

Artículo original

Intervención Psicológica Breve en Pacientes con Intento de Suicidio en Emergencias del Hospital Santa Bárbara

Brief Psychological Intervention in Patients with Suicide Attempt in Emergencies at Santa Barbara Hospital

ª María Grissel Villarpando Pita ✉

ª Hospital Municipal de Santa Bárbara. Sucre. Correo: maria.villarpando@gmail.com
Orcid: <https://orcid.org/0009-0006-4301-7496>

Editor responsable:

David Max Olivares Alvares.
Universidad Privada del Este.
Ciudad del Este, Paraguay

Resumen

Introducción: El suicidio representa un desafío prioritario de salud pública, especialmente en contextos de emergencia. Esta monografía se centra en el Hospital Santa Bárbara de Sucre, donde se busca abordar esta problemática. **Objetivo:** Diseñar una intervención psicológica breve para pacientes que han intentado suicidarse en el servicio de emergencias. **Materiales y Métodos:** Se revisaron fundamentos teóricos sobre el suicidio y se analizaron datos estadísticos de pacientes atendidos en el hospital. Se identificaron factores de riesgo como problemas familiares, conflictos de pareja, impulsividad, depresión y ansiedad. **Resultados:** Los resultados mostraron una mayor prevalencia de intentos de suicidio en adolescentes y mujeres. Se implementaron técnicas efectivas como escucha activa, validación emocional, evaluación de riesgo y planificación de seguridad. **Conclusiones:** La guía propuesta permite a psicólogos clínicos llevar a cabo intervenciones breves y efectivas. Se concluye que el acompañamiento humano, inmediato y especializado es fundamental para la atención de pacientes en riesgo de suicidio.

Palabras clave: Suicidio; Intervención en crisis; Emergencias; Prevención de recaídas; Acompañamiento psicológico; Salud mental.

Abstract

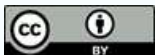
Introduction: Suicide represents a priority public health challenge, especially in emergency contexts. This monograph focuses on the Santa Bárbara Hospital in Sucre, where this issue is addressed. **Objective:** To design a brief psychological intervention for patients who have attempted suicide in the emergency department. **Materials and Methods:** Theoretical foundations on suicide were reviewed, and statistical data from patients treated at the hospital were analyzed. Risk factors such as family problems, relationship conflicts, impulsivity, depression, and anxiety were identified. **Results:** The findings showed a higher prevalence of suicide attempts among adolescents and women. Effective techniques were implemented, including active listening, emotional validation, risk assessment, and safety planning. **Conclusions:** The proposed guide enables clinical psychologists to carry out brief and effective interventions. It is concluded that immediate and specialized human support is essential for the care of patients at risk of suicide.

Keywords: Suicide; Crisis intervention; Emergency; Relapse prevention; Psychological support; Mental health.

Historia del artículo: Artículo recibido 01 de diciembre 2025 | Aceptado 20 de enero 2026 | Publicado 10 de abril 2026

Cómo citar:

Cuevas NC, Brítez Venialgo DR, Giménez González AI. Percepción del cuidado integral en familiares de pacientes oncológicos del Hospital Regional Ciudad del Este. Rev Par Sal. 2026;3(6):1-8. <https://doi.org/10.33996/rps.v3i6.01>



Introducción

El suicidio y los comportamientos autoinfligidos representan uno de los desafíos más críticos y complejos para los sistemas de salud pública a nivel global. Este fenómeno no solo constituye un riesgo vital inmediato para el individuo, sino que también genera un profundo impacto en las familias, las comunidades y los sistemas sanitarios. La Organización Mundial de la Salud (OMS) (1) subraya la magnitud del problema al informar que más de 700,000 personas mueren anualmente por esta causa, una cifra que supera las muertes por malaria, VIH/SIDA, cáncer de mama o conflictos bélicos. Por cada suicidio consumado, se estima que existen al menos 20 intentos previos, lo que se traduce en millones de personas que requieren atención médica y psicológica urgente cada año. En el contexto de las Américas, y particularmente en Bolivia, la situación es igualmente alarmante. Datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) indican una tendencia creciente en las tasas de suicidio en la región, especialmente entre los grupos más jóvenes. En el municipio de Sucre, Bolivia, los registros hospitalarios locales han evidenciado un incremento progresivo y sostenido en el número de personas, mayoritariamente adolescentes y adultos jóvenes, que ingresan a los servicios de emergencia tras un intento de suicidio. Esta realidad pone de manifiesto una brecha crítica en la capacidad de respuesta del sistema de salud y subraya la necesidad imperante de desarrollar y fortalecer estrategias de intervención que sean efectivas, oportunas y adaptadas al contexto local (18).

Históricamente, el abordaje de los pacientes con intento de suicidio en los servicios de emergencia se ha centrado, de manera casi exclusiva, en la estabilización médica y toxicológica inmediata. Si bien esta atención es vital para preservar la vida, la frecuente ausencia de un acompañamiento psicológico estructurado y oportuno deja sin atender las causas emocionales, cognitivas y contextuales que subyacen a la crisis suicida. Esta omisión no solo incrementa la vulnerabilidad del paciente y el riesgo de reincidencia a corto y mediano plazo, sino que también perpetúa un ciclo de sufrimiento que afecta negativamente al individuo, su red de apoyo familiar y su comunidad (2). La falta de una intervención psicológica integrada en el protocolo de emergencia representa, por tanto, un problema de salud pública significativo que demanda la implementación de intervenciones estructuradas, basadas en evidencia científica y diseñadas para ser aplicadas en entornos de alta demanda y recursos limitados.

En este escenario, la intervención psicológica breve emerge como una modalidad terapéutica de gran potencial y aplicabilidad. Este tipo de intervención se define como un procedimiento focalizado, de corta duración y orientado a objetivos específicos, cuyo propósito principal es estabilizar emocionalmente al paciente, reducir el riesgo suicida inminente y construir un plan de seguridad que facilite la transición hacia un nivel de atención ambulatoria (3). Su implementación en el servicio de emergencias del Hospital Santa Bárbara de Sucre se presenta como una estrategia clave, no solo por su probada eficacia en la reducción de la reincidencia, sino también por su viabilidad en un contexto caracterizado por una alta demanda de atención y una disponibilidad limitada de personal especializado. La capacidad de ofrecer una respuesta terapéutica inmediata y efectiva en las primeras horas tras el intento suicida es un factor determinante para el pronóstico del paciente (15). Diversos estudios han demostrado que una intervención temprana y bien estructurada puede disminuir significativamente la probabilidad de futuros intentos y mejorar la adherencia al tratamiento psicológico posterior (4, 5). Por consiguiente, la adaptación e implementación de estos modelos de intervención en el contexto boliviano no es solo una recomendación, sino una necesidad urgente para mejorar la calidad de la atención y proteger la vida de las personas en situación de vulnerabilidad.

El propósito fundamental de este trabajo es, por tanto, diseñar una guía de intervención psicológica breve, específicamente adaptada para pacientes con intento de suicidio que son atendidos en el servicio de emergencias del Hospital Santa Bárbara. Este diseño busca articular de manera coherente la evidencia científica más actualizada, los recursos institucionales disponibles y las particularidades del contexto sociocultural de Sucre. Para alcanzar este objetivo general, se han planteado los siguientes objetivos específicos: primero, realizar una revisión exhaustiva de los fundamentos teóricos y empíricos que sustentan la intervención psicológica breve y en crisis; segundo, analizar en

profundidad las características demográficas, clínicas y psicosociales de los pacientes atendidos por intento de suicidio en la institución, con el fin de identificar patrones y necesidades específicas; y tercero, con base en los hallazgos anteriores, proponer una guía de intervención detallada, estructurada y operativa, que pueda ser implementada por los profesionales de la salud mental en el contexto hospitalario local.

Metodología

El presente estudio se enmarca en un paradigma de investigación pragmático, utilizando un enfoque mixto que combina elementos cualitativos y cuantitativos para lograr una comprensión más holística y profunda del fenómeno. El diseño corresponde a una monografía de tipo teórico-aplicada, una modalidad que permite, por un lado, la fundamentación rigurosa a través de la revisión de la literatura científica y, por otro, la aplicación de dicho conocimiento en la creación de una herramienta práctica y contextualizada. La investigación se estructuró en tres fases principales: una revisión sistemática de la literatura, un análisis descriptivo de datos estadísticos institucionales y, finalmente, el diseño de la guía de intervención psicológica breve.

La primera fase consistió en una revisión sistemática de la literatura científica, cuyo objetivo fue identificar y sintetizar la evidencia más robusta y actualizada sobre la intervención en crisis suicida en servicios de emergencia. Para ello, se realizaron búsquedas exhaustivas en diversas bases de datos académicas, incluyendo PubMed, Scopus, SciELO, y PsycINFO, así como en repositorios de organizaciones de salud como la OMS y la OPS. Se priorizaron artículos publicados en los últimos diez años para asegurar la relevancia y actualidad de la evidencia. Los términos de búsqueda, tanto en español como en inglés, incluyeron combinaciones de palabras clave como: "suicidio" (suicide), "intento de suicidio" (suicide attempt), "intervención en crisis" (crisis intervention), "emergencias hospitalarias" (emergency department), "intervención psicológica breve" (brief psychological intervention), y "plan de seguridad" (safety plan). Los criterios de inclusión para los artículos fueron: estudios que evaluaran la eficacia de intervenciones breves, revisiones sistemáticas, metaanálisis y guías de práctica clínica. Se excluyeron artículos de opinión, editoriales y estudios de caso que no presentaran datos empíricos.

La segunda fase se centró en el análisis de los datos estadísticos de los pacientes con diagnóstico de intento de suicidio atendidos en el servicio de emergencias del Hospital Santa Bárbara de Sucre durante el período comprendido entre enero de 2022 y diciembre de 2024. La población de estudio estuvo constituida por la totalidad de los registros de pacientes que cumplían con este criterio. Se diseñó una ficha de recolección de datos para extraer de forma anónima la siguiente información: perfil sociodemográfico (edad, sexo, ocupación, estado civil), características del intento (método utilizado, letalidad del método), factores de riesgo asociados (diagnósticos psiquiátricos previos, historia de intentos anteriores, problemas familiares, conflictos de pareja, dificultades económicas) y manejo intrahospitalario. El análisis de estos datos se realizó mediante estadística descriptiva, utilizando frecuencias y porcentajes para caracterizar a la población y identificar los patrones y perfiles más prevalentes. Este análisis cuantitativo fue fundamental para asegurar que la guía de intervención propuesta respondiera a las necesidades y características específicas de la población atendida en la institución.

La tercera y última fase fue la elaboración de la guía de intervención psicológica breve. Como técnica de procesamiento de la información, se utilizó la triangulación de datos, integrando la síntesis de la evidencia empírica obtenida en la revisión sistemática con los hallazgos del análisis estadístico local. La estructura y contenido de la guía se fundamentaron principalmente en dos modelos teóricos de probada eficacia: el Modelo de Intervención en Crisis de Seis Pasos de Everly y Mitchell (10) y el modelo de la Intervención de Planificación de Seguridad (Safety Planning Intervention - SPI) desarrollado por Stanley y Brown (3). Los componentes de ambos modelos fueron cuidadosamente adaptados para

asegurar su viabilidad y aplicabilidad en un contexto hospitalario con recursos limitados y alta rotación de pacientes. Durante todo el proceso de investigación, se adhirió estrictamente a los principios éticos de la investigación en salud mental. Se obtuvo la autorización correspondiente del comité de ética del Hospital Santa Bárbara para el acceso y uso de los datos estadísticos con fines de investigación, garantizando en todo momento la confidencialidad y el anonimato de la información de los pacientes mediante la codificación de los registros.

Resultados

Fundamentos Teóricos de la Intervención Psicológica Breve en Crisis; La revisión sistemática de la literatura confirmó que la intervención en crisis es una modalidad terapéutica de primera línea para el abordaje de la conducta suicida en servicios de emergencia. Esta estrategia se define como un conjunto de procedimientos inmediatos y focalizados, diseñados para ayudar a una persona a restablecer su equilibrio psicológico después de un evento que desborda sus capacidades de afrontamiento. El modelo de Seis Pasos de Everly y Mitchell (10) proporciona un marco estructurado que guía al clínico a través de un proceso lógico: 1) Establecer contacto y rapport psicológico, 2) Analizar las dimensiones del problema, 3) Explorar las posibles soluciones, 4) Asistir en la ejecución de un plan de acción concreto, 5) Realizar el seguimiento para evaluar el progreso y 6) Fomentar la autonomía del paciente. En el contexto de un intento de suicidio, este modelo se centra en la escucha activa y la validación emocional como pilares para la construcción de una alianza terapéutica rápida y segura. La evidencia subraya que la capacidad del clínico para transmitir empatía, aceptación incondicional y una genuina preocupación por el bienestar del paciente es un predictor clave del éxito de la intervención (6).

Complementariamente, la Intervención de Planificación de Seguridad (SPI), desarrollada por Stanley y Brown (3), se ha consolidado como una de las estrategias breves más eficaces y estudiadas. A diferencia de un "contrato de no suicidio", que ha demostrado ser ineficaz y potencialmente contraproducente, el plan de seguridad es una herramienta colaborativa y jerarquizada que el clínico y el paciente construyen conjuntamente. Este plan incluye una lista de señales de advertencia personales (pensamientos, imágenes, estados de ánimo, conductas) que indican un aumento de la crisis suicida; una serie de estrategias de afrontamiento internas que el paciente puede utilizar por sí mismo (p. ej., técnicas de relajación, distracción); personas y entornos sociales que pueden proporcionar distracción y apoyo; personas a las que se puede pedir ayuda; profesionales o agencias a contactar durante una crisis; y, finalmente, acciones para hacer que el entorno sea más seguro (p. ej., restringir el acceso a medios letales). Múltiples estudios, incluyendo ensayos clínicos aleatorizados, han demostrado que la implementación del SPI, especialmente cuando se combina con un seguimiento post-alta (como llamadas telefónicas), reduce significativamente la probabilidad de futuros intentos de suicidio y aumenta la vinculación con los servicios de salud mental ambulatorios (5). La Organización Panamericana de la Salud (11), en su manual para trabajadores de la salud, ha incorporado estos elementos, recomendando la escucha activa, la elaboración colaborativa de planes de seguridad y el contacto de seguimiento como intervenciones fundamentales y de alto impacto, incluso en sistemas de salud con recursos limitados.

Análisis Detallado de los Factores de Riesgo en la Conducta Suicida; El análisis de la literatura y de los datos locales confirma que la conducta suicida es un fenómeno profundamente multicausal, resultado de una compleja interacción de factores que aumentan la vulnerabilidad del individuo. La evaluación integral y rápida de estos factores en el servicio de emergencias es crucial para estimar el nivel de riesgo y diseñar una intervención personalizada (12).

Factores Individuales y Clínicos: A nivel individual, la presencia de un trastorno mental es el factor de riesgo más potente. La depresión mayor, los trastornos de ansiedad, el trastorno por estrés postraumático y el abuso de sustancias (especialmente el alcohol) están presentes en la gran mayoría

de los casos de suicidio consumado y de intentos de alta letalidad. La desesperanza, un componente cognitivo central en la depresión, ha sido identificada por teóricos como Beck como un predictor más robusto de la conducta suicida que el estado de ánimo deprimido en sí mismo (13). La impulsividad, particularmente en combinación con la agresión, actúa como un catalizador que puede precipitar una conducta autolesiva en momentos de intensa angustia emocional. Otro de los predictores más sólidos es la historia de intentos de suicidio previos; se estima que el riesgo de un futuro intento se multiplica por 100 en el año siguiente a un intento inicial. Finalmente, la presencia de enfermedades crónicas, especialmente aquellas que cursan con dolor persistente o discapacidad funcional, también se asocia con un mayor riesgo suicida.

Factores Familiares y Sociales: El entorno interpersonal y social del individuo juega un rol determinante. Una historia familiar de suicidio no solo puede implicar una predisposición genética, sino que también modela una forma de "solución" a los problemas. La exposición a la violencia intrafamiliar, el abuso físico o sexual en la infancia, y la negligencia emocional son experiencias traumáticas que erosionan la autoestima y la capacidad de regulación emocional. Las dinámicas familiares caracterizadas por la crítica constante, la invalidación emocional o la falta de cohesión constituyen un factor de estrés crónico. A nivel social, el aislamiento, la falta de una red de apoyo percibida, la marginación por orientación sexual o identidad de género, y el acoso escolar o laboral (bullying) son factores de riesgo bien documentados (19, 20). Variables socioeconómicas como el desempleo, la precariedad laboral, el endeudamiento y la inseguridad financiera también contribuyen al aumento del estrés y la desesperanza (14). El estrés académico también ha sido identificado como un factor de riesgo significativo, especialmente en poblaciones universitarias (7, 17).

Factores Culturales y Contextuales: Los factores culturales influyen en cómo un individuo y su comunidad interpretan el sufrimiento emocional, buscan ayuda y perciben el suicidio. En muchos contextos latinoamericanos, el estigma asociado a los trastornos mentales y al suicidio sigue siendo una barrera formidable para la búsqueda de atención profesional. La tendencia a minimizar los síntomas psicológicos, a atribuirlos a "debilidad de carácter" o a buscar soluciones exclusivamente en el ámbito religioso puede retrasar o impedir el acceso a un tratamiento adecuado. Los mandatos culturales de género, como el ideal de masculinidad hegemónica que inhibe la expresión emocional en los hombres, pueden llevar a que estos busquen ayuda más tardíamente y utilicen métodos suicidas de mayor letalidad. Finalmente, las brechas estructurales en el acceso a servicios de salud mental, especialmente en zonas rurales o para poblaciones económicamente desfavorecidas, constituyen un factor de riesgo contextual que limita las oportunidades de prevención y tratamiento.

Perfil Detallado de los Pacientes Atendidos en el Hospital Santa Bárbara; El análisis descriptivo de los 348 registros de pacientes atendidos por intento de suicidio en el Hospital Santa Bárbara entre 2022 y 2024 arrojó un perfil claro y consistente. Demográficamente, se observó una marcada prevalencia del sexo femenino, representando el 72% de los casos (n=251), frente al 28% del sexo masculino (n=97). En cuanto a la edad, el grupo más afectado fue el de los adolescentes (13-19 años), que constituyó el 45% del total de los casos, seguido por los adultos jóvenes (20-29 años) con un 35%. Estos dos grupos etarios combinados representan el 80% de la totalidad de los intentos de suicidio atendidos, lo que confirma que la adolescencia y la juventud temprana son períodos de máxima vulnerabilidad.

En relación con los factores asociados identificados en los registros, los problemas familiares (discusiones con los padres, violencia intrafamiliar, falta de comunicación) fueron el precipitante más comúnmente reportado, presente en el 55% de los casos. Los conflictos de pareja (rupturas sentimentales, celos, infidelidad) fueron el segundo factor más frecuente, con un 30%. Los problemas económicos y el desempleo se mencionaron en un 8% de los casos, mientras que las dificultades académicas o el acoso escolar representaron un 7%. En cuanto a los antecedentes psicopatológicos, el 40% de los pacientes tenía un diagnóstico previo de depresión o un trastorno de ansiedad. Un dato de especial relevancia es que el 35% de los pacientes tenía un historial de al menos un intento de

suicidio previo, lo que los coloca en una categoría de muy alto riesgo de reincidencia. El abuso de alcohol o de otras sustancias fue un factor comórbido en el 25% de los casos. El método más utilizado fue la intoxicación medicamentosa (principalmente con benzodiazepinas y paracetamol), seguido por la ingesta de sustancias tóxicas (raticidas, organofosforados) y, en menor medida, los cortes en las muñecas.

Guía Detallada de Intervención Psicológica Breve Propuesta: Con base en la triangulación de la evidencia teórica y los datos locales, se diseñó la siguiente guía de intervención, estructurada en cinco fases operativas para ser implementada por psicólogos clínicos en el servicio de emergencias.

Fase 1: Recepción y Contención Inicial (Primeros 10-15 minutos)

Objetivo: Establecer una alianza terapéutica, reducir la angustia inmediata y crear un ambiente de seguridad y confianza.

Acciones: Presentarse de forma clara y calmada. Asegurar la privacidad del encuentro. Adoptar una postura corporal abierta y empática. Utilizar un tono de voz suave y validante. Iniciar con preguntas abiertas y no enjuiciadoras como: "Estoy aquí para ayudarte. ¿Puedes contarme qué te ha traído al hospital hoy?". Practicar la escucha activa: reflejar emociones ("Parece que estás sintiendo una angustia inmensa"), parafrasear ("Si entiendo bien, sentías que ya no podías más con esta situación") y hacer resúmenes breves. Evitar minimizar el problema, dar falsas seguridades o emitir juicios morales.

Fase 2: Evaluación Rápida del Riesgo Suicida (15-20 minutos)

Objetivo: Estimar el nivel de riesgo actual (bajo, medio, alto, muy alto) para tomar decisiones sobre el manejo inmediato.

Acciones: Realizar una evaluación directa y sin rodeos de la ideación, planificación e intencionalidad suicida. Utilizar preguntas específicas: "¿Has tenido pensamientos de quitarte la vida?", "¿Con qué frecuencia?", "¿Cuán intensos son?", "¿Has pensado en cómo lo harías? (plan)", "¿Has conseguido lo que necesitarías para hacerlo? (medios)", "¿Qué te ha detenido hasta ahora? (factores protectores)". Evaluar la intencionalidad del intento actual: ¿hubo planificación?, ¿se tomaron precauciones para no ser descubierto?, ¿qué esperaba que sucediera? Indagar sobre antecedentes de intentos previos. Identificar la presencia de factores de riesgo agudos (desesperanza, agitación psicomotriz, intoxicación) y crónicos (trastorno mental, historia de abuso). Evaluar la red de apoyo social y familiar.

Fase 3: Intervención Focalizada en la Crisis (20-25 minutos)

Objetivo: Restablecer el equilibrio emocional, potenciar las estrategias de afrontamiento y reducir la sensación de desesperanza.

Acciones: Trabajar colaborativamente para identificar el precipitante principal de la crisis actual. Ayudar al paciente a reformular el problema en términos más manejables y solucionables. Utilizar técnicas de regulación emocional como la respiración diafragmática o ejercicios de **grounding** (enfocarse en los cinco sentidos para anclarse en el presente). Explorar las ambivalencias: "Una parte de ti quería morir, pero otra parte quería vivir. Hablemos de esa parte que quiere vivir". Identificar y reforzar los factores protectores y las razones para vivir que el paciente mencione, por pequeñas que parezcan. Fomentar la esperanza realista, enfocándose en el "siguiente paso" en lugar de en un futuro lejano.

Fase 4: Planificación de la Seguridad y Continuidad de Cuidados (15-20 minutos)

Objetivo: Elaborar un plan de seguridad concreto y personalizado, y asegurar la transición al siguiente nivel de atención.

Acciones: Construir colaborativamente el Plan de Seguridad siguiendo los pasos del modelo de Stanley y Brown. Escribir el plan en una tarjeta o papel que el paciente pueda llevar consigo. Involucrar a un

familiar o persona de apoyo (con el consentimiento del paciente) para revisar el plan y discutir cómo pueden ayudar. Activar la red de apoyo: coordinar con la familia para restringir el acceso a medios letales en el hogar. Realizar la derivación prioritaria al consultorio ambulatorio de salud mental del hospital o a un centro de salud mental comunitario, asegurando una cita concreta en un plazo no mayor a 72 horas. Proporcionar números de líneas de ayuda en crisis disponibles 24/7.

Fase 5: Registro Clínico y Cierre (5-10 minutos)

Objetivo: Documentar la intervención de forma clara y precisa para garantizar la comunicación entre profesionales y el seguimiento adecuado.

Acciones: Registrar en la historia clínica un resumen conciso de la intervención: motivo de consulta, nivel de riesgo evaluado, factores de riesgo y protección identificados, técnicas utilizadas, contenido del plan de seguridad acordado, y el plan de derivación y seguimiento. Realizar un cierre empático de la sesión, resumiendo lo acordado y reforzando la disponibilidad del equipo de salud para continuar apoyándolo.

Discusión

Los resultados de este estudio proporcionan un respaldo robusto a la necesidad y viabilidad de implementar intervenciones psicológicas breves en los servicios de emergencia para pacientes con intentos de suicidio, particularmente en el contexto de un hospital público en Bolivia. Los hallazgos demográficos y de factores de riesgo se alinean de manera consistente con la vasta literatura científica internacional y regional, lo que refuerza la validez externa de las conclusiones y la aplicabilidad de los modelos de intervención propuestos. La marcada prevalencia de intentos de suicidio en adolescentes y mujeres jóvenes, así como la centralidad de los conflictos familiares e interpersonales como precipitantes, confirma que el abordaje de la conducta suicida no puede limitarse al individuo, sino que debe incorporar una perspectiva sistémica y contextual.

La concordancia de nuestros hallazgos con estudios latinoamericanos (14) sugiere que, a pesar de las particularidades culturales, existen patrones transculturales en la manifestación del sufrimiento psíquico y la conducta suicida en la región. La disfunción familiar, la violencia y la falta de apoyo social emergen como denominadores comunes que incrementan la vulnerabilidad, especialmente en las etapas más tempranas de la vida. De igual manera, la fuerte asociación encontrada entre el intento de suicidio y la presencia de trastornos mentales como la depresión y la ansiedad, así como los antecedentes de intentos previos, ratifica lo que la investigación ha señalado durante décadas: la conducta suicida es, en la mayoría de los casos, la expresión final y desesperada de un trastorno mental tratable (13). Este hecho subraya la responsabilidad ineludible de los sistemas de salud de detectar y tratar adecuadamente estas condiciones.

La principal contribución de este trabajo radica en el diseño de una guía de intervención psicológica breve, estructurada y adaptada al contexto local. La efectividad de este tipo de intervenciones, y en particular de la Intervención de Planificación de Seguridad (SPI), está sólidamente respaldada por la evidencia. Ensayos clínicos aleatorizados han demostrado que los pacientes que reciben una intervención de planificación de seguridad y un seguimiento post-alta tienen hasta un 50% menos de probabilidad de realizar un nuevo intento de suicidio en los meses siguientes, en comparación con aquellos que reciben el tratamiento habitual (5, 6). La guía propuesta integra los componentes clave de estos modelos basados en la evidencia (evaluación del riesgo, contención emocional, desarrollo de habilidades de afrontamiento, planificación de la seguridad y facilitación de la continuidad de los cuidados) en un protocolo operativo que es factible de implementar en un servicio de emergencias con alta demanda. La estructura en cinco fases permite al clínico navegar la complejidad de la crisis suicida de una manera ordenada y eficiente, asegurando que se aborden todos los elementos críticos en un tiempo limitado.

La implementación de esta guía en el Hospital Santa Bárbara y en otros centros de salud de Bolivia, sin embargo, enfrenta desafíos significativos que deben ser abordados de manera proactiva. El primero es la necesidad de capacitación y supervisión continua del personal de salud. La intervención en crisis suicida requiere habilidades clínicas específicas que van más allá de la formación básica en psicología. Es fundamental que los profesionales reciban entrenamiento en la evaluación del riesgo, en técnicas de de-escalada y en la aplicación correcta del plan de seguridad. El segundo desafío es la disponibilidad de recursos, tanto humanos como de infraestructura. Se requiere contar con un número suficiente de psicólogos de guardia en los servicios de emergencia y con espacios que garanticen la privacidad y la confidencialidad de la intervención. El tercer y quizás más complejo desafío es la articulación efectiva con la red de salud mental ambulatoria. De nada sirve realizar una excelente intervención en la emergencia si el paciente es luego dado de alta a un vacío terapéutico. Es imperativo fortalecer los mecanismos de referencia y contrarreferencia para asegurar que cada paciente que ha intentado suicidarse tenga acceso a un tratamiento psicológico y/o psiquiátrico continuo y de calidad.

Este estudio, como toda investigación, presenta ciertas limitaciones que deben ser consideradas al interpretar sus resultados. En primer lugar, al tratarse de una monografía teórico-aplicada, la guía propuesta es un constructo basado en la evidencia y en el análisis de datos locales, pero aún no ha sido sometida a una validación empírica rigurosa. Su efectividad en la reducción de la reincidencia suicida y en la mejora de la adherencia al tratamiento en el contexto específico de Sucre debe ser evaluada a través de futuros estudios cuasi-experimentales o ensayos clínicos. En segundo lugar, el análisis de los datos estadísticos se basó en registros clínicos existentes, lo que implica que la calidad y la exhaustividad de la información estaban sujetas a la variabilidad del registro por parte de los diferentes profesionales. Es posible que algunos factores de riesgo o variables relevantes no hayan sido sistemáticamente documentados. Finalmente, la revisión de la literatura, aunque sistemática, se centró principalmente en modelos de intervención desarrollados en contextos de altos ingresos, lo que plantea la necesidad de continuar investigando las adaptaciones culturales necesarias para maximizar su aceptabilidad y eficacia en las diversas poblaciones de Bolivia.

Conclusiones

En síntesis, la intervención psicológica breve se erige como un componente esencial e irrenunciable en el abordaje integral del intento de suicidio dentro de los servicios hospitalarios de emergencia. Esta modalidad terapéutica, lejos de ser una solución superficial o un mero paliativo, representa una respuesta estratégica, pragmática y basada en la evidencia, que se adapta a la urgencia, la intensidad y las limitaciones de recursos inherentes a dicho contexto. La capacidad de ofrecer una contención emocional inmediata, de evaluar certeramente el riesgo, de infundir esperanza y de construir un puente hacia la continuidad del cuidado, convierte a la intervención breve en el eslabón crítico que puede determinar la trayectoria de un individuo desde la desesperación hacia la recuperación. La implementación de estrategias costo-efectivas y de alto impacto, como la guía propuesta en este trabajo, adquiere una relevancia aún mayor en el panorama de la salud pública de Bolivia y de otros países de Latinoamérica, donde las barreras estructurales, económicas y culturales a menudo obstaculizan el acceso a una atención en salud mental oportuna y sostenida. La guía ofrece un marco operativo claro y factible, que, si se acompaña de la necesaria capacitación profesional y de una firme voluntad institucional, tiene el potencial de salvar vidas y de transformar la calidad de la atención a las personas en crisis.

De cara al futuro, la investigación en este campo debe orientarse hacia varias líneas prioritarias. En primer lugar, es imperativo llevar a cabo estudios de implementación y efectividad que evalúen el impacto real de la guía propuesta en la reducción de las tasas de reincidencia suicida y en la mejora de la adherencia al tratamiento ambulatorio en el contexto boliviano. Estos estudios deberían utilizar diseños rigurosos y medir resultados tanto clínicos como funcionales a largo plazo. En segundo lugar,

es fundamental profundizar en la investigación sobre las adaptaciones culturales de estas intervenciones. Esto implica explorar, a través de metodologías cualitativas, cómo las particularidades de las diversas comunidades indígenas, las poblaciones rurales y los distintos grupos etarios en Bolivia pueden influir en la aceptabilidad y la eficacia de los componentes de la intervención, como el plan de seguridad. Finalmente, la investigación también debe enfocarse en el bienestar de los propios profesionales de la salud que trabajan en la primera línea de la atención en crisis. Estudiar los niveles de burnout, fatiga por compasión y trauma vicario en este personal, y desarrollar intervenciones para proteger su salud mental, es una condición sine qua non para garantizar la sostenibilidad y la calidad de cualquier programa de prevención del suicidio.

En última instancia, es crucial comprender que el abordaje hospitalario del intento de suicidio, por más eficaz que sea, representa tan solo una pieza en el complejo rompecabezas de la prevención. Para lograr una reducción significativa y duradera de las tasas de suicidio, las intervenciones en crisis deben estar integradas en un marco más amplio de políticas públicas intersectoriales y sostenibles. Esto implica fortalecer la promoción de la salud mental en las escuelas y los lugares de trabajo, mejorar el acceso a la atención primaria de salud, regular el acceso a medios letales, promover una cobertura mediática responsable del suicidio y combatir activamente el estigma que aún rodea a los trastornos mentales (16). Solo a través de un compromiso multisectorial y de una inversión decidida en la salud mental de la población, será posible transformar la desesperación en esperanza y garantizar que cada persona que sufre en silencio reciba la ayuda oportuna y compasiva que necesita y merece.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. El suicidio en el mundo en 2021: estimaciones de salud global. OMS; 2025. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>
2. Vaca Jaramillo JA, Durán Solórzano SA. Prevención del suicidio en contextos digitales. *Rev Ecuat Psicol.* 2025;8(22):111–7. <https://doi.org/10.33996/repsi.v8i22.183>
3. Stanley B, Brown GK. La intervención de planificación de seguridad: una intervención breve para mitigar el riesgo suicida. *Cogn Behav Pract.* 2012;19(2):256–64. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.08.003>
4. Aguilera-Mateo AM, Cedeño-Pérez L. Factores de impacto del maltrato en pacientes adolescentes del Policlínico 13 de marzo-Bayamo, Cuba. *Rev Paraguaya Salud.* 2025;2(5):9–16. <https://doi.org/10.33996/rps.v2i5.22>
5. Stanley B, Brown GK, Brenner LA, Galfalvy HC, Currier GW, Knox KL, et al. Comparación de la intervención de planificación de seguridad con seguimiento versus la atención habitual de pacientes suicidas en urgencias. *JAMA Psychiatry.* 2018;75(9):894–900. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.1579>
6. Shand F, Vogl G, Torok M. Intervención en crisis en la prevención del suicidio: revisión sistemática. *Crisis.* 2022;43(2):85–96. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000760>
7. Arias Cano ME, Monar Cajamarca WJ, Salazar Almeida LA, Villacís Jácome JE. Estrés académico y su relación con la impulsividad en estudiantes universitarios de Quito. *Rev Ñeque.* 2024;7(19):641–55. <https://doi.org/10.33996/revistaneque.v7i19.165>
8. Mendoza-Muñoz JA, Haro-Zea KL. Burnout y su impacto en el desempeño laboral del personal de salud, una revisión sistemática. *Impulso.* 2024;4(7):167–84. <https://doi.org/10.59659/impulso.v.4i7.41>
9. Samaniego Namicela LG, Samaniego Namicela NG, Samaniego Namicela LM, Samaniego Namicela EG. Impacto negativo de la COVID-19 en la salud mental de la población. *Rev Vive.* 2022;5(14):392–410. https://revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-29372022000200008

10. Everly GS, Mitchell JT. Intervención en crisis: primeros auxilios psicológicos para profesionales de la salud mental. Paidós; 2008. <https://www.paidospsicologia.com/>
11. Organización Panamericana de la Salud. Prevención del suicidio: manual de intervenciones breves para trabajadores de salud. OPS; 2021. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52773>
12. Nuij C, van Ballegooijen W, de Beurs D, Juniar D, Erlangsen A, Portzky G, et al. Intervenciones tipo plan de seguridad para la prevención del suicidio: metaanálisis. *Rev Brit Psiquiatr.* 2021;219(2):419–26. <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.102>
13. Beck AT, Brown G, Steer RA. Prediction of eventual suicide in psychiatric inpatients by clinical ratings of hopelessness. *J Consult Clin Psychol.* 1991;59(4):521–6. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.59.4.521>
14. Al-Halabí S, Bobes J. Conducta suicida: prevención y tratamiento. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2016;9(3):131–3. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.06.001>
15. Boudreaux ED, Vallejo Sefair A, Ibrahim S, Zeger SL, Ma C, Li S, et al. Effect of an Emergency Department Process Improvement Package on Suicide Prevention: The ED-SAFE 2 Cluster Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry.* 2023;80(6):559–68. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.1304>
16. Organización Panamericana de la Salud. Bolivia en camino hacia políticas efectivas para prevenir el suicidio. OPS; 2025. <https://www.paho.org/es/noticias/31-7-2025-bolivia-camino-hacia-politicas-efectivas-para-prevenir-suicidio>
17. Narvaez-Angulo SL, Vides Miranda HF, Ballesteros Rojas PL. Prevalencia del burnout académico en estudiantes de medicina y su implicancia para la creación de un centro de apoyo psicológico. *Criterio.* 2025;5(9):26–35. <https://doi.org/10.62319/criterio.v.5i9.45>
18. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un imperativo global. OMS; 2014. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>
19. Portzky G, van Heeringen K. Suicide prevention in adolescents: a systematic review of school-based intervention programmes. *J Adolesc.* 2006;29(1):23–35. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2005.02.009>
20. Gould MS, Greenberg T, Velting DM, Shaffer D. Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2003;42(4):386–405. <https://doi.org/10.1097/00004583-200304000-00007>