

Alejandro Rocamora

Intervención en crisis en las

CONDUCTAS SUICIDAS

2^a
EDICIÓN

biblioteca de psicología



DESCLÉE DE BROUWER

ALEJANDRO ROCAMORA BONILLA

**INTERVENCIÓN EN CRISIS
EN LAS CONDUCTAS SUICIDAS**

2^a edición

**BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA
DESCLÉE DE BROUWER**

Índice

Prólogo.....	15
Introducción.....	17
1. La intervención en crisis.....	25
I. Aspectos generales de la crisis.....	26
1. Delimitación de conceptos.....	26
2. Definiciones de crisis.....	31
3. Estructura de la crisis.....	35
4. Características de la crisis.....	39
II. Modelos de intervención en crisis.....	41
1. Modelo cognitivo-conductual.....	41
2. Modelo psicodinámico.....	43
3. Modelo biopsicosocial.....	44
III. Una asistencia en la crisis.....	46
1. Características y objetivos.....	46
2. Modelos asistenciales.....	47
3. Niveles de intervención.....	48
4. Un modelo de intervención en la crisis (AFVA).....	50

2. La conducta suicida	55
I. Concepto y modelos	58
1. Aproximación conceptual	58
2. Modelo categorial y modelo dimensional	59
2.1. Modelo categorial	59
2.2. Modelo dimensional	63
3. Modelos etiológicos	65
3.1. Aproximaciones a la conducta suicida	65
3.2. Teoría biológica	65
3.3. Teorías psicológicas	66
3.4. Teoría sociológica	70
4. Modelos multidimensionales	71
4.1. Modelo arquitectónico	71
4.2. El modelo basado en el estado de la mente	72
4.3. El modelo de sobreposición	72
4.4. El modelo cúbico	72
5. Modelos integrados	73
5.1. Modelo diátesis-estrés	73
5.2. Modelo clínico-bioquímico	75
II. Fenomenología y psicogénesis de la vivencia suicida	77
1. El suicidio: una realidad poliédrica	77
2. La muerte como “imagen en espejo” del nacimiento	78
3. ¿Cómo contempla el suicida la muerte?	79
4. Dialéctica suicida	80
5. Verbalización de la conducta suicida	82
6. Mitos sobre el suicidio	82
7. Estadios o fases de la vivencia suicida	86
8. Estado de ánimo de los suicidas	87
9. Actitudes más frecuentes del suicida	88
10. Errores en la intervención de las conductas suicidas	89
III. Clasificación y evaluación de las conductas suicidas	92
1. El suicidio como las ondas de un estanque	92
2. Clasificación de la conducta suicida en un Centro de Intervención en Crisis por Teléfono	92

3. Clasificación de las conductas suicidas	94
4. Evaluación de las conductas suicidas	94
4.1. La entrevista clínica	95
4.2. Escalas de evaluación del riesgo suicida	97
3. Conducta suicida, salud mental y psiquiatría.	
Estrategias terapéuticas	99
I. Conducta suicida y salud mental. Estrategias terapéuticas	100
1. Introducción	100
2. La conducta suicida en la vida cotidiana y en la psicopatología	100
3. Proceso de la conducta suicida y salud mental.	101
4. Conductas suicidas como respuesta a una crisis de la vida cotidiana	106
4.1. Soledad e incomunicación.	107
4.2. Crisis noética	112
4.3. Sobrecarga emocional	116
4.4. Rupturas y pérdidas	118
4.5. Callejón sin salida.	124
4.6. Experiencia de inferioridad	126
4.7. Experiencia de exceso emocional	127
II. Conducta suicida y psiquiatría. Estrategias terapéuticas .	129
1. Algunos datos estadísticos	129
2. Proceso de la conducta suicida y psiquiatría	130
3. Psicopatología y conducta suicida	130
3.1. Personas que padecen un trastorno de personalidad límite y conducta suicida	130
3.2. Personas que padecen una depresión y conducta suicida	133
3.3. Personas que padecen una esquizofrenia y conducta suicida	138
3.4. Personas que padecen un alcoholismo y conducta suicida	142

4. Intervenciones terapéuticas en la conducta suicida	147
I. Estrategias de intervención en personas que manifiestan ideación suicida.	148
1. Concepto	150
2. Objetivos	150
3. Acciones exploratorias	151
4. Estrategias terapéuticas. Modelo AFVA.	153
II. Estrategias de intervención en personas que manifiestan una crisis suicida.	157
1. Concepto	157
2. Objetivos	157
3. Acciones exploratorias	158
4. Estrategias terapéuticas. Modelo AFVA.	158
III. Estrategias de intervención en el resto de las conducta suicidas.	167
1. Estrategias de intervención en personas que han realizado un intento autolítico	167
2. Estrategias de intervención en personas que han realizado un gesto suicida.	170
3. Estrategias de intervención en personas que han realizado un suicidio frustrado.	172
4. El consultante refiere la preocupación por un familiar con ideas suicidas	173
5. El acto suicida está en curso	174
5. Posvención: Atención a los supervivientes de un suicidio y autopsia psicológica.	181
I. Prevención de la conducta suicida	182
II. Los supervivientes de un suicidio.	
Estrategias terapéuticas	185
1. Los supervivientes de un suicidio	188
2. La familia ante la conducta suicida.	188
3. Los supervivientes de un suicidio: de la culpa a la autodestrucción.	191
3.1. La culpa.	191

3.2. La vergüenza	195
3.3. El estigma	195
3.4. Sentimiento de abandono	199
3.5. Autodestrucción	201
4. Estrategias terapéuticas en los supervivientes de un suicidio	202
4.1. Intervención terapéutica individual	203
4.2. Intervención terapéutica grupal	206
III. Autopsia psicológica	209
6. El suicidio como patología vincular	211
I. Una visión planetaria del ser humano	212
II. El suicidio como patología vincular	216
III. Tres cuestiones candentes	222
1. Necesidad de reforzar el vínculo grupal	222
2. ¿Tiene sentido el sinsentido de la conducta suicida?	222
3. El suicidio, ¿es un acto validante?	224
Apéndice I: Escalas de evacuación de la vivencia suicida (Bulbena Vilarrasa, et al. 2000)	227
I. Escala de intencionalidad suicida de Beck (Suicidide Intent Scale, SIS)	228
II. Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Risk of Suicide, RS)	232
III. Escala de valoración del Riesgo de Suicidio	234
IV. Estimación del potencial suicida. Factores de riesgo- rescate	237
V. Escala SAD PERSONS	242
VI. Guía práctica para la evaluación del riesgo suicida	243
Apéndice II: Protocolos de intervención	247

Apéndice III: La conducta suicida en un centro de intervención en crisis por teléfono	253
I. Origen e historia de los teléfonos de ayuda	254
II. Los teléfonos de ayuda, en España	256
III. Crisis y ayuda telefónica	259
1. Relación de ayuda por teléfono	259
2. La estructura telefónica: posibilidades y límites.	260
3. El Orientador	265
4. El Llamante	267
II. Proceso terapéutico de la llamada	269
V. Llamadas en el teléfono de la esperanza en el 2010	272
1. Encuadre: llamadas 2010 en España.	272
2. Llamadas con contenido suicida	276
3. Conclusiones	280
Bibliografía	281
Webgrafía	289

Prólogo

Muchos años antes de que yo comenzara a trabajar en el mundo de la prevención de los suicidios, cayó por casualidad en mis manos un ejemplar del libro *El hombre contra sí mismo*, de Alejandro Rocamora, que fue el primer texto que leí sobre esta problemática. Despertó en mí un gran interés, y en parte fruto del cual llevo más de quince años trabajando en este campo. Es, por tanto, todo un honor para mí escribir este prólogo para presentar el último libro de este psiquiatra y amigo que es todo un referente a nivel nacional e internacional en el mundo de la suicidología.

Sin lugar a dudas, de la amplia bibliografía que conozco sobre el tema, ésta es la lectura que recomendaría a todos los profesionales de la Salud Mental. No solo conjuga conocimientos teóricos y prácticos sino que aporta un excelente resumen de las principales teorías y enfoques que han tratado de explicar, estudiar e intervenir en el mundo de la conducta suicida a través de los tiempos. Uno se siente impresionado por la cantidad de conocimientos que recoge y transmite de una forma clara, sencilla y sintética.

A diferencia de otras publicaciones, la obra que tienes en tus manos, aporta un enfoque realmente práctico y útil. Incluye ejemplos

de casos que son fiel reflejo de la realidad, así como frases y oraciones que sirven de ejemplo de cómo actuar o intervenir en situaciones concretas. Todas ellas están llenas de sabiduría práctica.

Sorprende gratamente que un psiquiatra del nivel y la experiencia de Alejandro Rocamora dé tanta importancia a la labor de los psicólogos en la Prevención de la Conducta Suicida.

Me gustaría resaltar el técnico y enriquecido vocabulario empleado, así como las abundantes referencias a expertos, que denotan el amplio conocimiento del autor en esta materia. Esta obra te ayuda a descubrir todo lo que te queda por saber de esta compleja problemática en la que muy pocos se aventuran.

Tengo la certeza de que la lectura de este libro será una inestimable ayuda a todos aquellos profesionales que trabajan en el campo de la prevención del suicidio, en la intervención en crisis así como a los que tratan de aminorar el dolor que estas muertes ocasionan a familiares y seres queridos.

Desearía concluir este prólogo, destacando la gran capacidad de recopilación, síntesis y transmisión de conocimientos del autor, su perspicaz utilización del sentido común, y su dilatada experiencia práctica con este tipo de pacientes. De esta manera, tenemos una conjugación casi perfecta. A partir de ahora, estoy seguro de que este libro que vas a comenzar a leer, querido lector, se convertirá en una obra de consulta y referencia imprescindible.

Javier Jiménez Pietropaolo
Psicólogo Clínico
Presidente de la Asociación de Investigación,
Prevención e Intervención del Suicidio

Introducción

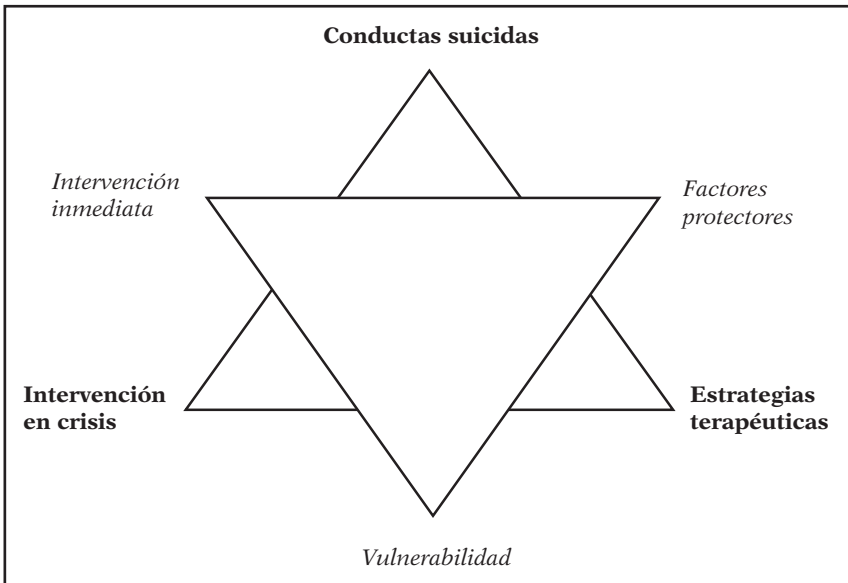
*“El suicidio no es en sí una enfermedad,
ni necesariamente la manifestación de una enfermedad...”.*

(OMS, 2000a)

Existen acontecimientos que se convierten en el gozne de nuestras vidas. Por ejemplo, el cambio de trabajo, la elección de una carrera o la renuncia a un ascenso, pueden constituir un punto de llegada y de partida a una nueva realidad. La vida sigue fluyendo pero ya nada es igual y todo tiene un color diferente. En mi existencia podría señalar varios de esos puntos de inflexión. Uno de ellos ocurrió hace muchos años: en 1971 estuve presente en el inicio del Teléfono de la Esperanza en un pequeño despacho de la Ciudad de San Juan de Dios, de Alcalá de Guadaíra (Sevilla). Allí comenzó la preocupación por las personas que pretenden renunciar a la vida y buscan en una voz anónima el soporte para seguir viviendo. Este tipo de Servicios Telefónicos de Urgencia, como puedes comprobar en el APÉNDICE III, pretenden ayudar a la persona cuando se está produciendo la crisis de soledad, depresión, suicidio, etc. a través de una “escucha activa”. Se puede decir que ese acontecimiento fue la semilla del libro que tienes entre tus manos, querido lector.

En estos cuarenta años, de estudio, atención a personas en situaciones límites y las propias experiencias personales, se han ido entrelazando estos dos conceptos: crisis y comportamiento suicida. Hace casi veinte años publiqué el libro “*El hombre contra si mismo (editorial Asetes, 1992)*” donde se desarrollan algunas técnicas terapéuticas de intervención en la crisis suicida. En el presente texto reflexiono sobre el mismo tema pero ilustrando con ejemplos clínicos las acciones terapéuticas y con una estructura de su contenido más didáctica y profundizando más en la esencia misma de la vivencia suicida.

El texto que tienes entre tu manos, querido lector, está impregnado de tres ideas fundamentales: intervención en crisis, conductas suicidas y estrategias terapéuticas, atravesado por otros tres conceptos básicos: la vulnerabilidad del consultante, la importancia de que el terapeuta tenga muy en cuenta en su intervención los factores protectores (no solamente los de riesgo) y la importancia de una intervención inmediata como forma de superar la crisis (aquí toman gran relevancia los Teléfonos de Urgencia dedicados a la atención de esta problemática). La representación gráfica del contenido de este libro, pues, es una estrella de seis puntas.



Intervención en crisis

En cualquier situación de crisis, sea circunstancial o vital, nos sentimos más frágiles, pero al mismo tiempo se puede convertir en un trampolín para crecer. Es una de las ideas motrices de este libro. En la adversidad el sujeto se hace más receptivo al cambio y a la toma de decisiones, y es por esto que es necesario conocer cómo actuar para disminuir la angustia del consultante.

En el amplio espectro de actuación en los comportamientos suicidas nos situamos en los que acuden a una sala de Urgencia Psiquiátrica o a un Centro de Atención Primaria o a los propios Servicios Telefónicos de Urgencia. La característica común es que solamente se va a realizar una sola intervención y lo fundamental es que se pueda contener la vivencia suicida, posibilitar un tratamiento convencional posterior (psicoterapéutico o/y farmacológico) y en todo caso facilitar al usuario la posibilidad de exteriorizar su deseo de muerte y la comprensión de su comportamiento suicida.

Conductas suicidas

La OMS (2000a) afirma que “el suicidio no es en sí una enfermedad, ni necesariamente la manifestación de una enfermedad, pero los trastornos mentales son un factor muy importante asociado con el suicidio”. En este mismo documento la OMS estima que el riesgo de suicidio en personas con trastorno del humor (principalmente depresión) es 6-15%; con alcoholismo, 7-15%; y con esquizofrenia 4-10%. Así mismo señala que alrededor de un 80%-90% de los suicidios consumados lo realizan personas que padecían un trastorno psiquiátrico. Es por esto que en este libro dividimos los comportamientos suicidas en dos grandes bloques: aquellos que no se ha comprobado la existencia de una psicopatología anterior (suicidio y salud mental) y los que tienen como base un trastorno mental (suicidio y psiquiatría).

Por otra parte, en este texto el concepto de suicidio abarca desde la ideación suicida hasta el suicidio consumado, pasando por los gestos suicidas, los intentos de suicidio y el suicidio frustrado. De

ahí de que hablemos de conductas (en plural) pues el abanico de la vivencia suicida tiene un amplio recorrido y es importante, por esto, en la labor terapéutica, saber en qué punto nos encontramos.

Estrategias terapéuticas

Es el tercer concepto básico de este libro: formar a los terapeutas para facilitar su labor clínica en las conductas suicidas. Conocer las técnicas terapéuticas es el deber primero de todo buen terapeuta, pero más importante es saber cuándo, con quién y cómo ejecutarlas. Es lo mismo que nos ocurre en cualquier juego de naipes: es importante tener buenas cartas, pero lo que decide si ganamos o no la partida es la forma que administramos esas cartas. Aquí ocurre lo mismo: el terapeuta además de tener una amplia formación en los comportamientos suicidas precisa un adiestramiento para aprender a utilizar las diversas técnicas. Este libro quiere contribuir a ese primer objetivo: el formativo.

Intervención inmediata

Es una de las condiciones necesarias e imprescindibles que Caplan (1964) requiere para toda intervención en crisis. De nuestra inmediatez en ofrecer la ayuda va a depender, en parte, el éxito de la misma. Como veremos, la inmediatez temporal y la proximidad espacial, junto con la expectación favorable de la ayuda que se recibe, son las condiciones básicas de este tipo de ayuda (Caplan, 1964). Si se deja pasar el tiempo (un ejemplo lo tenemos en las listas de espera) o se atiende a la persona fuera de su encuadre físico (barrio o ciudad) o el terapeuta no tiene una buena reputación clínica, el riesgo de fracaso es enorme.

Factores protectores

En la atención al presuicida no solamente tendremos que tener en cuenta los factores de riesgo, (estado civil, sexo, acontecimientos estresantes recientes, vivencias suicidas anteriores, etc.) sino tam-

bién los factores protectores, referidos tanto a su personalidad (valores, capacidad de resolver los problemas, etc.) como a su entorno. Aquí tenemos que reseñar la importancia de la familia y del grupo social de procedencia. Es decir, cuanto más adecuada sea la familia, más posibilidades habrá de neutralizar el impulso suicida. Por esto hemos enfatizado la importancia del “nosotros”.

Vulnerabilidad

Es la última punta de esa imaginaria estrella de conceptos que sintetizan el contenido de este libro. La vulnerabilidad entendida no solamente como algo negativo sino también con la posibilidad de crecer. El ser humano es vulnerable por naturaleza pero un alto gradiente de vulnerabilidad genética o psicosocial sería proclive a la autodestrucción.

El contenido

El libro consta de seis capítulos y tres apéndices. Los capítulos 1 y 2 son introductorios. El primero describe el marco de acción donde se va a desarrollar nuestra labor terapéutica (la intervención en crisis), las diferentes formas de afrontar la crisis dependiendo de la orientación psicológica que nos situemos: cognitivo-conductual, psicodinámica y biopsicosocial y por último nuestro modelo de intervención en la crisis (AFVA). A este respecto los cuatro pasos que se señalan (Acoger, Focalizar el problema, Valorar la gravedad y Actuar) son indicativos de cómo tenemos que actuar en la intervención en crisis. No se debe considerar un corsé a nuestra actividad terapéutica, sino como un amplio marco de acción, que dependiendo de las circunstancias y de la persona que consulta tomará más importancia un paso u otro. Así, es evidente que no es lo mismo atender a una persona que se ha seccionado las venas, que otra que solamente refiere ideación suicida.

El segundo capítulo también es introductorio respecto a otro concepto básico desarrollado en el libro: la conducta suicida. Aquí se rea-

liza una aproximación al concepto de suicidio y se describen dos maneras de concebir el comportamiento suicida: modelo categorial (sintomático, cualitativo, sincrónico, y fundamentalmente se aborda un tratamiento farmacológico) y modelo dimensional (visión global del problema, cuantitativo, diacrónico y el tratamiento es integral, farmacológico y psicoterapéutico). También en este capítulo se desarrollan los diferentes modelos que han intentado explicar la conducta suicida, desde los etiológicos, hasta los integrados, pasando por los multidimensionales. Aquí partimos del hecho que la verdad es única pero poliédrica, es decir, la conducta suicida tiene diversas caras (etiología, manifestaciones, procedimientos, etc.) que es necesario tener en cuenta en un tratamiento integral. También en este segundo capítulo se reflexiona sobre la esencia misma de la vivencia suicida (dialéctica, mitos, verbalización, etc.) y de su posible clasificación y evaluación.

Los capítulos 3, 4 y 5 son el cuerpo central de la obra. En el capítulo 3 se describen las distintas acciones terapéuticas tanto en los comportamientos suicidas sin base psicopatológica (conducta suicida y salud mental), como en aquellas conductas suicidas que están relacionadas con alguna enfermedad psiquiátrica (conducta suicida y psiquiatría). El capítulo 4 está destinado a la exposición de las estrategias terapéuticas tanto en la ideación suicida, como en la crisis suicida o en el resto de comportamientos suicidas (intentos autolíticos anteriores, suicidio frustrado, etc.). Y en el capítulo 5 se exponen la forma de actuar con los supervivientes de un suicidio y se realiza una somera descripción de lo que es la autopsia psicológica.

La estructura de los tres capítulos es similar: se parte del relato de una vivencia suicida y después se exponen las estrategias terapéuticas. Como hemos dicho antes, el elenco de técnicas terapéuticas es necesario, pero como no son “recetas mágicas”, lo más importante es que el terapeuta aprenda a utilizarlas en el momento preciso.

El capítulo 6: El suicidio como patología vincular, está redactado a modo de conclusión general. Partiendo de una concepción planetaria del ser humano concluimos que en definitiva el suicidio es una ruptura consigo mismo y con el entorno. De ahí la importancia del vínculo con uno mismo y con el otro, pues el fracaso de alguno de

estos aspectos es lo que nos conduce al suicidio. El corolario final es que cuanto más sana mentalmente sea la persona y mejor esté integrada en su grupo de procedencia, menos riesgo existe de suicidio.

El libro finaliza con tres Apéndices: I) Se describen algunas escalas de evaluación de la conducta suicida. II) Se muestran diversos protocolos de intervención en la conducta suicida, en la intervención en crisis, siguiendo nuestro modelo AFVA y III) Se reflexiona sobre un Servicio Telefónico de Ayuda Urgente, El Teléfono de la Esperanza y se transcriben algunos datos estadísticos de las llamadas con contenido suicida, que se produjeron en los 25 Centro en España, durante el año 2010.

Mi agradecimiento a mi esposa Nina por su paciencia en corregir el manuscrito, sus valiosas aportaciones y su buen hacer en la estructura final del texto; a Oscar Gutiérrez León por su profesional trabajo en el tratamiento informático de las estadísticas del Teléfono de la Esperanza y por último mi gratitud a Javier Jiménez Pietropaolo por su cálido prólogo. Se nota que es un amigo y un gran conocer de los comportamientos suicidas.

Todo el libro está impregnado de un deseo: ayudar a encontrar una salida sana a la persona que en alguna encrucijada de su vida ha contemplado el suicidio como la única solución. Y por esto nuestra preocupación por intentar comprender la compleja vivencia suicida y de aportar las herramientas necesarias para que el terapeuta pueda realizar esa tarea.

Gracias a la semilla sembrada aquel 1 de octubre de 1971 ha sido posible la elaboración del libro que tienes entre tus manos, querido lector. Solamente resta que este fruto te sea de provecho en algunas de tus acciones terapéuticas.

Alejandro Rocamora Bonilla

1 de octubre de 2011

40º Aniversario del Teléfono de la Esperanza

1

La intervención en crisis

*“El hombre que se levanta es aún más fuerte
que el que no ha caído”.*

Viktor Frankl

I. ASPECTOS GENERALES DE LA CRISIS

1. Delimitación de conceptos

La crisis

La palabra crisis se utiliza con diversas acepciones: en primer lugar, hay que señalar que proviene del vocablo griego *krisis*=decisión y *krino*=separar (Diccionario de Psicología, 1978), implica, pues, ruptura pero al mismo tiempo esperanza y posibilidad (Rocamora, 1992).

Frenck, et al. (1984) refieren que los chinos, para designar la crisis, utilizan el término “wei-ji”, que se compone de dos ideogramas: **peligro** y **ocasión**.

Bellamente lo describe Pelicier (1981)¹ cuando afirma que *“la crisis es un signo de las profundidades increíblemente cargado de sentido y de proyecto, un paso y una ruptura, un puente y un abismo. Todo lo que parecía ligado se rompe, pero es justamente la experiencia de la ruptura y el desgarró lo que asegura la continuidad. El paroxismo emocional faculta el modo de unificar de nuevo la personalidad dividida”*.

En Psicopatología, la palabra crisis, es sinónimo de un fenómeno agudo, transitorio, repentino y espectacular en sus manifestaciones sintomáticas.

Por último, para la medicina hipocrática la palabra crisis se utiliza para señalar el combate entre naturaleza y la enfermedad, de donde se origina un resultado favorable (curación) o desfavorable (muerte) (Diccionario de Psicología, 1978).

Podemos sintetizar diciendo que toda crisis supone: “peligro” por el dolor que conlleva la pérdida de lo que se ha perdido o de lo que se va a perder; “ocasión” (oportunidad) se refiere al proceso de reconstrucción de un mundo nuevo a partir del momento de la crisis.

1. Pelicier, Y.(1981). “La crisis y el hombre”. *Psicopatología*, 1,3, pp. 183-190.

Las crisis pueden ser de desarrollo (crisis de la adolescencia, crisis menopáusica o andropáusica, crisis tras la jubilación, etc.) o circunstanciales (están en función de vivencias, generalmente inesperadas y que llevan la impronta o posibilidad de un cambio (enfermedad, paro, muerte de un familiar, etc.)

Situación crítica e intervención crítica

Para De Miguel Lillo et. al. (1998) **la situación crítica** puede aparecer en cualquier lugar y momento: casa, campo, de día o de noche, etc. Implica una vivencia que por sí misma es desequilibrante (individuo que amenaza tirarse desde una terraza, conflictos bélicos, desastres naturales, agresiones o abuso con violencia, ruina personal tanto social como económica o sentimental, etc.) y que necesita **una intervención crítica**, que puede hacerse individualmente o multiprofesional y en el más breve espacio de tiempo y además es puntual.

Existen dos maneras diferentes a la hora de conceptualizar y abordar la crisis (Martínez Azumendi, 1995): **médica y comunitaria**. La primera, generalmente, es una atención individualizada, siendo su ejemplo las urgencias psiquiátricas tradicionales. Para Alonso Fernández (1982)² la sobreurgencia (o emergencia) es *“una apreciación que puede partir del enfermo, de las personas que lo acompañan, de cualquier institución social o de médicos de otras especialidades”*. Es una demanda de servicio, que no admite dilaciones, y en la mayoría de las veces es planteada con dramatismo. La urgencia psiquiátrica es también una forma médica de percibir la presentación de una patología, que está en función del volumen sintomático y su gravedad, y que precisa una actuación rápida.

La forma comunitaria se caracteriza porque su actividad va dirigida no exclusivamente sobre el individuo, sino que también se preocupa por el entorno inmediato del propio consultante.

2. Alonso Fernández, F. (1981). “Introducción a los tipos de sobreurgencias psiquiátricas más importantes”. *Psicopatología*, 1,3, pp. 197-214.