, A. J., Shaw, B. F., y Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión*. Desclée De Brouwer.
- Beck, J. (2006). *Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Editorial Gedisa.
- Beck, J. (2006). *Terapia cognitiva para la superación de retos*. Editorial Gedisa.
- Daray, F. M., Grendas, L., y Rebok, F. (2016). *Cambios en la Conceptualización de la Conducta suicida a lo largo de la historia: desde la antigüedad hasta el dsm-5*. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas.
- Durkheim, E. (2012). *El suicidio. Un estudio de sociología*. Akal.
- Ellis, A. (2005). *Cómo vivir con un neurótico. En casa o en el trabajo*. Obelisco Ediciones.
- Ellis, A., y Grieger, R. (2005). *Manual de Terapia Racional-Emotiva*. Desclée De Brouwer.
- Freeman, A., y Dattilio, F. M. (2007). *El tratamiento de las experiencias de crisis: una perspectiva cognitivo conductual*. Psicología Conductual. Vol. 15.
- Frutos, B. A. (2012). *Intervención en crisis emocionales "in situ"*. Rosario: el autor.
- Gagliesi, P., y Rodante, D. (2024). *Entrevista con consultantes con conductas suicidas*. Tres Olas Ediciones.
- Guerrero Díaz, M. (Noviembre de 2019). *Reflexiones sobre el suicidio desde la mirada histórica*. Psicoevidencias.  
<https://www.psicoevidencias.es/contenidos-psicoevidencias/articulos-de-opinion/89-reflexiones-sobre-el-suicidio-desde-la-mirada-historica/file>
- Ministerio de Salud. (2023). *Ley N° 27.130*. Boletín Oficial de la República Argentina.  
[https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/299606/20231201#:~:text=Que%20los%20datos%20de%20la,mujeres%20\(n%3D570\)](https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/299606/20231201#:~:text=Que%20los%20datos%20de%20la,mujeres%20(n%3D570))
- OMS. (s.f.). *Suicidio*. Organización Mundial de la Salud.  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- OMS. (s.f.). *Suicidio*. Organización Mundial de la Salud.  
<https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/suicide>
- PAHO y OMS. (s.f.). *Prevención del suicidio*. Organización Mundial de la Salud.  
<https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio>
- Pasquini, M. S. (2005). *Eutanasia*. Sistema Argentino de Información Jurídica.  
<https://www.saij.gob.ar/doctrina/daoc050056-pasquini-eutanasia.htm?bsrc=cj>
- Rocamora, A. (2013). *Intervención en crisis en las conductas suicidas*. Desclée De Brouwer.

Rodriguez Biglieri, R., y Vetere, G. (2011). *Manual de Terapia Cognitiva Conductual de los trastornos de ansiedad*. Editorial Polemos.

Slaikeu, K. A. (2000). *Intervención en Crisis. Manual para práctica e investigación*. Manual Moderno.