

# TERAPIA GRUPAL CENTRADA EN SOLUCIONES CON PERSONAS QUE HAN TENIDO INTENTO DE SUICIDIO

Lorena Villanueva Flores<sup>1</sup>

Universidad César Vallejo

## RESUMEN:

*El presente trabajo consiste en una aplicación grupal de los principios y técnicas de la Terapia Centrada en las Soluciones (De Shazer, 1994; O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990), inspirada en el trabajo de Yvonne Dolan (Dolan, 1998). El enfoque empleado tuvo como objetivo establecer metas y objetivos claros, identificar excepciones y la prevención de recaídas.*

*La muestra estuvo conformada por 3 pacientes que fueron atendidas en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional Docente de Trujillo durante el mes de junio del 2004 por Intento de Suicidio..*

*Los resultados de la terapia muestran mejorías significativas, valoradas a nivel cuantitativa (a través de la escala y los cuestionarios) y a nivel cualitativo (mejorías encontradas en cada sesión y mantenidas hasta el seguimiento)*

**Palabras clave:** *Terapia centrada en soluciones, intento, suicidio*

## ABSTRACT:

*The present work consists in a group application of the principles and techniques of the Solutions Focused Therapy (De Shazer, 1994; O'Hanlon and Weiner-Davis, 1990), inspired by the work of Yvonne Dolan (Dolan, 1998). The used approach had as objective it first session to establish clear goals and objectives, them following sessions to identify exceptions and the two last sessions were used to work the relapses prevention.*

*The sample was conformed by 3 patients who were taken care of in the Service of Emergency of the Regional Hospital of Trujillo during June of 2004 by Suicidal Intention. They took to 6 group sessions and a pursuit 6 months after finalized the therapy.*

*The results of the therapy show significant improvements, valued at quantitative level (through the scale and questionnaires) and at qualitative level (improvements found in each session and maintained until the pursuit)*

**Key Words:** *Solution Focused Therapy, Suicidal Intention*

<sup>1</sup> Psicoterapeuta, Master en Terapia Sistémica. Docente de la Universidad César Vallejo. Correo Electrónico: lorena\_villanueva@yahoo.com

## 1. INTRODUCCIÓN:

El intento de suicidio es entendido como el acto voluntario autoinfligido, de amenaza vital, con injuria física, sin muerte; y que no busca sólo impresionar o llamar la atención (Kaplan y Sadock, 2000).

La problemática relacionada con los intentos de suicidio resulta de gran relevancia teniendo en cuenta los estudios que revelan cifras elevadas en ciertos sectores de la población peruana. Estos hechos se complementan en forma preocupante al saber que alrededor del 6.4% de los intentos de suicidio pueden consumar su propósito en el curso de los 5 próximos años (Kaplan y Sadock, 2000). El suicidio, asociado a diferentes cuadros, ocupa el cuarto lugar como causa de muerte violenta en Lima, constituyendo el 8% de éstas (Instituto de Medicina Legal, 2001).

En un estudio realizado en el servicio de Emergencia del Hospital Regional Docente de Trujillo, se encontró que la prevalencia de los intentos de suicidio oscila alrededor del 60% del total de casos de emergencia que concurren al nosocomio en mención. (Villanueva Gallo, 2000).

Un estudio clínico epidemiológico posterior realizado con 108 pacientes con diagnóstico de intento de suicidio que concurren al Servicio de Emergencia del Hospital Regional Docente de Trujillo, de enero a junio del 2002 revela predominio del sexo femenino (86.1%), estado civil soltero (69.4%), menores de 20 años (70.3 %), estudiantes (55.5) %, procedentes del distrito de Trujillo (41.6%), seguidos de los pacientes del distrito de La Esperanza (35.2%) (Villanueva Gallo, 2002)

En dicho estudio se puede ver que el servicio de Emergencia del Hospital Regional Docente de Trujillo (Perú), atiende

un promedio de 25 casos de intentos de suicidio al mes, siendo la gran mayoría de pacientes mujeres, adolescentes o jóvenes, que residen en las zonas urbano marginales y cuyo diagnóstico psiquiátrico señala Trastorno Situacional.

Luego de el alta médica, sólo un 10 a 15 % de pacientes acuden a Terapia psiquiátrica ambulatoria en el centro hospitalario mencionado, tratamiento basado principalmente en fármacos. El resto de pacientes no recibe ningún tipo de tratamiento posterior al alta médica.

Ante esta realidad surge la necesidad de aplicar un programa psicoterapéutico orientado a proporcionar soporte psicológico y alentar o estimular a las pacientes a explorar sus esperanzas y metas para retomar de esta manera sus planes para el futuro.

El formato empleado en el presente trabajo en el enfoque propuesto por Yvonne Dolan, Consiste en que un grupo se soporte con la filosofía de la Terapia Centrada en Soluciones, cuyo objetivo principal se basa en trabajar las metas de los miembros del grupo para ser concretados en un futuro cercano.

El uso de la terapia grupal, en donde los miembros comparten una vivencia en común y por ello existe una comprensión empática de alto grado, permite que se dé un factor de gran repercusión: el que los miembros del grupo se ayuden entre sí para trabajar juntas en pos de la recuperación.

Las características del formato escogido encajan en las necesidades del grupo a quien fue dirigido, un enfoque orientado a los recursos de las personas y centrando el trabajo en las metas futuras, un aspecto que en personas con intento de suicidio es difícil de visualizar.

## 2. MÉTODO

### 2.1. Participantes

Se invitó a 13 pacientes, sin embargo únicamente asistieron 3 pacientes, cuyos datos se detallan a continuación: (para guardar la identidad de cada paciente no se colocaron los nombres verdaderos)

#### **Caso 1: TATIANA**

Sexo: femenino

Edad: 17 años

Estado Civil: Soltera

Grado de instrucción: Superior

Dx. Psiquiátrico:

- Intento de Suicidio con sustancias medicamentosas
- Trastorno Situacional

Tratamiento Psiquiátrico: No

Nº de intentos de suicidio: 1

Historia familiar: Discusiones frecuentes con su padre y hermano. Madre en tratamiento psiquiátrico por Trastorno Bipolar.

#### **Caso 2: MARIBEL**

Sexo: femenino

Edad: 30 años

Estado Civil: Conviviente

Nº de hijos: 3

Grado de instrucción: Secundaria Incompleta

Dx. Psiquiátrico:

- Intento de Suicidio por ingesta de Benzodiazepinas
- Trastorno Depresivo

Tratamiento Psiquiátrico: Si

Nº de intentos de suicidio: 2

Historia familiar: Antecedente de violación a los 16 años (producto de la cual nació su 1º hija). Discusiones frecuentes con su actual pareja .

#### **Caso 3: VIRGINIA**

Sexo: femenino

Edad: 33 años

Estado Civil: Conviviente

Nº de hijos: 2

Grado de instrucción: Secundaria Incompleta

Dx. Psiquiátrico:

- Intento de Suicidio por ingesta de Benzodiazepinas
- Trastorno Situacional

Tratamiento Psiquiátrico: Si

Nº. de intentos de suicidio: 1

Historia familiar: Infidelidad por parte de su pareja la lleva al intento de suicidio

### 2.2. Material

? Cuestionario de Resultados OQ45.2 (Lambert y Burlingame,1996): Se aplicó antes de la 1º y 6º sesión. Este cuestionario consta de tres escalas: Síntomas, Relaciones Interpersonales y Rol Social.

? Cuestionario de Expectativas (Rodríguez Morejón, 1994): Se aplicó antes de cada sesión y está formada por tres escalas: Auto eficacia, Control Interno y Éxito.

? Encuesta de Resultado (Miller y Duncan , 2004): Se aplicó antes de cada sesión a partir de la 2º. Es una encuesta analógica que se emplea para conocer el cambio como resultado de la intervención terapéutica. Incluye 4 áreas de funcionamiento: Global (sentido general de bienestar), Individual (bienestar personal), Con otras personas (familia, relaciones cercanas), Social (trabajo, escuela, amistades).

? Cuestionario de Avances en la terapia (Beyebach y Herrero de Vega, 2004): Aplicado después de cada sesión a partir de la 2º. En donde las participantes señalaron cómo se sentían en terapia en términos de: mejorando mucho, mejorando algo, ni mejorando ni empeorando, empeorando algo o empeorando mucho.

- ? Encuesta de Cita (Miller S. y Duncan B., 2004): aplicada después de cada sesión. Es una encuesta analógica que consta de 4 áreas: Relación con el/la terapeuta, Metas y Asuntos, Enfoque o Método y Global (sobretodo).
- ? Pregunta escala : se empleó en cada sesión, y se formulaba de la siguiente manera: En una escala del 1 al 10, donde 10 significa que has logrado alcanzar todas tus metas y sueños y 1 significa que están lo más lejos que nunca han estado ¿dónde te encuentras en estos momentos?
- ? participantes
- ? Metodología/ Tratamiento:

### 2.3. Procedimiento

? Selección de la muestra:

La muestra estuvo conformada por 3 pacientes que fueron atendidas en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional Docente de Trujillo durante el mes de junio del 2004 por Intento de Suicidio.

Durante su estancia en el servicio de Emergencia, se recogieron los datos personales y médicos con ayuda del médico psiquiatra de guardia, quien comunicó a la paciente y sus familiares la realización posterior del programa. Se excluían aquellas pacientes con trastorno psiquiátrico.

A inicios del mes de julio, se realiza la invitación vía telefónica o a través de la visita domiciliaria (para quienes no tenían teléfono) a cargo de la persona responsable del programa. En la invitación se les proporcionó algunos datos generales del programa como: fecha y lugar del taller, gratuidad y

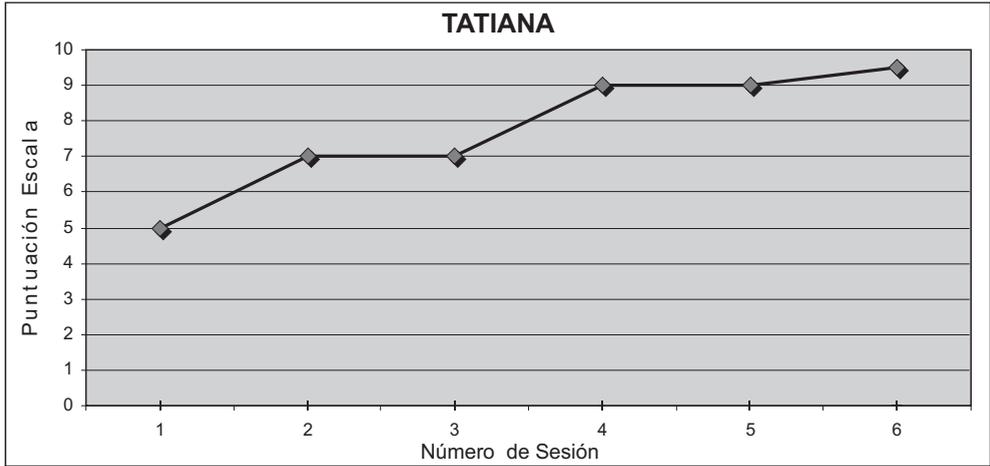


GRÁFICO 1: PUNTUACIONES EN LA ESCALA (Tatiana)

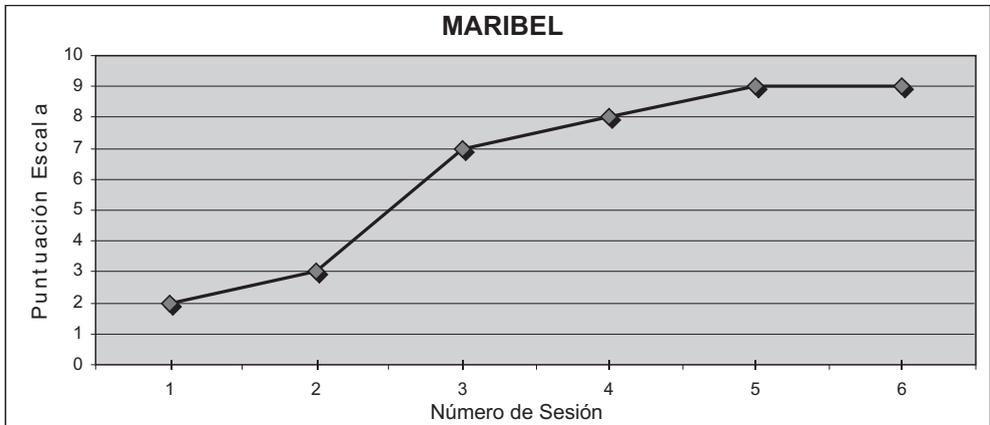


GRÁFICO 2: PUNTUACIONES EN LA ESCALA (Maribel)

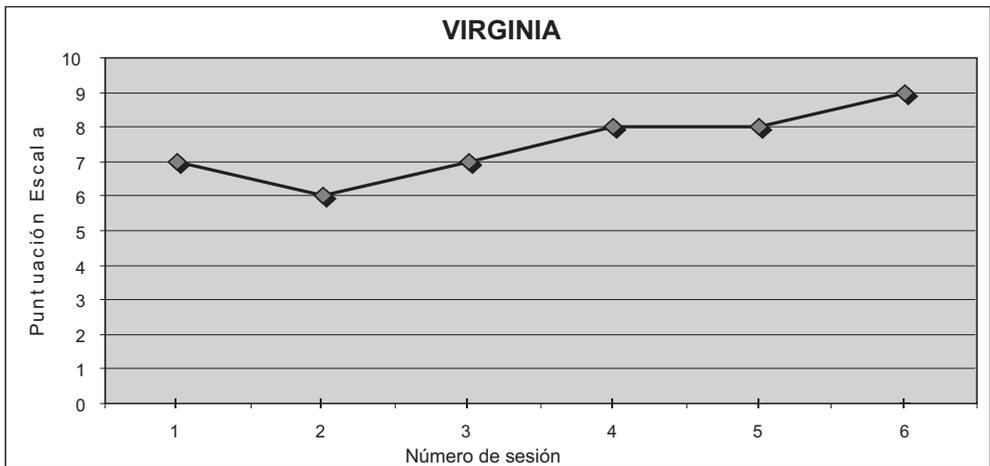


GRÁFICO 3: PUNTUACIONES EN LA ESCALA (Virginia)

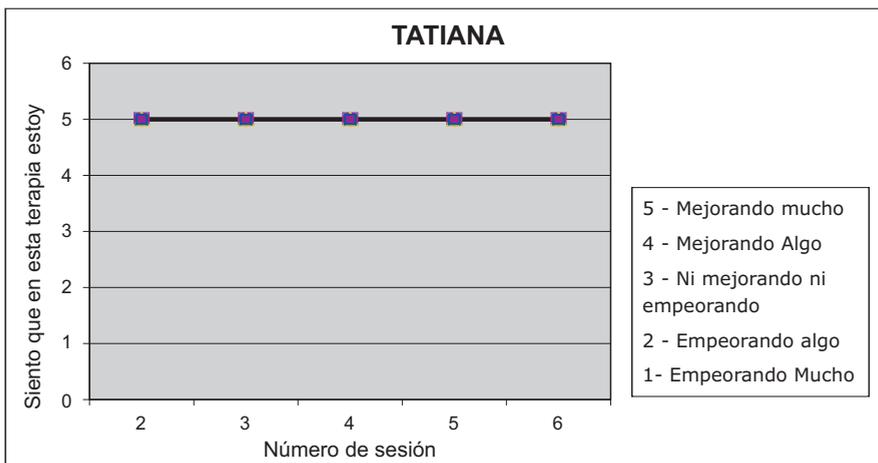


GRÁFICO 4: AVANCES EN LA TERAPIA (Tatiana)

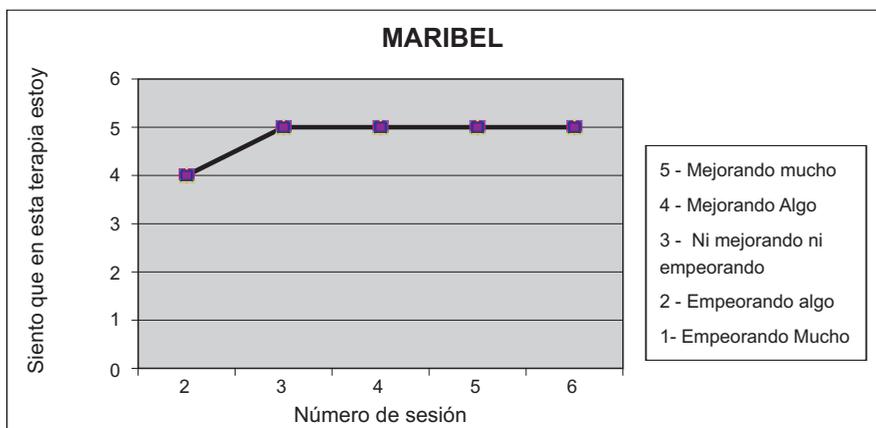


GRÁFICO 5: AVANCES EN LA TERAPIA (Maribel)

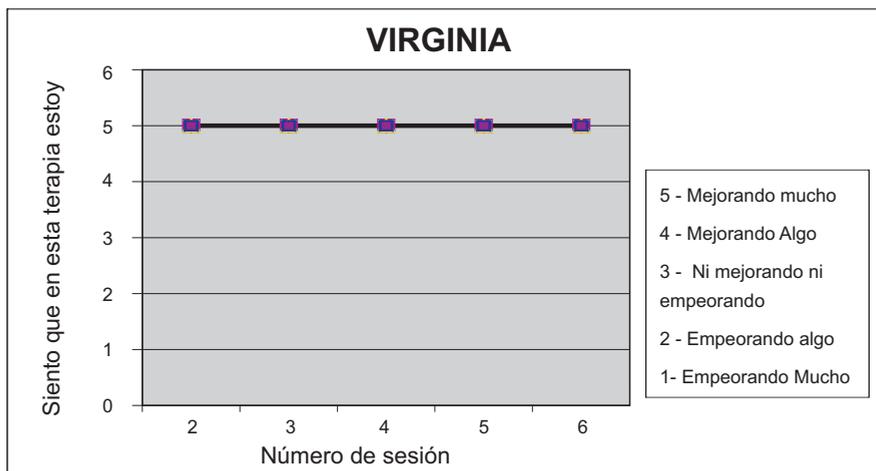


GRÁFICO 6: AVANCES EN LA TERAPIA (Virginia)

## **OBJETIVOS PROPUESTOS:**

### **CASO 1: TATIANA**

Ser más positiva (ver soluciones a los problemas que se le presenten), en casa ser más madura (responsable con sus obligaciones, y ser puntual), mejorar la relación con su hermano (conversar de sus cosas sin chantajearse). Espera del grupo que le den ánimo para continuar con su carrera.

### **CASO 2: MARIBEL**

Controlar los pensamientos negativos (que no vale nada) ,disfrutar de la vida, salir adelante y saber afrontar las dificultades que pueda tener. Quiere apoyo del grupo para retomar el tejido, ENSEÑARa otras personas a tejer, vender los objetos que haga y en un futuro poner una bodega.

### **CASO 3: VIRGINIA**

Mantener más espacios para ella sola, sin su esposo, estudiar cosmetología y poner su salón de belleza, ser más independiente, realizarse como mujer, ser ella misma, no depender de su esposo. Sentirse segura de si misma (darse ánimo, mensajes positivos), ser positiva ante algún problema.

Quiere ayuda del grupo para controlar sus nervios y para animarse a iniciar sus estudios.

## **MEJORIAS 2º SESIÓN**

### **CASO 1: TATIANA**

Mejorías en casa, ha participado de actividades con su familia y siente que están más unidos, está más positiva (cuando alguien le comenta algún problema ella les da ánimo), se ha mantenido ocupada y no se ha atormentado con pensamientos negativos (antes se encerraba), está más abierta y conversa un poco más sobre sus preocupaciones. Refiere que ha incorporado en su vida la palabra "solución" y considera que ahora no "espera que le traigan flores

sino que ella misma hará su jardín"

### **CASO 2: MARIBEL**

Considera que las cosas han estado iguales, tuvo una discusión con su esposo, aunque esta vez lo arreglaron pronto a diferencia de otras ocasiones, su esposo la abrazó y la hizo sentir bien. Además ella también se muestra más cariñosa cuando su esposo llega a casa (le pregunta cómo le fue y le da abrazos). Ha tenido un bajón Sentía que no valía nada, por lo que se trabajó riesgo suicida (posibilidad de lograr su objetivo sin quitarse la vida, escala, contrato)

### **CASO 3: VIRGINIA**

Señala mejorías en la relación con su familia, siente más apoyo y confianza por parte de ellos así como mejoría en la comunicación por parte de ella (conversa de sus preocupaciones), siente que ha mejorado la comunicación con sus hijos y que confían más en ella.

## **MEJORIAS 5º SESIÓN**

### **CASO 1: TATIANA**

Ha salido con su familia a comprar y comer, se siente feliz porque están "juntos". Para continuar así necesita dar un examen que tiene pendiente del colegio, eso le ayudaría a estar más tranquila y disfruta más estando en casa.

### **CASO 2: MARIBEL**

Se siente contenta porque su esposo ha tenido detalles con ella (le ha hecho algunos obsequios), Para continuar necesita seguir comunicándose, dialogando con su esposo sobre sus preocupaciones.

### **CASO 3: VIRGINIA**

A pesar de la preocupación por la enfermedad de su hija (recién diagnosticada) ha sentido que ha sido "fuerte", no ha decaído, ha sido positiva y esto le ha permitido darle ánimos a su hija.

**MEJORIAS 6º SESIÓN**

Su puntuación en la escala en el momento del seguimiento es 7.

**CASO 1: TATIANA**

Tuvo una semana tranquila, a pesa que su hermano la sigue molestando, a ella le ayuda ser indiferente con él. Arregló su cuarto y lo llenó con mensajes positivos, esto le ayuda a ver que "depende de ella cambiar lo que quiere y encontrar la felicidad". Le ayudó recordar el ejercicio de externalización y leer el libro "Tus Zonas Mágicas".

**CASO 2: MARIBEL**

Tuvo una discusión con su esposo pero esta vez fue diferente ya que no se deprimió ni tuvo pensamientos negativos, se decía a sí mis a "yo tengo que salir adelante sola" "no voy a depender de él". Luego de esto llegó tranquila a casa, tomó las cosas con tranquilidad. Le ayudó leer "Tus Zonas Erróneas" y recordar lo que hablamos en las sesiones.

**CASO 3: VIRGINIA**

Ha convivido más tiempo con su pareja, han viajado juntos, se ha sentido segura de sí misma, (menos celosa, más tranquila, no se ha irritado si su esposo saludaba a alguna mujer). Disfruta de la relación con su pareja y sus hijos.

**MEJORÍAS EN EL SEGUIMIENTO:****TATIANA**

Menciona que después de la terapia todo ha ido bien, ya que todo depende de ella, en como quiera ver su vida, aceptando que todos tienen problemas y que "un mundo sin problemas no es mundo".

Considera que su problema se resolvió del todo durante la terapia y que las mejorías en otras áreas consistieron en no depender en lo que diga la gente y no guiarse en ellas. Resolvió el problema "no acomplejándose". No han surgido nuevos problemas desde que finalizó la terapia.

Dentro de los ejercicios y técnicas empleadas cabe resaltar algunas de ellas por su especial utilidad en el presente trabajo (señaladas por el grupo en la retroalimentación) como: la pregunta milagro, la carta desde el futuro, el símbolo de ti mismo, la externalización y la carta en día de lluvia.

Dentro de lo que probablemente resultó menos útil fueron algunas tareas para casa como la "Fórmula de primera sesión" y "el mensaje del ángel guardián".

Además de lo señalado, algo de gran relevancia fue sin duda el clima generado en cada sesión, el que las pacientes cuentan con un espacio para expresar sus preocupaciones y al mismo tiempo donde puedan encontrar sus propias herramientas para enfrentarse al problema. Un espacio además donde "puedan conversar tranquilamente sin ser criticadas" y donde puedan ser "entendidas".

Parte del clima de confianza y comprensión que se procuró fomentar en todo momento, se debe no sólo a la filosofía centrada en soluciones empleada sino también al gran apoyo que las integrantes del grupo se proporcionaban unas a otras. El hecho de compartir una experiencia dolorosa similar como lo fue el intento de suicidio, las propias reflexiones de cada una sobre su situación, permitieron que ellas jugaran un rol fundamental: el de coterapeutas.

El ejecutar un programa centrado en soluciones en un formato grupal fomenta un clima de constante retroalimentación y apoyo entre el grupo.

El contar con un grupo reducido (3 personas) limitó la retroalimentación entre las participantes. Asimismo en la ejecución de algunos ejercicios (como la carta en día de lluvia del grupo) la participación de más personas hubiera aportado mayores recursos.

Al ser un estudio cualitativo, no se plantea la posibilidad de hacer

generalizaciones a partir de los resultados obtenidos en el presente trabajo.

## 5. REFERENCIAS

- \* Beyebach, M. y Herrero de Vega (2004). Medición de cambio en terapia sistémica breve. Manuscrito no publicado. Universidad Pontificia de Salamanca.
- \* De Shazer. (1994). En un origen las palabras eran magia. Barcelona: Gedisa
- \* Dolan Y. (1998). Beyond survival. Great Britain: BT Press Book.
- \* Fombellida, C. (2003). Pinceladas de terapia sistémica en un hospital de día. Proyecto Fin de Master de Terapia Sistémica. Universidad Pontificia de Salamanca.
- \* Kaplan, H. y Sadock, B. (2000). Manual de psiquiatría de urgencias. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- \* Kaplan, H. y Sadock, B. (1993). Tratado de psiquiatría. Buenos Aires: Interamericana.
- \* Lambert, M. y Burlingame, G. (1996). Outcome Questionnaire 45.2. American Professional Credentialing Services LLC.
- \* Miller, S. y Duncan, B. (2004). The outcome rating scale: A preliminary study of the reliability, validity, and feasibility of a brief visual analog measure. Institute for the study of therapeutic chang.
- \* Miller, S. y Duncan, B. (2004). The session rating scale: Preliminary psychometric properties of a working alliance inventory. Institute for the study of therapeutic chang.
- \* Rodríguez, A. (1994). Un modelo de agencia humana para analizar el cambio en psicoterapia: Las expectativas de control en terapia sistémica breve. Tesis doctoral no publicada. Universidad Pontificia de Salamanca.
- \* O'Hanlon, W. y Weiner-Davis, M. (1990). En busca de soluciones. Barcelona : Paidós.
- \* Paz, O. (2002). Situación de la salud

mental en el Perú. Resumen Documento:  
Lineamientos de política en salud mental-  
Ministerio de Salud Pública.

\* Villanueva, H. (2000). Estudio clínico  
epidemiológico de las emergencias  
psiquiátricas en el H.R.D.T. Universidad  
Nacional de Trujillo. Perú. 10

\* Villanueva, H. (2002). Estudio clínico  
epidemiológico de los intentos de suicidio en  
el H.R.D.T. Universidad Nacional de Trujillo.  
Perú.

\* White, M. y Epton, D. (1993). Medios  
narrativos para fines terapéuticos.  
Barcelona: Paidós.