

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Psicología

Tesis de Licenciatura

Erick Jiménez Tejeda

“Programa para la prevención terciaria del suicidio  
mediante la intervención en crisis”

María Cristina Bravo González

2012



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A mis papás:

Javier y Griselda, no tengo palabras para agradecerles el tremendo sacrificio que hicieron para hacer éste triunfo posible, les dedico este trabajo con todo mi amor.

A mi tía:

Tía Elsa, sabes que te quiero mucho, más que mi tía eres mi mamá, tus consejos y apoyo incondicional me hicieron apuntar muy alto, tu amor es invaluable y lo llevaré siempre conmigo.

A mi hermano:

Javier, que mas que mi hermano eres mi compañero de toda la vida, gracias por darme tu amistad, tu compañía y tu amor. Gracias por recorrer este camino conmigo desde el primer minuto.

A mi princesa:

Karla, mi amor, mi niña, mi colega, mi maestra, mi amiga, gracias por nunca dejar que me conformara, por apoyarme, aguantarme, quererme, por hacer de la carrera la mejor etapa de mi vida, mil gracias, te amo.

A mis hermanas:

Sandra y Lorena, por haberme soportado en momentos de estrés y enojo, por enseñarme que en los peores momentos se puede contar con la familia.

A mis amigos:

Alejandra, Francisco, Karen, José Juan y Paola por haber sido mi fortaleza durante tantos años, por su amistad, por su consejo, por su cariño, dedico a ustedes éste éxito.

Orgullosamente Universitario  
Erick Jiménez Tejeda

# INDICE

Resumen.....	5
Introducción.....	6
Capítulo 1. Psicología Clínica.....	10
1.1 Antecedentes y desarrollo de la psicología clínica.....	10
1.2 Psicología clínica en México.....	13
1.3 Definición de psicología clínica.....	16
1.4 Actualidad de la psicología clínica .....	17
Capítulo 2. Crisis.....	21
2.1 Orígenes de la intervención en crisis.....	21
2.2 Definición de crisis.....	22
2.3 Tipos de crisis: Vitales y circunstanciales.....	23
2.4 Respuestas ante las crisis.....	26
2.5 Intervención en crisis: Primera y segunda instancia.....	30
Capítulo 3. Suicidio.....	36
3.1 Definición de suicidio.....	36
3.2 Epidemiología del suicidio.....	38
3.3 Elección del método suicida- Factores de riesgo y factores de protección.....	41
3.4 Ideación e intento suicida.....	49
Capítulo 4. Programa para la prevención terciaria del suicidio mediante la intervención en crisis. ....	55
4.1 Definición de prevención.....	55
4.2 Tipos de prevención.....	56
4.3 Prevención del suicidio.....	58
4.3.1 Instituciones de prevención del suicidio.....	59
4.4 Programa de intervención.....	62

Conclusiones.....83

Bibliografía.....86

## RESUMEN

El suicidio es un problema de salud a nivel mundial, en México los índices de suicidio han aumentado en un 400% en los últimos 30 años. La violencia intrafamiliar, los altos índices de drogadicción y alcoholismo así como de depresión y baja autoestima, aunado a la falta de programas preventivos, son algunos de las principales razones de éste aumento en el índice de suicidios. Los estudios en torno a éste problema de salud indican que el intento de suicidio es uno de los principales factores para consumar el acto suicida, la falta de atención psicológica a personas que acaban de cometer un intento de suicidio probabilizan aún en mayor medida el consumo de suicidio. Dado lo anterior, se hace necesaria la creación de programas de prevención que reduzcan el riesgo de cometer un nuevo intento suicida, reduzcan la presencia de pensamientos e ideaciones suicidas e incrementen la presencia de conductas, pensamientos protectoras del suicidio. En el presente trabajo se elabora un programa de prevención terciaria del suicidio mediante la intervención en crisis.

*Palabras clave: Suicidio, intento de suicidio, ideación suicida, programa de prevención.*

# INTRODUCCIÓN

Han existido muchas definiciones de lo que es una crisis, la mayoría de ellas resaltan que son, en gran parte, circunstanciales e impredecibles, estas características resultan ser fundamentales para que un individuo sea incapaz para solventar de la manera más adecuada una crisis.

Slaikau (1996) define una crisis como un estado temporal de trastorno y desorganización, que se caracteriza principalmente por la incapacidad del individuo para abordar estas situaciones particulares utilizando métodos usualmente empleados para situaciones problemas.

Una crisis puede ocurrir en cualquier momento y ante cualquier persona, el evento que cause o desencadene la crisis determinará el tipo de crisis a la cual se estará enfrentando el individuo.

Si el evento causal de la crisis refiere a las etapas de desarrollo que presenta el individuo como la adolescencia o la vejez, entonces se estará presentando una crisis vital; por otra parte, si el evento que desencadena la crisis implica un accidente, un desastre natural, la muerte de un ser querido, etc, el individuo se enfrentará a una crisis circunstancial.

De acuerdo con Rubin y Bloch (2001), las respuestas más frecuentes de las personas cuando se enfrentan a una crisis son la incredulidad, el enojo, la tristeza, la pérdida de concentración y de sueño, incremento del consumo del alcohol y/ drogas, taquicardias, entre otras.

Las respuestas que pueden tener las personas ante las crisis serán determinadas por una multiplicidad de factores como pueden ser: las habilidades individuales, sistemas de apoyo social (familia y amigos), etapa de desarrollo en el momento de la crisis, etc. (Asociación Psiquiátrica Americana, 1994, en Rubin y Bloch, 2001).

Para aquellas personas que no poseen las habilidades individuales necesarias para solventar una crisis o aquellas personas que ven afectados sus sistemas de apoyo social se requiere de apoyo externo para poder auxiliar de manera adecuada a esas personas de modo que puedan superar esas crisis.

Existen dos distintos tipos de intervención en crisis, a saber: la intervención en crisis de primera instancia, también conocida como los primeros auxilios psicológicos y la intervención en crisis de segunda instancia o terapia multimodal para crisis (Slaikeu, 1996).

Lo que determinará qué intervención en crisis es la más adecuada es la proximidad del evento que desencadenó la crisis, si este evento es muy próximo convendrá utilizar la intervención en crisis de primera instancia, pues la finalidad de ésta es reducir el riesgo potencial de mortalidad, lograr que la persona sea capaz de enfrentar dicha crisis, que pueda controlar sus sentimientos y pueda encaminarse a la resolución de la misma.

La intervención en crisis es fundamental para aquellas personas que no pueden solventar una crisis de manera individual, como se mencionó anteriormente, esta intervención está dirigida a reducir el riesgo de mortalidad ya que algunas de las respuestas ante las crisis pueden ser el suicidio o el homicidio, se menciona que estas son las respuestas mas extremas a las que puede llegar una persona en crisis (Rubin y Bloch, 2001).

Existe un alto índice de suicidio tanto a nivel mundial como a nivel nacional, siendo que a nivel mundial es la décima causa de muerte, y en México en se señala cierto aumento gradual a partir del año de 1980; Martínez (2007), señala que en el 58% de los casos se desconoce la causa del suicidio, teniendo un alto porcentaje la depresión. El hecho que se desconozca un alto porcentaje de motivos de suicidio y que la depresión cuente con un alto porcentaje, puede generar la hipótesis que son el último recurso ante una crisis.

En México, el porcentaje de muertes por suicidio ha aumentado en los últimos años siendo la población entre los 15 y 29 años y la población mayor a los 65

años la más vulnerable (Gutiérrez, Gil, Jiménez y Lugo, 2001 y Puentes, López y Martínez, 2004).

Los estudios realizados en torno a esta problemática de salud, indican que los hombres tienen un mayor índice de suicidios con un 83.6% por un 16.4% de las mujeres, no obstante, en lo que refiere al intento de suicidio las mujeres presentan el triple de intentos suicidas con respecto a los hombres, lo que indica que el hombre pese a presentar en menor medida el intento suicida es más letal al momento de consumar el acto suicida (Borges, Orozco, Benjet y Medina, 2010).

Dentro de los factores de riesgo que han sido identificados en la problemática suicida resaltan el uso de alcohol y otras drogas, el sufrir de algún desajuste emocional como la depresión y desesperanza, ser miembro de una familia disfuncional, haber sufrido el suicidio de una persona cercana, haber intentado suicidarse anteriormente, el nivel socioeconómico, entre otros (Buendía, Riquelme y Ruíz, 2004).

Por otra parte, existen factores protectores mediante los cuales se puede buscar la prevención del suicidio, estos factores son: el apoyo social, la percepción de autoeficacia, la autoestima, un repertorio amplio de habilidades sociales y de resolución de problemas (Buendía et al., 2004).

De acuerdo con Wagner (2011., septiembre) la prevención es el único medio por el cual se pueden disminuir los índices en aumento del suicidio. Wasserman y Wasserman (2009) señalan tres diferentes niveles de prevención en torno a la problemática del suicidio, a saber: la prevención primaria, enfocada principalmente en la reducción de los factores de riesgo personales, la prevención secundaria, dirigida la atención de desordenes emocionales y comportamentales antes que se presente un intento de suicidio; por último la prevención terciaria la cual tiene como objetivo la rehabilitación de las personas que han intentado suicidarse, con la finalidad de prevenir un nuevo intento de suicidio, ya que la letalidad del intento suicida aumenta con los intentos previos (Wagner, 2011, septiembre).

Dado que el intento de suicidio previo es uno de los factores de riesgo más importante para cometer el suicidio y a que la letalidad del mismo aumenta con cada intento de suicidio, el objetivo de la presente tesis es mediante la revisión bibliográfica elaborar un programa para la prevención terciaria del suicidio mediante la intervención en crisis.

Para la elaboración de este trabajo se incluyen cuatro capítulos. En el primer capítulo se incluye el desarrollo de la psicología clínica en el mundo y en México así como del quehacer del psicólogo clínico en la actualidad, posteriormente en el segundo capítulo se expone la definición de crisis, los distintos tipos de crisis que existen, las respuestas que pueden presentarse ante una crisis dando lugar a los tipos de intervención en crisis. En el tercer capítulo se exponen algunas de las definiciones de suicidio más representativas, la epidemiología del suicidio tanto a nivel mundial como en México, las razones que una persona toma para elegir el método suicida así como los factores protectores y de riesgo identificados en torno al suicidio, por último, se exponen los factores asociados a la ideación e intento suicida; para el cuarto capítulo se recuperan algunas definiciones de prevención así como los distintos niveles de prevención que existen, se enuncian algunas de las instituciones nacionales e internacionales enfocadas a la prevención del suicidio dando lugar a la elaboración del programa para la prevención terciaria del suicidio mediante la intervención en crisis.

# CAPÍTULO 1: PSICOLOGÍA CLÍNICA

## 1.1 Antecedentes y desarrollo de la psicología clínica

Los antecedentes de la psicología clínica se remontan directamente al siglo XIX donde los enfermos mentales y aquellos “desadaptados sociales” eran recluidos en hospitales psiquiátricos, los cuales eran dirigidos por médicos y psiquiatras, las condiciones de salud eran muy desfavorables para los enfermos y la atención que recibían los enfermos era deficiente. Lo anterior generaba molestia e indignación por parte de los familiares de los enfermos y de la sociedad en general; diversos fueron los movimientos filosóficos y muchos fueron los personajes que lucharon por una mejor calidad de atención para los enfermos mentales sobresaliendo Phillipe Pinel, William Tuke, Eli Todd y Dorothea Dix (Phares y Trull, 1997).

Lo anterior es concebido como la base de la psicología clínica, estos movimientos promovieron la ideología del respeto, el entendimiento y la ayuda a las personas con enfermedad mental en lugar del rechazo, del miedo y el castigo (Phares y Trull, 1997).

Sin embargo, fue Lightner Witmer quién empleó por primera vez el término de psicología clínica, cuando en 1896, fundó la primera clínica psicológica, en ese mismo año en una convención de la Asociación Psicológica Americana (APA) expone y exhorta a sus colegas a fundar su propia clínica psicológica, para el año de 1914 existían alrededor de 20 clínicas en los Estados Unidos; para 1935 el número de clínicas superaba las 150. En su clínica, Witmer atendía casos de niños con problemas de aprendizaje y de conducta, enfatizando que también podían atender a adultos con problemas que no tenían relación con los problemas escolares (Pomerantz, 2008).

En el año de 1907, Witmer fundó la primer revista de psicología clínica cuyo título fue “The Psychological Clinic”, el primer artículo de la revista fue escrito por el mismo Witmer, en este artículo empleó por primera ocasión el término de

psicología clínica, la definió y ofreció una explicación de la necesidad y el crecimiento de la misma (Pomerantz, 2008).

En ese mismo período, la psicometría cobraba mucha fuerza, los trabajos de Francis Galton, James Catell, Alfred Binet, Theodore Simon y Carl Jung tuvieron un gran impacto para la creación de pruebas mentales, pruebas de inteligencia y pruebas de personalidad, entre otras, que se enfocaban en encontrar las diferencias entre las personas y detectar aquellos niños con problemas escolares con la finalidad de que recibieran una educación adecuada, mediante la medición y el análisis estadístico; más tarde Emil Kraepelin dividió la enfermedad mental en aquellas que podían ser curadas y las que eran incurables (Phares y Trull, 1997).

Para 1917, con el ingreso de los Estados Unidos a la Primera Guerra Mundial, un comité de psicólogos de la APA encabezados por Robert Yerkes desarrolló una prueba de inteligencia grupal con la finalidad de seleccionar aquellas personas aptas para el ejército y aquellas que no lo eran; debido al gran índice de analfabetismo que existía en los Estados Unidos se crearon dos tipos de pruebas: el Army alfa que consistía en una prueba verbal y el Army beta una prueba no verbal para todos aquellos aspirantes al ejército que fueran analfabetas (Cullari, 2001).

En los años subsecuentes surgieron un gran número de pruebas como la técnica del Dibujo de la Figura Humana de Goodenough para la medición de la inteligencia, la Escala de Preferencias de Kuder enfocada en la orientación vocacional, Escala Vineland de Madurez Social de Doll para la medición de la madurez o competencia social, la Prueba Psicodiagnóstica de Rorschach, el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota para la asignación de etiquetas psiquiátricas, el Manual de Diagnóstico y Estadística para Desordenes Mentales para definir y organizar las enfermedades mentales, éste último ha sufrido modificaciones y evaluaciones siendo la última la revisión del 2000 dando lugar al DSM-IV-TR (Phares y Trull, 1997; Pomerantz, 2008).

En lo referente a la actividad de la psicoterapia, que es el principal referente de los psicólogos clínicos en la actualidad, tuvo un inicio lento dentro de la historia de la psicología clínica, fue después de la Segunda Guerra Mundial cuando los psicólogos comienzan a dar terapia a las personas que tuvieron contacto directo con la guerra y sufrían trastornos debido a la misma, como lo son soldados y personas que vivieron en zonas de guerra (Pomerantz, 2008).

A partir de la década de los 50's surgieron diversas perspectivas teóricas desde las cuales eran llevadas a cabo las terapias psicológicas tales como la psicodinámica, el conductismo, el humanismo, la terapia familiar y la cognitiva. Cada una de ellas centraba la terapia en diferentes constructos adoptando diferentes técnicas y herramientas con la finalidad de obtener los mejores resultados en la terapia (Pomerantz, 2008).

Después de los años 50's la actividad del psicólogo clínico ha ido ampliándose junto con los distintos enfoques psicológicos, Brauman y Perrez (1994) definen la actividad de la psicológica clínica en tres grandes rubros como son:

1. Psicodiagnos: Como se ha mencionado anteriormente, el diagnóstico de enfermedades mentales y algunas patologías a través de una gran cantidad de pruebas y herramientas psicométricas fue, desde el inicio, una de las grandes actividades de la psicología clínica.
2. Orientación pedagógica: Una de las principales actividades que realizaban los psicólogos dentro de las primeras clínicas refería a la orientación pedagógica y el trabajo para la enseñanza a futuros psicólogos.
3. Intervención psicológica o psicoterapia: Enfocada en el análisis y tratamiento de trastornos psicológicos apoyada en las pruebas psicométricas, inicialmente se interesaban por los trastornos producidos por la guerra, posteriormente fueron incluyéndose problemas de aprendizaje de niños y adolescentes y problemáticas como depresión, violencia y muchos otros problemas de la sociedad en general.

En lo que respecta a esta última actividad del psicólogo clínico la psicoterapia no únicamente está centrada en el tratamiento de las personas, también se incluye la rehabilitación y la prevención de tales problemáticas (Brauman y Perrez 1994).

El desarrollo que pueda tener una profesión como la psicología clínica está íntimamente ligado con el entorno social, cultural y económico del país de referencia, en el siguiente apartado se enunciarán algunos de los acontecimientos más relevantes para el desarrollo de la psicología clínica en México.

## **1.2 Psicología clínica en México**

De acuerdo con Galindo (2006), la psicología en México surge en el año de 1896, cuando Ezequiel Chávez funda el primer curso de psicología en México, específicamente en la Escuela Nacional Preparatoria (ENP).

Desde sus inicios en México, la psicología se ha visto influida por médicos, fisiólogos, psiquiatras, por la psicología francesa y por el psicoanálisis. Posteriormente serán el conductismo, la psicología transcultural y otras corrientes psicológicas las que influirán en el desarrollo de la psicología mexicana (Urbina, 1992).

En la década de 1940 y 1950 la psicología era “entendida principalmente como una mezcla de psicoanálisis, psiquiatría y psicometría” (Sánchez, 2008, p. 7), en ésta época el trabajo de los psicólogos mexicanos radicaba en la aplicación de pruebas psicométricas así como la adaptación de los trabajos realizados en el extranjero.

Como se mencionó anteriormente el nacimiento de la psicología en México y su enseñanza surge en el año de 1896 en la ENP, no obstante, no es sino hasta el año de 1959 que se crea la carrera de psicología en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), pese a que ya existía un estudio de posgrado en psicología en el año de 1938, con la creación de la carrera de psicología es

cuando se empieza a enseñar psicología como disciplina autónoma en México (Galindo, 2006).

Para el año de 1960 el Consejo Universitario de la UNAM, aprueba los tres grados de enseñanza en psicología (licenciatura, maestría y doctorado). En el año de 1966, nuevamente la carrera presenta un aumento en la enseñanza de la licenciatura en psicología ahora con una ampliación de dos semestres para tener un total de nueve semestres la duración de la carrera (Urbina, 1992).

A partir del año de 1960, en diversas universidades tanto públicas como privadas comienza a enseñarse psicología, en éste año el número de escuelas en las cuales se enseñaba psicología era de cuatro y 1,500 alumnos, para el año de 1987 el número de escuelas había ascendido a 66 y el total de alumnos eran de 25,000; cabe mencionar, que el número de universidades en las cuales se incluye la enseñanza de la psicología así como el número de estudiantes ha continuado su crecimiento al día de hoy (Galindo, 2006).

Las corrientes psicológicas que han influido el desarrollo de la psicología en México han sido numerosas, en sus inicios la psicología se encontraba influida principalmente por el psicoanálisis, no obstante, los grandes avances que tenía la psicología en Norteamérica y Europa dieron lugar a que corrientes como el conductismo y la psicología cognitiva tuvieran un gran impacto en la enseñanza de la psicología en México. Las principales corrientes que influyeron al desarrollo de la psicología en México a lo largo de la historia son: conductismo, psicología transcultural, psicología cognoscitiva y psicoanálisis (Galindo, 2006).

En cuanto a la definición del psicólogo clínico y el ejercicio profesional del mismo, el Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología (CNEIP, en Urbina, 1992) sugiere la eliminación del concepto de área profesional del psicólogo optando por el empleo del término campo de acción profesional del psicólogo el cual estará vinculado con las necesidades sociales correspondientes a distintos sectores, entre ellos la salud.

Dado lo anterior el CNEIP (Urbina, 1992, p. 127), define al psicólogo como “un profesional universitario cuyo objeto de estudio es el comportamiento humano individual y social, que a partir de la investigación de los procesos cognoscitivos-afectivos y de su interacción con el entorno, es un promotor del desarrollo humano, conscientes de sus responsabilidades éticas para consigo mismo y con la sociedad, siendo su función genérica la de intervenir como experto del comportamiento en la promoción del cambio individual y social desde una perspectiva interdisciplinaria...aunado a la intervención las funciones del psicólogo incluyen la detección, evaluación y diagnóstico, planeación, investigación, prevención, rehabilitación y orientación”.

En lo que respecta a la psicología clínica, el Departamento de Clínica de la Facultad de Psicología de la UNAM tiene como objetivo proporcionar un marco conceptual mediante el cual el estudiante detecte, reconozca y diferencie la psicopatología y los trastornos de personalidad; aplique, califique, interprete e integre los resultados del psicodiagnóstico; y tenga las bases para realizar la intervención individual, de grupo o comunitaria, mediante las diferentes técnicas psicoterapéuticas, a fin de propiciar el desarrollo de la salud mental en México (Urbina, 1992, p. 128).

Phares (1999, en Sánchez, 2008, p. 7) define a la psicología clínica como “una profesión en continuo desarrollo y creación, que mantiene su visión básica de aplicar principios psicológicos en los programas de los individuos”.

En México, la psicología clínica así como el campo de trabajo del psicólogo clínico ha ido cambiando notablemente, en sus inicios el campo laboral del psicólogo clínico era de auxiliares psiquiátricos y como aplicador de pruebas psicométricas únicamente, actualmente un psicólogo clínico puede desempeñarse en escuelas, hospitales, clínicas de rehabilitación, reclusorios, etc.

### **1.3 Definición de psicología clínica**

Se han elaborado una gran cantidad de definiciones de la psicología clínica, algunas de ellas, se encuentran enunciadas en función de la perspectiva psicológica que maneje el autor de dicha definición, dado lo anterior se pueden encontrar una gran diversidad de definiciones de la psicología clínica, del quehacer del psicólogo clínico, así como las herramientas que tendrá el mismo para ejercer la profesión; a continuación se enunciarán algunas de las definiciones más aceptadas dentro del marco de la psicología.

De acuerdo a la División de Psicología Clínica (División 12) de la APA, la psicología clínica es definida como el campo de la psicología que integra ciencia, teoría y práctica para entender, predecir y aliviar el desajuste, la falta de habilidad y el malestar con la finalidad de promover la adaptación humana, el ajuste y el desarrollo personal. La psicología clínica se enfoca en el aspecto emocional, intelectual, biológico, psicológico, social y conductual del funcionamiento humano a través de la vida, en diferentes culturas y diversos niveles socioeconómicos (Pomerantz, 2008).

Otra definición de la psicología clínica es la enunciada por Harré y Lamb (1986) quienes definen a la psicología clínica como la rama de la psicología referida a la aplicación práctica de los descubrimientos y la metodología de la investigación en los campos de la salud física y mental. De acuerdo con estos autores, los psicólogos clínicos, independientemente de la perspectiva teórica de base, comparten una fuerte creencia en la comprensión de la conducta humana; los psicólogos clínicos se especializan en la aplicación de métodos y herramientas con la finalidad de modificar aquellos comportamientos que impidan la adaptación a la sociedad.

Resnick (1991, en Phares y Trull, 2003, p. 4) define a la psicología clínica como “el campo que comprende investigación, enseñanza y servicios importantes para las aplicaciones de los principios, métodos y procedimientos para el entendimiento, la predicción y el alivio de la desadaptación, la discapacidad y la

aflicción intelectual, emocional, biológica, psicológica, social y conductual, aplicados a una gran variedad de poblaciones”.

Las definiciones mencionadas anteriormente resaltan principalmente que el campo de la psicología clínica es la aplicación del conocimiento teórico, científico y metodológico para poder entender, predecir y aliviar el desajuste y el malestar con la finalidad de promover una correcta adaptación del ser humano a la sociedad; de igual manera hacen mención al comportamiento y al pensamiento como aquellos constructos que han de ser tratados por el psicólogo clínico para lograr dicho objetivo. Por último, hacen mención de la metodología y el procedimiento que ha de ser seleccionado por el psicólogo para alcanzar de manera efectiva el objetivo ya señalado.

La psicología clínica estudia y da respuesta a aquellas problemáticas sociales que impiden un correcto desarrollo de la persona en su contexto social, familiar y personal, debido a que los problemas sociales a los cuales se encuentran expuestas las personas van modificándose, de igual manera, el campo de la psicología clínica irá modificándose para poder dar respuesta a estas problemáticas, dado lo anterior, el campo de trabajo de la psicología clínica así como la labor del psicólogo clínico ha ido ampliándose para poder dar respuesta eficaz ante los problemas de la actualidad.

#### **1.4 Actualidad de la psicología clínica**

La actualidad de la psicología clínica no está enfocada en un tema particular o en una población en particular, como si ocurrió en sus inicios, actualmente los psicólogos clínicos se enfrentan con situaciones muy diversas que pueden incluir cuestiones médicas, distorsiones del desarrollo psicológico y experiencias personales, factores sociales y de la vida cotidiana. Aunado a lo anterior pueden presentarse a consulta niños, jóvenes, adolescentes, adultos, personas de la tercera edad, independientemente de su estado civil, económico, social y de las cualidades físicas que posean (Reynoso y Seligson, 2005).

El lugar donde se puede desempeñar un psicólogo clínico actualmente es muy variado, anteriormente el ambiente donde se podía desempeñar un psicólogo clínico se restringía al consultorio y al laboratorio, a estos escenarios se han integrado las escuelas, los centros comunitarios y los hospitales, es necesario hacer hincapié en éste último ya que la intervención del psicólogo clínico en los hospitales, específicamente en el área de urgencias previene los posibles efectos de las crisis (Remor, Arranz y Ulla, 2007).

Las diversas formas de llevar a cabo la terapia, también se han incrementado al paso de los años, hay opiniones divididas en torno a esta situación, algunos psicólogos consideran esta circunstancia como una problemática; independientemente de la corriente psicológica con la cual se dirija la terapia el psicólogo debe ser capaz de solventar cualquier situación que se le presente.

Phares y Trull (2003) definen siete actividades principales del psicólogo clínico en la actualidad, a saber:

- **Terapia e intervención:** La actividad más practicada por los psicólogos clínicos y la más popular entre la sociedad, la forma de llevar a cabo la terapia, como se ha venido mencionando, depende principalmente del enfoque terapéutico. La mayoría de las veces la terapia se lleva a cabo uno a uno donde el paciente se sienta frente al escritorio del terapeuta, no obstante, pueden llevarse a cabo las terapias de pareja, grupo y familiar.

La relación entre el usuario y el terapeuta debe ser abierta, es recomendable que predomine un ambiente de confianza de modo que, tanto terapeuta como usuario puedan externar sus puntos de vista y la terapia pueda tener los resultados esperados.

- **Diagnóstico y evaluación:** La gran mayoría de los enfoques terapéuticos incluyen en la terapia diversas formas de evaluación de modo que puedan observar (directa o indirectamente) la problemática a la cual se enfrentan.

Existen diversas formas de evaluación, las más empleadas son la entrevista, la observación, la aplicación de pruebas psicométricas y el propósito es recopilar la mayor información y elegir la estrategia más pertinente para llevar a cabo la terapia.

- Enseñanza: Existen algunos psicólogos clínicos que se inclinan por la enseñanza de todos aquellos alumnos o aspirantes a psicólogos clínicos, el trabajo de estos profesionales es enseñar, tanto en teoría como en práctica la psicología clínica. Los lugares donde se pueden desempeñar estas actividades pueden ser en las universidades, clínicas y hospitales impartiendo cursos, talleres o diplomados cuyo tema principal sea la psicología clínica, la aplicación de pruebas psicológicas, entre otras.

Cabe destacar que la enseñanza en psicología clínica es similar a la impartida en un salón de clases, no obstante debe de existir un seguimiento y asesoramiento individual, especialmente cuando se imparte la enseñanza en el ámbito hospitalario y clínico.

- Supervisión clínica: Vinculada con la actividad de la enseñanza, esta actividad de la psicología clínica requiere de una atención y enseñanza personalizada por parte de un psicólogo clínico profesional, debido a que el aprendizaje de la psicología clínica implica revisión teórica exhaustiva así como la atención de pacientes y la discusión de los casos con un psicólogo experto. Lo anterior se realiza con la finalidad que el aspirante a psicólogo clínico aprenda lo que implica llevar a cabo la terapia, las actividades de planeación de la misma bajo condiciones seguras y controladas para el terapeuta y el paciente.
- Investigación: La importancia de la investigación radica principalmente en la ampliación de conocimientos en la terapia y en la evaluación.

La investigación que se puede encontrar en torno a la psicología clínica es muy variada, esto debido a la diversidad de corrientes psicológicas

que existen. Los estudios incluyen las causas de los distintos trastornos mentales, la elaboración y validación de instrumentos de evaluación y valoración de técnicas terapéuticas.

- **Consulta:** El propósito de la consulta es aumentar la eficacia de aquellos psicólogos clínicos que apenas inician su actividad profesional o aquellos que tienen problemas con algún caso específico.
- **Administración:** La gran mayoría de los psicólogos clínicos se enfrentan a situaciones administrativas, en las cuales tienen que archivar expedientes de sus pacientes, entregar informes detallados a instancias superiores como aquellos psicólogos que trabajan en instituciones gubernamentales.

El psicólogo clínico puede especializarse en cualquiera de las actividades antes mencionadas, no obstante, no significa que en alguna de las actividades no pueda incluirse otra, ya que estas no son excluyentes, por ejemplo en la terapia o intervención psicológica pueden presentarse casos en los cuales el terapeuta no pueda resolver de manera efectiva la situación de modo que la investigación o consulta serán herramientas fundamentales.

En conclusión, la evolución que ha tenido la psicología clínica a nivel mundial y particularmente en México desde sus inicios ha sido influida por los eventos sociales y filosóficos, ya que la psicología se ha enfocado en responder en torno a esas problemáticas. En principio, surgió por la necesidad de tener una atención digna a los enfermos mentales, posteriormente en períodos de guerra para el reclutamiento del personal del ejército, más tarde la atención de las personas afectadas por las guerras; actualmente los psicólogos enfrentan una gran diversidad de problemáticas tales como la violencia intrafamiliar y escolar, problemas de salud como las enfermedades crónico degenerativas y terminales o todos aquellos padecimientos que impiden la correcta inserción de una persona en su contexto social, familiar y personal. Por último, se resalta la gran diversidad de actividades que puede desempeñar un psicólogo clínico así como los distintos contextos en los cuales trabaja.

## CAPÍTULO 2: CRISIS

### 2.1 Orígenes de la intervención en crisis

La intervención en crisis surge por la necesidad que existía de realizar intervenciones terapéuticas de urgencia, puesto que, dadas las características de la situación, era riesgoso para las personas dejar pasar un período de tiempo prolongado sin la atención psicológica. De acuerdo con Weiner (1992), son cuatro los aspectos importantes que influyeron en el movimiento de la intervención en crisis:

a) Tratamiento de la neurosis traumática durante la Segunda Guerra Mundial: El gran número de soldados que padecieron de neurosis debidas al estrés al cual estaban expuestos durante la guerra hizo necesaria la creación de métodos de tratamiento a gran escala. Luego que se presentaba el colapso o la crisis de los soldados, éstos eran sometidos a un tratamiento de corto plazo antes que surgieran conductas desadaptativas con la finalidad que pudieran reintegrarse a sus actividades ordinarias sin ver afectada su autoestima así como sus patrones conductuales.

b) Etapa de duelo y creación de las primeras clínicas para casos de crisis: En este aspecto, el trabajo realizado por Lindemann (1944, en Weiner, 1992) es importante ya que su estudio realizado con los familiares de personas que murieron en un incendio demostró que la ayuda a personas que recientemente acaban de sufrir la pérdida de un ser querido contribuye en la prevención de estados emocionales adversos como lo es la depresión. A partir de este estudio diversos autores comenzaron a investigar y a trabajar con personas en duelo, igualmente este estudio contribuyó en la creación de clínicas para la intervención en crisis.

c) Prevención del suicidio: Una de las respuestas más radicales ante una crisis es el suicidio, es por ello que uno de los objetivos principales de la

intervención en crisis es la prevención del suicidio. En diversas partes del mundo como en la Gran Bretaña en 1953 y en Los Angeles en 1958 se tomaron medidas preventivas para el suicidio como la creación de grupos de ayuda para personas en crisis. En este rubro se incluye la atención telefónica como medida importante para la prevención del suicidio.

d) Movimiento de clínicas gratuitas: La creación de estas clínicas a finales de la década de 1960 y los inicios de la década de 1970 estaba encaminada para la atención de personas que sufrían de una crisis y no tenían la posibilidad de acudir a otro lugar. A estas clínicas acudían personas que eran estigmatizadas por la sociedad como inmigrantes, “negros” y homosexuales.

En la actualidad, la intervención en crisis conserva muchas de las características mencionadas anteriormente, está enfocada a la prevención de conductas desadaptativas y que pongan en riesgo la vida de las personas. Ha crecido la importancia de centros de apoyo las 24 horas de manera presencial o vía telefónica; por último se han realizado cursos y talleres para poder capacitar a las personas en que hacer en caso de una crisis.

## **2.2 Definición de crisis**

En primera instancia, se enunciarán algunas definiciones de crisis para poder adentrarnos a lo que refiere la crisis como tal, los diferentes tipos de crisis como son las circunstanciales y las vitales así como las diversas formas de respuesta ante ellas; se revisarán las diferentes formas de intervención que existen, a saber, la de primera instancia y segunda instancia.

De acuerdo con Cerezo (2005), una crisis refiere a un estado personal de trastorno y desorganización caracterizado principalmente por una incapacidad para manejar, tanto emocional como cognitivamente, situaciones particulares; las personas que enfrentan un problema que rebasa sus recursos de adaptación, así como sus mecanismos de defensa se dice que se encuentra en

una crisis, la cual no puede ser resuelta por la persona lo que genera un desequilibrio. Como resultado de lo anterior la persona experimenta una mayor tensión y ansiedad que lo inhabilitará aún más para poder encontrar la resolución.

Otra definición de crisis es la que enuncia Benveniste (2000) donde menciona que una crisis ocurre cuando un evento traumático desborda excesivamente la capacidad de una persona para manejarse en su modo usual. También refiere que es imposible predecir una crisis psicológica ya que un evento que pudiera desencadenar una crisis en una persona puede no originar una crisis en otra, sin embargo, existen ciertos eventos que probabilizan una crisis como pueden ser: ataques físicos, violaciones, accidentes, grandes pérdidas de un ser querido, desastres naturales.

Slaikeu (1996), define una crisis como un estado temporal de trastorno y desorganización, que se caracteriza principalmente por la incapacidad del individuo para abordar estas situaciones particulares utilizando métodos usualmente empleados para situaciones problemas. Una crisis, puede ocurrir en cualquier lugar y ante cualquier persona, no obstante hay que recalcar que no todas las personas reaccionan de la misma manera; existen personas que se encuentran bien dotadas para manejar las tensiones de la vida, para otras personas que no poseen esta cualidad la ayuda de personas externas puede aportar los elementos necesarios para poder enfrentar la crisis de manera adecuada.

Hasta el momento se han enunciado tres diferentes definiciones de crisis en donde resaltan los elementos circunstanciales de éstas, también se menciona la incapacidad de muchas personas para manejar una crisis; señalan que son diferentes eventos los que desencadenan una crisis, este evento va determinar el tipo de crisis.

### **2.3 Tipos de crisis: Vitales y circunstanciales**

Existen dos tipos de crisis, las crisis vitales y las crisis circunstanciales.

Las crisis vitales se caracterizan por ocurrir en ciertas etapas de desarrollo como pueden ser la niñez, la adolescencia, la adultez temprana, adultez media y la vejez.

Hay que tomar en cuenta que el desarrollo del ser humano es una característica inherente a las personas; este desarrollo va llevándose a cabo en etapas y cada una de estas se caracteriza por ciertas tareas y preocupaciones. De acuerdo con Rapaport (1980, en Slaikeu, 1996) un individuo debe solventar completamente estas preocupaciones y resolver adecuadamente las tareas para poder afrontar de buena manera las preocupaciones y tareas de la siguiente etapa de desarrollo.

Cada transición de etapa será diferente, particularmente la transición a la edad adulta. A lo largo de la vida el desarrollo estará vinculado a tres principales aspectos como son: la familia, el trabajo y el juego.

Dado lo anterior, las causas de una crisis vital deberán analizarse con base en la etapa de desarrollo en la que se encuentre la persona y la historia de las etapas anteriores, puesto que una crisis puede presentarse debido a la incapacidad de manejar las nuevas tareas a desempeñar.

Cabe señalar que no toda transición y no toda dificultad en el desarrollo vital implica una crisis, ésta se da cuando la persona tiene una incapacidad de afrontar las nuevas tareas de la etapa de desarrollo, también puede presentarse por la negativa o falta de aceptación del individuo para aceptar la nueva etapa de desarrollo.

De acuerdo a las etapas de desarrollo se pueden presentar diferentes eventos que desencadenen en una crisis (Slaikeu, 1996):

- Niñez: Una crisis durante la niñez puede afectar el área de socialización con las demás personas (amigos, padres, maestros, familiares) pudiéndose también verse afectada el área educativa. Los padres y maestros son los encargados de identificar cuando un niño está

sufriendo para cumplir con las tareas y preocupaciones características de esta etapa.

- **Adolescencia:** En esta etapa aspectos como la identidad, los valores, la intimidad, la profesión, serán ámbitos en los que un desequilibrio o complicación pudieran generar una crisis para la persona. Especialmente la autoconfianza se dificulta.
- **Adulthood temprana:** Las preocupaciones de esta etapa estarán vinculadas a la intimidad, a la paternidad y la iniciación en una carrera u ocupación. Esto puede implicar el traslado o transformación a una nueva identidad. Esta etapa refiere a un momento de asentamiento y consolidación de la profesión.
- **Adulthood media:** Se presenta el momento de reflexión en esta etapa, acerca de lo realizado en la profesión y relaciones familiares. Se enfocan en los posibles ámbitos de intereses que pueden surgir. Las crisis que pudieran presentarse en esta etapa son la separación matrimonial, la insatisfacción profesional y el emprendimiento de nuevos retos.
- **Vejez:** En esta última etapa de desarrollo, se presentan crisis como sentimientos de inutilidad debido a que las personas normalmente no tienen trabajo debido a las jubilaciones; también se presentan sentimientos de olvido por parte de la familia de la persona mayor.

Las crisis circunstanciales son aquellas que se presentan sin previo aviso, son eventos que ocurren de manera imprevista y pueden afectar al individuo en cualquier momento. Estas crisis se diferencian de las vitales porque estos eventos no tienen relación alguna con la edad de la persona que sufre la crisis. Slaikeu (1996) señala que existen cinco características principales de las crisis circunstanciales, a saber:

1. **Aparición repentina:** La crisis circunstancial es propensa de ocurrir en cualquier persona y en cualquier momento.

2. Imprevisión: En contraparte con las crisis vitales que se pueden predecir dada la edad del individuo, muchas personas piensan que no están expuestos a sufrir o a presenciar un evento que desencadene una crisis, razón por la cual no se encuentran preparados para ella.
3. Calidad de urgencia: Las crisis atentan contra el bienestar físico y psicológico de las personas, el terapeuta debe ser capaz de evaluar los aspectos más urgentes a tratar en la intervención.
4. Impacto potencial sobre comunidades enteras: Como se mencionaba en la definición de Benveniste (2000), algunas circunstancias que pueden generar una crisis son algunos desastres naturales como terremotos o huracanes, este tipo de desastres afectan a un gran número de personas al mismo tiempo; un incendio o un percance aéreo puede ser otro ejemplo de lo anterior. Ante esto debe tomarse en cuenta la posibilidad de atender a un gran número de personas en un período muy corto de tiempo.
5. Peligro y oportunidad: A pesar que algunos eventos pueden significar que las personas en crisis estén en peligro como puede ser una violación, una reestructuración de pensamiento y emociones luego de la crisis puede ayudar a enfrentar la crisis después de que ésta se presente.

Es importante señalar que dentro de las crisis circunstanciales pueden dividirse en diferentes rubros, como pueden ser las crisis circunstanciales referentes a la salud, muerte repentina, crimen, desastres naturales o provocados por el hombre, guerra y hechos relacionados, así como referentes a la familia y economía.

## **2.4 Respuestas ante las crisis**

De acuerdo con Rubin y Bloch (2001) las respuestas ante la crisis son reacciones normales ante situaciones o sucesos anormales. No existe

entrenamiento alguno que pueda preparar a una persona para enfrentar de manera adecuada una crisis; igualmente es imposible predecir si el comportamiento de una persona ante una crisis será funcional o no.

Pese a lo mencionado anteriormente, la mayoría de las personas que pasan por una crisis se apoyan en sus habilidades individuales y el apoyo de otros para sortear de manera adecuada esta crisis, son menos las personas que no pueden superarla y requieren de un tratamiento para superar una crisis (Asociación Psiquiátrica Americana, 1994, en Rubin y Bloch, 2001).

Los primeros registros de respuestas ante las crisis se remontan a las épocas de guerras, donde los socorristas de los soldados heridos reportaban una serie de síntomas que, en un principio, fueron atribuidos a la medicina, los síntomas registrados eran: taquicardia, sudor excesivo, vértigo, temblor extremo, mareo, sensaciones de hormigueo en extremidades superiores. A partir de la Segunda Guerra Mundial es cuando se intenta dar una explicación psicológica a los síntomas de los soldados, es entonces cuando se maneja el término de neurosis de guerra (Rubin y Bloch, 2001).

Hasta ese entonces el concepto de crisis se había empleado en las experiencias de guerra, no obstante comenzó a ser empleado también a personas fuera de ese contexto cuando los sobrevivientes a accidentes reportaban síntomas similares a los de la guerra. Revisando estos datos se llega a la conclusión que los individuos que presentan alguna crisis pueden presentar algunos síntomas en común, independientemente de su contexto social:

- Incredulidad
- Perturbaciones en el sueño
- Enojo e irritabilidad
- Pensamientos intrusivos (flashbacks)
- Tristeza
- Olvido o pérdida de concentración

- Incremento en el uso de la droga y/o alcohol
- Aislamiento social
- Taquicardia

Aunado a la lista anterior, las personas que han pasado por una crisis presentan una percepción distorsionada del tiempo, recuerdos muy detallados acerca del evento y la sensación de que su identidad ha sido modificada irremediablemente (Rubin y Bloch, 2001).

Las respuestas ante las crisis, como se ha mencionado, son variadas, sin embargo, hay factores a considerar en una persona que influirán en su respuesta ante una crisis, a saber (Rubin y Bloch, 2001):

1. Edad y fase de desarrollo: La experiencia y la habilidad de una persona será muy importante en una crisis. Un niño no tiene la capacidad para entender muchas de las cuestiones que implican una crisis, igualmente no posee el repertorio verbal para poder expresar lo acontecido. En el otro extremo, las personas mayores en ocasiones se ven impedidos tanto física como mentalmente para poder buscar ayuda ante una crisis.
2. Salud: Una persona con una enfermedad o un trastorno mental encontrará un impedimento para poder tener acceso a la ayuda, especialmente cuando nos referimos a algunos desastres naturales.
3. Discapacidad: Alguna discapacidad física como un impedimento visual, auditivo, motriz o en el discurso puede impedir a las personas de obtener la ayuda necesaria.
4. Estrés preexistente: Preocupaciones previamente presentes a la crisis pueden acumularse con el evento. En este rubro se toman en cuenta los sistemas de apoyo que pudieran verse afectados por este estrés acumulado.

5. Eventos traumáticos vitales previos: Los eventos que fueron sorteados de buena manera pudieron haber generado nuevas habilidades a emplear en una nueva crisis. No obstante, si estos eventos no fueron correctamente afrontados las personas suelen ser más vulnerables en una nueva crisis.
6. La fortaleza de sistemas de apoyo: Relacionado con el punto cuatro, la ausencia o pérdida de sistemas de apoyo social puede ser muy riesgoso para las personas en crisis.
7. Habilidades de afrontamiento: Habilidades de afrontamiento adecuadas serán de gran importancia para solventar una crisis, no obstante habilidades de afrontamiento inadecuadas o conductas desadaptativas pueden poner en riesgo a una persona.
8. La expectativa del ego y de los demás: Lo que una persona espera de sí mismo será fundamental, pues una auto-expectativa alta o de los demás pueden golpear anímicamente a una persona, pues se siente con responsabilidad de estar “a la altura de las circunstancias”.
9. Estado de los familiares: Si durante la crisis la familia se encuentra separada, una persona puede sufrir de estrés severo en su intento por localizar a sus familiares.
10. Entorno étnico y cultural: El idioma puede convertirse en una barrera importante para conseguir apoyo durante una crisis.
11. Interacción entre la ocupación del individuo y el evento: Implica un gran riesgo cuando la ocupación de las personas vio vinculada con la crisis.
12. Percepción e interpretación del evento: El modo que una persona perciba el evento afectará el nivel de estrés que experimentará así como su efectividad en el afrontamiento.

Lo anterior ha de tomarse en cuenta para valorar las respuestas que las personas tienen durante una crisis, no obstante, como se mencionó al principio,

no serán determinantes de como una persona puede reaccionar en una crisis. Algunas de las respuestas ante las crisis pueden ser el suicidio o el homicidio, se menciona que estas son las respuestas mas extremas a las que puede llegar una persona en crisis, la intervención deberá de dirigirse a evaluar qué tan probable es esta circunstancia.

Existe un alto índice de suicidio tanto a nivel mundial como a nivel nacional, siendo que a nivel mundial es la décima causa de muerte, y en México en se señala cierto aumento gradual a partir del año de 1980; Martínez (2007), señala que en el 58% de los casos se desconoce la causa del suicidio, teniendo un alto porcentaje la depresión. El hecho que se desconozca un alto porcentaje de motivos de suicidio y que la depresión cuente con un alto porcentaje, puede generar la hipótesis que son el último recurso ante una crisis.

## **2.5 Intervención en crisis: Primera y segunda instancia**

Existen dos tipos de intervención en crisis, la intervención en crisis de primera instancia o primeros auxilios psicológicos y la intervención en crisis de segunda instancia o terapia multimodal para crisis.

Lo que determinará qué intervención en crisis es la más adecuada es la proximidad del evento que desencadenó la crisis, si este evento es muy próximo convendrá utilizar la intervención en crisis de primera instancia pues la finalidad de ésta es reducir el riesgo potencial de mortalidad, lograr que la persona sea capaz de enfrentar dicha crisis, que pueda controlar sus sentimientos y pueda encaminarse a la resolución de la misma.

Esta primera ayuda que reciba la persona en crisis se conoce como primeros auxilios psicológicos y no necesariamente serán aplicados por una persona especializada como el psicólogo u orientador, en muchas ocasiones estas crisis pueden presentarse en compañía de los padres, hijos, amigos o personas desconocidas quienes pueden ser instruidas por personal médico o psicológico para asistir a la persona que lo requiere; en otras ocasiones serán paramédicos, médicos o policías.

De acuerdo con Slaikeu (1996) la intervención en crisis de primera instancia consta de 5 pasos a seguir:

1. Realización del contacto psicológico: Se califica como la empatía que pueda establecer la persona que asista la crisis, implica escuchar de manera empática, cómo se siente la persona con el evento, qué fue lo que paso, de este modo se puede saber el modo que la persona visualiza esta situación.

Se debe prestar especial atención a cómo sucedieron las cosas, la reacción que tuvo esta persona mediante el relato verbal y no verbal. El transmitirle a la persona en crisis que entiende la situación y entiende cómo se siente generará este ambiente de empatía, aunque el contacto físico también puede generar un sentimiento de empatía, este puede ser mediante un abrazo o una palmada en la espalda.

2. Examen de las dimensiones del problema: Se refiere a la evaluación de las situaciones del problema, para ello se preguntará a la persona en crisis sobre el pasado inmediato, es decir lo que antecede al evento de crisis y el evento de crisis, el presente y el futuro inmediato.

Se realiza el análisis de las situaciones con base en preguntas e indagaciones en las que se investigarán los aspectos más generales del pasado y presente de la crisis. Durante esta evaluación se pone especial énfasis en las fortalezas y debilidades que se presenten en este evento. Se debe preguntar si existió alguna herida y el riesgo de mortalidad de la misma, así como si ha habido intentos de suicidio. Por último, se debe hacer un análisis a futuro de las consecuencias que pueden existir debido a la crisis.

Esta evaluación de las dimensiones indicará qué situaciones son las que se deben atender de manera inmediata y que otras circunstancias pueden dejarse para después.

3. Análisis de posibles soluciones: Este aspecto de los primeros auxilios psicológicos implica la identificación de posibles soluciones ante las crisis. En principio se hace una exploración para saber qué se ha intentado para resolver la situación, además se le pide a la persona para generar otras alternativas de solución.

Otro aspecto relevante de este análisis es evaluar los pros y los contras de cada solución de modo que puedan jerarquizarse las soluciones que puedan resultar más benéficas para la situación en crisis. Cabe señalar que se debe instar al paciente para que pueda generar soluciones alternativas a pesar que se encuentre solo.

4. Ejecución de la acción concreta: Recordando lo realizado en los pasos anteriores, este cuarto paso implica ayudar a la persona a ejecutar la mejor acción para resolver la crisis. Aquí cabe señalar que el que jugará un rol activo en la ejecución de la acción será el paciente, no obstante, si la situación es extrema el psicólogo o la persona que esté orientando a la persona será que tome este rol activo dentro de la crisis. En este aspecto el orientador jugará un papel de facilitador o directivo será determinada por las circunstancias.
5. Seguimiento: Este último paso implica extraer la información y establecer un procedimiento que permita darle seguimiento al progreso de las circunstancias. Las actividades del facilitador serán determinar los medios de comunicación que tendrán posteriormente así como establecer quién llamará a quien así como los tiempos en los que se establecerá la comunicación.

El objetivo de este seguimiento es poder evaluar si se cumplieron las metas de los primeros auxilios.

Ahora bien como se ha mencionado, existe la intervención en crisis denominada de segunda instancia o terapia multimodal para crisis, en esta se valorarán en un principio el funcionamiento del paciente en varias áreas,

Slaikeu (1996) ha definido cinco subsistemas los cuales habrán de ser sujetos a validación. Los cinco subsistemas son denominados CASIC, las siglas referentes a los subsistemas Conductual, Afectiva, Somática, Interpersonal y Cognoscitiva.

El sistema conductual se refiere a la actividad que se realiza normalmente, trabajar, jugar, el ejercicio, patrones de alimentación como pudiera ser una dieta, hábitos de sueño, uso de drogas, alcohol y tabaco. La valoración de este subsistema brindará información acerca de los excesos y limitaciones dentro de la conducta, nos dará consecuencias y antecedentes de los comportamientos importantes; otro de los aspectos relevantes de la valoración será identificar las áreas de fortaleza y debilidad de la persona.

La valoración de las variables afectivas incluirán los sentimientos que el individuo tenga acerca de los comportamientos antes mencionados, de un incidente traumático o de la vida normal. Al igual que el sistema conductual se deben valorar los antecedentes y consecuencias de los sentimientos que pudieran presentarse. Debe tomarse en cuenta que una emoción o sentimiento pudiera ser aprendido o condicionado es por eso tan importante la valoración de estos y sus antecedentes.

El tercer subsistema a considerar es el funcionamiento somático que refieren a las emociones corporales, dentro de estas se encuentra la sensibilidad al tacto, al sonido, la percepción, el gusto y la visión. Todo lo referente al dolor físico y a las cuestiones corporales serán incluidos en este subsistema. Se valorarán las posibles repercusiones físicas que pudieran haberse generado por la crisis.

La valoración del subsistema de modalidad interpersonal refiere a la calidad y cantidad de las relaciones sociales que tiene la persona con sus amigos, familia, trabajo y vecinos, poniendo especial énfasis en el rol que desempeña esta persona, como puede ser un rol pasivo, de liderazgo, dependiente etc.

Por último, el subsistema de la modalidad cognoscitiva incluirá la visión que tenga la persona acerca de su vida, los momentos importantes en su pasado,

aspiraciones para el futuro. En ocasiones se valorarán también los sueños diurnos y nocturnos. Las representaciones mentales o imágenes que tenga la persona en crisis son los aspectos a valorar en este subsistema, poniendo especial atención en una posible catastrofización y sobregeneralización. Es necesario puntualizar que los sueños y representaciones mentales serán un indicador importante de cómo visualiza o percibe la persona el evento que desencadenó la crisis.

Dentro de este subsistema cognoscitivo se incluyen las creencias religiosas y los valores, ya que forman parte de la estructura cognitiva de las personas. Por último se señala que el modo en que las personas reaccionen emocionalmente ante una situación dependerá de cómo perciban e interpreten la situación.

La valoración de los subsistemas descritos anteriormente puede llevarse a cabo mediante una guía de entrevista la cual deberá incluir:

- Incidentes precipitantes: Debe tomarse en cuenta el hecho que desencadenó la crisis y las situaciones previas. Puede ser que la crisis haya sido causada por la muerte de un ser querido, o bien una acumulación de circunstancias como llamaríamos normalmente “la gota que derramo el vaso”; también es importante conocer con quién ocurrió el evento.
- Presentación del problema: En este punto se requiere que la persona en crisis comente a modo de resumen, cuáles son los problemas que acompañan a la persona en el momento de crisis.
- Entorno de la crisis: Se deberá de tomar en cuenta las implicaciones que puede tener la crisis para familiares, y personas cercanas a las personas.
- Funcionamiento CASIC previo y durante a la crisis: La valoración del funcionamiento CASIC cobra importancia para saber cuáles son los

desequilibrios que causó la crisis, conociendo los antecedentes y la situación actual se puede hacer este balance.

Por último, el tratamiento de esta terapia estará encaminado a cuatro principales metas, a saber: supervivencia física en las secuelas de las crisis, expresión de sentimientos relacionados con las crisis, dominio cognoscitivo de la experiencia completa y los ajustes conductuales y/o interpersonales que se requieran para la vida futura.

Es importante cumplir con los objetivos de la intervención en crisis que se emplee, el seguimiento del caso a través de la crisis y después de superada la crisis para poder evaluar el verdadero cumplimiento de los mismos.

En resumen, en este capítulo se realizó la revisión teórica referente a la crisis y a la intervención en crisis, en primera instancia se enunciaron los orígenes de la intervención en crisis, posteriormente se dieron algunas definiciones de lo que son las crisis y los distintos tipos de crisis como las circunstanciales y las vitales; seguido por las diversas respuestas que pueden tener las personas ante una crisis y aquellos factores que probabilizarán respuestas efectivas o no para solventar una crisis; por último, se enunciaron los diferentes tipos de intervención en crisis, es decir, la intervención en crisis de primera y segunda instancia; se resaltó la importancia de la intervención en crisis debido a que la ausencia de tratamiento o un tratamiento ineficaz puede significar en el suicidio o intento de suicidio de la persona en crisis.

## CAPÍTULO 3: SUICIDIO

### 3.1 Definición de suicidio

Existen muchas definiciones de suicidio, algunas de ellas se enfocan en el ámbito fisiológico o médico, otras tantas atienden al ámbito psicológico, algunas de estas definiciones son:

- Suicidio significa el acto fatal de autoperjuicio, llevado a cabo con consciente intento autodestructivo, no obstante vago y ambiguo (Stengel, 1965, en Martínez, 2007).
- La Organización Mundial de la Salud (OMS, en Bobes, Sáiz, García-Portilla, Bascarán & Bosuño, 2004) define al suicidio como todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, o un daño, con un grado variable de la intención de morir, cualquiera que sea el grado letal o de conocimiento del verdadero móvil.
- El suicidio supone quitarse voluntariamente la vida, teniendo conocimiento de lo que se está haciendo. Es el acto por el cual un ser humano decide ponerle punto final a su vida (Anónimo, 2009).
- La conducta suicida es toda conducta humana impregnada de fantasías, deseos e ideas de muerte (Rocamora, 1992, en Martínez, 2007).
- “El suicidio es un acto contra la naturaleza, y contraviene el amor natural que cada uno siente por sí mismo, así como el impulso de conservación. Es, como había dicho Aristóteles, un acto contra la sociedad, la comunidad, o el estado, pues le priva de uno de sus miembros y de los posibles beneficios que puedan rendirse. Pero es también y sobre todo, un acto contra Dios, que ha dado la vida al hombre” (Santo Tomás de Aquino, prohibición del suicidio en Clemente y González, 1996. pp21).

- “El suicidio es el efecto de un conflicto entre el individuo y su existencia y realidades sociales, que le provoca una desmotivación para vivir, y/o se percibe irreconciliable con dicha realidad, siendo la misma mucho más fuerte que él. Ante la falta de refuerzo existencial, su vínculo se va deteriorando, lo que provocará exclusiones parciales, despojo de ciertos roles, así como confrontaciones con la realidad estipulada que actúan como refuerzo de su actitud de solución social, hasta que en un momento dado el sujeto decide excluirse totalmente dándose muerte, tras haber visto superados sus recursos y capacidades de intervención y afrontamiento” (Clemente y González, 1996, pp.25).
- “Se llama suicidio a 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 este resultado” (Durkheim, 1994, pp.16).

Las definiciones antes mencionadas incluyen puntos relevantes, como lo son el estar consciente del resultado que pudiese tener el acto de hacerse daño y el intento fallido de suicidio, que se abordará más adelante.

El suicidio proviene de las expresiones latinas “sui” y “occidere” que resultan en el hecho de matarse a sí mismo, refiere de “matarse”, “destruirse” o “asesinarse” a sí mismo (Martínez, 2007).

El origen de esta palabra data del año 1643 cuando el inglés Browne (Bobes, et al., 2004) emplea el término “suicide” para referirse al acto de acabar consigo mismo.

Un hecho importante que retoma Stengel en 1980 (Bobes et al., 2004) es el que dentro del acto suicida no sólo se juegan elementos autodestructivos, también implican componentes interpersonales de búsquedas de comunicación con los demás, un intento desesperado por llamar la atención.

### 3.2 Epidemiología del suicidio

A nivel mundial, el suicidio es una de las causas de muerte más frecuentes; al año mueren alrededor de un millón de personas por este motivo, lo que significa que un 1.8% del total de los fallecimientos son por esta razón. El suicidio tiene mayor índice de mortalidad que los homicidios o las muertes por guerra (Bobes et al., 2004).

Una estimación de la Organización Mundial de la Salud (OMS, en Bobes et al., 2004) refiere que para el 2020 aproximadamente serán un millón y medio de personas las que fallezcan por esta causa, es decir en un lapso de 30 años se espera que el índice de mortalidad aumente en un 50%; por otra parte, con lo que respecta al intento de suicidio este pronóstico de la OMS señala que habrá entre 15 y 30 millones de personas las que lo realizarán.

Las tasas más altas de mortalidad por suicidio en el mundo se encuentran en el continente Europeo, específicamente en Europa del Este, siendo los países con mayor tasa de mortalidad en hombres Lituania con 75,6 suicidios por cada 100,000 habitantes, seguido de Rusia con 62,6 suicidios y Bielorusia con 61,1 suicidios; en lo que respecta a las mujeres son Lituania con 16,1, Hungría con 15,4 y Eslovenia con 13,4 muertes por cada 100,000 habitantes (Bobes et al., 2004).

En lo que respecta al continente africano, el país de Kazakhstán tiene la mayor tasa en cuanto a los hombres con un 46,4 por cada 100,000 habitantes y Mauricio con 9,5 suicidios de mujeres; en el continente de Asia son Sri Lanka y Japón quienes ocupan el primer lugar y segundo lugar en suicidios en hombres con un 44,6 y 36,5 respectivamente, mientras que en suicidios en mujeres son China rural y Sri Lanka con un 24,7 y 16,8 de suicidios por cada 100,000 habitantes (Bobes et al., 2004).

En referencia al continente americano son Cuba (Díaz, 2000), Canadá y Estados Unidos los que encabezan la lista de mayor tasa de mortalidad en hombres con un 24,5 19,6 y 18,6, en las mujeres son Cuba (Díaz, 2000) y El

Salvador los que tienen la mayor tasa de mortalidad con 12,0 y 5,5 muertes por cada 100,000 habitantes. México tiene una tasa de mortalidad en hombres de un 4,4 y 1,0 en mujeres hasta el año de 1995.

En cuanto a la edad, la población que se ve mayormente afectada son las personas jóvenes de entre 15 y 29 años así como las personas mayores de 65 años (Gutiérrez, Gil, Jiménez y Lugo, 2001), no obstante se está generando un importante aumento en el índice de mortalidad por suicidio en personas menores de 15 años en algunos países americanos (Validiva, Ebner, Fierro, Gajardo y Miranda, 2001).

Datos más recientes señalan que en México el suicidio ha aumentado significativamente, el INEGI (2006) señala que el suicidio aumentó de 2,700 suicidios en el 2000 a 3,550 en el 2005 mientras que en el 2008 se registraron 4,700 lo que significa que existen 4,5 suicidios por cada 100,000 habitantes; estas estadísticas señalan un aumento gradual del suicidio en México siendo la población de 15 a 29 años de las más afectadas junto con las personas mayores de 65 años.

En cuanto al género, los hombres tienen un mayor porcentaje de muertes a causa del suicidio con un 83.6% de suicidios por un 16.7% de las mujeres. De acuerdo con Puentes, López y Martínez (2004) los estados con mayor ocurrencia de suicidios en hombres son Tabasco, Campeche, Sonora, Chihuahua y Yucatán con un promedio de 15 suicidios por cada 100,000 habitantes, mientras que los estados con mayor incidencia de suicidio en mujeres son Campeche, Yucatán, Tabasco y San Luis Potosí con un promedio de 3 suicidios por cada 100,000 habitantes.

Del total de los suicidios de los hombres se encontró que el 38.6% era casado, mientras que el 36.4% era soltero, por otra parte el 46.8% de las mujeres que cometieron el suicidio era soltera y el 27.7% era casada (INEGI, 2004).

De la totalidad de suicidios en México las causas principales para llevar a cabo el acto fatal son un disgusto familiar (8.8%), conflicto amoroso (7.7%)

enfermedades graves o incurables (5.5%), enfermedades mentales (4.4%), problemas económicos (3.3%), otras causas (10.7%), cabe señalar que existe un 58.8% de suicidios en los que se desconocen las causas (INEGI, 2006).

Por otra parte, las causas más comunes de suicidio para los jóvenes son la depresión y el consumo de drogas, mientras que para los adultos mayores el padecimiento de alguna enfermedad dolorosa o una discapacidad son las principales razones para suicidarse (Puentes et al., 2004).

Por último, el medio más frecuente utilizado por los hombres para suicidarse es el ahorcamiento con un 70.2%, el disparo de un arma de fuego con un 19.8% y el envenenamiento con un 5.9%; de igual manera el ahorcamiento es el medio más utilizado por las mujeres con un 51.3%, seguido del envenenamiento con un 27.5% y el disparo de un arma de fuego con un 14.3% (Puentes et al., 2004).

En un estudio elaborado por García, Montoya, Higuera, Maldonado, Anaya y Escalante (1997) se investigaron los intentos de suicidio que habían cometido los adolescentes que ingresaban al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en el hospital Siglo XXI, de los 21 casos presentados se obtuvo una relación de 6 hombres por cada mujer. Dentro de las razones que daban para cometer suicidio en el 50% se presentó por problemas familiares, un dato relevante es que en el 100% de los casos se presentaba violencia familiar. El método empleado por el 65% de los casos fue la intoxicación mediante medicamento.

Los datos anteriores indican que el suicidio es un problema de salud no sólo en México sino a nivel mundial, existen datos importantes como los sociodemográficos de aquellas personas que han cometido suicidio, no obstante, existen investigaciones donde se señalan aquellos factores de riesgo y de protección así como las variables que influyen en una persona en el momento de consumar el acto suicida.

### **3.3 Elección del método suicida- Factores de riesgo y de protección**

Bobes et al (2004) señalan algunos factores que influyen en la elección del método con el cual una persona se quitará la vida, las diferencias que pudieran existir entre culturas, las diferencias de género así como de accesibilidad-disponibilidad.

Uno de los sistemas de clasificación más empleado para determinar la letalidad de los intentos suicidas es la elaborada por Smith, Convoy, Ehler (1984 en Bobes et al., 2004), en donde se señalan ocho principales categorías:

1. Fármacos/drogas con efectos sedantes.
2. Fármacos/drogas sin efectos sedantes y otras sustancias ingeridas.
3. Armas de fuego.
4. Autoinmolación.
5. Ahogamiento.
6. Cortes.
7. Defenestración.
8. Ahorcamiento.

Los factores que van a influir en la elección del método principalmente serán la accesibilidad y disponibilidad, la aceptación social y cultural. El método de elección determinará si se trata de un intento de suicidio o un suicidio consumado (Villafaña, Gurrola y Balcázar, 2002).

En un estudio realizado por Jiménez-Treviño (2003, en Bobes et al., 2004) se observó que un 61.5% eligió el método de suicidio en función de su accesibilidad y sólo el 10.8% en función de su letalidad, un dato que es relevante señalar es que un 14.6% eligió el método en función del que era menos doloroso. Lo anterior concuerda con lo encontrado por Vázquez y Guarachi (2010) quienes mencionan como factores que influyen al momento de consumir el acto o el intento suicida a la disponibilidad, la accesibilidad así como el conocimiento que se tenga acerca de la letalidad del método.

En este sentido hay datos que apoyan este estudio mencionado anteriormente como el elaborado por Cantor (2000, en Bobes et al., 2004) que señala que las tasas de suicidio en distintos países son similares cuando los métodos utilizados son accesibles en ambos países; igualmente en un estudio elaborado por Moscicki en 1997 (Bobes et al., 2004) señalan que más del 50% de los suicidios cometidos en Estados Unidos son mediante el uso del arma de fuego, esto se debe a la accesibilidad que tienen los ciudadanos a estas armas en ese país.

No obstante esto no siempre es así, hay países donde los métodos más accesibles no siempre son los más empleados, esto se debe a que no es el único factor que entra en juego en la elección del método, también juegan un papel importante la letalidad, el método menos doloroso y los factores sociales (Sarro y De la Cruz, 1991, en Villafaña et al., 2002).

El género es otro factor importante a considerar, anteriormente se mencionaron estadísticas de México donde tanto mujeres como hombres optan por métodos diferenciales de cometer el suicidio, en Estados Unidos el método más empleado tanto por hombres como por mujeres es el arma de fuego con un 61.2% para los hombres y un 37.2% para las mujeres, por otra parte en el Reino Unido el ahorcamiento es el método mayor empleado por los hombres con un 41% mientras que para las mujeres es el envenenamiento el método mayormente empleado con un 44% (Cantor, 2000, en Bobes et al., 2004). Estos datos contrastan con lo encontrado por González, Villatoro, Alcántar, Medina, Fleiz, Bermúdez y Amador (2002) quienes encuentran que en una muestra de 10,173 estudiantes en el año de 1997 y 10,578 en el año 2000 que habían cometido un intento de suicidio el método más empleado tanto en hombres (44.9% en el año de 1997 y 48.5% en el año 2000) como en mujeres (42.4% en 1997 y 48.9% en el año 2000) para cometer un intento de suicidio fue mediante el uso de objetos punzocortantes; el segundo método más empleado por ambos géneros fue mediante la ingesta de medicamentos.

Por último, se considera el factor social en la toma de decisión del método suicida, pues a pesar de que un método sea accesible o letal si no es

socialmente aceptado no se elegirá este método. Como ejemplo las mujeres en su mayoría optan por métodos suicidas que no afecten su apariencia física, no así en los hombres (Farmen & Rhonde, 1980 en Bobes et al; 2004). Lo anterior concuerda con el estudio elaborado por Garrido, García, Carballo, Luacés y Alda (2000) donde se estudiaron los casos de intento de suicidio mediante la intoxicación, de una población de 46 casos el 87% de ellos eran mujeres.

La investigación del fenómeno suicida también se ha enfocado en aquellas variables que probabilizan o disminuyen la presencia de pensamientos, ideaciones o intentos de suicidio, a estas variables se le conocen como factores de riesgo y factores protectores.

Los factores de riesgo refieren a aquellas características o circunstancias sociales, económicas, políticas y personales (biológicas, cognitivas y conductuales) que han sido identificadas como causales directa o indirectamente de enfermedades, accidentes y muertes prematuras (Fernández, Alonso y Montero, 1997).

Las personas o sectores de la población identificadas en riesgo son aquellas que de acuerdo a sus características son más propensas a sufrir o padecer algunas enfermedades que la población en general. De acuerdo a lo anterior, en México, la población en riesgo de cometer un intento de suicidio o consumar un suicidio es la población entre los 15 y 29 años así como las personas mayores de 65 años.

Los factores de riesgo más estudiados en torno al suicidio son:

- **Depresión:** Es el factor de riesgo más asociado a las conductas suicidas, de acuerdo con Kienhorst, De Wilde, Diekstra y Wolters (1992, en Buendía, Riquelme y Ruíz, 2004) en la mayoría de las tentativas de suicidio están presentes los trastornos de estados de ánimo, siendo la depresión uno de los correlatos más mencionados en la conducta suicida.

Garnefski, Diekstra y Heus (1992, en Buendía et al., 2004) encontraron un mayor índice de presencia de pensamientos depresivos en personas con intento previo de suicidio que en personas sin intento de suicidio. En otro estudio elaborado por Goldberg (1981, en Buendía et al., 2004) encuentra que el 22% de jóvenes presentaban simultáneamente síntomas depresivos y pensamientos suicidas, mientras que únicamente un 5% presentaba pensamientos suicidas sin síntomas depresivos.

En México el 9.2% de la población ha tenido algún síntoma depresivo, de la totalidad de la población que ha padecido de depresión entre el 70 y 80% no reciben un apoyo psicológico para tratarla (Bello, Puentes, Medina y Lozano, 2005). De acuerdo con Wagner (2011, septiembre) el 54% de los adolescentes que intentan suicidarse padecen síntomas depresivos.

- Desesperanza: La desesperanza refiere a un deseo de escapar de algo que es considerado como un problema imposible de solucionar, teniendo la percepción de no poder arreglarse en un futuro. De acuerdo con Beck, Weissman, Lester y Trexler (1974, en Buendía et al., 2004, pp.36) “la desesperanza se encuentra vinculada con un sistema de esquemas cognitivos que parte del elemento común de las expectativas negativas, hasta que lleva a un sentimiento general de desesperación y falta de intención de vivir”.

En un estudio elaborado por Mondragón, Saltijeral, Bimbela y Borges (1998) se encontró que aquellas personas con niveles elevados de desesperanza tienen un riesgo mayor (6 veces) de presentar pensamientos e ideación suicida que aquellas personas que presentan niveles bajos de desesperanza.

- Familia disfuncional: Dentro de este punto se incluyen la falta de comunicación entre niños y padres, la inestabilidad, la discordia, la violencia, abuso físico o sexual (LaFromboise y Howard, 1995, en Buendía et al., 2004).

En un estudio elaborado por Pérez, Ros, Anaya y López (1997) reportaron que el 28.3% de las personas que presentaron pensamientos suicidas, ideación suicida o intentos previos de suicidio refirieron tener conflictos familiares, el 20% un conflicto de pareja y únicamente un 2.8% problemas sexuales.

En este mismo estudio se evalúa el riesgo suicida de las familias disfuncionales. El 94.3% de las personas con riesgo suicida reportaron que existe una mala comunicación entre los integrantes de la familia, el 51.3% reportaron que al menos uno de sus integrantes han intentado suicidarse, el 37.8% ha sufrido la pérdida de uno de sus integrantes por suicidio; por último, es importante señalar el dato que 72.9% reportaron que dentro de su familia existe la presencia de pensamientos suicidas (Pérez et al., 1997).

Existen otros factores de riesgo que han sido mencionados como importantes en cuanto al problema de suicidio como lo son los intentos previos de suicidio, problemas escolares, el padecimiento de alguna enfermedad crónica degenerativa, el uso de alcohol y otras drogas, el estado civil, nivel socioeconómico, entre otros.

Por otra parte, los factores protectores refieren a las características individuales, condiciones situacionales y/o contextos medioambientales que inhiben, reducen o atenúan la probabilidad de consumir el suicidio (Silva y Pillon, 2004). La importancia de los factores protectores dentro del suicidio radica en que ayudan a disminuir el efecto negativo del estrés y la depresión y aumenta las habilidades de adaptación y afrontamiento en diversas circunstancias (Buendía et al., 2004).

Los factores protectores que han sido identificados para la prevención del suicidio son:

- Apoyo social: Es considerado como el factor protector más importante, ya que independientemente que factor de riesgo se encuentre presente

contando con un sistema de apoyo social significativo raramente se presenta algún tipo de conducta (o pensamiento) suicida. De acuerdo con Rudd (1990, en Buendía et al., 2004) el apoyo social ha probado ser un importante elemento a considerar en problemas donde se presenta debilitamiento psicológico e ideación suicida.

El apoyo social es definido por Lin, Dean y Ensel (1986, en Barrón y Sánchez, 2001) como las provisiones instrumentales y/o expresivas, reales y percibidas, aportadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos.

Existen dos hipótesis del efecto positivo en las personas que cuentan con apoyo social, éstas son la hipótesis del efecto directo y la hipótesis del efecto de amortiguación. En cuanto a la hipótesis del efecto directo se menciona que el apoyo social tiene un efecto sobre la salud y el bienestar independientemente del estrés. Con lo que respecta a la hipótesis del efecto de amortiguación se establece que el apoyo social funge como un moderador de otros factores que influyen en el bienestar, especialmente aquellos acontecimientos vitales que son estresantes para la persona (Barrón y Sánchez, 2001).

- Autoeficacia: La expectativa de eficacia refiere a la creencia de las personas que son capaces de ejecutar con éxito un determinado comportamiento o acción con la finalidad de obtener un buen resultado (Buendía et al., 2004).

La autoeficacia ha sido identificada como un factor importante en el tema del suicidio, en un estudio elaborado por Cortina, Peña y Gómez (2009) se encontró que las personas que habían intentado suicidarse tenían bajos niveles de autoeficacia, dentro del mismo estudio se identificó que las personas que habían intentado suicidarse tenían niveles altos de desesperanza.

Lo anterior implica que si una persona posee altos niveles de autoeficacia pese a encontrarse en una situación estresante o complicada confiará en sí mismo para encontrar una solución, de igual manera si los niveles de capacidad percibida son bajos tendrán lugar pensamientos desadaptativos, estrés, desesperanza, etc (Buendía et al., 2004).

LaFombroise y Howard-Pitney (1995, citado en Buendía et al., 2004) realizaron un estudio en el cuál obtuvieron una relación positiva de la autoeficacia con apoyo social y negativa con respecto a la ideación suicida, datos que concuerdan con lo realizado por Rivera y Andrade (2006) quienes encuentran que las personas que no han tenido un intento de suicidio obtuvieron niveles altos de autoeficacia, solución de problemas y autoestima con respecto a aquellos que si han tenido intento de suicidio.

- Habilidades sociales y de solución de problemas: Ambos factores son relevantes en la población adolescente puesto que “se trata de una etapa marcada por múltiples cambios, por la búsqueda de identidad personal y social” (Buendía et al; 2004 pp. 42). Por otra parte, la población mayor de 65 años a consecuencia de la edad va viendo disminuidas sus habilidades físicas en ciertas áreas por lo que fortalecer áreas cognitivas y de percepción será un importante factor protector del intento de suicidio así como de pensamientos suicidas.

Recuperando el estudio realizado por Rivera y Andrade (2006) se encontró que los niveles de habilidades sociales y en solución de problemas en personas que habían intentado suicidarse son bajos, mientras que los niveles para las personas que no habían intentado suicidarse eran altos.

Lo anterior supone que un pobre desempeño en solución de problemas limitará la generación de soluciones aumentando en gran medida el riesgo suicida, mientras que la falta de habilidades sociales puede

generar que la persona no busque ayuda para la resolución de un problema o no pueda comentar sus problemas que, de igual manera, aumentará el riesgo suicida de las personas.

La importancia de las habilidades sociales y de solución de problemas radica en brindar a la población en riesgo las herramientas necesarias para poder solucionar cualquier situación, así como de las habilidades necesarias para expresar sentimientos y pensamientos negativos antes de presentarse un intento de suicidio, ya que al no contar con estas herramientas y a su incapacidad de generar una solución optan por una salida que implica en poner en riesgo su vida.

- Autoestima: Implica a la percepción que se tiene de uno mismo, los bajos niveles de autoestima son una constante en aquellas personas que han intentado suicidarse.

Se encuentra vinculada con las anteriores, los niveles de autoestima se encontrarán ligados a la percepción que se tenga de uno mismo, así como en las habilidades sociales y la solución de problemas que tenga el individuo, entre mayor sea la percepción de eficacia y mayor habilidades sociales y de solución de problemas se tenga mayores serán los niveles de autoestima del individuo. No obstante, en este punto juega un rol importante la familia, puesto que la autoestima es un elemento que se va construyendo desde los primeros años de vida; de igual manera las relaciones interpersonales (amigos, pareja, etc), situación académica, etc, serán importantes en la construcción de la autoestima del individuo.

Diversos autores han encontrado una relación directa entre la autoestima y el suicidio e intento de suicidio, un gran porcentaje de personas que han intentado suicidarse presentan niveles bajos de autoestima, mientras que, aquellas personas que no han intentado suicidarse y no han presentado ideación o pensamientos suicidas tienen

niveles altos de autoestima (Roselló y Berríos, 2004 y Dukes y Lorch, 1989, en Buendía et al., 2004).

Existen otros factores protectores tales como el profesar una religión, la dependencia directa de otras personas (hijos, pareja), contar con asistencia médica y servicios de salud, así como la ausencia de factores de riesgo importantes como el abuso de alcohol y otras drogas y de depresión ya que éstos, como se mencionó, darán lugar a pensamientos o ideaciones suicidas pudiendo llegar inclusive a la consecución del suicidio (De la Garza, 2008).

### **3.4 Ideación e intento suicida**

Como se ha mencionado, el suicidio o intento de suicidio puede estar precedido de ideas o pensamientos referentes al suicidio, inclusive pudieron haberse presentado intentos de suicidio, lo anterior, aunado a la drogadicción, alcoholismo, problemas económicos, problemas de pareja, padecimiento de alguna enfermedad mortal son algunos de los factores de riesgo más estudiados en torno a la problemática del suicidio.

La ideación suicida ha sido definida como “tener pensamientos o fantasías acerca de la propia muerte” (Garrison, 1991, en Chávez, Pérez, Macías y Páramo, 2004, pp. 12) mientras que el intento suicida es definido como “cualquier acción mediante la cual el individuo se causa a una lesión o daño con el fin de obtener la propia muerte, independientemente de la letalidad del método empleado y del conocimiento de su real intención (Wagner, 2002 en Chávez et al., 2004, pp. 12).

En un estudio realizado por Borges, Orozco, Benjet y Medina (2010) se evaluó la ideación suicida y el intento suicida en 22, 962 mexicanos con base en los resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) realizada en el 2008. La ENA 2008, está constituida por 12 secciones donde se incluye una batería de preguntas sociodemográficas, secciones referente al tabaco, alcohol y otras drogas.

En la versión 2008 de la ENA se incluye un apartado sobre la conducta suicida, en esta sección, se evalúan los eventos relacionados con el suicidio en tres diferentes áreas: pensamiento suicida, ideación del plan suicida e intento de suicidio. Los resultados de la ENA arrojaron que 22, 962 individuos habían tenido algún tipo de pensamiento, ideación suicida y/o intento suicida.

En este estudio se realizó una entrevista donde se preguntó acerca de pensamientos suicidas, ideación de un plan suicida e intento de suicidio en algún momento de la vida del individuo y de 12 meses a la fecha (a partir de la aplicación de la entrevista). Los principales resultados de este estudio se dividen en ideación, elaboración del plan e intento suicida, en tres grupos de edades: de 12 a 17 años, de 18 a 29 años y de 30 a 65 años (ver Tabla 1).

En lo que respecta la ideación suicida existe una prevalencia del 15% en la población femenina de 12 a 17 años por un 7% de la población masculina en esa misma edad, para la edad de 18 a 29 años el porcentaje en las mujeres disminuye a un 11% mientras que el porcentaje para los hombres se mantiene en un 7%; por último en lo que respecta a la población con un rango de edad de 30 a 65 años el porcentaje tanto en hombres como mujeres disminuye teniendo un 5% y 9% respectivamente. La planificación del intento suicida se presenta en un porcentaje de 2% para hombres de 12 a 17 años mientras que para las mujeres se presenta en un 5%, para las mujeres de 18 a 29 años el porcentaje se mantiene en 5% mientras que para los hombres aumenta en un 3%; por último, el porcentaje de ambos géneros disminuye en la población con un rango de edad de 30 a 65 años con un 1% para hombres y un 3% para las mujeres. En lo referente al intento de suicidio se presenta en un 2% en hombres de 12 a 17 años mientras que en las mujeres se presenta en un 6%, en el rango de edad de 18 a 29 años el porcentaje de intentos de suicidio en hombres se mantiene en 2% mientras que en las mujeres ese porcentaje disminuye en un 5%; en cuanto al rango de edad de 30 a 65 años el porcentaje disminuye nuevamente para las mujeres ahora obteniendo un 1% mientras que para los hombres se mantuvo en un 2% (ver Tabla 1).

Por otra parte, en la Tabla 2 se observan los porcentajes de ideación suicida, planeación del intento suicida e intento suicida de hombres y mujeres en los últimos 12 meses (al momento de la realización del estudio). El porcentaje de ideación suicida en las mujeres es elevado presentándose en un 13% para mujeres del rango de edad de 12 a 17 años y en un 10% para mujeres del rango de edad de 18 a 29 años y 30 a 65 años; por otra parte en los hombres la ideación suicida se presenta en un 6% en la edad de 12 a 17 años, en un 7 % para hombres de 18 a 29 años y en un 5% para hombres de 30 a 65 años. En lo referente a la planeación del intento suicida se presenta en un porcentaje menor al 1% en hombres en todos los rangos de edades, mientras que en las mujeres se presenta en un 1% en cualquier rango de edad. Por otra parte, en cuanto al intento suicida el porcentaje presentado en hombres es menor al 1% en cualquier rango de edad, mientras que en las mujeres se presenta en un 1% (ver Tabla 2).

	12-17 años			18- 29 años			30- 65 años		
	Id	P	In	Id	P	In	Id	P	In
Hombres (AV)	7.63	2.25	2.14	7.44	3.02	2.27	4.96	1.60	2.08
Mujeres (AV)	15.32	5.56	6.37	11.64	5.11	5.09	9.04	3.38	1.49
Total (AV)	11.48	3.91	4.26	9.64	4.11	3.75	7.10	2.53	2.61

Tabla 1: Porcentajes de presencia de ideación suicida, planeación del intento suicida e intento suicida en hombres y mujeres por rango de edad en algún momento de la vida (Borges, et al; 2010).

Id= Ideación Suicida

P= Planificación del intento suicida

In= Intento suicida

AV= Algún momento de la vida

	12-17 años			18- 29 años			30- 65 años		
	Id	P	In	Id	P	In	Id	P	In
Hombres(12 meses)	6.88	0.98	0.57	7.22	0.92	0.67	5.90	0.82	0.40
Mujeres(12 meses)	13.14	1.14	1.60	10.06	1.53	1.10	10.60	1.57	0.83
Total (12 meses)	10.01	1.19	1.09	8.74	1.25	0.90	8.39	1.22	0.62

Tabla 2: Porcentajes de presencia de ideación suicida, planeación del intento suicida e intento suicida en hombres y mujeres por rango de edad en los últimos 12 meses (Borges, et al; 2010).

Id= Ideación Suicida

P= Planificación del intento suicida

In= Intento suicida

Cabe señalar que el porcentaje de ideación suicida, pensamiento suicida e intento suicida en cualquier rango de edad se presenta en mayor porcentaje en las mujeres, únicamente en la población de 30 a 65 años el intento de suicidio de los hombres obtiene un porcentaje superior al presentado en las mujeres, este dato es de gran relevancia ya que el porcentaje de mortalidad del suicidio es más alto en los hombres teniendo una relación de 4:1, lo anterior puede significar que el hombre a pesar de presentar en menor porcentaje conductas o pensamientos referentes al suicidio o realizar intentos de suicidio cuando se presentan suelen consumir el intento suicida en relación con las mujeres.

En otro estudio realizado por Pérez, Rivera, Atienzo, Castro, Leyva y Chávez (2010) se evaluó el porcentaje de ideación suicida en estudiantes de educación media superior de las 32 entidades federativas de México con una muestra de 12, 424 adolescentes mexicanos de los cuales el 45% fueron hombres y 55% fueron mujeres.

Los principales resultados de este estudio muestran que el 47% de los estudiantes reportaron algún tipo de ideación suicida, mientras que el 9% de los mismos reportaron un intento de suicidio. Las entidades federativas con mayor porcentaje de ideación suicida son Michoacán con un 56% y San Luis Potosí y Tlaxcala con un 54%; por otra parte, las entidades federativas con menor porcentaje de ideación suicida fueron Sonora y Zacatecas con un 35%. En lo referente al intento de suicidio los estados con mayor porcentaje son Tabasco con un 15% y Morelos, Oaxaca y San Luis Potosí con 14% mientras que las entidades con menor porcentaje de intento de suicidio son Hidalgo y Tamaulipas con un 5%.

Los principales factores asociados con la ideación suicida son: antecedentes de abuso sexual con un 92%, el miedo al futuro con 73%, percepción de bajo apoyo familiar con 69%, el consumo de alcohol con un 60%, consumo de tabaco y la poca comunicación con los padres con 30%, consumo de drogas

20%. Cabe mencionar que en las mujeres el hecho de no haber tenido relaciones sexuales aumenta en un 80% la probabilidad de ideación suicida en comparación con los hombres. En lo que respecta al intento suicida los factores que influyen son: haber tenido relaciones sexuales con 65%, el antecedente de abuso sexual con 57%, la poca comunicación con los padres con 54%; el consumo de alcohol aumenta en un 31% la probabilidad para realizar un intento de suicidio.

Los datos anteriores hacen necesaria la intervención para la prevención del intento suicida y suicidio identificando aquellos pensamientos o ideas suicidas, así como diversos factores antes mencionados como el consumo de alcohol y drogas, la depresión, la falta de comunicación y el miedo al futuro, pues son factores que han sido identificados como riesgosos en los estudios de personas que han cometido suicidio, intento de suicidio y aquellas personas que lo han planeado.

El suicidio es un problema de salud, no solo en México sino a nivel global, el número de muertes ha aumentado gradualmente desde los últimos 20 años y el pronóstico dentro de los próximos 10 años hace necesaria una correcta intervención en este rubro. Como se ha mencionado, el suicidio es un evento que impacta directamente en las familias y personas que rodean a la persona fallecida, es difícil de predecir y requiere del conocimiento de aquellas personas que sufren algún problema, crisis o depresión para poder socorrerla antes de que ocurra.

En este capítulo se expuso la problemática social del suicidio no solo a nivel nacional sino a nivel mundial. En primera instancia se expusieron algunas definiciones del suicidio, posteriormente se enunciaron las estadísticas mundiales y nacionales del incremento gradual que ha tenido esta conducta, los factores de riesgo y factores de protección para cometer el suicidio o prevenirlo, así como los métodos mayormente empleados para llevarlo a cabo; por último, se presentaron algunos estudios referentes a la ideación e intento suicida. En el capítulo siguiente se definirá lo que es la prevención y los diferentes niveles de prevención que existen, se mencionarán las instituciones

más renombradas a nivel nacional y mundial que se enfocan en la prevención del suicidio dando lugar a la realización del programa de intervención.

# CAPÍTULO 4: PROGRAMA PARA LA PREVENCIÓN TERCIARIA DEL SUICIDIO MEDIANTE LA INTERVENCIÓN EN CRISIS

## 4.1 Definición de prevención

Antes de poder enunciar los diferentes niveles de prevención es necesario enunciar las raíces de esta palabra y dar una definición de prevención desde el marco de la salud.

La palabra prevención tiene sus raíces del latín “prae” que significa antes y “eventus” que significa evento o acontecimiento.

Prevención es definida como “preparación, disposición que se toma para evitar algún peligro, preparar con anticipación un evento” (Zas, 2010).

Guiofantes (1996, en Díaz, 2011 pp. 81), define a la prevención como “la protección contra los riesgos, las amenazas del ambiente, lo que significa, inevitablemente la acción mancomunada de las Instituciones de Salud, de las comunidades; implica la identificación de aquellos factores que permitan promover la salud y la puesta en marcha de diferentes intervenciones, con el objetivo de mantener saludables a las personas”.

En el ámbito de la salud, la prevención se vincula con aquellas actividades que permiten a las personas tener estilos de vida saludables; en lo referente a las comunidades, la prevención refiere a crear y consolidar ambientes donde se promueva la salud y se reduzcan los riesgos de padecer alguna enfermedad (Zas, 2010).

De acuerdo con Zas (2010) la prevención en el campo de la salud implica una concepción científica en el trabajo, implica un modo de hacer, pensar, organizar y actuar.

Cabe resaltar que cuando se menciona la palabra prevención, se puede vincular con otros aspectos como las prevenciones de desastres naturales, accidentes de tránsito, laborales, hogareñas; cuándo se habla de prevención de enfermedad se habla de disminuir factores biológicos o conductuales que probabilicen la aparición de alguna enfermedad.

Dentro del ámbito de la salud se pueden mencionar distintos niveles de prevención, en cada uno de estos niveles se tienen distintos objetivos, se encuentran dirigidas a distintas poblaciones, como se ve en el próximo apartado.

#### **4.2 Tipos de prevención**

De acuerdo con Wasserman y Wasserman (2009), existen diferentes modelos de prevención que han sido empleados en la problemática del suicidio, el modelo más sobresaliente es el modelo de la prevención primaria/secundaria/terciaria (PST); a continuación se exponen los tres niveles de prevención del modelo PST.

1. Prevención primaria: Este modelo está enfocado en la reducción y la incidencia de las conductas suicidas, mediante la eliminación de los factores de riesgo identificados y en el aumento de factores protectores a dichas conductas antes de que se presente el intento de suicidio y el suicidio consumado.

Dentro de este nivel de prevención se incluye la reducción de los pensamientos, planes e ideación suicida, debido a la gran incidencia de éstos en personas con intentos de suicidios y/o suicidios (Wasserman y Wasserman, 2009).

Lo principal en este nivel de prevención es la identificación de los factores de riesgo personales, familiares, sociales, culturales y económicos, identificar la población en riesgo, así como el identificar

aquellos grupos que se encuentren en contacto con las poblaciones detectadas como vulnerables.

2. Prevención secundaria: En este nivel de prevención la meta principal es reducir los desordenes afectivos o de pensamientos ya existentes mediante un programa de detección y posteriormente el programa de tratamiento más adecuado, cabe resaltar que en este nivel de prevención el intento suicidio y suicidio no han ocurrido (Wasserman y Wasserman, 2009).

Dentro de la prevención secundaria se reduce y elimina el riesgo y los pensamientos suicidas en personas que se consideran potencialmente suicidas. Por último, en este segundo nivel de prevención se entrena a las personas que se encuentran en contacto con la población en riesgo.

3. Prevención terciaria: El último nivel de prevención se enfoca en la rehabilitación de aquellas personas que cometieron un intento de suicidio, se reduce el impacto emocional del intento de suicidio con la finalidad de disminuir la probabilidad que se presente un nuevo intento de suicidio; este nivel de prevención es fundamental ya que un intento de suicidio previo es el factor de riesgo con un mayor porcentaje de prevalencia en personas que han consumado el suicidio; un último objetivo de la prevención terciaria es la reintegración del individuo a la sociedad (Sánchez, comunicación personal).

En síntesis, el modelo de PST es un modelo que se enfoca en la prevención de ideaciones, pensamientos antes que se pueda considerar que existe un riesgo para la población en general (prevención primaria), la prevención del intento suicida cuando ya se tienen algunos pensamientos e ideaciones suicidas (prevención secundaria) y por último la prevención de nuevos intentos o la consumación del suicidio cuando ya se ha tenido un intento previo, así como la Rehabilitación de aquellas personas que lo intentaron (prevención terciaria).

### 4.3 Prevención del suicidio

En lo que respecta a la prevención del suicidio es importante el método de evaluación que empleará el terapeuta (o en determinado caso aquel que pueda brindar los primeros auxilios psicológicos).

Dado que las ideaciones suicidas son más propensas a presentarse durante una crisis se debe tomar en cuenta las características de las crisis y la intervención en crisis antes mencionados. En primera instancia es importante la relación de empatía que pudiera generar la persona que ayuda en el momento de una crisis o en el momento que se presenten estas ideaciones suicidas.

Un segundo punto relevante es la información que pueda recabar acerca de la persona, son importantes los datos obtenidos de la historia clínica del paciente, a través de las entrevistas realizadas a familiares allegados o, en su defecto, la entrevista realizada a la persona que se ayuda. Es importante hacer hincapié en si han existido comentarios acerca de la posibilidad de cometer un suicidio o si se han presentado ideas suicidas ya que un potencial intento de suicidio o suicidio se vincula con la ideación suicida (Salvo, Rioseco y Salvo, 1998).

No obstante, dadas las características de las crisis (ya mencionadas) es muy complicado recabar la información a través de otras personas, normalmente la única fuente de información es la entrevista directa, el terapeuta será el encargado de determinar si existe o no ideación suicida dentro de la crisis.

Hyman (1987, en Bobes et al., 2004) señala distintas modalidades en las que se pueden presentar las ideaciones suicidas en una persona, a saber:

- Pacientes que se presentan con síntomas claros de ideación o impulsos suicidas.
- Pacientes que consultan por otros síntomas somáticos o emocionales, pero que solamente si les preguntan admiten la ideación suicida.

- Pacientes que niegan cualquier ideación suicida pero cuyo comportamiento indica que podrían presentarla.
- Pacientes que acuden a consulta tras un acto suicida (fallido).

Como se mencionó anteriormente, la prevención terciaria incluye también el trabajo de rehabilitación de la persona que ha cometido intento de suicidio, esto debido a que luego del intento de suicidio pueden presentarse nuevos pensamientos suicidas, por ello, es necesario realizar trabajo psicológico tanto con la persona como con aquellas personas cercanas a ella, de modo que puedan solventar algunas situaciones que pudieran poner en nuevo riesgo a la persona.

#### **4.3.1 Instituciones de prevención del suicidio**

Existen diversas instituciones a nivel internacional y nacional que se enfocan en el estudio de la problemática suicida con la finalidad de entenderla, conocer las causas del suicidio, así como los factores que pueden ayudar para prevenirlo.

Las instituciones más destacadas a nivel internacional son la Asociación Americana de Suicidología, la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio y a nivel nacional es la Asociación Mexicana de Suicidología.

La Asociación Americana de Suicidología (AAS) surge en el año de 1968 fundada por el psicólogo clínico Edwin S. Shneidman; antes de fundar la asociación Shneidman había coordinado el Centro de Prevención del Suicidio en Los Angeles en el año de 1958 (American Association of Suicidology, 2011).

El objetivo de la AAS está centrado en comprender el fenómeno suicida para poder promover el bienestar de las personas y prevenir el suicidio. Desde 1971 la AAS ha publicado de manera continua la revista Suicidio y Vida: Conducta amenazante, la revista más respetada y citada en el campo del suicidio (American Association of Suicidology, 2011).

El trabajo que se realiza en la AAS es la atención psicológica vía telefónica las 24 horas del día, atención psicológica a supervivientes de un intento de suicidio, generación de nuevas estrategias de intervención tales como la autopsia psicológica y el análisis de la nota póstuma, se trabaja en la elaboración de revistas especializadas en torno al suicidio (Chávez, 2011, septiembre). Por último, se enfoca en la generación de espacios donde los especialistas puedan presentar sus hallazgos con la finalidad de facilitar el intercambio y creación de conocimientos (American Association of Suicidology, 2011).

En lo que respecta a la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (IASP por sus siglas en inglés, 2011) fue fundada en el año de 1960 por el profesor Erwin Ringel y el Dr. Norman Farberow, se encuentra vinculada con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y tiene como principales objetivos:

- La prevención de los comportamientos suicidas.
- La reducción de las repercusiones asociadas a los comportamientos suicidas.
- Proporcionar un lugar de intercambio para los investigadores, profesionales de la salud mental, ayudantes en situaciones de crisis, voluntarios y enlutados por el suicidio.

La participación de México dentro de la IASP es reciente, pues es hasta el año de 2007 cuando comienza a participar dentro de las actividades de la IASP, pese a que desde el 2000 el suicidio es reconocido como un problema de salud pública por la OMS (Chávez, 2011, septiembre).

En cuanto a las organizaciones nacionales destaca la Asociación Mexicana de Suicidología (AMS) fundada en el 2006 con sede en la ciudad de León Guanajuato. La AMS tiene como misión la investigación, la formación de recursos, consultoría, divulgación y prestación de servicios comunitarios, en lo relativo al problema de salud pública que es el comportamiento suicida.

Los principales objetivos de la AMS son (Asociación Mexicana de Suicidología, 2011):

- Integrar el conocimiento y la experiencia disponible en los diferentes Estados que conforman a la República Mexicana para la atención integral de la problemática del comportamiento suicida.
- Fomentar espacios de convención para el intercambio de conocimientos y experiencias sobre el comportamiento suicida, tanto en organismos públicos, privados, como público general.
- Realizar proyectos pertinentes para la atención, prevención y postvención del suicidio. Intervenir en la planeación y legislación de las políticas públicas en relación a la atención y prevención de las conductas de riesgo psicosocial.
- Promover proyectos de investigación dedicados a la comprensión y atención de la problemática suicida.
- Capacitar a los profesionales de la salud y al público interesado para la identificación temprana, diagnóstico y tratamiento de la población con riesgo suicida. Mantener un foro permanente y abierto para la discusión de temas relacionados a la conducta autodestructiva y/o muerte voluntaria.

Las instituciones mencionadas anteriormente se enfocan en el estudio del suicidio, la prevención, entre otros objetivos, a nivel mundial se han hecho grandes investigaciones, en México, el estudio del suicidio principalmente se enfoca en la epidemiología, los factores sociodemográficos, personales, etc, que desencadenan en el suicidio, sin embargo, no existen programas preventivos del suicidio, por lo cuál surge la necesidad de la creación de estos programas en los tres niveles de prevención.

#### 4.4 Programa de intervención

El programa de prevención se encuentra enfocado en cinco áreas principales retomadas del modelo de perfil CASIC de Slaikeu (1996) a saber: el área cognitiva, afectiva, somática, interpersonal y conductual.

Dado lo anterior, el objetivo general del presente programa es reducir la presencia de pensamientos, imágenes o representaciones mentales vinculadas con la ideación suicida, de sentimientos negativos y/o disfuncionales con respecto a la vida y al futuro, de padecimientos físicos producto de un estado emocional-afectivo negativo, de conductas suicidas o que puedan poner en riesgo la integridad del individuo; de igual manera el objetivo se encuentra enfocado en el aumento de pensamientos positivos y/o funcionales, de sentimientos y patrones conductuales que favorezcan las relaciones sociales, percepción del futuro, y la autopercepción.

Para cumplir con el objetivo anterior el programa está dividido en tres fases, a saber:

*Fase preliminar:* Antes de dar comienzo al programa se dará lugar a la selección de aquellas personas que participarán dentro del programa, para ello dará comienzo la fase preliminar donde se aplicarán las pruebas necesarias para la selección de los participantes mediante los criterios de inclusión los cuales son:

- Intento de suicidio previo: Dado que el programa se encuentra enfocado en la prevención terciaria del suicidio y que el haber intentado suicidarse es uno de los factores de riesgo más importante del suicidio, se toma como uno de los principales criterios de inclusión en este programa.
- Escala de ideación suicida Beck: La ideación suicida es uno de los factores de riesgo más estudiados en torno al suicidio, posterior al intento de suicidio se puede reforzar la idea previa que se tenía de consumir el acto suicida.

La escala de ideación suicida de Beck es uno de los instrumentos más empleados para poder evaluar la intensidad y las dimensiones de los pensamientos suicidas así como la frecuencia y la duración de los mismos. Esta escala mide el grado de deseo de morir y el deseo de vivir, el deseo de intentar suicidarse. La aplicación de esta escala a aquellas personas ayudará a evaluar aquellos pensamientos que indicarían la presencia o ausencia de riesgo suicida. La escala de Beck reporta un alpha de Cronbach de 0.93 en México, lo que indica que tiene una alta confiabilidad (Mondragón, Borges y Gutiérrez, 2001).

El resultado de la escala debe ser mayor a los 10 puntos para que la persona sea incluida en el programa, en caso de que el puntaje sea menor indicaría que existe menor riesgo de suicidio.

- Escala de depresión de Hamilton: Retomando a Wagner (2011, septiembre) la depresión es uno de los factores de riesgo más importantes en lo que respecta al suicidio, aproximadamente el 54% de las personas que se han suicidado o han intentado suicidarse padecen de depresión.

La escala de depresión de Hamilton es una escala diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados con depresión, el objetivo de la escala es evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas. El resultado de la prueba debe ser superior a los 14 puntos, lo que indicaría que la persona se encuentra en una depresión moderada que, aunado a los otros factores como el intento de suicidio podrían probabilizar un nuevo intento suicida (Purriños, s/f).

Las escalas mencionadas se aplicarán a todos aquellos que cumplan con el primer criterio de inclusión que refiere al intento de suicidio, ya que el objetivo del programa está centrado en la prevención terciaria y en la rehabilitación de aquellas personas que intentaron suicidarse, se incluirán a las personas cuyos puntajes en la escalan indiquen un riesgo potencial de volver a cometer un suicidio.

- Entrevista personalizada: De acuerdo con Rubin y Bloch (2001), la entrevista es una de las principales herramientas por medio de la cual se puede obtener información relevante acerca del intento de suicidio que se llevó a cabo, por medio de ésta, el terapeuta o evaluador podrá determinar la magnitud del intento suicida mediante la valoración de la letalidad del método, la intencionalidad del acto, así como poder determinar si existe riesgo o no de un nuevo intento suicida, contexto de la persona, disponibilidad de objetos letales, entre otros.

La entrevista puede ser utilizada como un primer acercamiento a la persona, se puede comenzar a explicar la importancia y beneficios del grupo o terapia, las reglas del grupo: como el respeto, la asistencia, la confidencialidad, la realización de tareas en casa, entre otras; de igual modo, durante la entrevista inicial se pueden enunciar los criterios de eliminación, lo anterior tiene que estar especificado en el consentimiento informado, el cual será entregado durante la entrevista inicial.

El programa de prevención de suicidio se encuentra enfocado en la prevención terciaria, razón por la cuál no podrán ser incluidas aquellas personas que no cuenten con alguno de los puntos de inclusión anteriores, se recomienda que si una persona se encuentra en riesgo de cometer suicidio debido a que tiene ideaciones o pensamientos suicidas o un plan para cometer suicidio pero no cumple con el criterio del intento de suicidio sea atendido de manera individualizada.

El grupo estará conformado de 6 a 12 personas seleccionadas mediante los criterios antes mencionados, será un grupo homogéneo y el tratamiento de grupo será multicomponente, las sesiones tendrán una duración de 2 horas máximo, se tendrán dos sesiones por semana. Durante cada sesión se trabajarán diferentes actividades, las cuales estarán encaminadas a cumplir objetivos particulares de cada área; el programa tendrá una duración de 11 semanas.

*Fase de aplicación:* Al concluir la fase preliminar se dará comienzo a la fase de aplicación, que consiste en el inicio de las sesiones en grupo, la primera de ellas, la sesión de presentación, constará de dar la bienvenida al grupo, la presentación de el/la/los terapeuta(s), dar lugar a la presentación de los miembros del grupo, una breve explicación de lo que consiste el programa (número de sesiones, horario, lugar donde se llevará a cabo el programa, actividades a realizar, etc), la importancia que tiene la participación de las personas en el programa, así como explicar las reglas generales del grupo las cuales son:

- **Asistencia Obligatoria:** La asistencia dentro del programa de intervención es fundamental para poder tener progresos; las actividades de las sesiones se encuentran íntimamente ligadas entre sí, razón por la cual, una falta en el programa afectaría el desempeño de las sesiones subsecuentes. Dentro de este rubro se incluye la puntualidad en la asistencia debido a que la impuntualidad daría como resultado la interrupción de las actividades en el programa, o bien, impediría la participación de la persona recién incorporada a las actividades en curso.
- **Confidencialidad:** Al igual que en la terapia individual, el acuerdo de confidencialidad consiste en evitar comentar a personas externas al grupo lo que se comenta en el mismo. Lo anterior puede dar la seguridad a las personas que participan de expresar sus puntos de vista y/o vivencias personales sin el temor que éstos sean expuestos públicamente.
- **Respeto:** Ligado al punto anterior, el respeto hacia los demás miembros del grupo fomenta el buen ambiente dentro del mismo, igualmente ayudará a que las personas expresen abiertamente sus puntos de vista sin temor a ser juzgados o reprendidos. Dentro de este punto se incluye el permanecer callado durante la participación de los otros miembros del grupo, lo anterior también fomenta el aprendizaje mediante las experiencias de otros.

- Participación: La participación dentro del grupo es voluntaria, cada quién es libre de expresarse en el momento que crea más conveniente (siempre y cuando se le conceda la palabra, hay que recordar que está prohibido interrumpir a otras personas), de igual modo, no se puede obligar a una persona a participar, no obstante hay que recordar que la participación en el grupo es una gran oportunidad para poder comentar experiencias y vivencias, en un ambiente en el cual no será juzgado.
- Actividades para casa: Las actividades a realizar fuera de las sesiones son una herramienta para poder garantizar el progreso de las personas fuera de las sesiones, de modo que se reduzca el riesgo de nuevos pensamientos o conductas suicidas fuera de las sesiones o luego de que haya concluido el programa, razón por la cual, la realización de estas actividades es una regla importante dentro del programa.

Habiendo mencionado las reglas del programa se dará lugar a la enunciación de los criterios de eliminación, estos refieren a las razones por las cuales una persona será dada de baja del programa, estos criterios son:

- Inasistencias y retardos: Una de las reglas principales en el programa es la asistencia puntual, debido a la importancia que ésta tiene para el avance de una persona dentro de la terapia en grupo, se tiene derecho a una falta, no obstante si una persona tiene dos faltas seguidas o acumuladas sin justificación o previo aviso será dada de baja automáticamente del programa. De igual manera si una persona acumula cuatro retardos a lo largo del programa será causa de baja.
- Rompimiento de confidencialidad: El acuerdo de confidencialidad es uno de los principales rubros en la terapia en grupo como se mencionó anteriormente, razón por la cuál aquella persona que viole el acuerdo de confidencialidad será excluido del grupo inmediatamente.

- Falta de respeto: Aquella persona que agrede física, verbal o psicológicamente a otras personas, quién interrumpa las actividades del grupo y/o las participaciones de otras personas se le pedirá que respete a los demás recordándole las reglas del grupo si esto se presentara en repetidas ocasiones será excluido del grupo.
- Nuevo intento de suicidio: Al aceptar estar en el programa el terapeuta debe de llegar al acuerdo con la persona que se integrará al programa de no intentar suicidarse durante el transcurso del programa, ya que de presentarse un nuevo intento de suicidio se dará de baja del programa a la persona.
- Exclusión voluntaria: El objetivo del programa es la prevención del suicidio, sin embargo, si una persona llegara a presentar ideaciones suicidas durante el mismo, sentimientos de desesperanza o malestar, esa persona será dada de baja de inmediato

En lo que respecta a los puntos de exclusión voluntaria y la presencia de un nuevo intento de suicidio se deben de trabajar los primeros auxilios psicológicos de inmediato.

Luego de la enunciación de las reglas del programa, se dará oportunidad a los miembros de preguntar dudas o sugerencias en torno a la dinámica de las sesiones; posteriormente se dará lugar a la explicación de cada una de las áreas sobre las cuales estarán enfocadas las sesiones (ver Tabla 3).

Para cerrar la sesión de presentación se darán algunas palabras de apoyo y se hará hincapié en lo importante que es su asistencia y participación en el programa.

A continuación se enuncian las áreas que se trabajarán en el programa, se describen las actividades a realizar para alcanzar los objetivos generales de cada área para cubrir el objetivo general del programa, así como la importancia de estas áreas en lo referente a la prevención del suicidio.

Tabla 3: Resumen del programa para la prevención terciaria del suicidio mediante la intervención en crisis.			
Área	Objetivo General	Actividades	Objetivo particular
Cognitiva	Identificar y reducir la presencia de pensamientos relacionados con el suicidio e incrementar pensamientos positivos	Ac 1: Mitos y realidades.	Ac1: Identificar la percepción de pensamientos suicidas.
		Ac 2: Final feliz.	Ac 2: Reducir los pensamientos asociados al suicidio en situaciones adversas e incrementar pensamientos protectores.
Afectiva	Identificar y reducir los sentimientos en torno a las conductas suicidas, las variables internas y externas determinantes de emociones negativas e incrementar sentimientos positivos	Ac 1: Sentimientos vs sentimientos	Ac 1: Identificar los sentimientos positivos y negativos que tienen las personas de sí mismos, de las demás personas y hacia la vida.
		Ac 2: Listado de cualidades	Ac 2: Identificar las cualidades de sí mismos.
Somática	Reducir los comportamientos de riesgo para la integridad de las personas e incrementar comportamientos protectores.	Ac 1: Planificación de actividades	Ac 1: Reducir la presencia de pensamientos negativos y aumente la presencia de pensamientos positivos.
		Ac 2: Discusión grupal.	Ac 2: Comentar las experiencias de la realización de actividades.
Interpersonal	Identificar la cantidad y calidad de las relaciones personales e incrementar las habilidades personales para mejorarlas.	Ac 1: Listado de la vida	Ac 1: Identificar el número y la calidad de relaciones personales.
		Ac 2: Entrenamiento en asertividad	Ac 2: Expresar de manera asertiva sentimientos, pensamientos y opiniones.
Conductual	Identificar y reducir la presencia de	Ac 1: Mímica	Ac 1: Identificar las conductas desadaptativas y

	conductas suicidas e incrementar la presencia de conductas protectoras.		suicidas.
		Ac 2: Intercambio conductual.	Ac 2: Reducir las conductas desadaptativas y suicidas e incrementar las conductas protectoras del suicidio.
		Ac 3: Solución de problemas.	Ac 3: Incrementar las conductas protectoras del suicidio.

## **Área Cognitiva**

El objetivo general de esta área está enfocado en la identificación y reducción de pensamientos, imágenes mentales, recuerdos del pasado, sueños y fantasías relacionadas con el intento e ideación suicida; e incrementar la presencia de pensamientos y expectativas futuras positivas con respecto a la vida y su autoconcepto.

La primer área a abordar en el programa es el área cognitiva, la principal razón por la cual se aborda en un principio esta área radica en que luego de un intento de suicidio pueden presentarse ideas negativas en relación al autoconcepto como “ni si quiera pude hacer esto bien” o “no sirvo para nada”, las cuales pueden orillar a una persona a un nuevo intento de suicidio y como se ha visto entre más intentos de suicidio previo haya aumenta la letalidad del mismo.

La importancia del área cognitiva radica en la relación que tienen los pensamientos de las personas con la conducta, cuando se tienen pensamientos negativos hacia la vida o hacia el futuro se pueden presentar pensamientos suicidas, dado lo anterior, es necesario reducir la presencia de estos pensamientos y aumentar pensamientos protectores como del suicidio,

Actividad 1: Mitos y realidades.

Una de las primeras actividades en esta área se encuentra enfocada al ámbito psicoeducativo, en esta actividad se abordarán mitos y realidades en torno al suicidio. La importancia de esta actividad radica en desmitificar algunas cuestiones en torno al suicidio, conocer cuál es la perspectiva que tiene cada uno de los miembros del grupo acerca del suicidio, identificar si existen pensamientos dirigidos hacia un nuevo intento suicida.

Cada miembro del grupo tendrá una hoja donde se encuentren algunos de los mitos más conocidos del suicidio, el terapeuta dirigirá la actividad mediante el debate abierto, dando oportunidad a hablar a todos los miembros. Luego de

haber discutido entre el grupo la totalidad de los mitos y la realidad se dará lugar al cierre de la actividad mediante la enunciación de algunos los pensamientos que tuvieron las personas antes y durante la realización del intento suicida.

Actividad 2: Final feliz.

La actividad anterior tenía como objetivo sensibilizar a las personas mediante la desmitificación de algunos aspectos en torno al suicidio, en esta actividad se busca reducir la presencia de pensamientos o ideaciones suicidas mediante el aumento de pensamientos positivos.

La actividad consistirá en la elaboración de algunos dibujos o impresión de algunas imágenes que representen problemas familiares, soledad, depresión, etc, que son situaciones que pueden orillar a una persona a realizar un intento de suicidio, cada persona tendrá una imagen consigo, y tendrá que elaborar una historia, de esa imagen, posteriormente en una hoja en blanco tendrá que realizar un dibujo en el que represente “un final feliz” de la primer imagen.

Cada persona tendrá que decir ante el grupo la historia de ambas imágenes, luego de que todos los asistentes al programa hayan pasado se dará lugar a la discusión de la actividad, donde se resalte la importancia de pensamientos positivos ante situaciones adversas.

### **Área Afectiva**

El objetivo general del área afectiva es identificar y reducir los sentimientos en torno a las conductas suicidas, las variables internas y externas determinantes en las emociones de depresión y desesperanza, incrementar los sentimientos positivos.

Luego de concluir el área cognitiva tendrán lugar las sesiones correspondientes al área afectiva, la importancia de esta área radica en la influencia que tienen los sentimientos en la conducta y pensamientos de las personas, la gran

mayoría de las personas que cometen suicidio sufren de depresión o algún trastorno afectivo.

#### Actividad 1: Sentimientos vs sentimientos.

Los sentimientos positivos o negativos que pueda tener una personas influirán directamente en el estado de ánimo, la conducta, la percepción que tenga esta persona hacia la vida, etc, cuando una persona tiene sentimientos negativos hacia sí mismo, hacia los demás y hacia la vida, puede significar un factor de riesgo para presentar algunas conductas y pensamientos suicidas. Los pensamientos positivos, por el contrario, son uno de los principales factores protectores contra el suicidio.

Al principio de la actividad se comentará en el grupo la importancia de los sentimientos hacia sí mismos, hacia los demás y hacia la vida en el tema del suicidio y como es que los sentimientos negativos pueden resultar en pensamientos suicidas, de igual modo se explicará la importancia que tienen los sentimientos positivos como factor protector del suicidio.

Luego de ello, mediante la participación grupal de todos los asistentes al programa se enunciarán cuales son aquellos sentimientos negativos que sintieron o sientan en ese momento las personas de sí mismos, de los demás y de la vida. Posteriormente, se enunciarán los sentimientos positivos que tengan, en caso de que no existan sentimientos positivos, se deberán enunciar aquellos sentimientos que les gustaría tener a los miembros del grupo.

Es importante que la lista de sentimientos positivos sea mayor al de los negativos, de modo que los miembros del grupo den cuenta de una gran cantidad de sentimientos positivos contrario a los negativos.

#### Actividad 2: Lista de cualidades.

Las personas que cometieron un intento de suicidio normalmente son personas que sufren de depresión y baja autoestima, minimizan sus cualidades y se

enfocan principalmente en defectos. Esta actividad tiene como objetivo que la persona pueda identificar sus cualidades.

Al inicio de esta actividad cada persona deberá elaborar una lista de cualidades que perciban en sí mismos, deberán de enlistar al menos cinco cualidades, posteriormente se le pedirá a los asistentes que se dividan en parejas, y cada persona deberá enlistar cinco cualidades más a la lista de su compañero de modo que cada persona tenga un total de 10 cualidades.

Al finalizar la actividad tendrá lugar una discusión grupal en torno a la actividad, cada persona tendrá que comentar al grupo si le fue complicado enunciar cinco cualidades de sí mismo y de su pareja de actividad.

### **Área Somática**

El objetivo general de esta área se encuentra enfocado en la reducción de los comportamientos que pongan en riesgo la integridad física de la persona, así como el incremento de comportamientos que reduzcan y/o eviten el malestar físico en la persona.

El área somática refiere a todas aquellas conductas y pensamientos que pudieran llegar a afectar el estado físico del individuo, luego de un intento de suicidio las personas suelen ver modificadas en gran medida su rutina diaria, faltan al trabajo o al escuela, dejan de comer, se sienten deprimidos, entre otros pensamientos, las personas suelen caer en un “circulo vicioso” de modo que al no hacer actividad alguna se sienten más deprimidos y al sentirse más deprimidos no tienen motivación de realizar alguna actividad.

En esta área pueden darse lugar conductas como la ingesta en gran medida de comida, o el uso de alcohol o drogas, como se ha visto uno de los factores de riesgo más importante en el suicidio.

## Actividad 1: Planificación de actividades.

La planificación de actividades tiene grandes beneficios en esta área, al darle a las personas un itinerario como la actividad física o el dejarle como tarea que dos veces a la semana salgan a un lugar de su preferencia, genera pensamientos positivos, evitando la presencia de pensamientos deprimentes y conductas como la ingesta de alcohol o de comida en gran medida, al aumentar la actividad física no solo puede mejorar su autoconcepto, también ayuda al generar contacto con otras personas.

La actividad comenzará con una plática psicoeducativa acerca de la importancia que tiene la elaboración de un calendario de actividades o una lista de actividades a realizar a lo largo de la semana como la reducción de pensamientos negativos y el aumento de pensamientos positivos. Las actividades a incluir en este itinerario deben ser del agrado de la persona ya que de incluirse actividades que disgusten a la persona o que le sean indiferentes la actividad no tendrá los resultados esperados.

Posterior a la plática psicoeducativa se dará lugar a la elaboración del itinerario para la semana, se debe de tener planificada al menos una actividad para cada día de la semana, y durante la semana se deben tener al menos tres actividades a realizar al aire libre y/o fuera de casa. Se debe tomar en cuenta la viabilidad de las actividades antes de concluir el itinerario, un segundo punto a considerar es que se debe de evitar las actividades que involucren alcohol o la ingesta de otras drogas.

Al concluir el itinerario de todas las personas del programa se realizará la elaboración de un registro donde las personas podrán anotar cómo se sintieron al realizar las actividades planeadas, comentarios, sentimientos entre otros.

## Actividad 2: Discusión grupal.

Al inicio de la segunda sesión se llevará a cabo la discusión grupal de la actividad 1. En un principio se comentará de manera individual cuales fueron

sus experiencias al realizar las actividades a lo largo de la semana, si existieron sentimientos positivos o negativos, cuales fueron los sentimientos que cambiaron a lo largo de la semana, antes, durante y después de realizar cualquier actividad.

Luego de que cada uno de las personas del grupo hayan comentado sus experiencias se dará lugar a la discusión de la actividad, que consistirá en la comparación de sentimientos que se presentan cuando se está en casa sin alguna actividad a realizar y cuales son los sentimientos que se presentan al realizar las actividades que son del agrado de las personas.

Luego de la discusión se realizará una plática acerca de la importancia de tener un itinerario similar al de la actividad 1 para cada mes del año, de modo que la actividad de las personas no sea rutinaria, que incluya cenas o paseos familiares, reuniones sociales, actividad física.

### **Área Interpersonal**

El objetivo general del área interpersonal es identificar la cantidad y la calidad de las relaciones interpersonales con las que cuenta la persona, así como el rol que desempeña la persona dentro de las mismas, brindar a la persona de habilidades interpersonales para mejorar la calidad y cantidad de dichas relaciones.

Cuando una persona ha pasado por un evento traumático o una crisis como puede presentarse tras el intento de suicidio, las personas ven disminuidas sus habilidades sociales así como su red de apoyo social, personal y familiar. Actividades como el entrenamiento en habilidades sociales o el entrenamiento en asertividad brindarán las herramientas o ampliarán el repertorio conductual de las personas en situaciones complicadas, igualmente podrán expresar sus emociones o sentimientos que de no hacerlo, pueden representar un riesgo significativo de cometer un intento de suicidio.

### Actividad 1: Listado de la vida.

La cantidad y la calidad de las relaciones interpersonales son de vital importancia al momento de la rehabilitación de una persona que ha intentado suicidarse. La apreciación que se tiene de éstas disminuye considerablemente antes de presentarse el intento de suicidio. Dado lo anterior es importante restablecer las relaciones interpersonales que son significativas para la persona o, en su defecto, dar a la persona una red de apoyo social como pueden ser las mismas personas que participan en el programa.

La actividad consiste en dar a los asistentes una hoja en donde puedan elaborar un listado de aquellas personas que ellos consideran importantes en su vida, aquellas personas que aprecien y que los aprecie, que quiera verlos vivos, en caso de que alguno de los asistentes no pueda enunciar al menos una persona el terapeuta tendrá que dialogar con él de modo que se incluya a él mismo en esa lista y a los asistentes al programa.

La finalidad de esta actividad es dar cuenta a los asistentes que ante cualquier necesidad de expresar sus pensamientos o cuando busquen ayuda tengan una red de apoyo en la cual puedan contar cuando se sientan solos, ya que al saber que no se está solo en una circunstancia adversa una opción que pueden tomar es pedir ayuda a las personas de esa lista.

### Actividad 2: Entrenamiento en asertividad.

La asertividad refiere a la capacidad de un individuo de transmitir y recibir los mensajes de sentimientos, creencias y opiniones de una manera honesta, pertinente y respetuosa, defiende sus propios intereses, expresa sus opiniones libremente. La importancia de la asertividad en la prevención del suicidio radica en que podrá decir sentimientos en torno a posibles ideaciones suicidas, o pedir ayuda cuando la requiera.

En principio se dará una plática psicoeducativa acerca de la importancia de la asertividad y de sus diferencias entre el comportamiento pasivo y el agresivo,

luego de ello los terapeutas modelarán a los asistentes cómo ser asertivos en una discusión, posteriormente se realizarán algunos ensayos conductuales donde los participantes aprenderán de que manera pueden ser asertivos en dos aspectos fundamentales a saber: aceptar un cumplido y tener y expresar tus propios sentimientos y opiniones.

En esta actividad deberán participar todos los asistentes, tendrán que ejemplificar el rol del sujeto asertivo y mientras que uno de los terapeutas tendrá el papel de sujeto pasivo/agresivo.

La importancia de esta actividad radica en la necesidad que las personas acepten un cumplido puesto que las personas que padecen depresión o de autoestima baja rechazan cualquier cumplido, de igual modo es imprescindible que las personas aprendan a expresar sus sentimientos y pensamientos de manera asertiva ya que esto reduce la presencia de pensamientos y potencial intento suicida.

### **Área Conductual**

El objetivo general del área conductual es identificar y reducir los patrones conductuales vinculados con la ideación e intento suicida, e incrementar las conductas protectoras del suicidio.

El área conductual está vinculada en gran medida a las anteriores, uno de las actividades que pueden ser de gran utilidad es el entrenamiento en solución de problemas, ya que un pobre desempeño en solución de problemas puede derivar en el intento suicida.

Actividad 1: Mímica.

La identificación de conductas desadaptativas y la reducción de las mismas es uno de las principales objetivos de ésta área. Las conductas desadaptativas o suicidas son uno de los principales factores de riesgo, razón por la cuál es importante enseñar a las personas a tratarlas.

La actividad constará de escenificar en mímica las conductas desadaptativas o suicidas, las conductas estarán escritas en un pedazo de papel el cual tendrán que sacar de una bolsa de plástico.

La actividad comenzará en dividir a las personas en dos equipos, cada uno de los miembros de cada equipo tendrá que escenificar al menos una de las conductas escrita en los papelitos. Luego de cada representación el equipo deberá adivinar cual fue la conducta que estaba representando su compañero, al finalizar la actividad se nombrará al equipo ganador entregándosele un premio significativo.

Al finalizar la actividad se llevará a cabo una discusión acerca de las actividades representadas, cada uno de los participantes deberá identificar que conductas son las que ellos presentan.

Actividad 2: Intercambio conductual.

Basada en la actividad anterior, esta actividad se centra en las conductas protectoras o adaptativas que se busca incrementar en este programa.

En un pizarrón o un papel colocado en la pared estarán escritas las conductas desadaptativas de la actividad anterior, los participantes seguirán divididos en dos equipos, cada equipo tendrá que elegir una conducta colocada al frente y entre todos tendrán que escenificar la conducta protectora que sustituya a la conducta desadaptativas elegida.

El equipo que escenifique de mejor manera la mayor cantidad de conductas protectoras será el ganador.

La finalidad de las actividades anteriores, radica en que las personas que asistan al programa den cuenta de las conductas que representan un riesgo para sí mismos (conductas desadaptativas) y, al mismo tiempo, den cuenta de conductas protectoras.

### Actividad 3: Solución de problemas.

El entrenamiento en solución de problemas implica la enseñanza de cinco pasos a seguir, éstos son, la orientación al problema, la definición del problema, desarrollar las soluciones posibles, el análisis de cada una de las soluciones posibles y evaluar los resultados de la solución; en caso de no ser efectiva la solución elegida se debe de reiniciar el procedimiento desde el primer paso.

Lo anterior implica una sesión psicoeducativa de la solución de problemas mencionando la importancia que tiene ésta en la prevención del suicidio, dada la generación de alternativas diferentes al intento de suicidio.

En principio se explicarán a los miembros del grupo cuáles son los cinco pasos, luego de la enunciación y explicación de los cinco pasos se dará lugar a la realización de un ejercicio de resolución de problemas, teniendo una temática diferente a la del suicidio, el primer ejercicio se realizará de manera grupal.

Luego del ejercicio grupal se dividirá al grupo en dos para realizar un ejercicio ahora sin la ayuda del terapeuta, para el ejercicio se darán un mínimo de 20 minutos, posteriormente se expondrá al grupo el resultado del ejercicio, señalando los aciertos y errores que tuvieron en el mismo.

Con la segunda sesión del área conductual concluye la fase de aplicación, se dará lugar a una sesión de cierre del programa donde se le pedirá los asistentes que den sus impresiones tras haber concluido el programa, se recordarán algunos de los principios abordados en el programa, y se explicará que luego de haber concluido el programa se realizarán las pruebas que se realizaron para la inclusión de las personas al programa para poder evaluar los avances obtenidos durante el mismo.

*Recomendaciones para el terapeuta:* Algunas de las recomendaciones para el terapeuta que se deben tomar en cuenta antes, durante y después de realizar el programa de prevención.

- Pareja de terapeutas: Se recomienda para la realización del programa y durante el transcurso de las sesiones la presencia de dos terapeutas, esto debido a que un terapeuta puede ser el encargado de la sesión, en tanto el segundo terapeuta pueda estar encargado de la revisión de las conductas no verbales que puedan presentarse a lo largo del programa. Este punto ayuda a la confiabilidad de las observaciones en el programa.
- Protección de la persona: Es importante reducir el riesgo de las personas que presentan ideaciones y pensamientos suicidas, un medio por el cual se puede proteger a las personas, es mediante la restricción de métodos suicidas, durante los primeros auxilios psicológicos, es necesario saber cual fue el método por medio del cual intento suicidarse la persona y retirarlo de inmediato (cuando se trata de un objeto como pastillas, armas de fuego, sogas o cables, objetos punzocortantes).
- Confidencialidad: El acuerdo de confidencialidad que se mencionó como parte de las reglas del programa de prevención incluye también a los terapeutas por cuestiones éticas, no obstante, este acuerdo de confidencialidad debe romperse cuando se trata de personas menores de 18 años como son adolescentes y niños, así como cuando se trata de personas con alguna enfermedad mental.
- Red de apoyo social: Luego de haberse presentado el intento de suicidio, es necesario que durante las entrevistas familiares o con el paciente se elabore una lista donde se incluyan a las personas que deseen ver con vida al paciente. El paciente deberá informarle alguna persona de esa lista la situación de modo que esa persona pueda estar pendiente de la situación.
- Contrato de vida: Es importante que se establezca con el paciente un contrato de vida, que consista en la explicación del compromiso que tiene el terapeuta con él y con su rehabilitación y, de igual manera, debe

de existir este compromiso del paciente consigo mismo, de modo que no debe de presentarse un intento de suicidio mientras la terapia esté en curso; en caso de que se presente algún pensamiento o ideación suicida debe comentarlo al terapeuta de inmediato.

- Proximidad de las citas: Cuando se refiere a tentativa de suicidio, la proximidad de las citas cobra especial importancia, de modo que es recomendable que las citas no sean semanales como en otros casos. Es importante tomar en cuenta que de presentarse un paciente con intento de suicida en viernes ha de citarse a esa persona el lunes a primera hora, esto debido a que los fines de semana suelen ser difíciles para personas deprimidas, o con problemas emocionales.
- Disponibilidad telefónica: Debido al intento de suicidio reciente, las personas son vulnerables a la presencia de crisis, depresión severa, etc, por lo que el terapeuta debe informar al paciente que se encuentra disponible en todo momento, ya sea de manera presencial o vía telefónica.

Lo anterior refiere a algunas de las recomendaciones generales que ha de tomar en cuenta el terapeuta para la realización del programa de prevención, de igual modo ha de tener en cuenta tanto las reglas del programa así como los criterios de exclusión.

*Fase de evaluación:* Al haber concluido la fase de aplicación, se debe de citar de forma individual a cada una de las personas que asistieron al programa para poder realizar la evaluación del programa mediante la aplicación de las pruebas que se emplearon para la inclusión de las personas al programa.

Los resultados de estas pruebas serán importantes para poder determinar si los objetivos del programa fueron cubiertos, los resultados de las pruebas aplicadas tras haber concluido el programa tendrán que ser comparados con los resultados de las pruebas de inclusión al programa, en caso de no presentar una disminución en los puntajes o que éstos puntajes sean mayores,

es necesario atender de manera individual a esa persona pues el factor de riesgo para cometer un suicidio o intento de suicidio es alto. Si los resultados presentan puntajes más bajos se le dirá a la persona que el proceso ha concluido.

## CONCLUSIONES

La psicología clínica en México ha ido cambiando a lo largo de los años, en un principio el trabajo del psicólogo se limitaba a la aplicación de pruebas psicológicas y al trabajo como auxiliar psiquiátrico, actualmente el trabajo del psicólogo clínico incluye la investigación y evaluación de las problemáticas que afectan a la población mexicana como el alcoholismo, la drogadicción, la violencia intrafamiliar y escolar.

El suicidio es una de las principales problemáticas de salud en la actualidad no sólo en México sino en el mundo, los índices de mortalidad que tiene el suicidio se han incrementado en casi 400% desde 1970 siendo los adolescentes y las personas mayores las más afectadas, no obstante cada vez se están presentando más suicidios en niños menores a los 12 años.

Los datos demuestran que existe un mayor porcentaje de hombres que cometen suicidio en relación con las mujeres (4:1), no obstante en lo que respecta al intento de suicidio, ideación y pensamientos suicidas las mujeres presentan un porcentaje superior en relación a los hombres (3:1), lo anterior indica que pese a intentar en menor cantidad el intento de suicidio y presentar en menor medida pensamiento o ideaciones suicidas los hombres suelen consumir los intentos de suicidio.

Lo anterior se encuentra relacionado con los factores que influyen en la elección del método suicida. Los principales factores que influyen en la elección del método tanto en hombres como mujeres son la disponibilidad, la accesibilidad y los factores culturales que existan alrededor de cada método, esto significa que las mujeres elegirán un método que no afecte su apariencia física al momento de consumir el método como la ingesta de medicamentos, éste método en particular no es tan letal; este factor no influye en gran medida en los hombres quienes eligen métodos más letales como el ahorcamiento y disparo con arma de fuego.

Las investigaciones en torno al suicidio han demostrado que las poblaciones en riesgo son principalmente jóvenes de entre 14 y 29 años y adultos mayores de 65 años, el suicidio es un problema que afecta tanto a hombres como a mujeres, independientemente del estado civil y nivel socioeconómico, no obstante existen algunos factores de riesgo que han sido identificados en la temática del suicidio como son el uso de alcohol y otras drogas, niveles bajos de autoestima, padecer de depresión, haber presentado anteriormente un intento de suicidio, entre otros.

Este último factor es importante ya que luego de haber intentado suicidarse la persona puede entrar en una crisis severa, los métodos elegidos para el suicidio serán más letales, dado lo anterior es importante atender la crisis que se presenta a la brevedad posible, pues como se observo la crisis puede desencadenar en el suicidio.

La intervención en crisis que ha de llevarse a cabo inmediatamente es la denominada de primera instancia o primeros auxilios psicológicos, los cuales estarán enfocados en la reducción del riesgo suicida y de salvaguardar la integridad física y emocional de las personas.

Esta primera intervención en crisis puede darse en el hospital, siempre y cuando la persona se encuentre en un estado de salud físico estable y no se encuentre bajo la influencia de alguna droga o medicamento, se recomienda trabajar con padres o amigos mientras la persona que ha intentado suicidarse se encuentre en revisión médica ya que el apoyo de las personas cercanas para él será fundamental para la rehabilitación de la persona.

Luego de que la crisis haya pasado es necesaria la rehabilitación de la persona de modo que se pueda prevenir un nuevo intento de suicidio. De acuerdo a lo revisado en este trabajo, la prevención terciaria es necesaria ya que de no presentarse ésta el número de personas en riesgo sería muy elevado.

El programa de prevención diseñado en este trabajo está enfocado en la rehabilitación de cinco áreas principales retomadas del trabajo de Slaikeu

(CASIC), en donde se trabajan tantos pensamientos, conductas, sentimientos, problemas físicos relacionados al suicidio o intento de suicidio, de manera que se pueda evitar un intento de suicidio en el futuro.

El principal beneficio potencial del programa elaborado en este trabajo radica en las múltiples áreas que se abordan en el mismo, las técnicas están dirigidas en el entrenamiento de distintas habilidades protectoras que pueden llevar a cabo las personas con y sin ayuda de otras personas de manera que se reduzca al máximo la presencia de ideaciones y pensamientos suicidas; en caso de presentarse se espera que lo aprendido por las personas en el programa ayude a las personas a buscar una solución alternativa al intento de suicidio.

No obstante, la principal limitante de este programa radica en que está basada en la prevención terciaria, por lo que no se puede incluir a personas que se encuentren en riesgo de cometer suicidio sin que se haya presentado un intento de suicidio (prevención secundaria), dado lo anterior se hace indispensable la realización de programas en los otros niveles de prevención

## BIBLIOGRAFÍA

American Association of Suicidology (2011). *History of the American Association of Suicidology*. Recuperado el 10 de Octubre de 2011. De <http://www.suicidology.org/web/guest/about-aas/history>

Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio. (2011). Recuperado el 10 de Octubre de 2011. De <http://www.iasp.info/es/index.php>

Asociación Mexicana de Suicidología (2011). *Sobre la Asociación*. Recuperado el 10 de Octubre de 2011. De [http://www.suicidologia.org.mx/sobre\\_la\\_asociacion.php](http://www.suicidologia.org.mx/sobre_la_asociacion.php)

Barrón, A. y Sánchez, E. (2001). Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*. 13, (1), 17-23.

Bello, M., Puentes, E., Medina, M. y Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública de México*. 47, (1), 4-11.

Benveniste, D. (2000). Intervención en crisis después de grandes desastres. *Revista de la Sociedad Psicoanalítica de Caracas*. VIII, (I), 1-6.

Bobes, G., Saíz, P., García-Portilla, M., Bascarán, M. y Bousoño, M. (2004) *Comportamientos suicidas: Prevención y tratamiento*. México: Ars Medica.

Borges, G., Orozco, R., Benjet, C. y Medina, M. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Pública de México*. 52, (4), 292-304.

Brauman, U. y Perrez, M. (1994). *Manual de psicología clínica*. España: Herder.

Buendía, J., Riquelme, A. y Ruíz, J. (2004). *El suicidio en adolescentes: Factores implicados en el comportamiento suicida*. España: Universidad de Murcia.

Cerezo, H. (2005) *Concepto de crisis. Intervención psicológica en crisis y duelo*. Recuperado el 29 de Marzo de 2011. De <http://intervencionencrisisydesastres.wordpress.com/2005/06/29/concepto-de-crisis/>

Chávez, A. (2011, septiembre). *México ante la Asociación Internacional de Prevención del Suicidio (IASP)*. Simposio Magistral. Presentado en el IV Congreso Internacional de Prevención del Suicidio. León, Gto. México.

Chávez, A., Pérez, R., Macías, L. y Páramo, D. (2004). Ideación e intento suicida en estudiantes de nivel medio superior en la Universidad de Guanajuato. *Acta Universitaria*. 14, (3), 12-20.

Clemente, M. y González, A. (1996). *Suicidio: Una alternativa social*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Cortina, E., Peña, M. y Gómez, Y. (2009). Factores psicológicos asociados a intento de suicidio en jóvenes entre 16-25 años del Valle de Aburrá. *Revista de psicología*. 1, (1), 55-73.

Cullari, S. (2001). *Fundamentos de la psicología clínica*. México: Pearson Educación.

De la Garza, F. (2008). *Suicidio: Medidas preventivas*. México: Trillas.

Definición de suicidio (2009). Recuperado el 1 de Mayo de 2011. De <http://www.definicionabc.com/salud/suicidio.php>

Díaz, C. (2011). Rol de enfermería en la prevención. *Departamento de Salud del Gobierno de Puerto Rico*. 80-86.

Díaz, L. (2000) Comportamiento del suicidio en Ciudad de la Habana intervención de enfermería en la atención primaria de la salud. *Revista Cubana de Enfermería*. 16, (2) Recuperado el 1 de Mayo de 2011. De [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086403192000000200003&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086403192000000200003&script=sci_arttext)

Durkheim, E. (1994). *El suicidio*. México: Ediciones Coyoacán.

Fernández, P., Alonso, V. y Montero, C. (1997). *Determinación de factores de riesgo*. Recuperado el 09 de Octubre de 2011. De [http://www.fisterra.com/mbe/investiga/3f\\_de\\_riesgo/3f\\_de\\_riesgo.pdf](http://www.fisterra.com/mbe/investiga/3f_de_riesgo/3f_de_riesgo.pdf).

Galindo, E. (2006). Análisis del desarrollo de la psicología en México hasta 1990. *Revista Electrónica Internacional de la Unión Latinoamericana de Entidades de Psicología*. (5). Recuperado el 25 de Noviembre de 2011. De [http://www.psicolatina.org/Dos/analisis\\_psicol.html](http://www.psicolatina.org/Dos/analisis_psicol.html)

García, J., Montoya, M., Higuera, F., Maldonado, J., Anaya, A. y Escalante, P. (1997). *Intento de suicidio en la niñez y la adolescencia. ¿Síntoma de depresión o impulsividad agresiva?* Recuperado el 1 de Mayo de 2011. De <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=219625&indexSearch=ID>

Garrido, R., García, J., Carballo, E., Luaces, C. y Alda, J. (2000). Intoxicaciones voluntarias como intento de suicidio. *Anales de Pediatría*. Recuperado el 1 de Mayo de 2011. De <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=ADOLEC&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=11083962&indexSearch=ID>

González, C., Villatoro, J., Alcántar, I., Medina, M., Fleiz, C., Bermúdez, P. y Amador, N. (2002). Prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes de la Ciudad de México: 1997 y 2000. *Salud Mental*. 25, (6), 1-12.

Gutiérrez, G., Gil, I., Jiménez, V. y Lugo, B. (2001). Suicidio en la tercera edad: un problema de salud comunitario. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*. 39, 2. Recuperado el 1 de Mayo de 2011. De [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S156130032001000200012&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S156130032001000200012&script=sci_arttext&tlng=es)

Harre, R. y Lamb, R. (1986). *Diccionario de psicología fisiológica y clínica*. Barcelona: Paidós.

INEGI, (2006). *Estadísticas a propósito del día de muertos: Datos nacionales*. Recuperado el 13 de Abril de 2011. De <http://www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2006/muertos06.pdf>

INEGI, (2004). *Estadísticas de intentos de suicidio y suicidios*. Recuperado el 13 de Abril de 2011. De [http://www.inegi.org.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/continuas/sociales/suicidio/2004/boletinsui04.pdf](http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/continuas/sociales/suicidio/2004/boletinsui04.pdf)

Martínez, C. (2007). *Suicidología: El gran desafío de la suicidología latinoamericana es la predictibilidad*. Recuperado el 11 de Abril de 2011. De <http://www.suicidologia.org.ar/?1.2.-definiciones-de-suicidio,46>

Mondragón, L., Borges, G. y Gutiérrez, R. (2001). La medición de la conducta suicida en México: Estimaciones y procedimientos. *Salud Mental*. 24, (6), 4-15.

Mondragón, L., Saltijeral, M., Bimbela, A. y Borges, G. (1998). La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol. *Salud Mental*. 21, (5), 20-27.

Pérez, B., Rivera, L., Atienzo, E., Castro, F., Leyva, A. y Chávez, R. (2010). Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana. *Salud Pública de México*. 52, (4), 324-333.

Pérez, S., Ros, L., Anaya, T, y López, R. (1997). Factores de riesgo suicida en adultos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 13, (1).

Phares, E. y Trull, T. (1997). *Psicología clínica: Conceptos, métodos y práctica*. México: Manual Moderno.

Phares, E. y Trull, T. (2003). *Psicología clínica: Conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión*. México: Tomson.

Pomerantz, A. (2008). *Clinical psychology: Science, practice and culture*. United States of America: Sage.

Puentes, E., López, L. y Martínez, T. (2004). La mortalidad por suicidios en México: 1990-2001. *Revista Panamericana de Salud Pública*. Recuperado el 1 de Mayo de 2011. De [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S102049892004000800005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S102049892004000800005&lng=en&nrm=iso)

Purriños, M., (s/f). *Escala de Hamilton: Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)*. Recuperado el 5 de Noviembre de 2011. De <http://www.meiga.info/Escalas/Depresion-Escala-Hamilton.pdf>

Remor, E., Arranz, P. y Ulla, S. (2007). *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. España: Desclée de Brouwer.

Reynoso, L. y Seligson, I. (2005). *Psicología clínica de la salud: Un enfoque conductual*. México: Manual Moderno.

Rivera, M, y Andrade, P. (2006). Recursos individuales y familiares que protegen al adolescente del intento suicida. *Revista Intercontinental de Psicología y educación*. 8, (2), 23-40.

Roselló, J., y Berríos, M. (2004). Ideación suicida, depresión, actitudes disfuncionales, eventos de vida estresantes y autoestima en una muestra de

adolescentes puertorriqueños/as. *Revista Interamericana de Psicología*. 38, (2), 295-302.

Rubin, B. y Bloch, E. (2001). *Intervención en crisis y respuesta al trauma: Teoría y práctica*. España: Descleé de Brouwer.

Salvo, L., Rioseco, P. y Salvo, S. (1998) *Ideación suicida e intento de suicidio en adolescentes de enseñanza media*. Recuperado el 1 de Mayo de 2011. De <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=242724&indexSearch=ID>

Silva, I. y Pillon, S. (2004). Factores protectores y de riesgo asociados al uso de alcohol en adolescentes hijos de padre alcohólico en Perú. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 12, (2). Recuperado el 09 de Octubre de 2011. De [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692004000700010&script=sci\\_arttext&tlng=eses](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692004000700010&script=sci_arttext&tlng=eses).

Sánchez, P. (2008). *Psicología Clínica*. México: Manual Moderno.

Slaikeu, K. (1996). *Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación*. México: Manual Moderno.

Urbina, J. (1992) *El psicólogo: Formación, ejercicio profesional y prospectiva*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Valdivia, M., Ebner, D., Fierro, V., Gajardo, C. y Miranda, R. (2001). Hospitalización por intento de suicidio en población pediátrica: una revisión de cuatro años. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*. 39, (3), 211-218.

Vázquez, A. y Guarachi, D. (2010). Epidemiología del intento suicida en el Hospital Madre Obrera, Llallagua, Bolivia. *Revista de Neuropsiquiatría*. 73, (2), 39-44. Recuperado el 30 de Octubre de 2011. De <http://www.upch.edu.pe/famed/rnp/73-2/rnp%20v73n2ao1.pdf>

Villafaña, L., Gurrola, G. y Balcázar, P. (2002). Factores psicosociales y predisponentes en el intento de suicidio con pacientes hospitalizados. *Psiquiatría*. 6, (4). Recuperado el 30 de Octubre de 2011. De [http://www.neurologia.tv/bibliopsiquis/bitstream/10401/1138/1/psiquiatricom\\_2002\\_6\\_4\\_2.pdf](http://www.neurologia.tv/bibliopsiquis/bitstream/10401/1138/1/psiquiatricom_2002_6_4_2.pdf)

Wagner, F. (2011, septiembre). *Depresión y suicidio: Una perspectiva de Salud Pública*. Conferencia Magistral. Presentada en el IV Congreso Internacional de Prevención de Suicidio, León, Gto, México.

Wasserman, D. y Wasserman, C. (2009). *Suicidology and suicide prevention*. Oxford. New York.

Weiner, I. (1992). *Métodos en psicología clínica*. México: Limusa.

Zas, B. (2010). La prevención en Salud: Algunos referentes conceptuales. *Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas*. Recuperado el 16 de Septiembre de 2011. De <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/barbara/prevencion/index.shtml>