

ESTRATEGIAS PARA TRABAJAR CON JÓVENES QUE PRESENTAN IDEAS SUICIDAS

Luz de Lourdes Eguiluz Romo
María Luisa Plasencia Vilchis,
Carolina Santillán Torres Torija

Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México
Estado de México

Resumen

Hasta hace poco tiempo era difícil encontrar en artículos científicos o libros que trataran el tema del suicidio en jóvenes, en la actualidad por su incremento, que incluso en algunos países es la segunda causa de muerte, se puede encontrar un mayor número de referencias sobre el tema. Sin embargo la gran mayoría de estas tratan sobre datos estadísticos, comparaciones entre escuelas, género, edades y correlaciones de algunas variables; pero no se habla respecto a cómo trabajar con personas que reportan ideación suicida (Borges *et al*, 2010). El comportamiento suicida a pesar de ser un proceso complejo presenta cierta regularidad, comienza con algunas ideas esporádicas sobre la propia muerte acompañadas de cuestionamientos sobre su actuar en el mundo. Posteriormente, si esta situación persiste y se refuerza en el tiempo, puede ir acompañada de crisis depresivas, que llevan a la planeación y al intento suicida. Investigaciones recientes señalan que entre más se repite este proceso, sin recibir un tratamiento efectivo, es más posible llegar a consumar el acto suicida (García *et al*, 2010).

En este trabajo tenemos dos objetivos: 1. Describir el modelo de Terapia Breve de Emergencia (TBE) que estamos usando para tratar casos de emergencia psicológica (Eguiluz, 2010; Slive y Bobele, 2013); y 2. Presentar algunas estrategias que hemos empleado en la clínica de emergencia y que han dado resultado para deconstruir la ideación suicida en jóvenes (Eguiluz, 2012). El modelo comprende tres fases: Entrenamiento, Evaluación, Trabajo clínico y Supervisión. Durante el taller solo se describirá el modelo de trabajo clínico en consultorio y las estrategias de intervención.

1. Entrenamiento de terapeutas (jóvenes recién egresados de la licenciatura en psicología), durante un semestre a razón de dos horas por semana, con una duración de 40 horas. Estos jóvenes se inscriben en el programa de entrenamiento que es totalmente gratuito, pero con el compromiso de ofrecer al menos 40 horas de servicio clínico con el modelo de Terapia Breve de Emergencia. Durante el programa se evalúa a los jóvenes para conocer quienes van adquiriendo la expertés necesaria para convertirse en terapeutas.
2. Trabajo clínico de los nuevos terapeutas en tres consultorios, de las 9:00 am hasta las 19:00 pm. Cada hora se pueden recibir tres pacientes en consulta, los solicitantes no tiene que hacer cita ni esperar mucho tiempo para ser recibidos. Al final del día se pueden atender máximo 30 personas (Slive y Bobele, ob. cit.).
3. Los terapeutas deben que asistir a la supervisión de sus casos, esto se lleva a cabo una vez por semana. La supervisión se recomienda para recibir otro punto de vista sobre el caso, recibir información sobre alguna otra estrategia que puede emplearse, o porque el caso que están tratando les ha causado intranquilidad, preocupación, o emociones encontradas que los hacen sentirse confundidos.

Con este nuevo modelo de TBE, se entrenan terapeutas, además de ofrecer servicio psicológico de emergencia; sin que todo ello represente una erogación para la universidad. Si las universidades se preocuparan por la salud emocional de los jóvenes, podrían emplear este modelo que ha sido demostrado exitosamente (Eguiluz, 2012).

Palabras claves: Ideación suicida, Emergencias Psicológicas, Estrategias clínicas

Abstract

Until recently it was difficult to find in scientific papers or books regarding the issue of suicide among the youth. However, because of the increase in suicide rates, being in some countries the second leading cause of death, there can be found a greater number of references in the subject. However the great majority of these publications deal with statistical data, comparisons between schools, gender, age and correlations of some variables; but do not talk about how to work with people who report suicidal ideation (Borges et al., 2010). Suicidal behavior despite being a complex process, presents some regularity, begins with some sporadic ideas about death accompanied by questions about the persons role in the world. Subsequently, if this situation persists, and its reinforced over time, it may be accompanied by bouts of depression, leading to the planning and the suicide attempt. Recent research suggests that the more this process is repeated, without receiving an effective treatment, it is possible to consummate the act of suicide (García et al., 2010). In this paper we have two objectives: 1. Describe the model of Brief Therapy for Psychological Emergencies (TBE) we are using to treat young people (Eguiluz, 2010; Slive and Bobele, 2013); and 2. To present some strategies that we have employed in the emergency clinic and that have worked to deconstruct suicidal ideation in young (Eguiluz, 2012). The model comprises three phases: Training, Evaluation, Clinical Work and Supervision. During the workshop only the model of clinical work in practice and intervention strategies will be described.

1. Training therapists (formed by graduates from Psychology), Therapists are trained for a semester at the rate of two hours per week, with a course having a duration of 40 hours. These young people are enrolled in the free training program, but with a commitment to provide at least 40 hours of clinical service in the model of Brief Therapy for Emergencies. During the program, participants are evaluated in order to choose who can serve as therapists.

2. Clinical work of new therapists in three offices from 9:00 am until 19:00 AM. Every hour three patients can be received, applicants do not have to make an appointment or wait long to be received. At the end of the day you can serve up to 30 people (Slive and Bobele, op. cit., 2013).

3. Therapists must attend supervision of their cases, this is done once a week. Monitoring is recommended to get another view on the case, receive information on any other strategy that can be used, or because the case has caused uneasiness, worry, or emotions that make the therapist feel confused.

With this new model of TBE, therapists are trained to offer psychological emergency services without all this representing an outlay for the college's administration. If universities cared about the emotional health of young people, they could use this model that has been successfully demonstrated (Eguiluz, 2012).

Keywords: Suicidal ideation, Psychological Emergency, Clinical Strategies

Resumo

Há pouco tempo atrás, era difícil encontrar artigos científicos ou livros que tratassem do tema do suicídio em jovens; porém atualmente, em decorrência do aumento de casos, que em alguns países é a segunda causa de morte, pode-se encontrar um maior número de referências sobre o tema. Não obstante, a grande maioria dessas tratam de dados estatísticos, comparações entre escolas, gênero, e correlações entre algumas variáveis; porém não se fala a respeito de como trabalhar com pessoas que relatam ideação suicida. (Borges et al., 2010). O comportamento suicida, apesar de ser um processo complexo, apresenta certa regularidade, começa com algumas ideias esporádicas sobre a própria morte, acompanhadas de questionamentos sobre seu agir no mundo. Posteriormente, se esta situação persiste e se amplia a frequência, pode ser acompanhada de crises depressivas, que levam à tentativa e ao intento suicida. Investigações recentes indicam que quanto mais se repete este processo, sem receber um tratamento efetivo, maior a possibilidade de chegar a consumir o ato suicida (García et al., 2010).

Neste trabalho temos dois objetivos: 1. Descrever o modelo de Terapia Breve de Emergência (TBE) que estamos utilizando para tratar casos de emergência psicológica (Eguiluz, 2010; Slive y Bobele, 2013); e 2. apresentar algumas estratégias que temos empregado na clínica de emergência e que têm dado resultado para deconstruir a ideação suicida em jovens (Eguiluz, 2012). O modelo compreende três fases: Treinamento, Avaliação, Trabalho Clínico e Supervisão. Durante a oficina somente se descreverá o modelo de trabalho

clínico em consultório e as estratégias de intervenção.

1. *Treinamento de terapeutas (jovens recém egressos dos cursos de formação em Psicologia), durante un semestre, duas horas por semana, com duração de 40 horas. Esses jovens inscrevem-se no programa de treinamento, que é totalmente gratuito, porém com o compromisso de oferecer ao menos 40 horas de serviço clínico no modelo de Terapia Breve de Emergência. Durante o programa os jovens são avaliados, para identificar quais estão adquirindo a expertise necessária para se converterem em terapeutas.*

2. *Trabalho clínico dos novos terapeutas em três consultórios, das 9:00 às 19:00 h. A cada hora podem ser atendidos até 3 pacientes; os solicitantes não necessitam formalizar compromisso, nem esperar muito tempo para serem atendidos. Ao final do dia podem ser atendidos no máximo 30 pessoas (Slive y Bobele, op. cit., 2013).*

3. *Os terapeutas devem receber supervisão de seus casos, que acontece uma vez por semana. Recomenda-se a supervisão para que recebam outro ponto de vista sobre o caso, informação sobre alguma outra estratégia que se pode empregar, ou porque o caso de que estão tratando lhes causou intranquilidade, preocupação, ou emoções que os fazem sentir confusos.*

Com este novo modelo de TBE, treinam-se terapeutas, além de oferecer serviço psicológico de emergência; sem que tudo isso represente despesa para a universidade. Se as universidades preocupam-se com a saúde emocional dos jovens, poderiam empregar este modelo, que se demonstrou exitoso (Eguiluz, 2012).

Palabras-chave: *Ideação suicida, Emergências Psicológicas, Estratégias clínicas*

Introducción

El suicidio es un fenómeno global que ocurre en todos los países del mundo y también puede presentarse a cualquier edad, sin embargo entre los jóvenes cuyas edades se encuentran comprendidas entre los 12 y los 25 años, llega a ser la segunda o tercera causa de muerte (Borges *et al*, 2010). La tasa de población relacionada con el suicidio en México, señala un índice de 4,5 por cada cien mil habitantes. Lo que al compararlo con otros países no resulta tan alto, pero lo que si resulta alarmante es la tendencia a la alza, que han tenido estos datos al comparar, por ejemplo, la estadística del 2000 al 2015 en México donde pasó de 3,5 a 4,9 por cada cien mil personas.

Con motivo del “Día Mundial para la Prevención del Suicidio” el INEGI (2015) ofreció datos donde se señala que el suicidio en México es la décimo cuarta causa de muerte entre la población, con 5 909 casos registrados durante ese año, lo que significa una tasa de casi cinco por cada 100 mil habitantes. En el mismo escrito se señala que al año mueren por suicidio, alrededor de un millón de personas en el mundo, por lo que cada día cerca de 3 000 personas ponen fin a su vida, y lo que es también grave es que por cada persona que se suicida, hay aproximadamente 20 más que lo intentan, lo que afecta en promedio a 25 personas entre familiares, vecinos, amigos, compañeros, que conocen a la persona y se enteran del suicidio o del intento realizado (Eguiluz y Mera, 2015). La República Mexicana cuenta con 113 millones de habitantes, siendo de los países latinoamericanos, uno de los de mayor población, donde el 27,4% son jóvenes menores de 14 años (INEGI, ob. cit.). De esta población, aproximadamente la mitad vive en pobreza extrema, de modo que el acceso a la educación, a la salud y a la vivienda, aunque sean derechos humanos y estén consignados como mandato constitucional, puedan cumplirse. Esta situación tiene graves consecuencias para la salud física y mental de niños y jóvenes, en los que la tasa de mortalidad es 60 veces más alta.

Para nadie resulta un secreto que las condiciones del modelo económico neoliberal han empobrecido a gran parte de la población mundial y enriquecido a niveles ofensivos solo a una minoría privilegiada.

Adicional a esto, las condiciones sociales, producto también del mismo modelo económico, tampoco son alentadoras: no hay trabajo para los jóvenes que recién egresan de escuelas y universidades, las personas son despedidas al cerrarse sus fuentes de trabajo, no hay condiciones que permitan una jubilación justa y digna, el narcotráfico va en aumento, la violencia social y familiar también se ha incrementado, la falta de credibilidad en las instituciones (Iglesia, Estado, Partidos Políticos, Escuelas, Sistema de Salud) y la gran corrupción en todos los niveles; hacen cada vez menos frecuente encontrar personas felices y matrimonios o familias unidas y en bienestar. Con todo ello uno se pregunta, ¿el medio en el que se desarrollan los niños, el ambiente en el que viven los jóvenes, donde transitan las personas adultas, o la soledad en la que viven los ancianos, son todos ellos medios adecuados para su crecimiento y desarrollo?; ¿tendrán razón todas estas personas al buscar un escape de una situación que parece inconmensurable?; ¿es la muerte auto infligida una solución?; si no lo es, ¿cómo se puede salir de esta situación que parece tan devastadora? Y si no es posible salir de ella ¿se puede aprender a vivir mejor desde las condiciones descritas?

Además de que el suicidio ha ido en aumento, es también muy preocupante que en la actualidad no solo se suicidan jóvenes y ancianos, sino que también niños menores de 13 años. El fin de la infancia y el período de adolescencia suelen ser edades difíciles que presentan complejos desafíos, tales como una mayor responsabilidad en la escuela, violencia en la comunidad social (familia, escuela, calle), cambios hormonales que transforman no solo el cuerpo sino también la conducta, todo ello puede llevar a pensamientos negativos, cuando varios de estos factores se presentan como agravantes de situaciones familiares ya de por sí adversas. El suicidio en niños es difícil de diagnosticar, porque los síntomas se pasan desapercibidos y las conductas disfuncionales se ven como accidentes, además porque muchos padres, maestros e incluso investigadores, consideran que los niños no se suicidan.

A pesar de que muchos de estos datos son ampliamente conocidos, poco se sabe respecto a cómo evitar lo que se ha convertido en un problema de salud pública, no solo por su incidencia, sino por los efectos que provoca el suicidio entre familiares y conocido, que en ocasiones son causa de nuevas muertes autoinducidas. Porque como señalan algunos clínicos, un duelo mal elaborado, puede generar sufrimiento en los deudos por muchos años e incluso llegar a trascender a varias generaciones (Neimeyer, 2002; Tizón, 2004).

Se conocen pocas referencias confiables respecto a los tratamientos psicológicos empleados para trabajar con personas que sufren depresión acompañada de ideas suicidas. No hay comparación entre tratamientos, lo que puede resultar más difícil de probar a nivel metodológico, dado que sería necesario tener control empleando dos o tres modelos de tratamiento, con igual número de terapeutas expertos en cada tratamiento y un número de usuarios similares (en cuanto a edad, género, escolaridad), lo cual resulta sumamente difícil de lograr. Y aunque en el mejor de los casos, se pudieran ejercer todos estos controles, cómo deslindar las pericias del terapeuta en interacción con un buen usuario (que está motivado, entiende los cambios que habrá de realizar, tiene las fortalezas para intentarlo y la perseverancia para lograrlo), y cómo controlar la historia y el contexto social del paciente, que en unos casos favorecerá el cambio y en otros podrá obstaculizarlo.

Sin embargo, el comportamiento suicida a pesar de ser un proceso complejo presenta cierta regularidad, comienza con algunas ideas esporádicas sobre la propia muerte acompañadas de cuestionamientos sobre su actuar en el mundo. Si esta situación persiste y se refuerza en el tiempo, puede ir acompañada de crisis depresivas, que llevan a la planeación y al intento suicida (Gonzalez-

Forteza *et al*, 2002). Investigaciones recientes señalan que entre más se repite este proceso, sin recibir un tratamiento efectivo, más posibilidades existen de llegar a consumir el acto suicida (García *et al*, 2010).

En este trabajo se busca alcanzar dos objetivos: 1. Describir el modelo de Terapia Breve de Emergencia (TBE) que estamos usando para tratar casos de emergencia psicológica como la ideación suicida (Slive y Bobele, 2013); y 2. Presentar algunas estrategias que hemos empleado en la clínica de emergencia y que han dado resultado para deconstruir la ideación suicida en jóvenes (Eguiluz, 2012).

Modelo de Terapia Breve Sistémica

Recordemos que la terapia breve surge en los Estados Unidos, como muchos de los modelos para el trabajo clínico que conocemos en latinoamérica. Se conocen dos modelos de Terapia Breve (con duración, entre 10 y 20 sesiones), uno es la Terapia Breve Estratégica (TBE) también conocida como Terapia Centrada en los Problemas (TCP), desarrollada en principio por Fisch, Weakland y Segal (1982) y formulada *a posteriori* por Watzlawick (1986) Watzlawick y Nardone (2000), cuya tarea consiste en eliminar los síntomas o el comportamiento disfuncional a través de diversas estrategias que disuelven las dificultades, preguntando al paciente que es lo que anteriormente ha hecho y no le ha dado resultado, es necesario este conocimiento previo para no repetir algo que no le ha servido. Aunque puede haber, otros casos en que precisamente los esfuerzos que ha hecho para eliminar el problema, son los que lo mantienen vigente.

El otro modelo de Terapia Breve fue desarrollado por Steve de Shazer (1986, 1999) y el grupo de Milwaukee con O'Hanlon y Weiner-Davis (1990), entre otros, a diferencia del anterior este se enfoca en las soluciones, por lo que se le conoce como Terapia Breve Centrado en Soluciones (TBS). A pesar de tener estos dos modelos sus diferencias, al compararlos tienen más semejanzas, por provenir de un mismo tronco (la teoría sistémica). En ambos modelos, no se indaga demasiado en el pasado del paciente, ni se utilizan los diagnósticos médicos psiquiátricos (CIE-10, DSM), en ocasiones ni siquiera se intenta saber cuál es el problema, el terapeuta se coloca a la altura del paciente y en otros momentos puede ponerse por debajo de él, permitiendo el reconocimiento de lo que hace la persona.

En estos modelos los objetivos terapéuticos se negocian con el paciente, se buscan las excepciones en que la persona ha logrado controlar el problema. Se emplea también la deconstrucción del significado, y otros recursos provenientes del Modelo Narrativo de Michel White y David Epston (1990).

Un modelo más reciente: Atención Inmediata

Hace relativamente poco tiempo se empezó a utilizar al sur de los Estados Unidos (Houston y Texas) un nuevo modelo denominado Terapia de Atención Inmediata, este nuevo enfoque surgió en 1999 en el *Wood's Homes Eastside Family Center* de Canadá (Slive y Bobele, 2013), y tiene entre sus características:

... posibilita el encuentro de los pacientes con un profesional en salud mental en el momento que ellos elijan. No hay burocracia, ni procesos de admisión, no hay lista de espera, ni demoras. No hay una evaluación formal, ni un proceso de diagnóstico formal, solo una hora de terapia enfocada a las necesidades expresadas del paciente. La terapia de

atención inmediata satisface las necesidades del paciente y es, además, altamente gratificante para los profesionales. ... Además en la terapia de atención inmediata no hay cancelaciones ni citas a las que no lleguen los paciente, lo que la vuelve más eficiente (Slive *et al*, 2009, p. 6).

Decidimos emplear ese modelo de terapia porque varias de las condiciones que llevaron a su creación se hacían coincidentes con lo que veíamos a diario en la universidad con las personas que acudían a la clínica de Terapia Familiar Sistémica. La universidad está ubicada en un barrio fabril de la zona conturbada de la ciudad de México, el municipio denominado Naucalpan que pertenece al Estado de México, sus habitantes son personas de bajos recursos económicos, a quienes no parecía interesarles comprometerse con conversaciones terapéuticas de largo plazo. Eran personas o familias que acudían a terapia porque se los había solicitado la escuela donde estaba inscrito su hijo, buscando encontrar una solución rápida, para resolver sus problemas. Pero mostraban poco interés en la autoexploración, la reconstrucción de la personalidad, ni en proyectos a largo plazo, eran personas sencillas, obreros, trabajadoras domésticas, docentes, amas de casa, e incluso algunos profesionistas. Todo esto fue detectado a través de entrevistas hechas a cientos de familias que durante más de una década acudieron a la Clínica de Terapia Familiar (Eguiluz, 2008), donde los alumnos del posgrado hacen más de 800 horas de entrenamiento trabajando directamente con familias bajo la supervisión de sus maestros.

Conociendo las características y necesidades de las familias que acudían a terapia, y buscando compaginarlo con el programa de investigación sobre la detección de ideación suicida en los jóvenes (Eguiluz y Mera, 2015), decidimos buscar un programa de terapia breve para dar atención a toda esta problemática. Tomando en cuenta que los alumnos de la universidad, se encuentran en edades entre 18 y 25 años, que ya de por sí son edades de riesgo, viven además en zonas pauperizadas, pertenecen a familias desligadas, donde los índices de violencia, criminalidad, narcotráfico, drogadicción y alcoholismo son frecuentes, hay violencia de género y asesinatos de mujeres en las calles, sufren el robo en los autobuses de transporte, en su mayoría no practican un credo religioso, el consumo de drogas entre ellos es frecuente, así como practican relaciones sexuales sin protección. Todas estas condiciones hacen de nuestra población, una población de alto riesgo, por lo que es importante intervenir y resolver los problemas antes de que progrese el malestar y el riesgo de suicidio se incremente.

Las investigaciones realizadas con el modelo de terapia de sesión única (Yung, 2013) demostraron al comparar durante un año las evaluaciones de presesión y postsesión obtenidas en la Clínica *Reach Out Center for Kids*, encontraron las siguientes ventajas:

1. Se puede atender a muchos más solicitantes que con cualquier otro tipo de modelo clínico.
2. Reduce el estrés que existe en el momento de la cita inicial.
3. Entre el 65 y 70% de los pacientes atendidos asistieron a una sola sesión en el transcurso de un año.
4. Los beneficios de la sesión única permanecen durante un tiempo.
5. Se pueden resolver los problemas con los que llega el paciente.

6. Los pacientes después de la sesión tienen más ideas sobre sus recursos y fortalezas, y saben también cómo manejarlos.

Además de todas estas ventajas la terapia breve que ofrece la universidad reúne las siguientes características: es posible acceder a ella a través de tres cubículos asignados para recibir a los solicitantes, la atención es cada hora, comienza a las 9:00 am. y termina a las 18:00 hrs., no tienen ningún costo, no hay que hacer cita, solo se requiere llegar un poco antes de la hora para llenar una ficha con sus datos y esperar que se desocupe cualquiera de los tres terapeutas de emergencia para ser recibidos.

Estas condiciones permiten a diario una atención máxima de 27 jóvenes, los terapeutas de atención inmediata son jóvenes psicólogos recién egresados o psicólogos en ejercicio, que han sido entrenados durante un semestre con los modelos de terapia breve de emergencia, durante 40 horas a razón de dos horas por semana. El curso es sin ningún costo, pero se requiere que firmen un contrato donde se especifica que de ser evaluados aprobatoriamente, se comprometen a ofrecer terapia durante un número igual al de las horas de duración del programa de entrenamiento, lo que implica no más de tres horas diarias, en los días y horarios que ellos escojan.

Cuando los terapeutas de emergencia empiezan a ejercer, tienen obligación de ir a supervisión una vez al mes con las doctoras encargadas del programa: Santillán, Eguiluz y Plasencia. Durante la supervisión se trabaja no solo los tropiezos que pudieran surgir con los pacientes, sino también cuestiones personales que implican la resonancia que pudiera tener en ellos los problemas que están tratando en terapia. Muchos de los terapeutas de emergencia se quedan participando en el programa después de haber completado las horas obligadas por su compromiso.

Estrategias empleadas en el consultorio de emergencia

Describiremos a continuación una serie de estrategias que se han empleado durante la terapia de emergencia, no solo para tratar la ideación suicida, porque emergencia psicológica pueden ser problemas tales como: un reciente asalto en el autobús, un intento de violación, la pérdida de una relación afectiva, el pleito con el mejor amigo, reprobación de un examen habiendo estudiado, conflictos con los padres, violencia familiar que los lleva a dejar la casa, inquietud por su identidad sexual, y muchas situaciones más que pueden poner al joven en una situación desesperada sin encontrar los recursos para salir adelante (Eguiluz *et al*, 2010). Situaciones que de no ser atendidas, no solo le impide aprender y estar consciente en sus clases, sino interfieren con su salud física y emocional, e incluso pueden iniciar el proceso suicida.

La idea básica de esta nueva forma de entender el ejercicio terapéutico está basada en la idea de Watzlawick (1984) quien señalaba que *la realidad no existe, ni se descubre, sino que la realidad se contruye socialmente*. Así como las propuestas de D'Shazer (1999) que proponen que *la realidad surge a partir de procesos lingüísticos concensuados*. Con estas bases epistemológicas se entiende que los significados que atribuimos a lo que nos ocurre, a las conductas de los demás y a las palabras mismas, no son estables ni significan lo mismo para todos, sino que son negociadas por el grupo social de pertenencia. De esta manera todos los humanos interpretamos la realidad en la que vivimos y entre los significados que tenemos al alcance, seleccionamos acontecimientos que pasan a formar parte de nuestra experiencia, a lo que los terapeutas de Adelaida describen como "historias

saturadas de problemas”. Esto que resulta normativo no es fácil de decifrar por la mayoría de la gente, quienes no se dan cuenta que han creado fantasmas que después les asustan.

1. Descubrir con el paciente la forma en que se explica lo que le pasa

La depresión endógena, la ansiedad, las obsesiones y los ataques de pánico, son los principales enemigos de la felicidad (Santandreu, 2014), y tienen que ver con la falta de aceptación personal, la incapacidad para gestionar las emociones, y una actitud mental negativa. A través de preguntas claves podemos ayudar al cliente a repensar lo que piensa, para darse cuenta qué su manera de construir el mundo en el que participa tiene que ver con su historia personal, con el aprendizaje adquirido de sus padres, y con una forma catastrofista de evaluar lo que le sucede. Según Schwartz (2000), el creciente grado de individualismo en las sociedades occidentales está unido a un aumento de la depresión. Hoy en día existen muchas opciones para elegir y mucha información para hacerlo, pero a los jóvenes les falta un buen guía para hacerlo, en muchos casos no cuentan con los padres, porque ambos trabajan y tampoco cuentan con amigos cercanos a quien recurrir.

2. Identificar, por medio de preguntas, las excepciones

Indudablemente la queja, es decir lo malo que le ocurre no ha estado presente todo el tiempo, ni en todas las épocas de su vida. La idea entonces, es buscar en la historia del cliente y con su ayuda, algunas soluciones que le han funcionado en otro momento o que le han permitido reducir la gravedad del problema. Es una fórmula bastante sencilla, pero a pesar de esto es poco usada, porque muchas veces hacemos lo que decía Paul Watzlawick (1986), a pesar de que vemos que la medicina que estamos aplicando no reduce el malestar, en vez de cuestionar si el remedio es el adecuado, lo que hacemos es “dar más de lo mismo”, lo que en ocasiones incluso, agrava el problema. Mientras que la recomendación que propone O’Hanlon (2003), es muy sencilla: “cuando lo que hacemos no funciona, hagamos otra cosa; cualquier otra cosa, siempre será mejor”.

3. Ayudar al cliente a cambiar la forma de ver los problemas

O’Hanlon (2005) dice que no hay nada más peligroso como una idea cuando esta es la única que se tiene, y es cierto, porque la mayor parte de las ideas por las que sufre la gente son cosas que no han ocurrido o quizá nunca van a ocurrir. De modo que uno de los objetivos de la terapia ha de ser la búsqueda, junto con el cliente, de interpretaciones menos dolorosas de la realidad. También Michel White (2002) habla de cómo hay personas que narran y se aferran a “historias saturadas de problemas”, que los llevan a pensar que la vida no tiene sentido, sin embargo a través de la terapia se puede ir construyendo con el cliente “historias alternativas” que le permitan vivir de mejor manera.

Ejecución de ejercicios o tareas para practicar en casa

Los ejercicios que se describen a continuación tienen la función de mejorar el estado de ánimo, favorecen la aparición de sentimientos positivos y mejoran la calidad de vida del cliente. En el modelo con el que trabajamos procuramos dejar tareas o ejercicios con objeto de que el beneficio logrado se prolongue por más tiempo, incluso el seguimiento que se hace después de tres meses, tiene la intención no solo de investigar, sino de darnos cuenta si el efecto de la terapia breve se mantiene.

4. Llevar un diario de positividad

Se le pide al cliente que durante tres días de la semana, pueden ser lunes, miércoles y viernes, escriba por espacio de 10 minutos (solo 10 minutos), las cosas interesantes en las que participó durante esos días, algo que pudo conocer y aprender, alguna amistad que hizo o una antigua amistad a la que le llamó o visitó, alguna actividad que realizó en la que se sintió exitoso, describir si tuvo alguna emoción positiva que le gustaría recrear. Está comprobado que realizando este tipo de ejercicio la persona se siente mucho mejor y al cabo de dos o tres semanas, su estado de ánimo puede mejorar en un porcentaje bastante elevado (Lyubomirsky, 2008).

5. Practicar el optimismo y la esperanza

Seligman, uno de los fundadores de la Psicología Positiva, señala que el optimismo “radica en encontrar causas permanentes y universales para los sucesos positivos junto con causas transitorias y específicas para los adversos” (2003, p. 132), lo cual puede ser una buena receta para mejorar el sentido de la vida de los clientes que acuden a terapia. El autor encontró que las personas que piensan de forma esperanzadora se recuperan más rápido de los problemas y una vez que logran algo positivo se siguen en racha con facilidad.

6. Realizar actividades para fluir

Mihaly Csikszentmihalyi (2005) señala que vivir significa experimentar a través del hacer, del sentir y del pensar. Este autor encontró a través de sus investigaciones, que hay actividades que no requieren un refuerzo externo (una paga o un salario), porque la actividad en sí misma es lo suficientemente gratificante para permitirle a la persona sentirse realizada. Le llamó *Fluir* a esa sensación que se produce cuando realizamos alguna actividad que requiere esfuerzo y concentración y un alto nivel de destreza para su ejecución, pero no sobrepasa la capacidad del ejecutor. La persona puede pasar una buena cantidad de tiempo en ello, sin sentir el cansancio y disfrutando de lo que hace.

7. Invertir en las relaciones sociales

Las investigaciones realizadas por Seligman (2014) y su equipo, señalan que las personas que se sienten felices tienen mejores relaciones que sus colegas que son menos felices. Para mejorar las relaciones sociales es necesario practicar la amabilidad y la generosidad, ya sea ayudando a alguien que lo requiera o estando dispuesto a compartir lo que se tiene, puede ser el tiempo, los conocimientos o algún objeto material. No hace falta que la persona a la que vaya dirigida la acción se dé cuenta, ni tampoco que lo que se haga tenga un destinatario preciso, por ejemplo ayudar a una persona a cruzar la calle, quitar un objeto con el que alguien pudiera tropezar, donar sangre, recoger la basura y apagar las luces del salón de clases antes de salir, hacer las compras por una amiga enferma. Realizar acciones de este tipo según Lyubomirsky (2014) nos hace sentir bien y mejora nuestro bienestar subjetivo.

8. Descubrir cuáles son las fortalezas con las que ya cuenta

En los modelos tradicionales de terapia, no se busca conocer ni se hace énfasis en las fortalezas, el enfoque se hace sobre los problemas del paciente. Actualmente se cuenta con evidencia científica sobre los efectos benéficos de un grupo de fortalezas entendidas como

rasgos positivos de personalidad, tales como la gratitud, la esperanza, la apreciación de la belleza, la espiritualidad, el humor entre otras (Peterson y Seligman, 2004). La conciencia de no estar solo proporciona significado, perseverancia, sentido de pertenencia, esperanza y espiritualidad (Martínez, 2006), sin embargo, las condiciones actuales empujan a los jóvenes al consumo y al individualismo. Según Abi-Hasem (2001) el fuerte énfasis en el logro, la acumulación de bienes y la independencia personal, han resultado en un mayor desapego, soledad, vacío y descontento, por lo que descubrir las fortalezas del cliente ayuda mucho a incrementar su bienestar, puede ser el equivalente de encontrar un poco de luz en la oscuridad de su vida.

A modo de conclusión

Al describir las estrategias que hemos empleado para trabajar con casos de emergencia psicológica lo hacemos con la esperanza de que este modelo de Terapia Breve de Atención Inmediata, pueda ayudar para que otras escuelas, instituciones educativas o universidades hagan lo mismo en beneficio de sus estudiantes. Estamos seguros que al mejorar el estado emocional de los estudiantes, puede incrementar no solo el nivel académico, sino también mejorar las relaciones sociales entre los jóvenes, y sobre todo, disminuirán la ideación suicida y la desesperanza, factores iniciales del proceso suicida.

También vale la pena señalar que para los terapeutas recién formados, estas nuevas estrategias permiten crear un sentido de solidaridad, no solo con el cliente sino con la propia universidad, se dan cuenta de que están colaborando al cambio, lo que fortalece la alianza terapéutica. A pesar de que se trata de una sesión breve, el terapeuta sabe que cuenta con poco tiempo para construir una alianza, por lo que debe enfocarse en cómo se presenta el problema en el presente, atendiendo los datos presentes y futuros (en vez de pasados), pidiendo a la persona que proporcione datos descriptivos en vez de explicativos, sin olvidar lo que dicen White y Epston (1990), de que “el problema es el problema”, tal como lo presenta el paciente, viendo los problemas no con una mirada de causa-efecto sino como aspectos de la interacción humana. La alianza terapéutica se consolida a través de una escucha activa, expresiones de empatía y apoyo del terapeuta, más la percepción de que las formas de terapia empleadas, corresponden con las ideas del paciente sobre lo que puede ayudarle a resolver el problema (Wainstein, 2006).

Actualmente Slive y Bobele (2013) describen en su libro evidencias positivas sobre este tipo de trabajo. Según reportan las encuestas realizadas en el *East Family Center* (Clements, McElheran, Hackney y Park, en: Slive y Bobele, 2013) donde al preguntar a los pacientes, después de tres y cinco meses de haber recibido el servicio, el 83% reportó estar satisfechos, el 67% manifestó un nivel de mejoría, también se reportó que la fuerza principal del centro era “la disponibilidad de atención inmediata”, seguida de “tener a alguien que escuchara” (p.177).

Referencias bibliográficas

- Abi-Hasem, (2001). Rediscovering Hope in American Psychology. *American Psychologist*, 56(1), 85-86.
- Borges, G., R. Orozco, C. Benjet & M. Medina-Mora (2010). *Suicidio y conductas* ULINÉ.

- Clements, R., N. McElheran, L. Hackney y H. Park (2013). "Veinte años de sesión única de atención inmediata. Dónde estuvimos y hacia dónde vamos." En: Slive A. y M. Bobele: *Cuando solo tienes una hora. Terapia efectiva para clientes de atención inmediata*. México: Paidós, cap. 8, pp. 178-205.
- Csikszentmihalyi, M. (2005). *Fluir una psicología de la felicidad*. Barcelona: Kairós.
- De Shazer, S. (1986). *Claves para la solución en Terapia Breve*. Argentina: Paidós.
- _____. (1999). *En un origen las palabras eran magia*. España: Gedisa.
- Eguiluz, L. L. (comp.) (2004). *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*. México: Pax-México.
- _____. (comp.) (2010). *¿Qué podemos hacer para evitar el suicidio?*. México: Pax-México.
- _____. (2012). Estrategias de intervención en jóvenes con ideación e intento suicida. *UARICHA Revista de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo*, 8(16), 66-90.
- Eguiluz, L. L.; M. Córdova y C. Rosales (comp.) (2010). *Ante el suicidio su comprensión y tratamiento*. México: Pax-México.
- Eguiluz, L. L. y J. Mera (2015). Medición del Riesgo Suicida, Bienestar Psicológico y Estructura Familiar en Estudiantes de la Salud. *Revista Enseñanza e Investigación en Psicología*, 20(1), 96-101.
- Fisch, R., J. Weakland y L. Segal (1982). *The tactics of Change: Doing Therapy Briefly*. San Francisco: Jossey-Bass.
- García, H., J. Sahagún, A. Ruiz, G. Sánchez, J. Tirado & J. González (2010). Factores de riesgo, asociados a intento de suicidio, comparando factores de alta y baja letalidad. *Salud Pública*, (2), 713-721.
- González-Forteza, C., J. Villatoro, M. E. Medina Mora, C. Fleiz, P. Bermudez & N. Amador (2002). Prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes de la Ciudad de México: 1997-2000. *Salud Mental*, 25(6), 1-12.
- González-Forteza, C. y T. A. Jiménez (2010). "Problemática suicida, algunas consideraciones desde la investigación psicosocial", en: Eguiluz, L.; M. Córdova y C. Rosales *Ante el suicidio su comprensión y tratamiento*. Cap. 3, México: Pax-México.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) (2013). *Estadística de suicidios de los Estados Unidos Mexicanos*. México: INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) (2015). *Informe sobre el día mundial para la prevención del suicidio*. México: INEGI.
- Lyubomirsky, S. (2008). *La ciencia de la felicidad*. España: Urano.
- _____. (2014). *Los mitos de la felicidad: Descubra las claves de la felicidad auténtica*. España: Urano.
- Martínez, L. (2006). El estudio científico de las fortalezas trascendentales desde la Psicología Positiva. *Clínica y Salud*, 17(3), 245-258.
- Neimeyer, R. (2002). *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. España: Paidós.
- O'Hanlon, B. (2003). *Pequeños Grandes Cambios: Diez maneras sencillas de transformar tu vida*. México: Paidós.
- O'Hanlon, B., S. O'Hanlon y B. Bertolino (2001). *Desarrollar Posibilidades*. Barcelona: Paidós.
- O'Hanlon, W. y M. Weiner-Davis (1990). *En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Peterson, C. y M. Seligman (2004). *Character Strengths and Virtues. A handbook and classification*. APA & Oxford University Press

- Santandreu, R. (2014). *El arte de no amargarse la vida. Las claves del cambio psicológico y la transformación personal*. México: Booket.
- Schwartz, B. (2000). Self-determination: The tyranny of freedom. *American Psychologist*, 55, 79-88.
- Seligman, M. (2003). *La auténtica felicidad*. España: Javier Vergara.
- _____. (2014). *Florecer. La nueva Psicología Positiva y la Búsqueda del Bienestar*. México: Océano.
- Slive, A. & M. Bobele (2013). *Cuando solo tienes una hora. Terapia efectiva para clientes de atención inmediata*. Barcelona: Paidós.
- Slive, A., N. McElheran & A. Lawson (2009). How brief does it get? Walk-in single session therapy. *Journal of Systemic Therapies*, 27, 5-22.
- Tizón, J. (2004). *Pérdida, Pena, Duelo. Vivencias, investigación y asistencia*. España: Paidós.
- Wainstein, M. (2006). *Intervenciones para el cambio*. Argentina: JCE.
- Watzlawick, P. (1986). *El lenguaje del cambio*. España: Herder.
- _____. (1984). *El arte de amargarse la vida*. España: Herder.
- Watzlawick, P. & G. Nardone (2000). *Terapia Breve Estratégica. Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad*. Barcelona: Paidós.
- White, M. y D. Epston(1990). *Medios narrativos para fines terapéuticos*, Barcelona: Paidós.
- White, M. (2002). *Reescribir la vida*. Barcelona: Gedisa.
- Young, K. (2013). "Prácticas narrativas en una clínica de terapia de atención inmediata" en: A. Slive y M. Bobele, *Cuando solo tienes una hora. Terapia efectiva para clientes de atención inmediata*. México: Paidós, cap. 8, p.p. 178-205.