



MANUAL BREVE PARA

INTERVENCIÓN EN CRISIS Y POSTVENCIÓN

En instituciones educativas
y organizaciones

Leonardo Aja Eslava



Manual breve para intervención en crisis y postvención

© Corporación Buscando Ánimo, 2026
info@buscandoanimo.org

© Todos los derechos reservados, 2026
Bogotá D. C., Colombia
Bogotá, octubre de 2026

Leonardo Aja Eslava
Autoría

Corporación Buscando Ánimo
Diagramación y fotografía

ISBN: en curso.

www.buscandoanimo.org

1	Introducción.....	5
2	El proceso de ayuda.....	8
	1. La ayuda como una relación.....	9
	2. Elementos comprometidos en la relación de ayuda	9
	3. Alcances y límites de la ayuda.....	10
	4. Tipos de orientación de la ayuda	11
	5. El cambio: una constante en la vida.....	12
3	La intervención en crisis	18
	1. Definición	19
	2. Los elementos que conforman la definición de crisis psicológica	20
	3. Tipos de crisis	26
	4. Fases de la crisis	27
	5. La intervención en crisis	29
4	¿Existe un perfil idóneo para el asesor?	39
	1. Paciencia	40
	2. Creatividad.....	41
	3. Recursividad.....	41
	4. Buen afrontamiento	41
	5. Saber escuchar	42
	6. Capacidad empática	42
	7. Imparcialidad	42
	8. Determinación	43
5	Lo que el asesor necesita saber sobre el suicidio	44
	1. Conceptos básicos	45
	2. Mitos y realidades	46
	3. Factores de riesgo y de protección	48
	4. Señales de alarma	50
	5. Cómo preguntar	52
	6. Niveles de riesgo y qué hacer	53
6	La postvención	55
	1. ¿Qué es la postvención?	56
	2. ¿A quiénes va dirigida?	56

3.	Sus objetivos	57
4.	El duelo por suicidio	57
5.	El riesgo de imitación y la comunicación responsable	58
6.	Acciones que no ayudan	59
7.	La postvención en la institución educativa	60
8.	La postvención en la organización	61
9.	Cuidar a quien cuida	62
7	Rutas de atención	63
1.	Mientras llega la ayuda	64
2.	Ruta en la institución educativa	64
3.	Ruta en la organización: la Seguridad y la Salud en el Trabajo	66
8	El Código Dorado	68
1.	Marco normativo	69
2.	¿Quién puede activarlo?	69
3.	Niveles de atención y tiempos	70
4.	El Código Dorado en el colegio y en la empresa	70
5.	Los sobrevivientes en el Código Dorado	71
6.	Lo que el Código Dorado no reemplaza	71
9	Conclusiones	72
10	Bibliografía	74

CAPÍTULO

1

Introducción

En chino, el carácter que representa la idea de crisis tiene dos acepciones: peligro y oportunidad. El significado depende en últimas de la forma como cada persona quiera enfocar la situación.



Si miramos con más detenimiento nuestra vida cotidiana, no podemos negar la existencia de toda una serie de dificultades muy serias y en distintos niveles. Desde esta perspectiva, lamentablemente se ha creado un ambiente de desesperanza en donde lo más fácil es asumir que las cosas no tienen solución y asumir una cómoda posición de resignación. Pero por el otro lado, hay también un grupo de personas luchadoras, emprendedoras, arriesgadas y con mucha esperanza hacia el futuro. Día y noche, las dos caras de la moneda, blanco y negro, el contraste nunca había estado tan marcado como ahora. Si hay unos que forman parte del problema, hay otros que están del lado de la solución. Y es precisamente para quienes creen que están en el lado de la solución, para quienes va dirigido este documento.

Parte de nuestra responsabilidad social, ética y simplemente humana es poder ayudar a quien en un momento determinado es incapaz (temporalmente) de poderse ayudar a sí mismo.

Si estamos convencidos de que la vida ofrece oportunidades, pero que estas tienen un precio y estamos gustosos en pagarlo, ¿por qué permitir que otras personas se nieguen a sí mismas esas posibilidades cuando están contemplando la idea del suicidio y dar por terminado, lo que a su juicio es una existencia sin sentido?

Han pasado más de diez años desde la primera edición de este manual y, lamentablemente, el tema no ha perdido vigencia. La Organización Mundial de la Salud estima que en 2021 murieron por suicidio cerca de 727.000 personas en el mundo, y por cada una de ellas hubo muchas más que lo intentaron (World Health Organization [WHO], 2025). En Colombia, entre enero y septiembre de 2025 se registraron 2.066 suicidios según cifras preliminares, cerca de ocho de cada diez en hombres (Ministerio de Salud y Protección Social [MinSalud], 2025). Detrás de cada cifra hay una familia, un salón de clase, un equipo de trabajo y un grupo de amigos que quedan con preguntas sin respuesta.

Esta nueva edición amplía la mirada en dos sentidos. Primero, ya no se limita al ámbito escolar: incluye también a las organizaciones y empresas, en el marco de la Seguridad y la Salud en el Trabajo (SST). Así como un niño o un adolescente pasa buena parte de su día en el colegio, un adulto pasa buena parte de su vida despierta en su lugar de trabajo; ambos son escenarios privilegiados para notar que algo no anda bien y para tender la mano a tiempo. Segundo, incorpora un capítulo sobre postvención, es decir, sobre lo que hay que hacer cuando, a pesar de todos los esfuerzos,

ocurre un suicidio en la comunidad educativa o laboral. Se incluyen además las rutas de atención en cada uno de estos entornos y un capítulo sobre el Código Dorado, la estrategia adoptada en Colombia en 2026 para la atención inmediata de la conducta suicida.

Por eso este documento está dirigido a orientadores, docentes, directivos docentes y psicólogos educativos, pero también a profesionales de talento humano, responsables del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, integrantes de los comités de convivencia laboral, brigadistas, supervisores y líderes de equipo. En pocas palabras, a cualquier persona que, por el lugar que ocupa dentro de una institución, pueda ser la primera en enterarse de que alguien está en crisis.

CAPÍTULO

2

El proceso de ayuda

A diario vemos una serie de noticias sobre tragedias, desastres, calamidades, personas en situaciones de alto riesgo y muchas cosas más en donde la demanda siempre es la misma: se necesita una ayuda.



. Y generalmente se muestran a las víctimas de las tragedias como personas total y absolutamente indefensas, que no pueden hacer nada y que sus vidas están en manos de otros, pero no en las propias.

Igualmente, muchas veces se acude a las mismas explicaciones de por qué las cosas no han salido bien: el gobierno no ha hecho presencia, la Cruz Roja no ha venido, Derechos Humanos no ha vuelto, la Defensoría del Pueblo se tardó en llegar.

Con esta perspectiva, parecería que la ayuda siempre depende de unas manos buenas y caritativas que estén dispuestas a hacer algo por el prójimo, pero contrario a esto, la ayuda se establece como una relación entre dos y no en un solo sentido.

Esto tiene consecuencias muy prácticas. En el colegio, el estudiante que llega a la oficina de orientación no es un recipiente vacío que espera a ser llenado de consejos: trae sus propios recursos, su historia y sus maneras de resolver las cosas, aunque en ese momento no las vea. Lo mismo sucede en la empresa: el trabajador que se acerca al área de talento humano o a su jefe inmediato para contar que está pasando por un mal momento no está entregando su problema para que otro lo resuelva; está pidiendo compañía para poder resolverlo. Quien ayuda pone una parte y quien es ayudado pone la otra. Si alguna de las dos falta, la ayuda cojea.

1. La ayuda como una relación

¿Por qué hablamos de la ayuda como un proceso enmarcado en una relación? Es un proceso en tanto que va siguiendo unos pasos lógicos, estructurados y asociados entre sí a lo largo del tiempo. Es una relación porque se involucran varios participantes que desarrollan un vínculo con una capacidad de ejercer mutua influencia. Es aquí donde hablamos de los elementos que conforman la relación de ayuda.

2. Elementos comprometidos en la relación de ayuda

Partimos del hecho de que debe haber al menos dos participantes que son el agente ayudador y la persona que será ayudada. Aparte de la participación de unas personas dentro de esa relación, deben existir igualmente algunas condiciones que faciliten o hagan posible la relación de ayuda. Algunos son elementos tangibles y otros no. Dentro de los elementos intangibles encontramos disposiciones especiales en el ayudador y en el ayudado. **Primero**, el ayudador debe estar en posición y con interés en querer prestar la ayuda. Partiríamos del supuesto de que el ayudador posee información, recursos, habilidades o medios de los cuales carece el ayudado. **Segundo**, asumiríamos que el ayudador está en capacidad de facilitar aquello de lo que carece el ayudado. Ahora bien, si analizamos la posición del ayudado, este deberá tener un interés en querer recibir aquello

de lo que carece y saber o aprender a usar lo que se le ha facilitado. Inherentemente, también asumiríamos que existe una disposición de ayuda hacia sí mismo, es decir, hacer aquello que solo él puede hacer por él mismo. **El último punto de relevancia es que** en la relación de ayuda existen otros intereses (implícitos o explícitos) entre los dos sujetos participantes, aparte del interés por recibir y dar la ayuda.

Si nos amparamos en los múltiples estudios que se han realizado en la psicología social sobre el comportamiento altruista, es decir, brindar una ayuda de manera total y absolutamente desinteresada, la conclusión a la que se ha llegado es que el altruismo solo existe como concepto. Lo que se ha observado es que siempre, el aparente ayudador altruista, tiene un interés implícito que lo motiva a actuar. El problema en nuestra cultura es que asociamos el término “*interés*” con significados como mezquindad, utilitarismo o explotación. La verdad es que absolutamente todas las relaciones humanas están guiadas por algún tipo de interés: la madre está interesada en que su hijo se desarrolle sano y fuerte, el esposo está interesado en que su esposa le sea leal, el patrón está interesado en que sus empleados den lo mejor de su trabajo, el empleado está interesado en que su patrón sea justo, el médico está interesado en la recuperación de su paciente, el comerciante está interesado en que su cliente regrese, el comprador de vivienda está interesado en que el banco le preste y el banco está interesado en que se le pague a tiempo. ¿Alguna vez nos hemos cuestionado si este tipo de intereses tiene algún rasgo de maldad? ¿Por carecer de maldad vamos a dejar de llamarlos intereses? Intereses y expectativas están tejiéndose en cada momento que cruzamos palabras con otros, forma parte de nuestra caracterización ontogénica como seres humanos.

3. Alcances y límites de la ayuda

Podemos hablar de dos grandes límites en los cuales se enmarca la relación de ayuda: la *impotencia* (no hay nada por hacer) y la *omnipotencia* (todo está por hacer y está en manos del ayudador). Aquí vemos los elementos anteriormente mencionados ya en acción y cuáles pueden ser algunas de las variaciones que podríamos encontrar. Analicemos lo anterior con un ejemplo sencillo. El paciente (ayudado) que asiste a donde el médico (ayudador), a consultar por una dolencia física. El médico posee una información, resultado de su capacitación, que el paciente no tiene. El médico formula un tratamiento y parte de ello implica la prescripción de unas medicinas para restablecer la salud del paciente. Hasta este momento podemos ver que el paciente quiso ser ayudado (disposición) y el médico lo recibió en la consulta (disposición). El médico ordena unas medicinas determinadas (facilitación de información de la que carecía el ayudado) y el paciente las debe to-

mar siguiendo las recomendaciones que le dieron (búsqueda del medio y su utilización). A la luz de lo expuesto, esperaríamos entonces un resultado exitoso. Ahora bien, ¿qué ocurriría en los siguientes casos?

- *El paciente no toma las medicinas.*
- *El paciente no acude a la cita de control.*
- *El médico falla a la cita de control.*
- *La dolencia por la cual consulta el paciente va más allá de la especialidad del médico.*
- *El medicamento que prescribe está agotado en el mercado.*
- *El medicamento tiene serias contraindicaciones para la condición del paciente.*
- *El paciente carece del dinero para pagar la consulta o comprar los medicamentos.*

Con estos posibles escenarios se hace claro que la relación de ayuda se puede convertir en algo más complejo de lo que a primera vista se ve. Una acción de ayuda eficaz y eficiente requiere que todos los elementos que están en interacción se conjuguen de una forma armónica y coherente. Así mismo, son necesarias unas altas dosis de compromiso por parte de las dos personas participantes en el proceso. En el caso de la relación de ayuda médico-paciente es fácil hacer el análisis, pero en una situación de atención de crisis emocional, el panorama deja de ser tan evidente.

Trasladémoslo a nuestros escenarios. El orientador escolar no es el psiquiatra del estudiante, ni el profesional de SST es el psicoterapeuta del trabajador. Cada uno tiene un campo de acción y unos límites, y reconocerlos no es una muestra de debilidad sino de responsabilidad. Un docente puede escuchar, contener y activar la ruta; no le corresponde diagnosticar una depresión ni formular un tratamiento. Un supervisor puede notar que un colaborador llega distinto, que se aísla o que comete errores que antes no cometía; puede preguntarle cómo está y acompañarlo hasta el servicio de salud, pero no le corresponde decidir si ese colaborador “está exagerando”. Cuando el asesor se ubica en la omnipotencia, termina desbordado y, peor aún, puede retrasar la llegada de la ayuda especializada. Cuando se ubica en la impotencia, abandona a la persona justo en el momento en que más lo necesita. El punto de equilibrio está en hacer bien lo que nos corresponde y saber a quién entregarle el resto.

4. Tipos de orientación de la ayuda

Hay dos elementos implícitos en la orientación que una relación de ayuda puede tomar: la libertad y la responsabilidad. La libertad se puede entender como la capacidad para poder escoger, optar o seleccionar una de al menos dos alternativas. La responsabilidad puede ser entendida como la capacidad de hacerse cargo de las consecuencias de aquello que se escoge.

En la orientación facilitadora el balance en la responsabilidad por las decisiones recae más sobre el ayudado, en tanto que en la orientación directiva la responsabilidad recae más en el ayudador. ¿De qué depende el optar por una u otra orientación? Básicamente depende de la capacidad del ayudado para poder responder. Si bien una persona necesita una ayuda, no necesariamente significa que está totalmente limitada para poder hacer algo por sí mismo. En algunos casos, la ayuda puede consistir en facilitar una información y la persona sabrá qué hacer con ella. En ese caso se asumiría una orientación facilitadora. En otros casos, la persona no solo carece de la información, sino también de unos medios y de la capacidad de ejecutar por sí mismo la acción conducente a la resolución del problema que le atañe. En esos casos se optaría por una orientación directiva.

Si retomamos el ejemplo del médico, cuando este prescribe un medicamento, el paciente decide si se toma el medicamento, si lo compra o si lo usa como le indicaron. Si el paciente no se toma la medicina, eso escapa a la responsabilidad del médico. En el otro extremo, encontramos a un paciente inconsciente en una sala de urgencias (no hay nada que el paciente pueda decidir), y todo está en la pericia, conocimiento y capacidad del médico por poderle salvar la vida. La responsabilidad es totalmente del médico. Entiéndase, también la responsabilidad es del hospital por tener las dotaciones y equipos necesarios, el personal requerido y la labor en equipo que se desarrolle.

En la empresa ocurre algo semejante. Si una trabajadora cuenta que no ha podido dormir bien desde que la trasladaron de área, bastará con orientarla sobre los servicios de salud a los que tiene derecho y sobre los programas de bienestar disponibles: una orientación facilitadora. Pero si un trabajador dice, en medio del turno, que no le ve sentido a seguir viviendo y que ya pensó cómo hacerlo, no hay espacio para esperar a que él decida si pide una cita: habrá que acompañarlo, no dejarlo solo y activar de inmediato la ruta de atención. Ahí la orientación es directiva y la responsabilidad también la comparte la organización, que debe tener previstos los protocolos, los contactos y las personas responsables antes de que la situación se presente.

5. El cambio: una constante en la vida

Todo lo que hemos podido decir hasta el momento acerca del proceso de ayuda, debemos entenderlo en un contexto mucho más amplio. Desde que nacemos hasta que morimos, estamos en un constante proceso de cambio. Pero de la misma manera que los cambios son necesarios, igualmente la vida exige que haya ciertas condiciones que sean constantes. La gran pregunta es cuándo apostarle al cambio y cuándo hacia las formas constantes. No es fácil ni sencillo responder a esta pregunta. Veamos por qué.

Cuando una persona busca ayuda (del tipo que sea) es porque ha hecho una evaluación de sus alternativas y considera que no está dentro de su alcance el acceder a una solución y sabe que otra persona puede tenerla. Hasta allí todo es claro. Solucionar un problema implica hacer ajustes, modificaciones y cambios. Y cualquiera que este sea, implica aprender algo nuevo y todo aprendizaje conlleva un esfuerzo. Y es allí donde las cosas ya no son tan evidentes como quisiéramos.

La naturaleza tiene como premisa el ahorro en la utilización de la energía y cualquier desperdicio se paga caro. Contexto: un conejo está en la pradera y avista a cierta distancia un zorro. En ese momento se queda quieto y paralizado. Si se hiciera un monitoreo fisiológico podríamos ver que su corazón late más despacio, su respiración es más pausada, sus pupilas están dilatadas y todos sus músculos están en aparente reposo y relajación. Básicamente está estresado y con miedo. ¿Contradictorio? Para nada, está simplemente ahorrando energía. Si el zorro se aleja, el conejo tomará otra ruta y todo el despliegue típico del miedo se mostrará, pero si el zorro se dirige hacia él, la descarga de adrenalina hará que el conejo salte más rápido y más lejos, sus músculos estarán preparados para una huida efectiva. El zorro por su parte, al identificar al conejo, calcula sus posibilidades de atraparlo y si las considera viables, se abalanzará. Si, por el contrario, considera que está muy difícil cubrir la distancia para atraparlo, buscará otra presa: está ahorrando energía (Dröscher, 1988). Tengamos también presente que las motivaciones de cada uno son diferentes: mientras que el zorro estaría corriendo por su comida, el conejo corre por su vida. ¿Puede el conejo en esas circunstancias, darse el lujo de desperdiciar energía?

Es por eso por lo que cierto tipo de conductas se mecanizan para no tener que invertir mayor energía en la realización paso a paso. Pensemos por un momento qué ocurriría si estamos pensando en cada acción y movimiento que ejecutamos cuando estamos manejando. Terminaríamos estrellados. Ahora bien, cuando estábamos aprendiendo a manejar, tuvimos que pensar en cada movimiento que hacíamos hasta que se volvió algo automático.

¿Qué sucedería si el alcalde decide que ya no se transita por la derecha sino por la izquierda y que todos los carros deberían pasar el volante al lado derecho (como ocurre en Inglaterra)? Sería un caos total, porque si bien tenemos la coordinación para intercambiar embrague con freno y acelerador, tendríamos que pasar esos movimientos a la mano izquierda. Tendríamos que volver a aprender y por lo tanto, cambiar.

¿Entonces, cuándo cambiar y cuándo seguir igual? Además del ahorro de energía que implica hacer cosas mecánicamente, el otro punto que hay que valorar es el costo/beneficio del cambio o de mantenernos igual. Si lo decimos de manera coloquial, la mejor guía es la ley del menor esfuerzo: la máxima ganancia con un mínimo de inversión. Obviamente no hay que confundir esta ley con otra muy deseada por algunos: la ley del cero esfuerzo que es ganarlo todo sin invertir nada.

La balanza de costo/beneficio no funciona igual en todas las personas, porque existen muchas variables que entran en juego: el tiempo de proyección que le damos a las decisiones, qué tengo que perder para ganar qué, por cuánto tiempo hay que hacerlo, de qué manera me tengo que incomodar para cambiar. Son muchas las preguntas que se resumen en una: ¿Será que vale la pena?

Si analizamos estas situaciones, vemos que una cosa es pretender cambiar y otra es hacerlo. Es decir, no necesariamente querer es poder. Veámoslo con un ejemplo sencillo.

Una mujer de 28 años se mira al espejo y se da cuenta de que al lado de su cintura cuelgan un par de excesos de piel y tejido adiposo, además de que cuando se sienta y cruza la pierna, la piel se estira de una manera extraña y sobre todo, que aquel pantalón por el que pagó una gran cantidad de dinero, la cremallera ya no sube. Está en serios problemas... está con problemas de sobrepeso. Viene a su cabeza una cantidad de ideas: “Mi pareja ya no me va a ver tan atractiva, mis amigas lo van a notar y van a hacer comentarios, ya no me voy a poder colocar ese vestido de baño que vi en el centro comercial... es urgente adelgazar.”

Y claro, toma la decisión de iniciar un **CAMBIO** en su figura y comienza con el siguiente plan:

- *Me levantaré temprano para salir a trotar media hora.*
- *Tendré que dejar de comer tantos bizcochos, tortas, chocolates y comer más verdura y comidas bajas en grasas.*
- *Tendré que darme un baño de agua fría en la semana para reactivar la circulación y ayudar a la eliminación de toxinas.*
- *Tendré que tomar por lo menos dos litros de agua al día.*
- *Tendré que hacer esto sistemáticamente durante 4 meses para que mi organismo vuelva a tener un metabolismo que no requiera tantas grasas y calorías.*

Como vemos, el plan es perfecto. Sin embargo, cuando se pone en marcha empiezan a surgir los problemas: a la hora de levantarse, las cobijas están en esa temperatura perfecta que invitan a quedarse otros cinco minutos más. Justamente ese día amaneció lloviendo y: “Salir a trotar así para coger una gripa, pues no vale la pena y teniendo en cuenta que me lavé el pelo anoche, con la lluvia se daña la lavada. Mejor hoy no salgo a trotar”.

Ese día a la hora del almuerzo, todo va bien: ensalada de verduras con un jugo natural y un trozo de carne magra, pero al salir del restaurante, en la vitrina se está exhibiendo una deliciosa torta de chocolate y ella dice para sí misma: “Almorcé bajo en calorías, un pedazo de esa tortilla no me caería mal” y... sucumbe ante la tentación.

Así fue el primer día de dieta. En el segundo día sale a trotar pero almuerza arroz con plátano maduro. El tercer día se baña con agua fría pero no trotar. El cuarto día trotar, toma agua pero vuelve a sucumbir ante unos pastelitos. Y así se pasa la primera semana y como resultado... no ha bajado de peso. Con eso llega a la conclusión “lógica”: la dieta no funciona.

Quienes han hecho dieta conocen a muchas personas a quienes les ha sucedido eso. La pregunta es: ¿Por qué esta joven no perseveró en su dieta (por qué le costó tanto trabajo cambiar)? Porque las razones para seguir igual eran más fuertes que las razones para cambiar. Realmente no existía un precio alto por no cambiar. Sin embargo, para una modelo profesional, un antojo de una torta puede representar perder un contrato publicitario millonario. Hay razones más poderosas para mantenerse en forma que para no hacerlo.

Si esto ocurre con una dieta, el curso de inglés que siempre hemos querido hacer, la colección de estampillas que nunca terminamos, aquella guitarra española que está colgada en la pared del cuarto, dejar de decir groserías o andar regando chismes, ¿qué diferencia podría haber con dejar de fumar, abandonar el consumo de sustancias o controlar el alimento cuando se tiene 30 kilos de sobrepeso? Realmente, no hay distinción alguna entre cada una de estas situaciones. Los consumidores de SPA no dejan las drogas por un simple ejercicio de la fuerza de voluntad, las dejan cuando el precio por seguir consumiendo se vuelve más alto que el precio por dejar de hacerlo.

Los motivos para el cambio, ese es uno de los grandes desafíos de la psicología y de todas aquellas ciencias y disciplinas que tienen al hombre como materia de estudio. Se han escrito libros completos acerca del cambio, existen teorías sencillas y otras complejas, pero todos coinciden en la dificultad de poder concretar cuál es la valoración de los motivos que tienen los seres humanos para iniciar un proceso de cambio.

Es por eso, que nos queda muy sencillo juzgar por qué aquella mujer no se separa del marido que le es infiel, llega borracho y además la golpea. Es fácil decir que tiene una seria limitación cognitiva o cerebral. Igualmente es sencillo decir que esa persona es muy corta de espíritu cuando trabaja 10 horas al día, horas extras y todo por el mismo sueldo desde hace tres años. La pregunta es: ¿cuáles son los motivos que tienen para no cambiar? Por otra parte, un hombre que sucumbe ante el consumo de SPA, pierde su familia, llega a la calle a vivir en la indigencia y un día es apuñaleado y cuando está al borde de la muerte toma la decisión de cambiar si sale de esta. Sale bien librado de sus heridas e inicia un proceso que lo lleva a abandonar las calles, emplearse y al cabo de unos años, crear una pequeña empresa propia y ha vuelto a recuperar a su familia. No son historias ficticias, son reales.

¿Qué mueve a las personas a cambiar o a seguir iguales? Eso es lo que tenemos que aprender sobre todo cuando alguien está solicitando ayuda y somos nosotros los llamados a brindarla. A continuación, mostraremos el resumen de algunas premisas que ayudan a explicar los procesos de cambio:

- **La mayoría de las veces se cambia por una poderosa necesidad más que por gusto.** Esta idea quizás resume parte del drama del ser humano. A pesar de tener un conocimiento lógico racional de la implicación de ciertas decisiones y sus posibles consecuencias, tomamos caminos desbordantemente arriesgados. Algunos le llaman intrepidez, otros, irresponsabilidad. Neurológicamente hablando, es imposible separar razón de emoción, por lo tanto, la dualidad cultural que hemos creado entre el “*diablito*” (emoción) y el “*angelito*” (razón) es una constante.
- **Se requiere de una gran motivación.** Se requiere un motivo para la acción. En otras especies, el imperativo de la satisfacción de las necesidades vitales y la pulsión de los instintos, les deja poco margen de maniobra para la elección. En cambio el ser humano, que está totalmente desprovisto de instinto, solo tiene una elección: aprenderlo todo. Aquí hay una paradoja: debe haber dos opciones para afirmar que realmente se puede elegir. Si solo se tiene una, ¿realmente hay libertad?
- **Las razones para cambiar han de ser mayores que las razones para permanecer igual.** El enunciado anterior puede explicarse con la siguiente pregunta: ¿hago lo que me gusta o lo que me conviene? Si lo que me gusta, además me conviene, no hay dilema. Pero cuando están puestas en orillas diferentes del río... ahí surge el problema.
- **Cambiar genera miedo.** Por varias razones, cambiar genera miedo. Por una parte, implica salir de nuestra zona de comodidad y seguridad. Además, hay que arriesgarse a enfrentar nuevas situaciones y sobre todo, hay que desaprender y aprender de nuevo. Y nadie dice que todo lo anterior sea fácil.
- **El cambio puede implicar dolor.** Es muy conocida la frase de los entrenadores físicos, “*si el músculo no duele, no crece*”. Debe aclararse que el dolor no siempre equivale a daño. Los daños deben evitarse a toda costa y en todos los escenarios, pero el dolor y el sufrimiento, como ya se mencionó previamente, son inherentes y connaturales a la vida misma y por lo tanto, inevitables. En ocasiones, el cambio puede conllevar ciertas cuotas y dosis de dolor.

Estas premisas tienen una aplicación directa en la intervención en crisis. La persona en crisis no está viviendo un cambio elegido sino impuesto: el cambio le llegó sin pedirlo. Por eso la tarea del asesor no es convencerla de que cambie, sino ayudarla a encontrar, entre lo que tiene a su alcance, las razones y los recursos para dar el siguiente paso. En el colegio y en la empresa esto es especialmente cierto: los cambios de colegio o de curso, las reestructuraciones, los traslados, los

despidos o las jubilaciones son cambios que muchas veces no se eligen, y quien los atraviesa puede sentir que perdió el control de su propia vida. No se trata de eliminar el dolor, lo cual es imposible, sino de evitar que ese dolor se convierta en daño.

CAPÍTULO

3

La intervención en crisis

La intervención en crisis, también llamada auxilios psicológicos, es una acción que en ocasiones debe desarrollarse en los entornos educativos.



Y para ello, es necesario tener no solo el ánimo y disposición para ayudar, sino que se requiere un mínimo de entrenamiento y formación en dicha técnica. Se reconoce entonces, que la intervención en crisis no es una acción que deba realizar exclusivamente personal de la salud. Orientadores, docentes, psicólogos educativos pueden ser agentes interventores, siempre y cuando reciban el entrenamiento adecuado.

Lo mismo aplica para el mundo del trabajo. Profesionales de talento humano, responsables de Seguridad y Salud en el Trabajo, brigadistas de emergencia, integrantes del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST) o del Comité de Convivencia Laboral, e incluso jefes y compañeros, pueden ser los primeros en atender una crisis. En los últimos años se han difundido modelos sencillos de primeros auxilios psicológicos pensados justamente para personas sin formación clínica. Uno de ellos es el modelo ABCDE, que resume la tarea en cinco componentes: escucha activa, reentrenamiento de la ventilación (ayudar a regular la respiración), categorización de necesidades, derivación a redes de apoyo y psicoeducación (Cortés Montenegro y Figueroa Cabello, 2016). Como se verá, estos componentes coinciden en lo esencial con los pasos de la intervención en crisis que se proponen en este manual.

Ya habiendo estudiado en el capítulo 2 los conceptos que nos sirvieron como prerrequisitos, veamos entonces aquellos que competen directamente a la intervención en crisis propiamente dicha.

1. Definición

En el ámbito psicológico se puede entender como crisis:

"... un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente, por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo" (Slaikeu, 1988).

Existen otras definiciones más sencillas: *"Una crisis psicológica ocurre cuando un evento traumático desborda excesivamente la capacidad de una persona de manejarse en su modo usual"* (Benveniste, 2000). Así su definición sea más compleja o sencilla, en cualquier caso una crisis psicológica tiene algunos elementos que la caracterizan y la diferencian de situaciones que pueden ser aparentemente similares. Fundamentándonos en la primera definición, entraremos a observar con más detalle algunos elementos constitutivos y otros que se derivan obligadamente de ella.

Autores más recientes han puesto el acento en la percepción de la persona: la crisis sería la vivencia de un acontecimiento o de una situación como una dificultad intolerable, que excede los recursos y los mecanismos de afrontamiento con los que la persona cuenta en ese momento (James

y Gilliland, 2017). El énfasis en la percepción es importante porque nos recuerda que no es el hecho en sí mismo el que determina la crisis, sino el significado que tiene para quien lo vive. Lo que para un adulto puede parecer un problema menor, como una mala nota o una ruptura amorosa en la adolescencia, para el joven puede ser el derrumbe de su mundo.

2. Los elementos que conforman la definición de crisis psicológica

A partir de las definiciones proporcionadas, se disgregarán los conceptos para determinar sus elementos constitutivos. Esto a su vez, ayudará a entender los procedimientos a seguir en la intervención propiamente dicha.

El Tiempo

El primer elemento para considerar es la condición que tiene la crisis de ser "*temporal*". Se dice con esto que tiene una duración concreta en el tiempo y que tiende a ser corta. A ese respecto, Caplan (1964) dice que el período de duración de una crisis oscila entre 4 y 6 semanas. Sin embargo, Lewis et al. (1979) al aplicar pruebas psicológicas, observaron que muchos pacientes de cáncer que fueron intervenidos quirúrgicamente, no habían superado la crisis una vez transcurridas las seis semanas. Esto llevó a hacer una distinción importante: es muy probable que en curso de seis semanas el equilibrio se restablezca (desaparición de la conducta errática, disminución de manifestaciones somáticas, etc.) pero esto no significa que el desencadenante que originó la crisis esté resuelto, y por lo tanto que la persona no se siga viendo afectada por este. También está el supuesto de que el hombre no tolera niveles altos de desorganización y tensión por largos períodos.

¹ De ser así, sobreviene el llamado síndrome general de adaptación, que es un trastorno de ansiedad, que puede conducir en últimas a la muerte del individuo (American Psychiatric Association [APA], 1994).

Es claro diferenciar el tiempo que puede durar la sintomatología perturbadora que experimenta una persona. En ese orden de ideas y manteniéndonos fieles a los criterios del DSM-IV se dirá que antes de un mes, las perturbaciones que experimente la persona entran en la categoría de estrés agudo (APA, 1994; Benveniste, 2000). Pasado el mes y hasta los tres meses hablaremos de estrés postraumático: "El cuadro sintomático completo debe estar presente más de 1 mes (Criterio E) y provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio F)" (APA, 1994). Superados los tres meses de condiciones de reexperimentación, malestar y alteración de las áreas vitales, entramos ya en la defini-

1. El conocimiento que se tuvo del síndrome general de adaptación se desprende de las experiencias vividas por las personas durante o posterior a una guerra. Muchos judíos murieron durante la segunda guerra mundial en los campos de exterminio nazis a consecuencia de este síndrome. Lo inexplicable (por cruel que parezca) es por qué no todos se vieron afectados por dicho síndrome. Las situaciones de tortura prolongada también podrían desencadenar dicho síndrome.

ción de estrés postraumático crónico (APA, 1994; Benveniste, 2000). La importancia no solo de la intervención en crisis sino de la terapia de soporte inmediatamente posterior es impedir que la sintomatología de la persona se logre mantener en su nivel de malestar no más allá de los 30 días, con el ánimo de prevenir la situación de estrés postraumático (Benveniste, 2000).

Vale la pena actualizar estos criterios. En la versión más reciente del manual diagnóstico, el DSM-5-TR (APA, 2022), el trastorno de estrés agudo se ubica entre los tres días y el mes posterior al evento traumático, y el trastorno de estrés postraumático se diagnostica cuando los síntomas persisten más allá de un mes. Además, se incorporó el trastorno de duelo prolongado, que se considera cuando, pasados al menos doce meses de la muerte de un ser querido (seis meses en niños y adolescentes), el anhelo intenso por la persona fallecida o la preocupación constante por ella persisten y afectan de manera significativa la vida de quien la sobrevive. Este último punto será importante cuando hablemos de postvención. Más allá de las etiquetas diagnósticas, la idea central se mantiene: una intervención oportuna en las primeras semanas puede evitar que el malestar se vuelva crónico.

Para el caso de una crisis con riesgo de suicidio, sabemos que el riesgo inminente de muerte está sobre las siguientes 48 a 72 horas después de precipitarse la crisis. Sin embargo, se recomienda un seguimiento cercano durante el siguiente mes si se ha realizado un intento de suicidio. Se espera que al cabo de 7 días, la persona ya logre tener un mínimo de estabilidad emocional y cognitiva. Esto bajo el supuesto de que la persona no está atravesando por un episodio depresivo.

A esto se suma un dato que la investigación ha confirmado: las semanas inmediatamente posteriores a un alta hospitalaria por conducta suicida son de muy alto riesgo (Chung et al., 2017). Por eso las estrategias actuales insisten en que ninguna persona que haya tenido un intento salga del servicio de urgencias sin un plan de seguimiento definido. En Colombia, esta exigencia hace parte del llamado Código Dorado, al que se dedica un capítulo más adelante (Resolución 347 de 2026).

Desorganización y desequilibrio

El segundo elemento de importancia se refiere al estado de "*desorganización*". La desorganización en el estado emocional y en el proceso cognoscitivo se manifiesta con sentimientos de impotencia e ineficacia, sumado al "bloqueo cognitivo" que lleva a que la persona perciba la situación como más allá de sus propias capacidades; o en ocasiones a experimentar la llamada "*visión de túnel*". En esta situación el sujeto tiende a contemplar pocas o ninguna alternativa de solución, condición que a su vez tiende a incrementar el nivel de ansiedad y el sentimiento de impotencia y descontrol.² Es muy importante recordar que la falta de control se percibe hacia situaciones que

2. Vale la pena recordar que la distinción entre los elementos emoción-razón se hace más a modo descriptivo, sin asumir con esto que las personas funcionen emocionalmente en algunas ocasiones y racionalmente en otras.

el sujeto previamente podía tener bajo su dominio. En otras ocasiones, la situación puede ser totalmente novedosa y se presenta tan intempestivamente que no le da tiempo a la persona para ajustarse adecuadamente.

Crow (1977) describe los sentimientos experimentados por las personas durante una crisis en tres colores: amarillo (ansiedad), rojo (cólera) y negro (depresión). De otra parte, Halpern et al. (1979) hacen una descripción de aquellos síntomas que aparecen más frecuentemente en las personas que atraviesan por una crisis:

- *Sentimientos de cansancio y agotamiento.*
- *Sentimientos de desamparo.*
- *Sentimientos de inadecuación.*
- *Sentimientos de confusión.*
- *Síntomas físicos.*
- *Sentimientos de ansiedad.*
- *Desorganización del funcionamiento en sus relaciones laborales.*
- *Desorganización del funcionamiento en sus relaciones familiares.*
- *Desorganización del funcionamiento en sus relaciones sociales.*
- *Desorganización en sus actividades sociales.*

Como se observa, la desorganización se hace palpable no solo en lo que la persona dice sentir y pensar, sino también en la dificultad que refieren para realizar actividades de su diario vivir (trabajar, estudiar, relacionarse con los demás, irritabilidad e intolerancia). A esto también se debe sumar no solo la apreciación del terapeuta en el momento de la consulta, sino también la opinión que terceros (cuando se tiene acceso a ellos) puedan aportar acerca de la percepción que tienen del sujeto que está en la crisis.

Para el caso de las crisis suicidas, hay tres indicadores que siempre hay que valorar dentro del proceso de desorganización del sujeto: cuál es la percepción de desamparo, desesperanza y desesperación. Estas tres condiciones existentes simultáneamente en un mismo momento son conocidas como las tres “D” del suicidio (Shneidman, 1993).

Las teorías más recientes sobre el suicidio complementan esta mirada. Una idea que ha ganado fuerza es la de distinguir entre el desarrollo de las ideas suicidas y el paso de la idea a la acción: no todas las personas que piensan en el suicidio llegan a intentarlo, y los factores que explican una cosa no son necesariamente los mismos que explican la otra (Klonsky et al., 2016). Por su parte, la teoría interpersonal del suicidio señala dos condiciones que, cuando se presentan juntas,

alimentan el deseo de morir: sentir que no se pertenece a ningún grupo y sentirse una carga para los demás (Chu et al., 2017). Frases como “nadie me va a extrañar” o “todos estarían mejor sin mí” son la expresión cotidiana de estas dos condiciones, y quien las escucha, sea en el aula o en la oficina, debe tomarlas en serio.

Suceso precipitante

El suceso precipitante se puede entender como aquel acontecimiento que en el tiempo precipitó o generó la crisis. Pueden existir eventos que en sí mismos pueden tener la potencialidad de ser devastadores y por lo tanto, conducir a una crisis casi que a cualquier persona, pero sería desacertado hacer una generalización al respecto. Existen hechos que universalmente tendrían esa potencialidad: muerte repentina del primer amor o un ataque sexual. *"Sin embargo otros no facilitan la crisis por sí mismos, sino que tienen que contemplarse en el contexto del desarrollo total del individuo"* (Slaikue, 1988). En este sentido, pueden darse situaciones en las cuales la acumulación de hechos difíciles (desgracia tras desgracia), hace que una situación aparentemente intrascendente desencadene la crisis.

La labor del asesor será entonces identificar primero cuál es el evento precipitante de la crisis e indagar cuál es el significado para esta persona. Sería erróneo trabajar a priori con significados que a juicio del asesor no tendrían “por qué” causarle tal daño a la persona. La evidencia está a la mano: la persona se encuentra trastornada por la ocurrencia del evento.

Los sucesos precipitantes en las crisis suicidas suelen ser en la mayoría de los casos algún tipo de pérdida que es valorada por el sujeto como el punto límite a su capacidad de aguante: problemas familiares, pérdida de un amor o serias dificultades económicas. En el caso de las personas más jóvenes, un fracaso académico puede ser el evento que precipite una crisis.

En el entorno escolar hay que sumar el acoso escolar y el ciberacoso, los conflictos con los compañeros, la exposición de la intimidad en redes sociales y la presión por el rendimiento. En el entorno laboral, la pérdida del empleo, el acoso laboral, las deudas, los conflictos con los jefes, los procesos disciplinarios y una jubilación para la que no hubo preparación pueden convertirse en el punto límite. Las cifras nacionales lo confirman: entre los motivos registrados en los suicidios ocurridos en Colombia en 2025 aparecen, además de la enfermedad mental, los conflictos de pareja o expareja, el desamor, los problemas económicos y la enfermedad física (MinSalud, 2025).

Vulnerabilidad

Una forma gráfica para describir la condición de vulnerabilidad a la que lleva la crisis es la siguiente: imaginemos que estamos desnudos, pero en la mitad de la vía pública y además, nos han arrancado la piel. *"Una parte en la desorganización del estado de crisis, es la vulnerabilidad y sugere-*

tionabilidad del individuo" (Taplin, 1971). Al sentirse el sujeto total y absolutamente al límite de sus capacidades para resolver la situación y poder evitar las funestas consecuencias que percibe (reales o imaginadas), los sentimientos más probables serán la impotencia y la indefensión. Estando impotente e indefenso, la persona se tornará receptiva a cualquier llegada de ayuda que el medio le brinde. Es así como durante el estado de crisis, las personas se encuentran en una disposición en la cual están abiertas a recibir cualquier sugerencia o alternativa que les facilite o ayude a poder sobreponerse de la crisis y resolver la situación conflicto. Es este uno de los momentos más cruciales en la medida en que se puede aprovechar la crisis como un momento de cambio y crecimiento para la persona, por difícil que así parezca.³ Pero, la vulnerabilidad también tiene su lado negativo: la persona al estar tan susceptible está expuesta a que hechos aparentemente inofensivos puedan llegar a lastimarla profundamente.

Precisamente el carácter de vulnerable de la persona en crisis es lo que hace que este sea un momento propicio para grandes cambios en su vida. No en vano, los reclutadores de grupos sectarios saben que el mejor momento para abordar a un posible candidato para su secta es cuando este se encuentra en crisis. La persona ofrece un ambiente cálido y amable y por demás, algo que parece una gran solución para el momento de dificultad que está atravesando la persona. Ante tal ofrecimiento, muchas personas sucumben al depositar toda su confianza y credibilidad en el agente que la está contactando.

Es por esta condición tan especial, que la persona que realiza la intervención en crisis, debe ser muy cuidadosa con no dejar detalles sueltos y dar las cosas por entendidas y resueltas. Para algunas personas en riesgo de suicidio, aquel que lo está ayudando puede ser percibido como la única persona que puede llegar a hacer algo por él.

Hoy esta vulnerabilidad tiene un escenario adicional: el mundo digital. Un adolescente en crisis puede encontrar en redes sociales y foros a personas o grupos que, lejos de ayudarlo, normalizan la autolesión, difunden supuestos "retos" peligrosos o le ofrecen información sobre métodos. Algo parecido puede ocurrir con un adulto aislado que busca respuestas en internet durante la madrugada. Por eso, preguntar con naturalidad por lo que la persona ve, lee y comparte en línea hace parte de la valoración, tanto en el colegio como en la empresa.

Trastorno del afrontamiento

En las múltiples definiciones de crisis, un elemento común es la alteración en el estilo de afrontamiento o de solución de problemas que el individuo adopta. Se parte del supuesto de que *"...maduramos en cada uno de nuestros desarrollos con diversos métodos para enfrentar dificultades. La*

3. Vale la pena guardar ciertas proporciones, porque puede parecer difícil encontrarle algún sentido constructivo a la experiencia que una mujer puede reportar después de haber sido violada, por ejemplo.

perturbación de la crisis, sea el resultado de un hecho amenazante, o de una serie estresante de ellos, resultará en aflicciones demasiado graves para tolerar, que ponen en juego todos los recursos disponibles para resolver los problemas" (Slaikeu, 1988). Es quizás este factor el que mayor entendimiento brinda a la sensación de impotencia y minusvalía que acoge a una persona en el momento de una crisis, que en últimas se traduce en la sensación de falta de control sobre las cosas y sobre todo, cosas a las cuales se les atribuye características de peligro o amenaza vital.

Guardando relación con el grado de sugestión, es la reconceptualización en el estilo de afrontamiento uno de los mayores cambios que la persona podría integrar en su vida a raíz de una crisis. Las diversas teorías sobre el afrontamiento centran su interés en la forma como las personas solucionan los problemas. Lazarus (1980) define dos principales actividades en el afrontamiento. La primera es el cambio de situación-solución de problemas lo cual implica:

- *Exploración de resultados reales*
- *Solicitud de ayuda a terceros*
- *Abatir el problema haciéndolo manejable*
- *Confiar en sí mismo y en los otros*
- *Tener confianza en la propia capacidad para resolver el problema*

La segunda actividad se refiere al manejo de los aspectos subjetivos del problema, que conlleva:

- *Expresión de sentimientos positivos, negativos y a tolerar la frustración.*
- *Ser consciente de la fatiga y la tendencia a la desorganización.*
- *Hacer dominio de los sentimientos en la medida de las posibilidades.*

Lazarus propone que las personas realizan dos preguntas ante las situaciones problemáticas: "*Hay algún peligro*" y "*Qué hacer*". El objetivo de estas dos preguntas es hacer una valoración de la situación misma. Es de esperarse que a partir de la valoración realizada se implementarán las estrategias de afrontamiento que el sujeto considere más óptimas para llegar a una adecuada resolución.

En la crisis de suicidio, precisamente la mayor falla se encuentra en el estilo de afrontamiento que resulte funcional o en el frecuente uso de un estilo evitativo, que es muy frecuente en personas con riesgo de suicidio y/o en consumidores de SPA (Aja y Gómez, 2008). Precisamente, el suicidio puede ser entendido como la solución final y la mejor forma de evitar un dolor mayor en el futuro: se pretende cortar con el dolor psicológico y cesar con la conciencia (Shneidman, 1993).

Este estilo evitativo se observa con frecuencia en la vida cotidiana de las instituciones: el estudiante que deja de asistir a clase para no enfrentar una evaluación o un conflicto con sus compañeros, o el trabajador que se ausenta, se incapacita con frecuencia o se refugia en el alcohol cuando la presión aumenta. Ausentismo, aislamiento y consumo no son, por sí solos, señales de riesgo suicida, pero sí son motivos suficientes para acercarse y preguntar cómo está la persona.

3. Tipos de crisis

Se distinguirán dos tipos de crisis: *circunstanciales* y *vitales*. La primera hace referencia a aquellos sucesos cuyo rasgo más sobresaliente es que se apoyan en algún factor ambiental (Slaikeu, 1988), como pueden ser la muerte de alguien querido en una inundación o en un incendio. No puede pensarse con exactitud hasta qué punto está dentro del control de una persona prevenir la ocurrencia de ciertos eventos. Quizás puede no evitarse el suceso pero sí tomarse medidas preventivas que ayuden a disminuir el impacto en la persona, como son los procesos de duelo anticipado para los familiares de una persona en agonía.

Sin embargo, hay un punto delicado en aquello que se puede considerar crisis circunstanciales y es cuando la persona tiene algún grado de responsabilidad en su indeseable situación, por paradójico que esto parezca. Un ejemplo, un tanto cruel y hasta macabro, fue la muerte de más de 25.000 personas en noviembre de 1985 en la tragedia del Nevado del Ruiz. Las autoridades habían dado la alerta roja, el párroco del pueblo exhortó a los habitantes de Armero en la noche anterior a que abandonaran el pueblo porque el peligro era inminente. “*Esta es la tierra en donde yo nací y aquí me quedo*”, “*Eso no va a pasar nada*”, “¿Pero para dónde cogemos si aquí está todo lo que tenemos, Padre?” fueron algunas de las respuestas. No es necesario recordar el desenlace. ¿Fue un desastre natural? Sí. Las consecuencias se pudieron prever, también; se actuó en consecuencia, no. Como este, hay muchos casos en donde las personas tienen un importante grado de responsabilidad. Obviamente en la situación de intervención, el papel no será apostarle a recriminación o señalamientos salidos de contexto. Tampoco se trata de exonerar de responsabilidad. Se trata más bien de actuar con mucha prudencia y tacto para que la persona sea consciente de su actuar, pensando en próximas ocasiones.

Las crisis vitales se relacionan con el desarrollo del individuo y se refieren a aquellas tareas que se deben cumplir en la transición de una etapa de la vida a otra, que están implicadas en el proceso de maduración de cualquier persona, y que no son solucionadas acertadamente a razón de una interferencia en su realización. Esto lleva a pensar que este tipo de crisis puede ser predecible y que por ende, saber con anticipación que “*la gente tiene etapas decisivas que enfrentar en diversas ocasiones de su vida*” (Slaikeu, 1988).

Ejemplos de ellas pueden ser la llegada del primer hijo, graduarse del colegio o la universidad, el primer trabajo y muchas otras situaciones que aparentemente son deseables. Pueden ser esperadas, pero con lo que la persona no cuenta es con los cambios que debe asumir en su nuevo momento de vida. Es por eso, que si bien son momentos en donde potencialmente se pueden presentar crisis, no equivale a que inevitablemente todas las personas tendrán que pasar por dicha situación. Para algunos jóvenes, su ingreso a la universidad sucede sin mayores traumatismos, para otros se convierte en todo un reto asumir por sí solos toda una serie de responsabilidades que antes les eran controladas y supervisadas.

En el mundo laboral, las crisis vitales tienen sus propios hitos: el primer empleo, el primer ascenso con personas a cargo, el regreso al trabajo después de una licencia de maternidad o de una incapacidad prolongada y, sobre todo, el retiro. Muchas personas han construido buena parte de su identidad alrededor de su oficio, y cuando este termina sienten que con él se va también su lugar en el mundo. Algo parecido ocurre al terminar el colegio: el grado, tan esperado, deja a muchos jóvenes sin la estructura que durante once años les organizó los días. Anticiparse a estos momentos, con programas de preparación para el retiro o de orientación vocacional, es una forma sencilla y eficaz de prevención.

4. Fases de la crisis

Existen diversos autores que coinciden en señalar la identificación de diversas fases o momentos por los cuales las personas atraviesan durante la vivencia de una crisis (Slaikeu, 1988). A continuación se presentará cuáles son estas etapas.

Llanto y/o negación

El llanto se refiere a la reacción inmediata de la persona ante el acontecimiento precipitante de la crisis pero necesariamente no ocurre siempre. La negación tiene como objetivo reducir el impacto del suceso. Se puede manifestar en el entorpecimiento emocional o bien en seguirse comportando como si nada hubiese sucedido. ¿Cuál es la razón de la negación? Dentro de nuestro repertorio de expectativas sobre la vida, el evento precipitante de la crisis puede superar significativamente nuestra capacidad de respuesta y aceptación de la realidad. La negación operaría como un mecanismo de defensa que le ayuda a ganar tiempo a nuestra estructura psicológica para adaptarse a la nueva información. Esto significa, que desde este momento, ya está entrando a operar todo un proceso de ajuste. Esta fase de negación en una crisis, es exactamente igual a la fase de negación en un proceso de duelo. De hecho, sin ser los mismos procesos, duelo y crisis están íntimamente relacionados. Un duelo puede comenzar con una crisis. Esta podrá durar una o dos se-

manas, el duelo por su parte, puede tardar varios meses o en algunos casos, quedar inconcluso generando muchos problemas a la vida psíquica del individuo, aun cuando aparente llevar una vida normal. Hay personas que terminan sus procesos de duelo pasando incluso muchos años.

En algunos casos, el proceso de negación es tal, que se pueden observar fenómenos de amnesia sobre determinados momentos de ocurrencia del evento traumático. A raíz de muchas situaciones ocurridas en estrados judiciales, en donde la víctima era entrevistada y ella no recordaba ciertos detalles que “se suponía” debía tenerlos claros, se empezó a sospechar de los episodios de amnesia selectiva ocasionados por eventos muy traumáticos.

Intrusión

"Incluye la abundancia involuntaria de ideas y sentimientos de dolor sobre el suceso" (Slaikeu, 1988). Las pesadillas periódicas o imágenes de lo ocurrido son frecuentes en esta etapa. Existen personas que omiten la negación y llegan directamente a esta etapa. En esta fase, se puede decir sin temor a equívocos, que la persona está viviendo las consecuencias de una situación de estrés agudo. Lo más molesto para la persona, es no tener control sobre las imágenes e ideas que recurrentemente acuden a su mente. En esta fase, hay ocasiones en que las personas son herméticas y re-nuentes a hablar sobre aquello que les está sucediendo: si no tiene aún claras sus propias ideas, ¿Cómo expresarlas?

Penetración

Es el momento en el que la persona empieza a expresar sus sentimientos e ideas acerca de lo ocurrido. Ya tiene más control sobre ideas y pensamientos, les están empezando a dar un sentido y formulando posibles explicaciones sobre partes del evento que inicialmente no aceptaba. En esta parte, las personas son más accesibles al diálogo, porque de hecho, hablar con otros cumple en sí mismo una función terapéutica: podemos pensar en dos o tres ideas simultáneamente, pero al hablar, solo podemos expresar una idea a la vez. Hablar nos obliga a ordenar los pensamientos. En muchas ocasiones, cuando la persona está hablando con otro, realmente lo que está sucediendo es que está hablando consigo mismo pero en voz alta. Al escuchar la propia voz, muy frecuentemente se aclaran hechos que con el solo pensamiento se veían muy confusos. Que la persona ya esté en condiciones para hablar sobre lo sucedido no equivale a que el evento ya se haya superado o que no vayan a surgir sentimientos de angustia y malestar. Sin embargo, la persona ya tiene cierto grado de conciencia sobre el beneficio que le representa compartir su sentir.

Consumación

Es la etapa final en la cual la persona empieza a hacer una integración de la crisis dentro de su marco de vida. "El suceso ha sido enfrentado, los sentimientos y pensamientos se han identificado y expresado y la reorganización ha sido iniciada o consumada" (Slaikeu, 1988).

Es quizás en esta etapa en la cual la intervención de un terapeuta cobra su mayor valor. El hecho de que la crisis se haya resuelto no implica necesariamente que se haya hecho de la mejor manera. En la resolución de la crisis son quizás tres los caminos que se pueden presentar: la mejoría, el empeoramiento o el retorno a niveles previos de funcionamiento. Un esposo que ha sido abandonado por su esposa y entra en estado de crisis, en su resolución pueden existir varias posibilidades: "Esto confirma nuevamente que soy alguien que no vale nada y era lógico que me pasara esto" o bien "Nunca más volveré a confiar en ninguna mujer" o también "Menos mal esto ocurrió ahora que estoy joven y sin hijos. ¿Cómo hubiese sido si hubiéramos tenido hijos y yo estuviera más viejo?". Las frases anteriores intentan mostrar las posibles resoluciones a las que podría llegar el esposo abandonado y como se puede observar no todas muestran el mismo nivel de funcionalidad a nuevas situaciones.

En las situaciones de crisis suicidas, se debe tener particular cuidado con las llamadas "*recuperaciones espontáneas*": posterior a una crisis, la persona se ve estable, tranquila y hasta feliz. Esto lleva a quienes están a su alrededor a bajar su nivel de observación y cuidado. Lo que ha sucedido es que la persona ya pasó la fase de consumación de la crisis y ha tomado una determinación final: acabar con su vida. En el caso de quienes padecen el trastorno bipolar, también es frecuente que la persona se observe mejor cuando está saliendo del bajonazo depresivo. Hay que ser particularmente cuidadosos y percatarse de que las ideas suicidas también han retrocedido a la par de la recuperación del estado de ánimo.

Esta advertencia es igualmente válida en el colegio y en la empresa. El estudiante que un lunes aparece sonriente después de semanas de aislamiento, o el trabajador que de un momento a otro empieza a regalar sus cosas, a despedirse de sus compañeros o a poner en orden sus asuntos, puede estar dando señales de que ya tomó una decisión. Ante la duda, siempre es mejor preguntar de manera directa, como se explica más adelante.

5. La intervención en crisis

Los niveles de intervención durante una crisis están definidos no solo por el momento en el cual se presta la ayuda, sino también por cuáles serán los objetivos que se pretenda lograr en cada momento. Se pueden definir dos niveles de intervención psicológica: la de primer orden y la de se-

gundo orden. La intervención psicológica de primer orden corresponde a la llamada intervención en crisis o primeros auxilios psicológicos. La intervención de segundo orden correspondería al seguimiento y apoyo psicológico brindado por un proceso de psicoterapia.

La intervención en crisis es la atención más inmediata que se suministra después de que se ha presentado el hecho desencadenante y la persona se encuentra en el momento mismo de la crisis. El asesor que brinda esta ayuda no es necesariamente un profesional de la salud. Prácticamente puede ser cualquiera que esté con el ánimo de apoyar al sujeto en el momento de los hechos y que ha tenido un mínimo de entrenamiento en dicha técnica. De esta forma, después de que una mujer ha sido víctima de un atraco en la calle, las primeras personas en enterarse del hecho podrán ser sus compañeros de trabajo y serán ellos quienes suministren la ayuda. Tomando esta situación hipotética, si los compañeros se sienten impotentes para suministrar una ayuda efectiva y adecuada, podrán conducir a la persona a un centro de salud para ser atendida por personal profesional, pero fueron ellos quienes primero intentaron calmar y acoger la angustia de la mujer atacada.

El objetivo principal y general de la intervención en crisis es el restablecimiento inmediato del afrontamiento (Slaikeu, 1988). Esto, porque al volver a activar los procesos de afrontamiento, la persona ya dispone del recurso cognitivo mínimo vital: poder lidiar con el estrés y la angustia asociada con la ocurrencia del evento desencadenante. Activar el afrontamiento no equivale a que la situación se haya resuelto pero sí ayuda a que no llegue a empeorar.

Existen además otros tres objetivos que no resultan evidentes en un primer vistazo:

- *Proporcionar apoyo.*
- *Reducir la mortalidad.*
- *Proporcionar enlace a otros recursos de ayuda.*

"Proporcionar apoyo es el primero de ellos y descansa sobre la premisa de que es mejor para las personas no estar solas al soportar preocupaciones extraordinariamente agobiantes" (Slaikeu, 1988). En este sentido, es casi que obligatorio recordar los conceptos planteados por Rogers acerca de la aceptación incondicional y la actitud genuina del terapeuta. Habrá que escuchar a la persona y permitirle que exprese todo lo que está sintiendo en ese momento.

La reducción de la mortalidad está encaminada a salvar vidas. Este punto es de vital importancia cuando se están enfrentando crisis relacionadas con suicidio en los casos más extremos, o cuando existe la sospecha de que la persona puede llegar a agredir físicamente a alguien o ser agredida por otro. Esta situación se puede ejemplificar en los casos de disgustos maritales en donde una mujer después de haber tenido una fuerte riña con su esposo, teme regresar a su casa por temor a

ser golpeada. Se cuenta con el antecedente en este caso, de que ha sido maltratada anteriormente en situaciones semejantes. En estas circunstancias, el asesor se puede ver en medio de situaciones en las cuales hay que tomar una decisión rápida, ya que las circunstancias mismas no dan tiempo de espera. Se puede contactar a terceros significativos para que acompañen e impidan que ella permanezca sola. En las situaciones más difíciles y con riesgo de muerte, se puede contemplar la posibilidad de llegar a una hospitalización de urgencias.

Una de las medidas con mayor respaldo para reducir la mortalidad es la restricción del acceso a los medios letales (Zalsman et al., 2016; WHO, 2021). La lógica es sencilla: muchas crisis suicidas son intensas pero breves, y si en ese momento el medio no está a la mano, se gana un tiempo valioso para que la crisis ceda o para que llegue la ayuda. En el colegio, esto implica revisar el acceso a las sustancias de los laboratorios, a los medicamentos de la enfermería y a los espacios en altura sin protección. En la empresa, implica controlar el acceso a plaguicidas y otras sustancias tóxicas, a las armas de dotación del personal de vigilancia y a los medicamentos, y prestar especial atención a los trabajos en alturas. En el hogar, habrá que pedirle a la familia que retire o guarde bajo llave armas, medicamentos y venenos mientras pasa la crisis.

Proporcionar enlace a recursos de ayuda hace referencia a la solución de problemas inmediatos que no dan mucho tiempo de espera. Pensando en una catástrofe natural como el desbordamiento de un río, se tendrá que contemplar cómo solucionar el alojamiento de las personas en las noches subsiguientes o ponerlas en manos de una institución que pueda brindar tal soporte. Igualmente, puede ser suministrar una asistencia jurídica o remitir a la persona a un hospital para que le sean tratadas sus heridas. En ese sentido, habrá que darle prioridad a las necesidades de la salud física del individuo antes que a una asistencia psicológica más profunda.

Tenidos en cuenta estos objetivos que pretende cubrir la intervención en crisis, exploremos cuáles son los componentes o los pasos que habrá que seguir. Básicamente, se asumirá un modelo de solución de problemas, que está encaminado a dar un orden y prioridad a las necesidades de la persona, de tal forma que se pueda establecer qué es lo urgente, lo importante y lo que puede esperar.

Contacto psicológico

El contacto psicológico puede ser igualmente entendido como el establecimiento de la empatía con la persona y lograr sintonía con sus sentimientos. No sobra recordar que tal sintonía no implica empezar a sentir lo mismo que está experimentando la persona en crisis. Cuando la persona empieza no solo a sintonizar con los sentimientos del otro, sino igualmente a vibrar con los mismos, es lo que llamamos simpatía: conclusión por el momento, empático sí, simpático no.

El asesor tendrá que no dejarse involucrar por la carga afectiva que está manifestando la persona. Será necesario hacer gala de prudencia y serenidad sin que esto se convierta en una actitud fría y seca. Es quizás en estos momentos en donde se pueden poner de manifiesto los llamados problemas de la contratrtransferencia: qué sentimientos genera en el asesor la situación del consultante y sobre todo, sentimientos más relacionados con su propia vida (la del asesor) y no con la situación que se está abordando. En esta medida, se hace indispensable que el asesor tenga mucha claridad frente a sus propios sentimientos y valores, lo cual no implica tener que cambiarlos para adoptar una falsa actitud de condescendencia con el consultante. Imaginemos por un instante, ¿cuál será la calidad de intervención que podrá ofrecer un voluntario en el servicio telefónico a una persona infectada con el VIH, si el voluntario tiene ciertos prejuicios de orden negativo hacia los homosexuales y quien llama es precisamente homosexual? El punto no estriba en que el voluntario "abandone" sus creencias, sino que las tenga claras y presentes para evitar al máximo de sus capacidades, incurrir en intervenciones orientadas por sus valores y que puedan causar algún perjuicio a su asesorado.⁴

Teniendo en cuenta lo anterior, es lógico pensar que las condiciones de una persona en crisis pueden impactar al asesor y no por problemas contratrtransferenciales, sino por lo abrumador de la situación. Pensando en eso, quizás es posible entender la actitud fría, seca e impersonal del cuerpo médico en las salas del servicio de urgencias en los llamados "*hospitales de combate*": Cuando se recibe el primer paciente con tres puñaladas en el vientre, producto de un atraco en el cual le robaron la quincena, el interno de turno podrá sentir compasión y fuerte preocupación por su paciente. Pero cuando le llegan 10 personas en la misma noche en iguales o peores condiciones, tendrá que "defenderse" de alguna manera a tal acometida de hechos. En situación extrema esto es lo que se conoce como despersonalización, una de las características que se identifica en el síndrome de burnout (Cebrià et al., 2001), el cual está particularmente presente en el personal de salud.

Por ser las situaciones de crisis las ocasiones en las que el componente emocional está vivido y manifiesto de una manera tan intensa, puede dar la impresión de que el personal que vaya a realizar la intervención debe poseer un perfil de altísima calificación. Por supuesto, el personal que interviene debe tener una cierta experiencia y entrenamiento, pero no necesariamente debe ser un profesional con amplia experiencia. Tanto en Europa como en Estados Unidos y algunos países de Latinoamérica, el personal que trabaja en los servicios telefónicos de atención de crisis está conformado en su gran mayoría por estudiantes universitarios y no siempre de carreras como psico-

4. El aspecto valorativo es un tema de amplio debate y discusión en los espacios académicos. No será este el momento de abordarlo en profundidad, pero sí es algo que no se debe menospreciar y tener presente siempre.

logía, medicina o trabajo social. De no ser así, estos servicios telefónicos difícilmente existirían. La labor de terapia, en cambio, sí es una tarea que debe estar a cargo de un profesional con entrenamiento y experiencia (psicólogo o psiquiatra).

¿Cuál es el objetivo que pretende cumplir el contacto psicológico? Primero, crear el ambiente propicio para que se desarrolle una relación que le permita a la persona afectada confiar en otro. Segundo, al darse inicio a la creación de la relación, la persona en crisis ya puede empezar a tener la sensación de que no está tan desamparada como pensaba. Si recordamos que el desamparo es una de las condiciones críticas en las crisis suicidas, ya se está teniendo un avance.

Hoy el primer contacto no siempre es cara a cara. Muchas veces la señal de alarma llega por un mensaje de texto a medianoche, por una publicación en redes sociales o por una videollamada con un trabajador que está en casa. Los principios son los mismos: responder con calidez y sin juzgar, identificarse con claridad y asegurarse de saber dónde está la persona y cómo contactarla si la comunicación se interrumpe. En el caso de un estudiante, además, habrá que informar a su acudiente, tal como lo establecen las rutas escolares.

Examinar las dimensiones del problema

"El objetivo principal de este segundo aspecto de la primera ayuda psicológica; trabajar hacia un ordenamiento del grado de las necesidades de la persona dentro de dos categorías: 1) Problemas que deben tratarse de inmediato y 2) Problemas que se pueden posponer." (Slaikeu, 1988).

Asumiendo desde un comienzo que el asesor se encuentra en un estado de ánimo más calmado y reposado que el del consultante, se podría decir que ya se tiene un primer elemento a favor que puede facilitar la "objetividad" en la valoración de la situación. Sin embargo, hay que tener muy presente que el que está viviendo las circunstancias es el consultante y no el asesor.

Se deben explorar tres instancias inmediatas: el pasado, el presente y el futuro más inmediatos. "El pasado inmediato se refiere a los sucesos que culminan en el estado de crisis, en especial el suceso específico que desató o precipitó la crisis" (Slaikeu, 1988). La evaluación del futuro, obligadamente nos arroja a la contemplación de alternativas de solución. Es importante evaluar en el consultante, cuál ha sido su nivel de funcionamiento previo en situaciones semejantes o parecidas, para poder entender por qué el suceso resulta tan impactante e inmanejable para la persona. Es aquí cuando se hace más evidente la singularidad de cada sujeto, al recordar que existen hechos que potencialmente pueden trastornar casi que a cualquier individuo pero que existen otros que son impactantes en función de la historia previa del consultante en cuestión.

En términos de la orientación para el asesor, es conveniente que tenga presentes las siguientes preguntas: quién está involucrado, qué y cuándo sucedió, en qué lugar (dónde) y de qué manera (cómo). Estas preguntas permitirán establecer un esquema más claro para calcular las dimensiones de los acontecimientos y hacer la jerarquización de necesidades del consultante.

En situaciones con posible riesgo suicida, a estas preguntas se suma una que muchas personas temen hacer: “¿Has pensado en quitarte la vida?”. Preguntarlo de manera directa, serena y sin rodeos no aumenta el riesgo (Blades et al., 2018); al contrario, le muestra a la persona que puede hablar de aquello que la está angustiando. Si la respuesta es afirmativa, será necesario indagar si tiene un plan, si cuenta con los medios para llevarlo a cabo y si ha tenido intentos previos. De estas respuestas dependerá la urgencia con la que se debe activar la ruta.

Exploración de posibles soluciones

La exploración de las soluciones obviamente está fundamentada en el establecimiento de prioridades de necesidades que se realizó en el momento anterior. En esta exploración, habrá que evaluar qué cosas ya se han hecho, de qué manera y por qué no funcionaron. En el planteamiento de estrategias nuevas, habrá que ponderar la relación costo-beneficio que cada cual implica, es decir, determinar los beneficios y los riesgos de las posibles soluciones a tomar (Slaikeu, 1988). La mejor solución es aquella que representa muchas ganancias a costos muy bajos para la persona. Igualmente, será necesario tener presente cuáles son los recursos de los cuales dispone la persona, tanto de orden físico como de tipo personal. También, es necesario no solo tener recursos sino saberlos emplear.

En esta etapa, el asesor debe mantenerse atento a no dejarse “envolver” por la tendencia fatalista de la persona en crisis: si bien es cierto que por el estado mismo de la crisis, el sujeto se encuentra altamente vulnerable (fácilmente influenciable), esto no descarta que la persona tenga cierta desconfianza hacia situaciones novedosas. Esto es frecuente encontrarlo en las crisis relacionadas con suicidio, en donde a cada alternativa que el asesor sugiere o plantea, el consultante le encuentra una objeción que impide la posibilidad de llevarse a cabo una salida adecuada al problema.

Es importante establecer un acuerdo entre el asesor y el consultante frente a la viabilidad de las soluciones que se plantean. Si esto no ocurre, es porque existe algún “obstáculo” que no se ha explorado y por lo tanto se necesita una mayor revisión de los acontecimientos. En la situación de riesgo de suicidio, es particularmente importante ayudar a la persona a salir de su perspectiva de visión de túnel al atender la situación inmediata que lo aqueja. Es relevante mostrar cómo su situación es vital pero que las dimensiones son menores a las que él le está atribuyendo: no se está menospreciando lo que ocurre pero tampoco se lleva al extremo de la tragedia. Para recordar:

¿Seríamos capaces de comernos a un elefante? La mayoría diría que no, porque imagina al enorme paquidermo al frente suyo. Esa es la percepción que tiene la persona en estado de crisis: un problema de dimensiones y alcances descomunales. Ahora, la segunda pregunta: ¿Cuántas hamburguesas y filetes de res ha consumido a lo largo de la vida? La mayoría afirman que grandes cantidades. ¿Qué pasa entonces si todas estas vacas se ponen una encima de otra? ¿Qué tamaño alcanzaría? Muy probablemente... el tamaño de un elefante. El problema no cambió, pero sí la percepción de su posible abordaje.

Al valorar las posibles soluciones y hacer las ponderaciones de recursos disponibles, hay que asegurarse de ubicar una red de apoyo, que preste cuidado y vigilancia a la persona en riesgo de suicidio. Debemos recordar que una de las prioridades en este tipo de intervenciones es asegurar la supervivencia del afectado.

Una herramienta que ha mostrado utilidad en este momento es el plan de seguridad: un acuerdo breve, escrito junto con la persona, en el que se consignan las señales que le indican que se aproxima una crisis, lo que puede hacer por sí misma para calmarse, las personas y lugares que la pueden distraer, las personas a las que puede pedir ayuda, los profesionales y líneas de atención a los que puede acudir y las acciones para mantener un entorno seguro (Stanley et al., 2018). No es un contrato de “no suicidio”, sino una guía práctica que la persona lleva consigo y que puede consultar cuando las cosas se pongan difíciles.

Ayudar a tomar una acción concreta

Definidas unas posibles alternativas de solución ante los problemas que han generado la crisis, este paso pretenderá comprometer a la persona a tomar una acción concreta. El nivel de complejidad varía de un caso a otro. Puede ir desde volver a ponerse en contacto al día siguiente hasta decidir iniciar una hospitalización (Slaikeu, 1988). De acuerdo con el nivel de mortalidad (hacia sí mismo o hacia otros) y de la capacidad de la persona para poder implementar una acción, dependerá el papel que el asesor deba asumir: una actitud directiva o facilitadora.

En la actitud facilitadora, el consultante y el asesor hablan sobre la situación pero es el consultante quien toma la mayor responsabilidad en las acciones definidas. De otra parte, cualquier acuerdo que se realice involucra solo al asesor y al consultante.

En la actitud directiva, es probable que parte de la acción involucre a ambos y además, en los acuerdos que se establezcan pueden entrar a participar no solo el consultante y el asesor sino también terceras personas como los familiares.

Teniendo en cuenta que las ayudas directivas se prestan para diversos problemas de orden ético y legal, vale la pena tener en cuenta ciertos aspectos a saber:

1. Cualquier acción del asesor se debe hacer en el marco de la ley existente. Por ello se hace indispensable que el asesor se apoye en otros profesionales para resolver dudas que pueda tener respecto a las implicaciones legales de alguna medida que piense tomar. Igualmente, debe tener un conocimiento de cuáles son las disposiciones, normas o leyes vigentes no solo en su sitio de trabajo sino en su comunidad misma.
2. Las intervenciones controladoras son el extremo último al que se debe acudir. Hay que permitir primero que el consultante trabaje por sí mismo.
3. La confidencialidad se puede romper en situaciones en las que exista una alta sospecha de que el resultado final de la crisis sea daño a sí mismo o a terceros (suicidio y/o homicidio).

Idealmente se espera que la orientación sea facilitadora (que sea la persona en crisis quien asuma la responsabilidad). Implícitamente, con esto se está logrando devolverle a la persona cierto grado de confianza en sí misma y que es capaz de encarar la situación conflicto por sí sola, pero con el acompañamiento de otra persona. Además, si bien es cierto que en este tipo de intervenciones, se pueden crear lazos muy fuertes del ayudado hacia el ayudador, es vital que este tipo de vínculo no se convierta en una relación de malsana dependencia. Si recordamos que el estilo de afrontamiento evitativo es muy característico en personas con ideación suicida, esto se encadena muy bien con la tendencia a crear relaciones de dependencia con otras personas.

Seguimiento

El objetivo en esta etapa es registrar las acciones tomadas para evaluar el progreso de la situación. Se puede realizar a través de contactos personales o telefónicos, según el acuerdo al que se haya llegado entre el asesor y el consultante. Es importante dejar claro quién llamará a quién, cuándo se va a hacer y dónde (Slaikeu, 1988). En el seguimiento se determinará si se han cumplido los objetivos establecidos en la primera ayuda psicológica o si es necesario regresar a una etapa anterior para completar el proceso. Esto obliga a evaluar si los resultados son los que se habían esperado o si la situación tomó un curso no esperado con mayores implicaciones de riesgo. La situación también puede evolucionar de una manera sorpresiva e inesperada que el asesor y el consultante no habían contemplado, pero con consecuencias totalmente positivas y benéficas para el consultante.

En los casos con riesgo de suicidio, el seguimiento debe ser relativamente intensivo en el curso de las siguientes 48 a 72 horas de precipitada la crisis y si se ha realizado un intento, antes de un mes, no debe descuidarse la vigilancia que se le brinde.

La investigación reciente respalda esta insistencia. Las intervenciones breves que combinan el plan de seguridad con contactos de seguimiento, ya sea por teléfono, mensajes o visitas, se asocian con una reducción de los intentos de suicidio posteriores y con una mayor vinculación de la persona a los servicios de salud (Doupnik et al., 2020). Dicho en palabras sencillas: una llamada a tiempo puede salvar una vida. Para el orientador o el profesional de SST esto significa que el caso no se cierra cuando la persona es remitida al servicio de salud; allí apenas comienza otra etapa en la que el colegio o la empresa siguen teniendo un papel, por ejemplo, acordando ajustes razonables en la carga académica o laboral mientras la persona se recupera.

El asesor debe asegurarse de involucrar miembros de la familia o de su grupo de soporte social más inmediato, obviamente acordando con la persona, la conveniencia de hacerlo así. También debe estar atento a tener una capacidad de acción y respuesta en la eventualidad de que la situación no evolucione favorablemente. Esto es, debe previamente averiguar sobre qué sistema de salud cobija a la persona, cuáles son los centros asistenciales más cercanos a su lugar de residencia o trabajo, números de líneas de ayuda psicológica, servicios de ambulancias y demás. La hospitalización no necesariamente tiene que ser siempre la única y mejor opción, pero no es algo que deba descartarse.

¿Qué es lo que proporciona una hospitalización? Vigilancia y cuidado permanente. ¿Esto es garantía de que la persona renunciará a sus ideas de suicidio? Definitivamente no. Si la persona está atravesando por una crisis depresiva, será obligatorio que además de un soporte psicológico proporcionado por un profesional, la persona tenga que ser medicada. Aun cuando la farmacología ha avanzado bastante en las líneas de agentes antidepresivos, ninguno (a la fecha) logra producir su acción antidepresiva antes de 10 días. Esto significa que una hospitalización por depresión y con riesgo de suicidio, nunca deberá ser inferior a 4 semanas: *“Más de un 60% de los varones depresivos tienen ideas suicidas, y de los pacientes hospitalizados por depresión se suicidan un 15%”* (Ferrer, 1999). Si se decide mantener un tratamiento extramural acompañado por psicofármacos, los contactos con la persona nunca deben ser inferiores a 2 por semana y sostenido por dos meses: *“Organizar mejor también la asistencia hospitalaria. Uno de cada 4 jóvenes suicidas es hospitalizado, de los que un 17% deja el hospital a las 12 horas y el 83% es transferido a otros servicios; el 21% no es asistido por ningún psiquiatra o psicólogo.”* (Ferrer, 2001).

Actualmente, muchos esquemas de terapia breve tienen como premisa que se llegue a una duración máxima de 10 encuentros. En la intervención en crisis, se debe tener máximo 6 encuentros en un espacio de máximo dos semanas. Más allá de esto, el asesor debe obligatoriamente colocar a la persona en manos de profesionales de la salud mental.

Cada vez es más frecuente la recomendación que se hace desde diferentes sectores, sobre la importancia, necesidad y pertinencia de que más personas sepan y conozcan acerca de las técnicas de intervención en crisis. Y en los escenarios escolares, con todas las situaciones que se están viviendo actualmente, definitivamente es una herramienta que se hace indispensable.

Lo mismo puede decirse del mundo laboral. La Organización Mundial de la Salud recomienda capacitar a jefes y trabajadores para reconocer el malestar emocional y responder a él, y considera la salud mental parte integral de la seguridad y la salud en el trabajo (WHO, 2022). En Colombia, la identificación, evaluación e intervención de los factores de riesgo psicosocial es una obligación del empleador (Resolución 2764 de 2022), y la intervención en crisis es una de las herramientas que una organización puede incorporar a su sistema de gestión.

A continuación, se muestra en el siguiente cuadro el resumen de los pasos involucrados en la intervención en crisis, qué es lo que hay que hacer en cada uno de ellos e, igualmente, qué se desaconseja.

Pasos en la Intervención en Crisis: QUÉ HACER Y QUÉ NO

Pasos	Qué hacer	Qué no hacer
1. Contacto psicológico	✓ Escuchar de manera cuidadosa. ✓ Comunicar aceptación.	✗ Contar su propia historia. ✗ Ignorar los sentimientos. ✗ Juzgar o regañar.
2. Examinar dimensiones del problema	✓ Plantear preguntas abiertas. ✓ Clarificar el problema. ✓ Evaluar el riesgo de muerte.	✗ Preguntas sí/no. ✗ Dar la razón al problema.
3. Exploración de soluciones	✓ Realizar una lluvia de ideas. ✓ Establecer prioridades.	✗ Dejar obstáculos sin examinar. ✗ Permitir una mezcla de necesidades sin establecer prioridades.
4. Ayudar a tomar decisión	✓ Establecer metas específicas a corto plazo. ✓ Ser directivo. ✓ Confrontar cuando sea necesario.	✗ Intentar resolverlo todo al tiempo. ✗ Prometer cosas. ✗ Retraerse de tomar decisiones cuando sea necesario.
5. Seguimiento	✓ Acordar un segundo encuentro. ✓ Evaluar los pasos de acción.	✗ Dejar detalles en el aire. ✗ Dejar la evaluación a alguien más.

4

¿Existe un perfil idóneo para el asesor?

Los tiempos recientes han sido convulsionados en todo sentido: desastres naturales, actos terroristas, conflictos bélicos y más. Sin embargo, más duro que los hechos mismos era ver cómo muchas personas querían prestar ayuda, pero no sabían cómo hacerlo.



En España, por ejemplo, después de los hechos del 11-M, muchos psicólogos acudieron a prestarle ayuda a los heridos y poder hacer una contención emocional. Sin embargo fue sorprendente que muchos de estos profesionales a pesar de sus intensos deseos de socorrer a personas en situaciones de emergencia, se conmocionaron al presenciar los cadáveres (Cavanillas de Sansegundo, 2007).

Benveniste (2000) es muy reiterativo en que las personas que socorren y ayudan a otras personas en situaciones de desastre deben a su vez recibir orientación, guía y soporte durante este proceso, dado que existe la tendencia natural a “cargarse con el dolor” del otro: *“Panoramas de sangre, vómitos, materia fecal y otros fluidos corporales, cuerpos descubiertos, seres humanos consumidos y mutilados o inconscientes y desvalidos agreden el entendimiento y los sentimientos de quienes los están experimentando en carne propia o de pacientes que son testigos de tanto dolor y sufrimiento”* (Calderón Gómez, 2003).

Hoy sabemos que este desgaste tiene nombre propio. El síndrome de burnout, caracterizado por el agotamiento, el cinismo o distanciamiento frente al trabajo y la sensación de ineficacia, es frecuente en las profesiones de ayuda, entre ellas la docencia, la orientación y las profesiones de la salud (Maslach y Leiter, 2016). Por eso, una institución que forma a su personal para intervenir en crisis debe prever también espacios para que ese personal pueda hablar de lo que vivió, recibir supervisión y descansar. Quien cuida también necesita ser cuidado.

Entonces, ya se vislumbra la respuesta a la pregunta hecha originalmente: ¿Existe un perfil para quien realizará una intervención en crisis? La respuesta es un SÍ. Obviaremos el entrenamiento, formación y capacitación que se supone debe tener el interventor. Miraremos más bien aquellas características personales que pueden ser supremamente útiles en las acciones de la intervención en crisis.

1. Paciencia

No solo para la intervención en crisis, sino para la vida misma, la paciencia es una cualidad supremamente útil. Desafortunadamente los cursos de formación en ella suelen ser muy largos y prolongados. Diremos que el contrario de la paciencia en nuestro contexto, más que la impaciencia (que sería lo lógico) es la impulsividad. La paciencia puede tener asociadas otras características como el dominio emocional y la capacidad de razonar veloz pero certeramente.

Hay situaciones de crisis en donde el tiempo puede estar a favor o en contra. Si el tiempo está de nuestro lado, excelente, pero si está en nuestra contra, por paradójico que parezca, la paciencia suele ser muy útil para evitar tomar decisiones apresuradas con resultados inseguros, tanto para el paciente como para el mismo interventor.

2. Creatividad

En este sentido, los colombianos definitivamente nos llevamos todos los laureles (para bien o para mal). En las situaciones de crisis la creatividad se manifiesta en nuevas formas como se puede redefinir o redimensionar la situación que puede estar viviendo la persona afectada. Los hechos no se pueden cambiar, pero sí su significado. Es aquí en donde está uno de los hechos claves dentro de la intervención en crisis: buscar nuevos y mejores significados a lo que está ocurriendo.

Un ejemplo sencillo: un trabajador que acaba de ser despedido dice “ya no sirvo para nada”. El hecho, el despido, no se puede cambiar; pero el asesor puede ayudarle a ver que perdió un empleo, no su capacidad de trabajar, ni su experiencia, ni a las personas que lo quieren. Resignificar no es maquillar la realidad, es mirarla desde un ángulo que permita seguir adelante.

3. Recursividad

Ella es prima hermana de la creatividad. Se necesita ser creativo para ser recursivo, pero no necesariamente la creatividad se traduce siempre en recursividad. Un artista es una persona muy creativa, pero si se le acaba la pintura y su trabajo se detiene, no diremos que sea recursivo. La recursividad hace referencia al encontrar recursos en donde aparentemente no los hay, saber usarlos o darles nuevos empleos a los recursos ya existentes. Para los interesados en el entrenamiento en intervención en crisis, ver varias veces la película “*Apolo 13*” sería muy provechoso. Hay una escena muy interesante, cuando el comando en tierra llama a unos expertos y les dicen que arriba, en el Apolo 13, tienen que acomodar un filtro de entrada cuadrada con otro filtro de entrada circular y disponen de ciertos elementos, no más y no menos. El trabajo de los expertos en tierra es encontrar la forma de encajar ambos filtros con los elementos disponibles: creatividad y recursividad en acción. No sobra decir que el tiempo corría en contra.

4. Buen afrontamiento

Si uno de los aspectos críticos dentro de la situación de crisis que vive el sujeto es precisamente su alteración en los procesos de afrontamiento, el interventor no debe tener falencias en este sentido. Tener un buen afrontamiento en nuestro contexto se traduce en saber trabajar con efectividad en condiciones de alta presión.

5. Saber escuchar

Esta es una habilidad comunicativa que va más allá de mirar atentamente a la otra persona. Saber escuchar implica reconfirmar la información que se obtiene, filtrar aquella que es relevante, ordenarla y darle una prioridad, orden y sentido. En ocasiones el proceso de intervención en crisis debe reevaluarse si los resultados deseados no se obtienen y puede ser porque se ha pasado por alto información vital. Esto se hace evidente en la fase de seguimiento.

Saber escuchar también implica tolerar los silencios. Muchos asesores sienten la necesidad de llenar cada pausa con un consejo o una frase de ánimo, pero en ocasiones el silencio es el espacio que la persona necesita para ordenar lo que quiere decir. Un “tómame tu tiempo, aquí estoy” puede valer más que cualquier recomendación.

6. Capacidad empática

Como se dijo previamente, lo contrario a la empatía en el contexto de las intervenciones terapéuticas con personas, es la simpatía. Si bien es cierto que la situación de la persona en crisis puede ser dolorosa, agobiante o dramática, siempre se debe tener en claro que es problema de la persona y no nuestro. Esto quiere decir que a pesar de tener conexión con las emociones de la otra persona, debemos ser lo suficientemente hábiles para no permitir que el entendimiento de sus emociones nos impida tener un punto de vista centrado.

7. Imparcialidad

La imparcialidad implica juzgar los hechos y no a las personas. Dentro del juicio que hacemos de los hechos se buscarán relaciones causales y posibles consecuencias que puedan tener el desenlace de los hechos. En un momento determinado, será necesario comprometerse con alguna posición o alternativa de solución. Esto es lo que hace que la imparcialidad no sea sinónimo de neutralidad.

La neutralidad finalmente no toma compromiso con nada o dicho de una manera un poco más fuerte, la neutralidad es una manera diplomática y elegante para denominar la indiferencia. Y si hay algo que es inexistente en la situación de intervención en crisis, es la indiferencia.

En el colegio y en la empresa, la imparcialidad se pone a prueba con frecuencia, porque el asesor suele conocer a las personas involucradas y puede tener simpatías o antipatías previas. El estudiante “*problema*” o el trabajador con antecedentes disciplinarios también pueden estar en crisis, y merecen la misma escucha que cualquier otro. Cuando el asesor sienta que su historia con la persona le impide ser imparcial, lo mejor es pedir que otro colega asuma el caso.

8. Determinación

Implica no solo tomar decisiones sino sostenerlas en el tiempo, obviamente con la previa valoración de riesgos. Esta toma de decisiones debe ser oportuna, es decir, tan veloz o lentamente como la situación lo requiera. Posterior a la toma de decisión, implica también asumir la responsabilidad que esta conlleva, dependiendo del tipo de posición de ayuda que se adoptó: directiva o facilitadora.

El siguiente cuadro puede ser útil para hacer una evaluación muy veloz acerca de la disposición de las características óptimas para poder llevar a cabo intervenciones en crisis.

Evaluación “Flash” para determinar idoneidad del personal que hace intervenciones en crisis.

N.º	Pregunta	Siempre	En ocasiones	Nunca
1	Tiendo a pensar antes de actuar y no simplemente reaccionar.	3	2	1
2	Soy una persona paciente.	3	2	1
3	Soy bueno escuchando a las personas.	3	2	1
4	Si hay un problema, tiendo a buscar más de una alternativa de solución.	3	2	1
5	En la solución de un problema, miro cuáles son los recursos con los cuales cuento.	3	2	1
6	Si tengo al frente dos problemas, sé establecer correctamente las prioridades para tomar una acción.	3	2	1
7	Evito juzgar a las personas cuando me cuentan sus situaciones personales.	3	2	1
8	Si hay varias personas involucradas en una situación, busco escuchar a todas las partes antes de sacar conclusiones.	3	2	1
9	Trato de ponerme en la posición del otro para entender mejor la situación.	3	2	1
10	Evito dar consejos y busco que la persona pueda encontrar la solución a su situación.	3	2	1
11	Si alguien me cuenta un problema, tengo claro que es suyo y no lo asumo como propio.	3	2	1

CAPÍTULO

5

Lo que el asesor necesita saber sobre el suicidio

“En el riesgo de suicidio, lo más peligroso es no hablar acerca de él.”

L. A. E.



A lo largo de este manual hemos hablado de la crisis suicida como una de las situaciones más delicadas que puede enfrentar un asesor. Pero para intervenir es necesario, primero, reconocerla. Un docente, un orientador, un jefe de área o un responsable de SST no necesita convertirse en un experto en suicidología, pero sí debe manejar un mínimo de conocimientos: qué es y qué no es la conducta suicida, cuáles son los mitos más frecuentes, qué factores aumentan el riesgo, cuáles son las señales de alarma, cómo preguntar y qué hacer según el nivel de riesgo. La Organización Mundial de la Salud insiste en que el suicidio puede prevenirse si se actúa a tiempo, y para ello propone anticiparse al riesgo, identificarlo y atenderlo (WHO, 2021). Este capítulo busca darle al lector las herramientas para las dos últimas tareas.

1. Conceptos básicos

Una de las definiciones clásicas es la de Durkheim (1897), para quien *“se llama suicidio todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto positivo o negativo realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir ese resultado”*. En esta definición hay dos elementos clave: el conocimiento que tiene la persona acerca de sus acciones y la intención con la que las realiza. Por lo tanto, no existe el suicidio *“inconsciente”*. Esto abre preguntas difíciles: ¿qué pasa si la persona estaba bajo los efectos de sustancias psicoactivas (SPA), o delirando por una enfermedad mental? En esos casos la intención y la conciencia sobre el acto quedan en entredicho, y será tarea de los profesionales de la salud y de las autoridades determinar lo ocurrido.

Del mismo modo, no toda conducta autodestructiva debe entenderse como un suicidio encubierto. Tampoco las actividades de alto riesgo ni los deportes extremos. El conductor que se accidenta por exceso de velocidad no necesariamente buscaba morir, aunque en algunos casos, los llamados *“autocidios”*, el accidente de tránsito sí es la forma que la persona eligió para quitarse la vida.

En Colombia, el sistema de vigilancia epidemiológica de la conducta suicida (SISVECOS) entiende la conducta suicida como una lesión intencional autoinfligida que puede o no tener un resultado fatal, y distingue cuatro tipos: ideación, amenaza, intento y suicidio consumado. Otros autores muestran con más detalle la evolución de la conducta suicida como un continuo: ideas de muerte, deseo suicida, ideas suicidas, expresión suicida, amenaza suicida, plan suicida, gesto suicida, intento de suicidio y suicidio consumado (Anseán, 2014). Veamos los más importantes:

- **La idea suicida** es pensar en buscar la propia muerte de manera intencional. Es una idea a la que se le da cierto grado de seriedad; puede ser ocasional o fija, pero denota una intención real, y puede tomar tiempo en evolucionar.
- **La amenaza** implica ya una acción observable por los otros: verbalizaciones explícitas o encubiertas, notas, publicaciones en redes sociales. Con sus amenazas, la persona ya está deve-

lando sus intenciones. Si habla en serio o está tratando de manipular, eso es tarea del personal de salud aclararlo; no del asesor.

- **El gesto suicida.** Un gesto es un acto que implica un significado o una intencionalidad. En ese sentido, las indirectas, las notas, las amenazas, las autolesiones y muchas otras señales pueden considerarse gestos suicidas, en tanto que pueden develar una intencionalidad.
- **El intento** supone ya una acción conducente a la muerte. Puede tener varios cursos: la persona hace algo, pero luego lo interrumpe; el mecanismo empleado le falla; es detenida o descubierta por otros; o hace algo, se arrepiente y pide ayuda.

Hace algunos años se hablaba de los “*parasuicidas*”, término acuñado para referirse a conductas aparentemente suicidas que en realidad no buscarían la muerte sino producir cambios en el entorno, con un carácter de petición de ayuda (Kreitman et al., 1969). Es mejor abandonar esa etiqueta y hablar de personas con un riesgo de suicidio bajo, moderado o alto: ha habido personas catalogadas como “*parasuicidas*” que terminaron en una mesa de necropsia.

Dos ideas más para cerrar este apartado. Primera: el suicidio es el resultado de un proceso de larga data; un suicidio no se improvisa. Segunda: evitemos a toda costa hablar de las “*causas*” del suicidio. Lo que existe son factores de riesgo, factores de protección y eventos detonantes, precipitantes o desencadenantes (Turecki y Brent, 2016).

2. Mitos y realidades

Los mitos sobre el suicidio son creencias construidas cultural y socialmente en torno a la conducta suicida. Nacen y se perpetúan por el tabú, el miedo y el desconocimiento. Algunos parecen intrascendentes, pero otros impiden reconocer las señales, pedir ayuda y actuar a tiempo. Estos son los más frecuentes e importantes:

MITO El suicidio se produce sin previo aviso.

REALIDAD Muchas personas comunican señales directas o indirectas antes de una crisis suicida, aunque no siempre sean claras o fáciles de reconocer. Conocerlas, tomarlas en serio y actuar a tiempo puede salvar vidas.

MITO Quienes hablan de suicidio no lo llevan a cabo.

REALIDAD Hablar de suicidio puede ser una señal de alerta. Toda mención debe tomarse en serio, explorarse de forma directa y activar un apoyo oportuno. ¿Perro que ladra no muerde? En prevención, esa idea es peligrosa.

MITO Todas las personas que amenazan con suicidarse solo quieren llamar la atención o manipular.

REALIDAD Puede ser la forma que la persona encontró para comunicar un sufrimiento intenso o pedir ayuda, y eso no descarta el riesgo. La manipulación no es necesariamente la principal motivación de un intento; y si lo es, le da mayor gravedad al posible hecho.

MITO Preguntarle a una persona si ha pensado en el suicidio le mete la idea en la cabeza.

REALIDAD Preguntar de forma directa, respetuosa y empática no induce ideas ni conductas suicidas (Blades et al., 2018). Puede ser liberador hablar de ello, y permite evaluar el riesgo, ofrecer apoyo y conectar con ayuda profesional.

MITO Quienes hacen intentos con medios de baja letalidad no están considerando seriamente matarse.

REALIDAD Siempre hay que poner de relieve la intencionalidad y no confundirla con el mecanismo empleado. El método no necesariamente está en consonancia con la intención subyacente.

MITO Todas las personas que mueren por suicidio están deprimidas.

REALIDAD La depresión es un factor de riesgo importante, pero el suicidio es multifactorial. No todas las personas con depresión presentan conducta suicida, ni todas las que mueren por suicidio tenían depresión.

MITO Todas las personas que se suicidan lo hacen en un arranque de impulsividad.

REALIDAD No todos los intentos son súbitos; en muchos casos existen ideas, señales o planificación previas. La impulsividad puede precipitar la conducta, especialmente cuando ya existe ideación suicida, pero no es el determinante principal.

MITO Las personas suicidas están decididas a morir.

REALIDAD La ambivalencia es frecuente; una persona puede experimentar al mismo tiempo deseos de morir y deseos de seguir viviendo. La ambivalencia no reduce el riesgo, pero abre una oportunidad para intervenir.

MITO La mejoría después de una crisis suicida significa que el riesgo ya fue superado.

REALIDAD Una mejoría aparente no garantiza que el riesgo haya desaparecido. Puede persistir o fluctuar, especialmente durante las primeras semanas y meses (recordemos las “recuperaciones espontáneas”). Es necesario mantener el seguimiento, reevaluar el riesgo y fortalecer la red de apoyo.

MITO	Una vez que una persona entra en una crisis suicida, lo estará para siempre.
REALIDAD	Las crisis suicidas suelen ser temporales, y su intensidad puede disminuir con protección, apoyo y atención profesional. Que la crisis pase no significa olvidar el riesgo: el seguimiento es fundamental.

3. Factores de riesgo y de protección

Es útil pensar en los factores de riesgo por niveles, como si se tratara de la estructura de una construcción: hay factores que predisponen, otros que contribuyen, otros que precipitan y, del otro lado de la balanza, otros que protegen.

Factores que predisponen

- **Antecedentes familiares:** trastornos psiquiátricos, en especial depresión; alcoholismo o drogadicción; historia de suicidio en la familia. ¿Ambiente? ¿Genética? Probablemente ambas: recordemos que la epigenética nos muestra cómo el ambiente modula la expresión de los genes.
- **Eventos traumáticos en la infancia:** violencia intrafamiliar o maltrato infantil, abuso sexual y acoso escolar.

Factores que contribuyen

- **Trastornos mentales:** depresión; trastornos de ansiedad, como el trastorno de estrés post-traumático; algunos trastornos de personalidad, como el límite, el narcisista y el antisocial; y el abuso o la dependencia de SPA. Nótese que no se habla de “uso”.
- **Dificultades en competencias intra e interpersonales:** baja tolerancia a la frustración y al fracaso, déficit en el afrontamiento, pobre capacidad resiliente, locus de control externo (victimización) y autoeficacia disminuida.

Factores que precipitan

Son los eventos que desencadenan la crisis: el fracaso académico, el disgusto o rompimiento con la pareja, la quiebra económica o el despido, la muerte de un ser querido, el diagnóstico de una enfermedad o una sentencia judicial. Son los mal llamados “*causa*” del suicidio. Operan como detonantes sobre un terreno que ya estaba preparado.

Detallando los factores de riesgo

- **Tener la idea suicida.** Es el factor más importante, a partir del cual se analizan los demás. Imaginemos a un adolescente que, ante un problema muy grave, ordena mentalmente sus al-

ternativas: primero, irse de la casa; segundo, pedir ayuda a alguien; tercero, emborracharse; cuarto, pedir dinero prestado; quinto, irse de la ciudad; sexto, suicidarse. Todos podríamos, en algún momento, tener el suicidio en esa lista. El problema es cuando la idea sube de posición. El propósito de cualquier forma de ayuda frente a una persona con serias ideas de suicidio es bajar la prioridad de esa idea y crear nuevas alternativas.

- **La precisión del plan:** a mayor precisión, mayor letalidad. ¿Cómo? ¿Cuándo? ¿Dónde? Una persona que responde con claridad a estas tres preguntas está en un riesgo mucho mayor que quien solo tiene una idea difusa.
- **Intentos previos:** la persona ya pasó de la idea al acto. El intento previo es uno de los predictores más fuertes de una muerte por suicidio. Sin embargo, esto no debe tranquilizar a nadie cuando no hay antecedentes: un estudio de seguimiento encontró que cerca del 60 % de las personas que murieron por suicidio lo hicieron en su primer intento (Bostwick et al., 2016).
- **Sexo y género:** los hombres mueren por suicidio en mayor proporción, en parte por una mayor agresividad, impulsividad y letalidad de los medios empleados; en Colombia, cerca de ocho de cada diez muertes por suicidio corresponden a hombres (MinSalud, 2025). Las mujeres, en cambio, registran más intentos, y en algunos países las condiciones sociales incrementan el suicidio femenino.
- **Edad:** en Colombia, la mayoría de los intentos de suicidio se concentra entre los 10 y los 29 años (MinSalud, 2021), lo que ubica a los colegios, las universidades y los primeros empleos en el centro de la prevención.
- **Suicidios cercanos de familiares o amigos:** el poder de la imitación alienta a quien ya tiene la idea.
- **Psicopatología:** en la gran mayoría de los casos la depresión es la principal psicopatología asociada; también están presentes algunos trastornos de personalidad y los trastornos de ansiedad.
- **Pérdidas recientes:** fracaso académico, final de una relación amorosa, conflicto severo con los padres, pérdida del empleo. Operan como evento desencadenante; no son la causa.

En los menores de edad hay cuatro factores de una particular potencia frente al riesgo de suicidio: el abuso de SPA, el acoso escolar, el abuso sexual y el maltrato físico o psicológico. Los tres últimos, además, suelen estar asociados con depresión y estrés postraumático, lo que multiplica el riesgo. En el entorno laboral hay que estar atentos al acoso laboral, las jornadas extenuantes, la inestabilidad en el empleo, las deudas, los procesos disciplinarios y el aislamiento de quienes trabajan solos o lejos de su familia.

Factores que protegen

Del otro lado de la balanza están los factores de protección, que no eliminan el riesgo, pero lo amortiguan (WHO, 2021; Turecki y Brent, 2016):

- Vínculos familiares y sociales sólidos, y el sentido de pertenencia a un grupo, un curso o un equipo de trabajo.
- Habilidades de afrontamiento, de solución de problemas y de regulación emocional.
- Un proyecto de vida y razones para vivir: los hijos, la familia, las creencias, las metas.
- Acceso oportuno a servicios de salud mental y disposición a pedir ayuda.
- Entornos escolares y laborales seguros, libres de acoso, donde se pueda hablar del malestar sin ser juzgado.
- Restricción del acceso a medios letales.

4. Señales de alarma

Un indicio es una señal o circunstancia que permite deducir la existencia de algo, o la realización de una acción, de la que no se tiene un conocimiento directo. Las señales de riesgo son justamente eso: un conjunto de manifestaciones comportamentales, cognitivas, fisiológicas y del contexto que, analizadas en conjunto, pueden ayudar a valorar el nivel de riesgo de una persona. Tres reglas prácticas: a) entre más señales se tengan, tanto mejor para la valoración; b) algunas, por sí solas, son suficientes para activar una alarma de riesgo de conducta autolesiva; c) otras dan indicio de un fuerte malestar emocional, pero no necesariamente de riesgo de autoagresión.

Señales que, por sí solas, son suficientes para activar la alarma

- Amenazas de querer hacerse daño, tanto verbales como escritas, incluidas las publicaciones en redes sociales.
- Indirectas: *“Soy un estorbo”, “No sirvo para nada, soy un inútil”, “Sin mí, las cosas estarán mejor”, “Ya les voy a solucionar todos sus problemas”, “No le doy la talla a nadie”.*
- Historia de intentos previos.
- Búsqueda de información sobre el suicidio o sobre métodos para hacerse daño.
- Autolesiones o cutting.
- Entrega a otros de pertenencias valiosas afectivamente, como si se tratara de *“herencias”*.
- Recuperaciones espontáneas: la persona se muestra particularmente alegre y entusiasta después de un período de abatimiento y tristeza.

Señales de fuerte malestar emocional (no suficientes por sí solas)

- Alteraciones en los patrones de sueño o de alimentación.
- Descuido en la apariencia personal.
- Disminución significativa del rendimiento académico o laboral habitual.
- Retraimiento social.
- Anhedonia, o incapacidad para experimentar placer.
- Anergia, o cansancio permanente y falta de energía.
- Expresión de sentimientos intensos y abrumadores de culpa, vergüenza y odio hacia sí mismo.
- Dificultad para pensar, concentrarse, tomar decisiones y recordar cosas.
- Abuso inhabitual de SPA.
- Presencia de un evento desencadenante.
- Sentimientos de desesperanza, desesperación o desamparo.

Que estas señales no sean suficientes por sí solas no significa que haya que ignorarlas: cuando se juntan varias, o cuando aparecen acompañadas de alguna de las señales del primer grupo, el riesgo aumenta. Además, hay elementos del contexto que pueden elevarlo: antecedentes familiares de depresión o de muertes por suicidio, un ambiente familiar marcadamente disfuncional, la falta de un buen soporte social, el acceso a medios con los cuales hacerse daño y el consumo problemático de alcohol u otras SPA.

Las tres “D” del suicidio

¿Por qué se suicida la gente? No hay una respuesta única, pero hay tres estados que, cuando confluyen, configuran una combinación particularmente peligrosa (Shneidman, 1993):

- **Desesperanza:** “*no hay futuro*”. No es un dolor agudo, es la ausencia de horizonte: la persona siente que el futuro ha sido cancelado. Suele estar asociada con la depresión. ¿Qué hace que una persona tenga una pésima percepción del futuro de su proyecto de vida? ¿O acaso está definido un proyecto de vida?
- **Desesperación:** “*ya no aguanto más*”. Es la lucha frenética contra lo insoportable. Mientras la desesperanza es “*no puedo hacer nada*”, la desesperación es “*esto no puede estar pasando*”. Suele estar asociada con la ansiedad. ¿Ha desarrollado la persona estilos de afrontamiento que le permitan asumir las adversidades normales de la vida?
- **Desamparo:** “*no tengo a nadie a quien le importe*”. Es la sensación de intemperie total: no hay recursos propios ni manos ajenas que protejan. Es la base de la indefensión aprendida y se

asocia con la soledad. ¿Qué ha impedido que la persona construya vínculos y una red de apoyo que la proteja?

Detrás de la conjunción de las tres “D” se encuentra la llamada tríada cognitiva descrita por Beck: una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro (Beck et al., 1979).

5. Cómo preguntar

Muchas personas identifican las señales, pero no se atreven a dar el siguiente paso por miedo a “meterle la idea” a la persona, a no saber qué hacer con la respuesta o a equivocarse. Como ya se vio, preguntar no induce el suicidio (Blades et al., 2018). Lo que sí puede ser peligroso es no preguntar. Estas son algunas pautas:

- **Crear las condiciones.** Un lugar privado y tranquilo, sin prisa, lejos de los compañeros de curso o de trabajo. Nunca en público ni delante del equipo. Si no hay tiempo en ese momento, acordar uno lo más pronto posible.
- **Empezar por lo general.** Partir de lo observado, sin juzgar: “*Te he notado distinto estas semanas, más callado; ¿cómo has estado?*”, “*Me preocupa verte así; ¿qué está pasando?*”.
- **Ir de lo general a lo específico.** “*¿Has sentido que las cosas no tienen salida?*”, “*¿Has llegado a pensar que no vale la pena seguir viviendo?*”.
- **Preguntar directamente por el suicidio.** “*¿Has pensado en quitarte la vida?*”, “*¿Has pensado en suicidarte?*”. Usar la palabra suicidio, con calma y sin rodeos. Evitar preguntas que inducen un “no”, como “*¿No estarás pensando en hacer una tontería, cierto?*”.
- **Si la respuesta es afirmativa, explorar el plan.** ¿Cómo lo haría? ¿Cuándo? ¿Dónde? ¿Tiene acceso a los medios? ¿Lo ha intentado antes? ¿Qué lo ha detenido hasta ahora? Esta última pregunta permite reconocer la ambivalencia y las razones para vivir, que serán el punto de apoyo de la intervención.
- **Escuchar más de lo que se habla.** Agradecer la confianza, validar el dolor sin validar la conducta suicida: “*Entiendo que estás sufriendo mucho y me alegra que me lo cuentes*”.
- **No prometer confidencialidad.** Hay que explicar que, por su seguridad, será necesario contar con otras personas: su familia o acudiente y los profesionales de la salud.
- **Lo que no se debe hacer:** sermonear, minimizar (“*eso no es para tanto*”), comparar (“*otros están peor*”), discutir sobre si el suicidio está bien o mal, retar a la persona (“*no eres capaz*”) o ceder a la manipulación. Y nunca dejarla sola si el riesgo es alto.

En el colegio, la conversación a fondo le corresponde idealmente al orientador; pero cualquier docente que perciba señales puede hacer las primeras preguntas y acompañar al estudiante hasta orientación. En la empresa, el jefe inmediato o un compañero pueden abrir la conversación y acompañar a la persona hasta el responsable de SST o el profesional de salud. Lo importante es que nadie se quede con la información sin actuar.

6. Niveles de riesgo y qué hacer

La valoración formal del riesgo le corresponde al personal de salud. Sin embargo, el asesor necesita una guía práctica que le permita decidir con qué urgencia actuar. La siguiente clasificación combina las señales de alarma, la precisión del plan y los tiempos de atención establecidos en la Resolución 347 de 2026 y en las orientaciones para la activación del Código Dorado (MinSalud, 2026). Ante la duda, siempre se debe asumir el nivel de riesgo más alto.

Nivel	Qué se observa	Qué hacer	Ruta y Código Dorado
Bajo	Señales de malestar emocional (no suficientes por sí solas). Ideas de muerte pasivas ("a veces quisiera no despertar"), sin ideación suicida activa, sin plan ni intentos previos.	Escuchar y acompañar. Informar al acudiente (estudiantes) o acordar con el trabajador el contacto con su red. Remitir a orientación, a SST o a consulta con la EPS. Seguimiento cercano.	Registro en el sistema de alertas (colegio) o en el SG-SST (empresa). Seguimiento y reevaluación periódica del riesgo.
Moderado	Ideación suicida activa sin un método o plan definido, o alguna de las señales suficientes (indirectas, autolesiones, búsqueda de información) sin plan concreto.	Intervención en crisis. No dejar sola a la persona hasta que un adulto responsable asuma el cuidado. Plan de seguridad. Informar al acudiente o al contacto de emergencia. Restringir el acceso a medios.	Activar la ruta institucional. Consulta prioritaria en salud en un plazo máximo de 48 horas (Resolución 347 de 2026). Apoyo de las líneas de teleorientación en salud mental. Seguimiento en las siguientes 24 a 72 horas.
Alto	Ideación con plan definido (cómo, cuándo, dónde), acceso a los medios e intención clara; intento reciente; recuperación espontánea después de una crisis.	No dejar sola a la persona ni un minuto. Llevarla a un lugar seguro. Retirar los medios de letalidad inmediata. Informar de inmediato a la familia o al acudiente.	Activación del Código Dorado: línea 123 o traslado inmediato al servicio de urgencias. Atención inmediata en urgencias (Resolución 347 de 2026). Notificación del caso y seguimiento después del alta.
Intento en curso	La persona se está haciendo daño o acaba de hacerlo.	Primeros auxilios físicos y psicológicos. Asegurar la escena y a las demás personas.	Línea 123 de inmediato. Código Dorado. Registro en el sistema de alertas o en el SG-SST y notificación al SIVIGILA por parte del sector salud.

Hay que insistir en algo: los niveles de riesgo no son etiquetas fijas. Una persona puede pasar de un riesgo bajo a uno alto en cuestión de horas, si aparece un evento precipitante o si pierde el apoyo que la sostenía. Por eso el seguimiento no es un trámite: es la forma de saber si el nivel de riesgo cambió. Y, como se ha dicho a lo largo de este manual, asuma siempre que la persona puede hacerse daño y asegúrela; es preferible pecar por exceso de cuidado que lamentar una omisión.

CAPÍTULO

6

La postvención

“En la postvención, el perdón no es un olvido, es el acto de dejar de castigarse por una tormenta que nadie podía detener.”



Hasta aquí hemos hablado de lo que se puede hacer para acompañar a una persona en crisis y evitar que la crisis termine en tragedia. Sin embargo, hay que decirlo con honestidad: a pesar de los mejores esfuerzos, algunas personas mueren por suicidio. Cuando esto ocurre en un colegio o en una empresa, el impacto se extiende como las ondas que deja una piedra al caer en el agua. Los compañeros de clase, los docentes, los compañeros de trabajo, los jefes, la familia e incluso quienes apenas conocían a la persona quedan tocados por la pérdida. A la intervención que se realiza con todos ellos se le conoce como postvención.

1. ¿Qué es la postvención?

El término fue acuñado por Edwin Shneidman, el mismo autor que describió el suicidio como la respuesta a un dolor psicológico insoportable, al que llamó *psychache* (Shneidman, 1993). Shneidman propuso que, así como existe la prevención, antes del hecho, y la intervención, durante la crisis, debía existir una postvención: el conjunto de acciones que se realizan después de ocurrido un suicidio, con y para quienes quedan (Andriessen, Kryszynska, et al., 2017). La Estrategia Nacional para la Prevención de la Conducta Suicida en Colombia la define como el conjunto de actividades desarrolladas por, con y para los sobrevivientes, con el fin de facilitar su recuperación y, fundamentalmente, prevenir resultados adversos como la conducta suicida (MinSalud, 2021).

A Shneidman se le atribuye una frase que resume su sentido: la postvención es la prevención para la siguiente generación. No es un acto de despedida sino un acto de cuidado. Quienes quedan no solo tienen que lidiar con el dolor de la pérdida, sino con preguntas que muchas veces no tienen respuesta: ¿por qué lo hizo?, ¿por qué no me di cuenta?, ¿qué pude haber hecho?

2. ¿A quiénes va dirigida?

La postvención está dirigida a una o varias personas. En primer lugar, a quienes guardaban mayor cercanía afectiva con la persona fallecida: familia, pareja, amigos cercanos, compañeros de curso o de equipo de trabajo. En segundo lugar, a aquellas personas en quienes la muerte podría generar un impacto negativo, aunque no hayan sido cercanas: quienes presenciaron el hecho o encontraron el cuerpo, quienes tuvieron un conflicto reciente con la persona, quienes ya se encontraban en riesgo o atravesaban su propia crisis, y quienes se identifican con ella por su edad, su situación o su historia.

Durante años se repitió que cada suicidio afectaba a seis personas. La investigación reciente muestra que la cifra es mucho mayor: se estima que alrededor de 135 personas se ven expuestas a cada muerte por suicidio, y que una parte de ellas experimenta un impacto importante en su vida (Cerel et al., 2019). Visto desde otro ángulo, cerca de una de cada cinco personas ha estado expuesta al suicidio de alguien a lo largo de su vida (Andriessen, Rahman, et al., 2017).

Pensemos en un colegio: un curso completo, los docentes que le dictaban clase, el equipo de orientación, los compañeros del bus escolar, el equipo de fútbol, los padres de familia de sus amigos. O en una empresa: el equipo inmediato, el jefe, los compañeros de turno, quienes compartían el almuerzo, los clientes con los que tenía trato. Ninguno de ellos debería quedar por fuera del radar.

3. Sus objetivos

Los objetivos de la postvención pueden resumirse así:

- Ayudar a afrontar la pérdida.
- Generar contención emocional.
- Crear espacios para la expresión de sentimientos.
- Identificar a las personas en riesgo de suicidio por imitación.
- Ayudar a disminuir el sentimiento de culpa en los dolientes.
- Restablecer, en la medida de lo posible, el funcionamiento de la comunidad educativa o laboral.

A estos objetivos se suma uno que a veces se pasa por alto: fortalecer la prevención. Una comunidad que atravesó una pérdida por suicidio y fue bien acompañada suele quedar más dispuesta a hablar del tema, a reconocer las señales de alarma y a pedir ayuda.

4. El duelo por suicidio

El duelo por suicidio comparte muchas características con cualquier otro duelo, pero tiene algunos matices que lo hacen particularmente difícil. La muerte es súbita, muchas veces violenta, y deja a los sobrevivientes con una carga de preguntas, culpa, rabia, vergüenza y sensación de rechazo: “¿Por qué no me lo dijo?”, “¿No le importábamos lo suficiente?”. A esto se suma el estigma: todavía hoy muchas familias ocultan la causa de la muerte por temor al juicio de los demás, y con ello se privan del apoyo social que sí reciben quienes pierden a alguien por otras causas.

Los sobrevivientes, además, tienen un riesgo mayor de presentar conducta suicida. Un estudio con más de tres mil jóvenes adultos en duelo en el Reino Unido encontró que quienes habían perdido a un amigo o familiar por suicidio tenían una probabilidad mayor de intentar suicidarse que quienes lo habían perdido por una muerte natural repentina (Pitman et al., 2016). Por eso la postvención no es un gesto de cortesía: es una acción de prevención con quienes están en mayor riesgo.

En cuanto a la ayuda, la evidencia disponible, aunque todavía limitada, sugiere que pueden ser útiles las intervenciones estructuradas, en particular las grupales y las que están a cargo de personas entrenadas (Andriessen et al., 2019). Es importante recordar que el duelo no es una enfermedad y que la mayoría de las personas lo elaborará con el apoyo de su entorno. Sin embargo, cuando pasado un año el dolor sigue paralizando la vida de la persona, habrá que considerar la posibilidad de un duelo prolongado y remitir a un profesional (APA, 2022).

5. El riesgo de imitación y la comunicación responsable

Uno de los fenómenos que más preocupa después de un suicidio es el llamado efecto de contagio o imitación, conocido también como efecto Werther, en alusión a la novela de Goethe a la que se atribuyó una ola de suicidios entre jóvenes lectores del siglo XVIII. Hoy se sabe que los adolescentes y los jóvenes son especialmente vulnerables a este efecto, y que pueden presentarse los llamados conglomerados: varios suicidios o intentos que ocurren en un mismo lugar o en un período corto y que están relacionados entre sí (Hawton et al., 2020).

La forma como se comunica la noticia influye en este riesgo. Un metaanálisis encontró que la difusión en los medios del suicidio de una celebridad se asocia con un aumento de los suicidios en la población, y que el aumento es mayor cuando se describe el método utilizado (Niederkrotenthaler et al., 2020). Por el contrario, las historias de personas que atravesaron una crisis y lograron salir adelante tienen un efecto protector, conocido como efecto Papageno. Las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para los medios de comunicación (WHO e International Association for Suicide Prevention, 2023) son también una buena guía para los colegios y las empresas:

- No describir el método ni el lugar en detalle.
- No presentar el suicidio como una solución a los problemas, ni como algo inexplicable o inevitable.
- No usar lenguaje sensacionalista ni difundir fotografías, videos o notas de despedida.
- Informar dónde buscar ayuda, incluidas las líneas de atención disponibles.
- Resaltar que existen alternativas y que pedir ayuda funciona.

En tiempos de redes sociales esto cobra especial importancia: en cuestión de minutos, los estudiantes o los trabajadores pueden estar compartiendo fotografías, audios o versiones de lo ocurrido. Por eso la institución debe comunicar pronto, con información veraz y cuidadosa, antes de que el rumor ocupe su lugar.

6. Acciones que no ayudan

Con la mejor intención, muchas veces se hacen o se dicen cosas que, en lugar de ayudar, profundizan el dolor o aumentan el riesgo. Entre ellas:

- **Buscar culpables entre los sobrevivientes.** El suicidio tiene múltiples causas; señalar a la familia, a un docente, a un jefe o a un compañero no explica lo ocurrido y sí añade un dolor innecesario.
- **Juzgar al fallecido:** *“fue un cobarde”, “fue un egoísta”*. Estas frases hieren a quienes lo querían y alimentan el estigma.
- **Validar la acción suicida**, presentándola como algo comprensible o lógico: *“con todo lo que estaba viviendo, era de esperarse”*.
- **Glorificarlo y exaltarlo:** *“tuvo que ser muy valiente para hacerlo”*. Convertir la muerte en un acto heroico puede llevar a otros, especialmente a los más jóvenes, a identificarse con ella.
- **Evadir hablar del tema del suicidio.** El silencio no protege; deja a las personas solas con sus preguntas y sus fantasías.
- **Mentir sobre lo sucedido** a personas afectivamente significativas con el ánimo de *“protegerlas”*. Tarde o temprano la verdad sale a la luz, y la mentira rompe la confianza en el momento en que más se necesita.
- **Intentar sacar conclusiones “simplistas”:** *“se mató por una mala nota”, “fue por la pelea con la novia”, “fue por la evaluación de desempeño”*. El último hecho no es la única causa.

“Ni cobardía ni heroísmo; el suicidio es el desenlace de un dolor que se volvió insoportable.”

7. La postvención en la institución educativa

Los colegios cuentan hoy con guías específicas para responder a un suicidio en la comunidad escolar. Una de las más utilizadas es la elaborada por la Fundación Americana para la Prevención del Suicidio y el Centro de Recursos para la Prevención del Suicidio de los Estados Unidos (American Foundation for Suicide Prevention [AFSP] y Suicide Prevention Resource Center [SPRC], 2018). A partir de ella, y adaptándola a nuestro contexto, se proponen los siguientes pasos:

- **Verificar la información.** Antes de cualquier comunicado, confirmar lo ocurrido con la familia o con las autoridades. Si la familia no desea que se divulgue la causa de la muerte, se respeta su decisión, pero sin mentir: se informa que la familia ha pedido reserva y se aprovecha para hablar del suicidio de manera general y preventiva.
- **Activar el equipo de respuesta.** Rectoría, coordinación y orientación, con el apoyo del sector salud cuando sea posible. Se definen responsables, tiempos y voceros. En Bogotá, el protocolo distrital establece además el reporte en el Sistema de Alertas de la Secretaría de Educación, la conformación de una mesa de trabajo interinstitucional para el manejo del caso y el acompañamiento a la familia y al curso por parte del sector salud (Secretaría de Educación del Distrito [SED], 2022).
- **Informar primero al personal.** Docentes y administrativos deben conocer lo sucedido antes que los estudiantes, recibir orientación sobre qué decir y qué no, y saber a quién remitir a los estudiantes que lo necesiten.
- **Comunicar a los estudiantes en grupos pequeños.** Idealmente en los salones y por medio de docentes que los conocen, no en una formación general ni por altoparlante. Se da información veraz y breve, se permite expresar lo que sienten y se informa dónde pueden buscar ayuda.
- **Comunicar a los padres de familia,** por escrito, lo ocurrido, las señales de alarma a las que deben estar atentos en sus hijos y las líneas de ayuda disponibles.
- **Identificar a los estudiantes en riesgo:** amigos cercanos, compañeros de curso, quienes tuvieron conflictos con el estudiante fallecido, quienes tienen antecedentes de conducta suicida o atraviesan situaciones difíciles, y quienes se ven afectados por lo que circula en redes sociales. A todos ellos se les ofrece acompañamiento y, cuando sea necesario, remisión al servicio de salud.
- **Manejar con cuidado los homenajes.** Es natural que los compañeros quieran rendir un homenaje. Se recomienda que sean sencillos, temporales y orientados a la vida, como una actividad solidaria o una campaña de prevención, y no altares permanentes que glorifiquen la

muerte. La regla general es tratar este fallecimiento de la misma manera que cualquier otra muerte, para no estigmatizarlo ni exaltarlo.

- **Hacer seguimiento**, con especial atención a las fechas significativas, como el cumpleaños del estudiante, el primer mes, la ceremonia de grado o el aniversario, que pueden reactivar el dolor.

Todo esto sin olvidar que el colegio no reemplaza la atención en salud: su papel es contener, identificar, remitir y acompañar.

8. La postvención en la organización

En el mundo del trabajo el panorama no es muy distinto. Cuando un trabajador muere por suicidio, sus compañeros viven un duelo que no siempre encuentra espacio en medio de las exigencias de la producción, y la empresa, por su parte, muchas veces no sabe qué decir ni qué hacer. La guía de postvención para lugares de trabajo publicada por la AFSP (2024) propone una serie de acciones que, adaptadas a nuestro contexto y articuladas con el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, pueden resumirse así:

- **Activar el equipo de respuesta:** talento humano, SST, el líder del área, comunicaciones y, si existe, el programa de asistencia al empleado o el apoyo de la administradora de riesgos laborales (ARL).
- **Contactar a la familia** para ofrecer las condolencias, preguntar qué información desea que se comparta y qué participación espera de la empresa en las honras fúnebres.
- **Informar primero a los compañeros más cercanos**, en persona o por videollamada, antes de hacer un anuncio general. Los trabajadores remotos también deben ser informados de manera personal, no por un correo masivo.
- **Comunicar a todo el personal** con información veraz, respetando la privacidad de la familia e incluyendo los recursos de ayuda disponibles.
- **Ofrecer apoyo inmediato:** espacios de escucha grupal e individual con profesionales, flexibilidad en la carga de trabajo durante los primeros días y permisos para asistir a las honras fúnebres.
- **Cuidar la comunicación externa** con clientes, proveedores y medios, siguiendo las recomendaciones de comunicación responsable.
- **Hacer seguimiento** a los trabajadores más afectados en las semanas siguientes, con participación de los jefes inmediatos.
- **Planear los homenajes con la familia**, evitando glorificar la muerte.

- **Pasar de la postvención a la prevención:** una vez atendido el duelo, revisar los factores de riesgo psicosocial y fortalecer los programas de promoción de la salud mental.

Hay dos situaciones que merecen especial atención. La primera, cuando el suicidio ocurre dentro de las instalaciones de la empresa: además de la atención de la emergencia, se debe acompañar de manera prioritaria a quienes presenciaron el hecho o encontraron a la persona, y la situación debe manejarse dentro de los procedimientos del SG-SST. La segunda, cuando un trabajador se reintegra después de un intento de suicidio: el regreso debe planearse con él y con base en las recomendaciones médicas, garantizando confidencialidad, ajustes razonables en sus funciones y un acompañamiento cercano de su jefe inmediato, sin tratarlo como si fuera frágil ni como si nada hubiese pasado.

9. Cuidar a quien cuida

Los orientadores, docentes, profesionales de SST y líderes que acompañan a otros en la postvención también están en duelo, y en ocasiones cargan con la pregunta de si pudieron haber hecho algo más. Como se señala en las conclusiones de este manual, la responsabilidad última de un suicidio no es de quien intentó ayudar. Por eso es indispensable que estas personas cuenten también con espacios de apoyo, supervisión y descanso, y que la institución reconozca su labor. Una comunidad se recupera mejor cuando quienes la acompañan también son cuidados.

CAPÍTULO

7

Rutas de atención

“En la escuela, el silencio del pasillo suele ocultar el ruido de un corazón que está a punto de romperse.”



Una intervención en crisis bien hecha puede quedarse corta si no se sabe qué hacer después. Por eso, tanto las instituciones educativas como las organizaciones deben tener claras, por escrito y antes de que se presente una situación, sus rutas de atención ante la conducta suicida: quién hace qué, cuándo, a quién se llama y dónde se registra. Las rutas cambian con el tiempo y de un territorio a otro, así que cada institución debe verificar la versión vigente en su ciudad o municipio. A continuación, se presentan sus elementos esenciales.

1. Mientras llega la ayuda

Cuando se identifica a una persona en riesgo inminente, sea un estudiante o un trabajador, hay acciones que deben realizarse de inmediato, mientras se activa la ruta y llega la ayuda especializada:

- Aplicar los pasos de la intervención en crisis: contacto psicológico, examen de las dimensiones del problema, exploración de soluciones, ayuda para tomar una acción concreta y seguimiento.
- Evitar dejar sola a la persona, ni siquiera por unos minutos.
- Llevarla a un lugar seguro, tranquilo y privado, lejos de ventanas, escaleras o espacios en altura.
- Retirar los mecanismos de letalidad inmediata: objetos cortopunzantes, medicamentos, sustancias tóxicas, armas o cuerdas.
- No prometer confidencialidad: explicarle con calma que su vida es más importante que el secreto y que será necesario contar con otras personas para ayudarla.
- Llamar a la línea de emergencias 123 si hay riesgo para la vida o si ya se produjo un intento.
- Informar a la familia o al acudiente, en el caso de los menores de edad, o al contacto de emergencia, en el caso de los trabajadores.
- Registrar lo sucedido: la hora, lo que la persona dijo, las acciones realizadas y las personas contactadas.

2. Ruta en la institución educativa

En Colombia, la atención de las situaciones que afectan la convivencia escolar y el ejercicio de los derechos de los estudiantes se enmarca en la Ley 1620 de 2013 y en su Ruta de Atención Integral. En el caso de la conducta suicida, se proponen los siguientes pasos, que toman como referencia el Directorio de Protocolos de Atención Integral de la Secretaría de Educación de Bogotá (SED, 2022):

1

**Identificación de la conducta suicida**

(ideación, amenaza, intento o señales de alarma) por parte de cualquier miembro de la comunidad educativa.



2

**Notificación del caso**

Al servicio de orientación y asesoría escolar del colegio.



3

**Atención inmediata**

Primeros auxilios físicos y psicológicos y, si hay riesgo para la vida, llamada a la línea 123. En Bogotá, además, se puede solicitar orientación a la Línea 106 de la Secretaría Distrital de Salud.



4

**Comunicación inmediata con el acudiente**

O adulto cuidador del estudiante, para el apoyo psicosocial.



5

**Remisión a la entidad de salud**

Correspondiente y solicitud del reporte de la atención recibida.



6

**Estudio social del caso**

Estructura de la red de soporte familiar y social.



7

**Registro en el sistema de alertas**

De la secretaría de educación. Por su parte, el sector salud notifica el intento de suicidio al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) y, en Bogotá, al sistema de vigilancia epidemiológica de la conducta suicida (SISVECOS).



8

**Escalamiento**

Si el caso desborda la capacidad de respuesta del colegio, comunicación con el nivel local o central de la secretaría de educación.



9

**Seguimiento del caso**

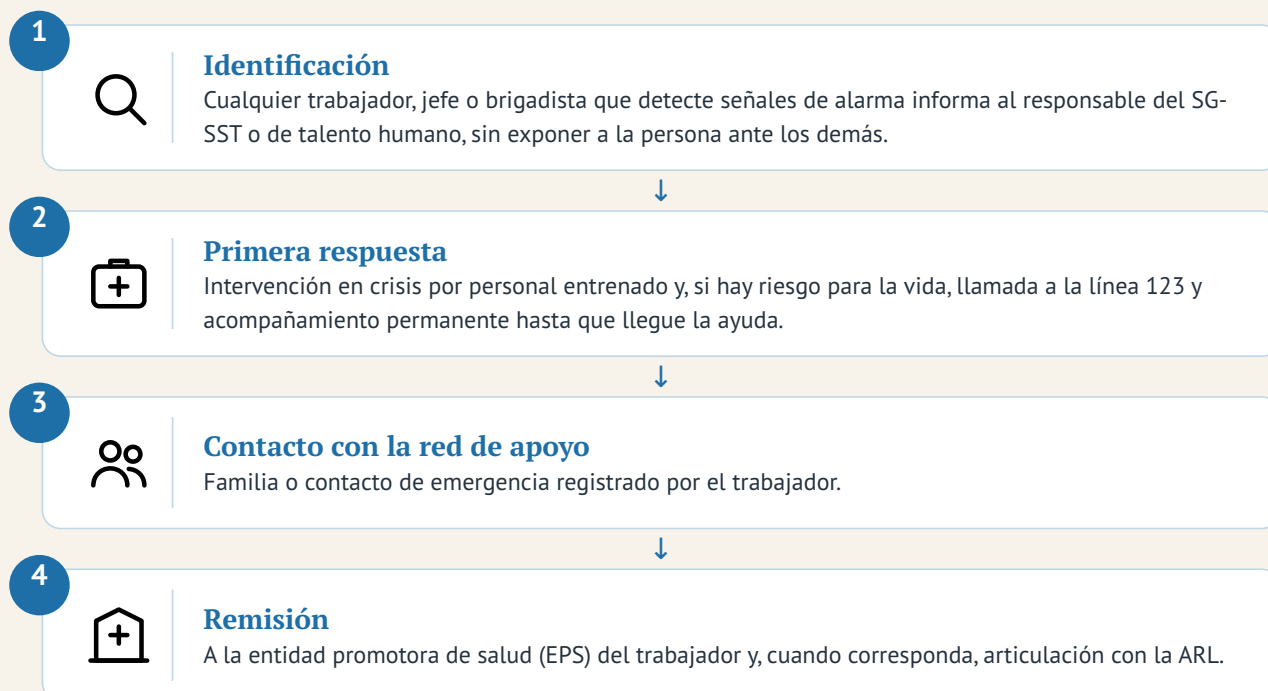
Y acciones de promoción y prevención desde el Comité Escolar de Convivencia.

Conviene recordar que el colegio no diagnostica ni trata, pero sí es, con frecuencia, el lugar donde primero se detecta la situación. Una ruta clara, conocida por todos los docentes y no solo por el orientador, puede marcar la diferencia.

3. Ruta en la organización: la Seguridad y la Salud en el Trabajo

En el mundo laboral, la salud mental hace parte de la seguridad y la salud en el trabajo. La Organización Mundial de la Salud recomienda que las organizaciones intervengan sobre los factores de riesgo psicosocial, capaciten a los jefes para apoyar la salud mental de sus equipos y faciliten el acceso de los trabajadores a la atención cuando la necesiten (WHO, 2022). En el mismo sentido, la norma ISO 45003 ofrece pautas para gestionar los riesgos psicosociales dentro de los sistemas de gestión de seguridad y salud en el trabajo (International Organization for Standardization [ISO], 2021).

En Colombia, el empleador está obligado a implementar el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) (Decreto 1072 de 2015) y a identificar, evaluar e intervenir los factores de riesgo psicosocial con la batería de instrumentos, la guía técnica y los protocolos adoptados por el Ministerio del Trabajo (Resolución 2764 de 2022). Por su parte, la Ley 2460 de 2025, que modificó la Ley 1616 de 2013 de salud mental, dispuso que las entidades públicas y privadas evalúen y ajusten sus lineamientos para prevenir los riesgos psicosociales laborales, en coordinación con las administradoras de riesgos laborales. Dentro de este marco, se propone que toda organización cuente con una ruta interna que contemple, al menos:



5



Confidencialidad

La información sobre la salud del trabajador es reservada y solo se comparte con quienes necesitan conocerla para protegerlo.



6



Seguimiento y reintegro

Acompañamiento durante la incapacidad y el regreso al trabajo, con ajustes razonables según las recomendaciones médicas.



7



Prevención

Incluir la salud mental y la prevención de la conducta suicida en el plan anual de trabajo del SG-SST, en la intervención del riesgo psicosocial y en la formación de brigadistas, líderes y miembros del CO-PASST y del Comité de Convivencia Laboral.



Una organización que tiene esta ruta y la da a conocer envía un mensaje poderoso a sus trabajadores: aquí se puede pedir ayuda sin temor a perder el empleo.

CAPÍTULO

8

El Código Dorado

“Cuando el estrés anula el juicio, el mundo entero se reduce al tamaño de la herida.”



En febrero de 2026, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 347, por medio de la cual se establece la Estrategia Nacional para el Cuidado Integral de la Salud en personas con conducta suicida. Uno de sus componentes centrales es el Código Dorado, definido como un protocolo de atención inmediata, integral y articulada frente a los casos de conducta suicida en el territorio nacional, incluidas la ideación y el intento (Resolución 347 de 2026). La idea es sencilla y poderosa: así como en los servicios de urgencias existen códigos que activan una respuesta inmediata ante un infarto o un trauma grave, la conducta suicida también debe activar una respuesta inmediata, coordinada y sin barreras.

1. Marco normativo

El Código Dorado se apoya en la Ley 1616 de 2013 de salud mental, modificada por la Ley 2460 de 2025, y en la Política Nacional de Salud Mental 2025-2034, adoptada mediante el Decreto 729 de 2025. La resolución dio a las entidades territoriales y a los actores del sistema de salud un plazo de cinco meses para su implementación. Por tratarse de una norma reciente, es probable que sus orientaciones técnicas se sigan desarrollando, de modo que conviene consultar siempre la versión vigente.

2. ¿Quién puede activarlo?

Una de las características más importantes del Código Dorado es que no depende solamente del personal de salud. La activación comunitaria la puede hacer cualquier ciudadano, líder, educador o familiar, a través de las líneas de emergencia o de las líneas de teleorientación en salud mental; la activación institucional corresponde a los prestadores de servicios de salud, que deben contar con protocolos para la atención inmediata (Resolución 347 de 2026). Esto significa que un orientador escolar, un docente, un jefe de área o un responsable de SST no solo pueden, sino que deben saber cómo activar la ruta.

Las orientaciones para las líneas de teleorientación establecen que, cuando el operador identifica un riesgo alto, por ejemplo, una persona con un plan definido, medios disponibles e intención clara, el código debe activarse en cuestión de minutos, con geolocalización y despacho de la ayuda de emergencia, mientras se mantiene la contención telefónica hasta que la ayuda llegue (Min-Salud, 2026).

3. Niveles de atención y tiempos

La resolución establece que el intento de suicidio y la ideación suicida activa con un método y un plan específico deben recibir atención inmediata en los servicios de urgencias, mientras que la ideación activa sin un método o plan definido debe recibir una consulta prioritaria en un plazo máximo de 48 horas (Resolución 347 de 2026). Además, contempla:

- La valoración del riesgo con instrumentos de tamizaje validados.
- Acciones de reducción de daños, incluida la restricción del acceso a medios letales como armas de fuego, sustancias tóxicas y medicamentos.
- La notificación obligatoria del intento de suicidio al SIVIGILA, con seguimiento nominal de cada caso.
- El seguimiento oportuno a las personas dadas de alta tras un evento de conducta suicida.
- La teleorientación en salud mental por canales telefónicos y digitales.
- El acompañamiento a la familia y a las redes de apoyo.

4. El Código Dorado en el colegio y en la empresa

La estrategia reconoce a los entornos educativos y laborales como escenarios clave para la promoción, la prevención y la detección temprana. En la práctica, esto implica que:

- Las rutas escolares y laborales descritas en el capítulo anterior deben articularse con el Código Dorado: el colegio o la empresa detecta, contiene y activa; el sistema de salud atiende de manera inmediata.
- Los orientadores, docentes, profesionales de SST y brigadistas deben conocer las líneas de emergencia y de teleorientación de su territorio y tenerlas a la vista.
- Cuando un estudiante o un trabajador regresa después de un intento, la institución debe coordinarse con el seguimiento que realiza el sector salud, sin duplicarlo ni reemplazarlo.
- La formación del personal en intervención en crisis, como la que propone este manual, es una pieza fundamental para que el código se active a tiempo.

5. Los sobrevivientes en el Código Dorado

La Resolución 347 de 2026 contempla también programas de educación grupal enfocados en estrategias de afrontamiento, así como atención, acompañamiento y apoyo psicológico prioritario para los sobrevivientes del suicidio, es decir, para las familias y las redes de apoyo. Esto le da un respaldo normativo a lo expuesto en el capítulo de postvención: acompañar a quienes quedan no es opcional.

6. Lo que el Código Dorado no reemplaza

Un protocolo, por bueno que sea, no reemplaza el encuentro humano. El Código Dorado garantiza que, una vez activada la ruta, la persona reciba atención inmediata; pero alguien tiene que notar primero que algo no anda bien, acercarse, preguntar y quedarse. Esa es precisamente la tarea del asesor en la intervención en crisis. Dicho de otra manera, el Código Dorado es la ambulancia, pero alguien tiene que hacer la llamada y sostener la mano mientras llega.

CAPÍTULO

9

Conclusiones

La intervención en crisis es una herramienta muy útil y poderosa para la prevención no solo de suicidios sino de muchas otras situaciones que son valoradas como indeseables.



Con una muy buena disposición y un entrenamiento comprometido, personas no profesionales pueden desarrollar una excelente labor como asesores y consejeros psicológicos. Sin embargo, hay que tener en consideración cierto tipo de características personales que pueden ser inmensamente útiles para poder prestar ayuda de manera efectiva.

Si se aprende a identificar los signos básicos indicadores de riesgo de suicidio y si se sabe atender dicha situación, se pueden lograr muchas cosas favorables tanto para la persona en crisis como para su familia. “Predomina un concepto *bastante extendido y erróneo de que el suicidio suele ser a menudo inesperado e imprevisible, dejando a un lado la visión del mismo como proceso*” (Fortes y Ramos, 1999).

Esto no significa que el suicidio pueda predecirse con exactitud en cada caso. Una revisión de cincuenta años de investigación mostró que ningún factor de riesgo, por sí solo, permite anticipar con precisión quién intentará quitarse la vida (Franklin et al., 2017). Lejos de ser una mala noticia, esto refuerza la idea de proceso: más que adivinar, se trata de estar atentos, preguntar, escuchar y responder cada vez que aparece una señal, y de construir entornos escolares y laborales en los que pedir ayuda no sea motivo de vergüenza.

Es importante recordar que en la eventualidad de que la persona llegue a suicidarse, a pesar de que se le facilitaron medios de soporte y ayuda, la responsabilidad última siempre será del suicida. Es importante que los asesores tengan claridad sobre esto, porque puede darse el caso de que se presente un suicidio y el asesor se sienta culpable por algo que creyó no haber hecho y que podía hacer. En los casos más extremos (poco frecuentes afortunadamente), se han presentado situaciones en donde aun bajo vigilancia médica, las personas han acabado con su propia vida, recurriendo a formas un tanto exóticas y extravagantes de autoaniquilación.

Que la responsabilidad última sea de la persona en riesgo no excluye el hacer algunas cosas que pueden ser lógicas por simple y elemental sentido común.

La intervención en crisis, más allá de que sea una acción de ayuda humanitaria en muchas ocasiones, puede implicar ciertos niveles de riesgo para quien la ejecuta. En ese sentido, se debe tener muy claro lo siguiente: si no quieres verte salpicado por la pintura, renuncia a ser pintor. La persona que realiza intervenciones en crisis asume que en ocasiones puede verse salpicado por pintura y mancharse. Es parte del precio.

Finalmente, la intervención en crisis no termina con la crisis. Cuando la pérdida ocurre, la comunidad que queda también necesita ayuda, y la postvención es la forma de brindarla. Y cuando la ayuda requiere de otros, las rutas de atención y el Código Dorado nos recuerdan que nadie tiene que hacerlo solo: el colegio, la empresa, la familia y el sistema de salud son eslabones de una misma cadena. Lo que se espera del asesor es que su eslabón no sea el que se rompa.

CAPÍTULO

10

Bibliografía



- Aja, L., & Gómez, J. J. (2008). 1999–2006: Siete años de experiencia en la prevención del riesgo de suicidio. *Psimonart: Revista del Instituto del Sistema Nervioso Central*, 1(1), 95–114.
- American Foundation for Suicide Prevention. (2024). *After a suicide: A postvention toolkit for workplaces*. <https://afsp.org>
- American Foundation for Suicide Prevention & Suicide Prevention Resource Center. (2018). *After a suicide: A toolkit for schools* (2nd ed.). Education Development Center. <https://sprc.org/resources/after-suicide-toolkit-schools>
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Andriessen, K., Krysinska, K., & Grad, O. T. (Eds.). (2017). *Postvention in action: The international handbook of suicide bereavement support*. Hogrefe.
- Andriessen, K., Krysinska, K., Hill, N. T. M., Reifels, L., Robinson, J., Reavley, N., & Pirkis, J. (2019). Effectiveness of interventions for people bereaved through suicide: A systematic review of controlled studies of grief, psychosocial and suicide-related outcomes. *BMC Psychiatry*, 19, Artículo 49. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2020-z>
- Andriessen, K., Rahman, B., Draper, B., Dudley, M., & Mitchell, P. B. (2017). Prevalence of exposure to suicide: A meta-analysis of population-based studies. *Journal of Psychiatric Research*, 88, 113–120. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.01.017>
- Anseán, A. (2014). *Suicidios: Manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida*. Fundación Salud Mental España.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press.
- Benveniste, D. (2000). Intervención en crisis después de grandes desastres (A. Prengler, Trad.). *Trópicos: Revista de la Sociedad Psicoanalítica de Caracas*, 8(1).
- Blades, C. A., Stritzke, W. G. K., Page, A. C., & Brown, J. D. (2018). The benefits and risks of asking research participants about suicide: A meta-analysis of the impact of exposure to suicide-related content. *Clinical Psychology Review*, 64, 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.07.001>
- Bostwick, J. M., Pabbati, C., Geske, J. R., & McKean, A. J. (2016). Suicide attempt as a risk factor for completed suicide: Even more lethal than we knew. *American Journal of Psychiatry*, 173(11), 1094–1100. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.15070854>
- Calderón Gómez, M. E. (2003). Intervención en crisis a cargo de las y los profesionales en enfermería. *Enfermería en Costa Rica*, 25(1), 39–44.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. Basic Books.
- Cavanillas de Sansegundo, M. (2007). *Intervención en crisis en comunicación de fallecimiento e inicio del duelo* [Documento en línea]. <http://www.pdf-search-engine.com/intervencion-en-crisis-slaikeu-pdf.html>
- Cebrià, J., Segura, J., Corbella, S., Sos, P., Comas, O., García, M., Rodríguez, C., Pardo, M. J., & Pérez, J. (2001). Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia. *Atención Primaria*, 27(7), 459–468.
- Cerel, J., Brown, M. M., Maple, M., Singleton, M., van de Venne, J., Moore, M., & Flaherty, C. (2019). How many people are exposed to suicide? Not six. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(2), 529–534. <https://doi.org/10.1111/sltb.12450>

- Chu, C., Buchman-Schmitt, J. M., Stanley, I. H., Hom, M. A., Tucker, R. P., Hagan, C. R., Rogers, M. L., Podlogar, M. C., Chiurliza, B., Ringer, F. B., Michaels, M. S., Patros, C. H. G., & Joiner, T. E., Jr. (2017). The interpersonal theory of suicide: A systematic review and meta-analysis of a decade of cross-national research. *Psychological Bulletin*, 143(12), 1313–1345. <https://doi.org/10.1037/bul0000123>
- Chung, D. T., Ryan, C. J., Hadzi-Pavlovic, D., Singh, S. P., Stanton, C., & Large, M. M. (2017). Suicide rates after discharge from psychiatric facilities: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 74(7), 694–702. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.1044>
- Cortés Montenegro, P., & Figueroa Cabello, R. (2016). *Manual ABCDE para la aplicación de primeros auxilios psicológicos en crisis individuales y colectivas*. Pontificia Universidad Católica de Chile; Centro de Investigación para la Gestión Integrada del Riesgo de Desastres (CIGIDEN).
- Crow, G. A. (1977). *Crisis intervention: A social interaction approach*. Association Press.
- Decreto 729 de 2025. (2025). Por el cual se adiciona el Título 15 a la Parte 8 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 en relación con la actualización de la Política Nacional de Salud Mental. Presidencia de la República de Colombia.
- Decreto 1072 de 2015. (2015, 26 de mayo). Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo. Presidencia de la República de Colombia.
- Doupnik, S. K., Rudd, B., Schmutte, T., Worsley, D., Bowden, C. F., McCarthy, E., Eggan, E., Bridge, J. A., & Marcus, S. C. (2020). Association of suicide prevention interventions with subsequent suicide attempts, linkage to follow-up care, and depression symptoms for acute care settings: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 77(10), 1021–1030. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.1586>
- Dröschner, V. B. (1988). *Sobrevivir*. Editorial Planeta Colombiana.
- Durkheim, É. (1897). *Le suicide: Étude de sociologie*. Félix Alcan.
- Ferrer, E. (1999). El suicidio en Francia: Un problema de sanidad pública. *JANO EMC*, 56(1285), 24–27.
- Ferrer, E. (2001). Prevención del suicidio: Mayor problema de sanidad de Francia. *JANO EMC*, 60(1379), 27–29.
- Fortes Álvarez, J. L., & Ramos Fuentes, M. I. (1999). El suicidio y sus circunstancias. *JANO EMC*, 56(1296).
- Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., Musacchio, K. M., Jaroszewski, A. C., Chang, B. P., & Nock, M. K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin*, 143(2), 187–232. <https://doi.org/10.1037/bul0000084>
- Halpern, H. A., Canale, J. R., Grant, B. L., & Bellamy, C. A. (1979). A systems-crisis approach to family treatment. *Journal of Marital and Family Therapy*, 5, 87–94.
- Hawton, K., Hill, N. T. M., Gould, M., John, A., Lascelles, K., & Robinson, J. (2020). Clustering of suicides in children and adolescents. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 4(1), 58–67. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(19\)30335-9](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(19)30335-9)
- International Organization for Standardization. (2021). *Occupational health and safety management — Psychological health and safety at work — Guidelines for managing psychosocial risks* (ISO Standard No. 45003:2021).
- James, R. K., & Gilliland, B. E. (2017). *Crisis intervention strategies* (8th ed.). Cengage Learning.
- Klonsky, E. D., May, A. M., & Saffer, B. Y. (2016). Suicide, suicide attempts, and suicidal ideation. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12, 307–330. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204>
- Kreitman, N., Philip, A. E., Greer, S., & Bagley, C. R. (1969). Parasuicide. *British Journal of Psychiatry*, 115(523), 746–747. <https://doi.org/10.1192/bjp.115.523.746-a>
- Lazarus, R. S. (1980). The stress and coping paradigm. En L. A. Bond & J. C. Rosen (Eds.), *Competence and coping during adulthood*. University Press of New England.

- Lewis, M. S., Gottesman, D., & Gutstein, S. (1979). The course and duration of crisis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 128–134.
- Ley 1616 de 2013. (2013, 21 de enero). Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones. Congreso de la República de Colombia.
- Ley 1620 de 2013. (2013, 15 de marzo). Por la cual se crea el Sistema Nacional de Convivencia Escolar y Formación para el Ejercicio de los Derechos Humanos, la Educación para la Sexualidad y la Prevención y Mitigación de la Violencia Escolar. Congreso de la República de Colombia.
- Ley 2460 de 2025. (2025, 16 de junio). [Disposiciones en torno a la prevención y atención de trastornos y enfermedades mentales; modifica la Ley 1616 de 2013]. Congreso de la República de Colombia.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103–111. <https://doi.org/10.1002/wps.20311>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). *Estrategia nacional para la prevención de la conducta suicida en Colombia*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/estrategia-nacional-conducta-suicida-2021.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2025). *Boletín de salud mental: Datos y cifras 2024-2025*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-salud-mental-datos-cifras-2024-2025.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2026). *Orientaciones para la activación del Código Dorado desde las líneas de teleorientación en el territorio nacional*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/activacion-codigo-dorado-lineas-teleorientacion-colombia.pdf>
- Niederkrotenthaler, T., Braun, M., Pirkis, J., Till, B., Stack, S., Sinyor, M., Tran, U. S., Voracek, M., Cheng, Q., Arendt, F., Scherr, S., Yip, P. S. F., & Spittal, M. J. (2020). Association between suicide reporting in the media and suicide: Systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 368, m575. <https://doi.org/10.1136/bmj.m575>
- Pitman, A. L., Osborn, D. P. J., Rantell, K., & King, M. B. (2016). Bereavement by suicide as a risk factor for suicide attempt: A cross-sectional national UK-wide study of 3432 young bereaved adults. *BMJ Open*, 6(1), e009948. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009948>
- Resolución 347 de 2026. (2026, 26 de febrero). Por medio de la cual se establece la Estrategia Nacional para el Cuidado Integral de la Salud en personas con conducta suicida. Ministerio de Salud y Protección Social.
- Resolución 2764 de 2022. (2022, julio). Por la cual se adopta la Batería de instrumentos para la evaluación de factores de riesgo psicosocial, la Guía técnica general para la promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos en la población trabajadora y sus protocolos específicos. Ministerio del Trabajo.
- Secretaría de Educación del Distrito. (2022). *Directorio de protocolos de atención integral para la convivencia escolar y el ejercicio de los derechos humanos, sexuales y reproductivos* (Versión 5.0). Alcaldía Mayor de Bogotá.
- Shneidman, E. S. (1993). *Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behavior*. Jason Aronson.
- Slaikue, K. A. (1988). *Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación*. El Manual Moderno.
- Stanley, B., Brown, G. K., Brenner, L. A., Galfalvy, H. C., Currier, G. W., Knox, K. L., Chaudhury, S. R., Bush, A. L., & Green, K. L. (2018). Comparison of the safety planning intervention with follow-up vs usual care of suicidal patients treated in the emergency department. *JAMA Psychiatry*, 75(9), 894–900. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.1776>
- Taplin, J. R. (1971). Crisis theory: Critique and reformulation. *Community Mental Health Journal*, 7, 13–23.
- Turecki, G., & Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet*, 387(10024), 1227–1239. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00234-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00234-2)

World Health Organization. (2021). *LIVE LIFE: An implementation guide for suicide prevention in countries*.

World Health Organization. (2022). *WHO guidelines on mental health at work*.

World Health Organization. (2025). *Suicide worldwide in 2021: Global health estimates*.

World Health Organization & International Association for Suicide Prevention. (2023). *Preventing suicide: A resource for media professionals, 2023 update*.

Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., Carli, V., Höschl, C., Barzilay, R., Balazs, J., Purebl, G., Kahn, J. P., Sáiz, P. A., Lipsicas, C. B., Bobes, J., Cozman, D., Hegerl, U., & Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry*, 3(7), 646–659. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30030-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30030-X)