



**Universidad Nacional Autónoma de México**

**Facultad de Estudios Superiores Iztacala**

**"Análisis Contingencial y reducción del riesgo de suicidio: un estudio de caso"**

T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A (N)

**Morales Flores María José**

Director: Mtro. **Antonio Rosales Arellano**

Dictaminadores: Dra. **María de Lourdes Rodríguez Campuzano**

Mtra. **Antonia Rentería Rodríguez**



Facultad de Estudios Superiores  
**IZTACALA**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

*“En las actuales condiciones de vida quererse con vida es un acto de resistencia, y estoy dispuesta a resistir y a promover resistencia.”*

Morales-Flores, M.J.

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A mi familia**

Este logro se lo debo a mis padres por permitirme estudiar; enseñarme a leer fue el acto de amor más hermoso que conocí. Gracias por dejarme ser quien soy, una persona sin tabúes, sin miedos, y con mucha inquietud y controversia.

A mi hermano, mi mejor amigo. Mi hogar está donde sea si eres tú quien me abre la puerta. Te amo muchísimo.

### **A mis amigos**

Les debo mis noches divertidas, mis pensamientos controversiales en constante discusión, compañeros de vida, gracias. Gracias por quererme. Soy el resultado de todos los acontecimientos vividos junto a ustedes. Soy afortunada de tenerlos.

### **A mi director Lic. Antonio Rosales**

¡Profe, salud, por más profesores como usted! Gracias por la paciencia y el amor a su trabajo. Me encantó colaborar junto a usted. Lo aprecio mucho.

### **A la Dra. María de Lourdes Rodríguez**

Profesora, ya hasta me salió callo de tanta piedra en el zapato. Gracias por el conocimiento otorgado, ahora puedo dar clases de redacción. Gracias por amar su trabajo, tiene mi admiración.

A los que siempre han creído en mi esfuerzo y en todo momento me dijeron que yo podía ser más, gracias por ser motivación. Y sobre todo a los que jamás me apoyaron, me enseñaron que yo podía sola. Fueron un mal necesario.

A los amigos que se fueron, este trabajo se los dedico a ustedes dos, me titulé por y con ustedes. Ya por fin somos licenciados. Su huída me dejó un hueco impresionante, un hueco que intento llenar con amor propio. Los quiero.

A mi UNAM, desde la preparatoria me aventaste a la realidad con golpes fuertes y abrazos cálidos. Elegirte ha sido la mejor decisión que he tomado hasta el día de hoy. ¡GOYA!

Y por último a mi yo del pasado, gracias por resistir, gracias por ser duda y cuestionamiento. Gracias porque a pesar de los duelos te mantuviste fiel a ti misma. Nos tenemos.

***A los que estuvieron, gracias. A los que se fueron, ninguna ausencia me llenó tanto como la suya, aprendí a crecer, a ustedes doblemente gracias.***

## Índice

<b>1. Introducción</b>	<b>6</b>
<b>2. Suicidio: Algunos aspectos generales</b>	<b>10</b>
2.1 ¿Qué es el suicidio?	10
2.2 Causas del suicidio	12
2.3 Suicidio como valoración moral	20
2.4 Suicidio ¿intervención moralista?	24
2.5 Algunos comentarios sobre la conceptualización del suicidio	31
2.6 Características del suicidio como comportamiento	35
<b>3. Psicología interconductual y riesgo suicida</b>	<b>38</b>
3.1 Bases teóricas	38
3.2 Análisis Contingencial	41
3.2.1 Aportes del AC en casos de riesgo suicida	44
<b>4. Análisis contingencial y riesgo suicida: Un estudio de caso.</b>	<b>46</b>
4.1 Presentación del caso	46
4.1.1 Datos demográficos	46
4.1.2 Queja principal	46
4.1.3 Remisión	47
4.2 Descripción del caso	47
4.3 Análisis contingencial	51
4.3.1 Análisis microcontingencial	54
4.3.2 Análisis macrocontingencial	58
4.3.3 Génesis del problema	61
4.4 Evaluación cuantitativa	63
4.4.1 Escala de Ideación Suicida de Beck	63

	5
4.4.2 Evaluación cuantitativa de indicadores de riesgo	64
4.5 Análisis de soluciones	66
4.6 Diseño de intervención	67
4.6.1 Planeación de la intervención	68
4.7 Resultados	75
4.7.1 Resultados de Escala de Ideación Suicida de Beck	75
4.7.2 Resultados de Morfologías y efectos dispocionales	78
4.7.3 Resultados por objetivos particulares	83
<b>5. Discusión</b>	<b>88</b>
<b>6. Epilogo</b>	<b>91</b>
<b>7. Referencias</b>	<b>92</b>
<b>8. Anexos</b>	<b>99</b>

## Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al suicidio como una enfermedad mental o un comportamiento anormal que va en contra de la salud y bienestar, considerándolo un relevante desafío para la salud pública en la actualidad. A nivel mundial es una de las principales causas de muerte hasta los 34 años, tanto en hombres como en mujeres (OMS, 2019).

La ONU calcula que para el 2020 la cifra mundial de fallecidos anual será de millón y medio, y considera que las personas que padecen enfermedades psiquiátricas tienen más riesgo de conductas suicidas consumadas, sin embargo, el factor de riesgo más significativo es un intento previo de suicidio, pues por cada suicidio hay muchas más tentativas (OMS, 2018).

Borges, Orozco y Medina (2009, 2012) reportan que en México 6,601,210 ciudadanos adolescentes y adultos reportan ideación suicida, es decir, que han pensado en suicidarse en los últimos meses del año, siendo la población de 15 a 24 años la de mayor riesgo.

Según datos presentados en un comunicado de prensa por el Instituto Nacional de Geografía y Estadística ([INEGI], 2018), en 2016 ocurrieron 6,291 muertes por lesiones autoinfligidas intencionalmente, lo que representa una tasa de 5.1 suicidios por cada 100,000 habitantes, siendo los Estados de Chihuahua y Yucatán quienes duplican la tasa nacional con 11.4 y 10.2 respectivamente. Esta institución reporta que en nuestra nación el suicidio es mayormente consumado por hombres quienes mueren en 8 de cada 10 casos.

Entre las causas mayormente encontradas en la población mexicana se encuentran los problemas familiares, amorosos, depresión y ansiedad, así como el abuso de alcohol y drogas. Siendo la principal práctica para el suicidio el ahorcamiento, estrangulación o sofocación (INEGI, 2018).

Eguiluz, Plasencia y Santillán (2017) comentan que casi la mitad de la población mexicana es de escasos recursos materiales, de modo que el acceso a la educación, a la salud y a la vivienda, aunque sean derechos humanos y estén consignados como mandato constitucional, pueden no cumplirse, teniendo graves consecuencias para la salud física y mental de niños y jóvenes. Señalan también que un factor a considerar a nivel nacional es el modelo económico, ya que las condiciones económicas son desalentadoras para los jóvenes, quienes recién egresados de la carrera no encuentran trabajo y las fuentes de empleo caen en bancarrota, despidiendo a cientos de personas sin una justificación que respalde estos fenómenos de desigualdad e inseguridad. Otros factores sociales que ellas relevantes a considerar son: la violencia familiar, la cual ha ido en aumento, y la falta de credibilidad en las instituciones que establecen las reglas de convivencia, tales como la Iglesia, el Estado con sus partidos políticos y su sistema de salud. Siendo todos estos factores condiciones sociales a las que estamos expuestos desde el momento de nuestro nacimiento.

Ante esta situación la Secretaría de Salud por parte del Gobierno estatal, ha propuesto estrategias de prevención del suicidio que van desde la línea telefónica las 24 horas para situaciones de crisis, un diagnóstico oportuno del problema por medio de la aplicación de encuestas en nivel básico (tal como lo expone el comunicado de prensa de Campeche) y se han abierto espacios por parte del

Instituto Mexicano de la Juventud (INJUVE), en los Núcleos Urbanos de Bienestar Emocional (NUBE, en portal de la Ciudad de México, 2020).

Con el fin de también realizar intervención, diversas asociaciones independientes sin fines de lucro se han organizado para tratar dicha problemática, tal es el caso de la Asociación Mexicana de Suicidología (AMS): “Fundada en 2006 es una organización sin fines de lucro cuya misión es la investigación, formación de recursos, consultoría, divulgación y prestación de servicios comunitarios en torno al suicidio como problema de salud pública” (recuperado de su página oficial AMS, 2019).

Por su parte, la psicología ha contribuido a la búsqueda de solución de dicha problemática social, utilizando técnicas de intervención previamente creadas aplicadas para casos clínicos, y que en algunos casos han resultado eficaces para la prevención del suicidio. Por ejemplo, González y Juárez (2016), explican cómo desde el modelo cognitivo-conductual se estudia el comportamiento desde el análisis funcional, aplicando técnicas de intervención como *cambio de distorsión cognitiva* o la Terapia Breve Centrada en Soluciones.

Retomando la definición que ofrece la OMS sobre la “salud mental”, en la que se involucran los trastornos mentales como factores de riesgo para la consumación del suicidio, la lógica médica es considerada como la opción idónea para la explicación, tratamiento e intervención (farmacológica) desde la psiquiatría. Los usuarios que presenten comportamientos que estén clasificados con algún trastorno establecido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5 (DSM 5, 2014) de la Asociación Americana de Psiquiatría comenzarán entonces una intervención psiquiátrica.

A pesar de las intervenciones expuestas desde diversos ámbitos profesionales y gubernamentales, se sigue buscando aplicar técnicas generalizadas que partan de clasificaciones y diagnósticos médicos para prevenir el suicidio, sin intervenir de manera directa desde el modelo psicológico, observándose en consecuencia que las estadísticas otorgadas por la INEGI, la tasa de muertes por suicidio acrecenta año con año.

El presente trabajo pretende ejemplificar una alternativa para intervenir en casos de riesgo suicida desde otra lógica: la interconductual, la cual permite que se estudie y explique a partir de una perspectiva de campo. Para realizar dicha intervención se utilizó el Análisis Contingencial (AC), que es un sistema y una metodología que permite analizar y modificar el comportamiento humano individual, sea este considerado o no como problema (Rodríguez, 2016). En consecuencia, el presente trabajo pretende investigar la pertinencia que tiene el Análisis Contingencial ante la disminución del riesgo suicida, en un caso clínico específico.

## 2. Suicidio: Algunos aspectos generales

Cuando se utiliza una palabra en la psicología, o en cualquier otra ciencia, es indispensable realizar un recorrido conceptual, pues hay una gran cantidad de vocabulario dentro de toda disciplina que proviene del uso común y cotidiano. Dichas palabras son multívocas, ya que tienen diversas funciones lógicas y se prestan a la interpretación y dirección erróneas de lo que intencionalmente se busca decir, y para entenderlas hay que analizar la circunstancia social en la que se está haciendo uso de ella. Nos referimos en este caso al uso de término “suicidio”.

Según Ortega (2018), dicho análisis nos permite delimitar las diversas formas de comportamiento a las que nos referimos para una correcta identificación, análisis e intervención, además de evitar la formulación de pseudoproblemas imposibles de resolver para cualquier ciencia o disciplina.

### 2.1 ¿Qué es el suicidio?

De manera hegemónica en la actualidad el suicidio es considerado como enfermedad mental. Las definiciones que ahora se presentan son evidencia de ello.

La Real Academia Española (RAE, 2018) define el suicidio de la siguiente manera: *La palabra suicidio proviene del latín sui, de sí mismo, y caedĕre, matar, y significa matarse a sí mismo. 1.m. Acción o conducta que perjudica o puede perjudicar muy gravemente a quien la realiza.*

Mientras que Durkheim (2014) explica el suicidio como toda muerte que resulta mediata o inmediatamente de un acto, positivo o negativo, ejecutado por la propia víctima, a sabiendas de que habría de producir este resultado. El sujeto renuncia a la existencia, pues el suicidio es el acto desesperado de una persona que ya no quiere vivir. Desde su lógica se considera “suicidio” cuando se hace con conocimiento de causa, es decir, se sabe la consecuencia de su acción, comúnmente se hace referencia a que tienen “conciencia” de sus actos, también es condición necesaria que las acciones del suicida estén libres de determinantes, pues si están obligados a realizar dicha acción estaríamos hablando probablemente de un homicidio. Es por ello que el mismo autor reconoce la imposibilidad del suicidio en los animales, ya que pueden morir por condiciones que ellos posibilitaron, pero sin que hayan previsto a la muerte como resultado.

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), se ubica al suicidio como parte del trastorno del comportamiento suicida, considerando el trastorno a partir de un intento de suicidio en los últimos 24 meses. Aquel intento es una secuencia de comportamientos iniciada por el propio individuo, quien sabe que iniciando se espera que se llegue a su propia muerte. Para la categorización, se consideran factores como los métodos, las consecuencias médicas del comportamiento, es decir, si requieren hospitalización o se pueden dar de alta pronto. Además, de examinar el grado de planificación e impulsividad del intento (American Psychiatric Association [APA], 2014).

Para Duarté, Lorenzo y Rosselló (2012), el comportamiento suicida se manifiesta en ideas (pensamiento de quitarse la vida), en amenazas (vistas como

ideas verbalizadas), en intentos (acciones que llevan la intención de quitarse la vida), y en suicidio realizado.

Se consideran entonces a estas conceptualizaciones como algunas de las que mayormente son retomadas por la psicología en la actualidad, y aunque cada una tiene sus especificaciones, se coincide en la idea de que la conducta suicida consiste desde las autolesiones, intentos de muerte hasta la consumación del acto de manera *intencional*, esto es que la persona tiene claro el cometido de su comportamiento sea cual sea su motivo.

## **2.2 Causas del suicidio**

Espinoza *et al.* (2010) mencionan que la identificación de factores predictores del suicidio ha sido desalentadora dada la naturaleza multidimensional del acto suicida; sin embargo, consideran que con una metodología eficaz se esperaría encontrar un orden dentro del caos.

A lo largo del tiempo, se han considerado como causantes un amplio espectro de elementos con los que está en interacción el individuo: genéticos, ambientales, distorsiones cognitivas, elementos de la naturaleza, fenómenos naturales, la imitación, entre otros.

Durkheim (2014), expone una gran cantidad de componentes que se consideraban determinantes para la consumación del suicidio de manera reduccionista, los cuales considera que sí son factores que pueden o no probabilizar el acto suicida, mas no lo determinan. Considera que el suicidio es entonces un

fenómeno sociológico y no individual, ya que cada sociedad tiene en cada momento una *actitud* definida ante el tema.

En su libro *El suicidio* (Durkheim, 2014), plasma toda una investigación orientada a querer saber cuáles eran las condiciones de las que depende “la tasa social del suicidio”, siendo ésta entendida como una orden de hechos únicos y determinados. Dicha tendencia se forma colectivamente.

Durkheim analizó muchos factores que pudieran estar involucrados, tales como la locura o neurastenia, el alcoholismo, la raza, la herencia, las condiciones geográficas (clima, altitud, duración del día) e incluso la imitación, no obstante, todos fueron factores involucrados más no causantes de dicho fenómeno. Actualmente ante la conceptualización del suicidio como problema de salud mental, la medicina y la psicología consideran que los trastornos mentales juegan un papel fundamental en personas con comportamiento suicida. Bedoya y Montaña (2016) consideran que los más frecuentes en adultos que han realizado intentos son depresión, distimia, bipolaridad, trastorno de la personalidad, ansiedad, agorafobia, abuso de sustancias (alcohol, tabaco), esquizofrenia, somatización y trastornos alimentarios como la anorexia nerviosa. En los adolescentes se encuentran trastornos de conducta, depresión, fobias simples y ansiedad generalizada (Bedoya & Montaña, 2016); existiendo mayor riesgo de consumación en los primeros días o semanas de algún tratamiento farmacológico, ya que suele empeorar la sintomatología, además de que el riesgo es 100 veces mayor entre los tres días y la semana de salir del hospital.

El Gobierno del Estado de México (2019), en su portal de internet, expone que las personas que se quitan la vida encuentran al suicidio como única alternativa

de solución a sus problemas, ya que a muchas personas les resulta demasiado complicado resolver un problema considerando diversas posibilidades. Según el Gobierno esta incapacidad de resolución de conflictos se relaciona con desequilibrios biológicos y químicos.

Algunos investigadores que forman parte del Centro Estatal de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (CEVECE, 2018) declaran que: los Estados con mayor índice de muertes por suicidio son Quintana Roo y Tabasco; y que el suicidio no es una enfermedad, ni necesariamente la manifestación de esta, pero los *trastornos mentales* son un factor importante asociado al suicidio. CEVECE (2018) es quien reconoce en los jóvenes mexicanos la relación directa de su calidad de vida y sus expectativas para el futuro, pensándose así la importancia que tiene la visión del futuro para la motivación de vivir.

El Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) expone que el 90% los suicidios se ligan a condiciones de salud mental como depresión. Se estima que el 80% de los suicidios presentan un cuadro depresivo. En línea con lo anterior, Molina (Báez, 2018) sugiere que en México hacen falta programas para la detección y prevención oportuna de conductas suicidas, pues se hace intervención únicamente cuando ya son casos de urgencia.

El APA (2014) en el DSM-5 menciona que algunos acontecimientos relacionados con el suicidio son: la suspensión de algún medicamento psiquiátrico, y el padecimiento de las enfermedades mentales que a continuación se presentan:

**Tabla 1.**  
*Trastornos mentales relacionados con el suicidio*

Trastorno	Definición	Comorbilidad con el suicidio
<b>Depresión</b>	Es un periodo en el que se presenta un estado de ánimo decaído, pérdida de interés o placer, cambios de apetito, sueño, sentimiento de inutilidad o culpa, pensamientos de muerte recurrentes, intento de suicidio o un plan para realizarlo (DSM-V).	Se considera que la depresión juega un papel determinante para consumar el suicidio en personas con trastorno depresivo al menos 27% han tenido intento de suicidio a lo largo de sus vidas.
<b>Ansiedad</b>	Según el DSM-V (2014) los trastornos de ansiedad son episodios por medio excesivo ante amenazas reales o percibidas como tal.	Se ha mostrado que dicho trastorno aumenta el riesgo de ideación e intento suicida (Bartels, (2002) en Bedoya & Montaña, 2016). Casi el 20% de los pacientes con un trastorno de crisis de ansiedad y fobia social hacen intentos de suicidio infructuosos (Caycedo <i>et al.</i> , 2010, en Bedoya & Montaña, 2016).
<b>Trastorno bipolar</b>	Para el DSM-V (2014) implica episodios maníacos, acompañados por episodios hipomaníacos de depresión mayor.	Entre el 10% y el 15% de personas que padecen dicho trastorno consuman el suicidio (DSM-V, 2014).
<b>Trastorno de personalidad</b>	Considerado por el DSM-V como comportamiento durable que se desvía notablemente de las expectativas de la cultura del individuo.	Estos trastornos se presentan hasta en un 70% en personas suicidas (Mejía, et ál. 2011, en Bedoya & Montaña, 2016), siendo la desregulación emocional y la impulsividad las más frecuentes. Incluso el intento de suicidio se considera un criterio diagnóstico de trastorno de la personalidad.
<b>Esquizofrenia</b>	En el DSM-V (2014) se considera la esquizofrenia como alteración con síntomas como delirios, alucinaciones, discurso y síntomas negativos.	En los primeros años de la enfermedad, entre un 5-15% de pacientes mueren por suicidio (Hor & Taylor, 2010, en Bedoya & Montaña, 2016).

Nota: Adaptado de *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM)*, (2014). Por American Psychiatric Association. 5ta. Edición.

Un estudio realizado en Colombia por Hawkins *et al.* (2014) muestra que, de la población psiquiátrica que estudiaron, el 60.7% presenta riesgo suicida, no encontrando correlaciones significativas con las variables sociodemográficas y clínicas como el sexo, la edad, el estado civil, o los antecedentes familiares de suicidio. Encontraron que el 70.4% de los pacientes presentó algún grado de desesperanza.

Sin embargo, retomando a Durkheim (2014), no existe ningún estado psicopático que mantenga una relación regular con el suicidio, es decir, que no porque una sociedad tenga mayor cantidad de enfermos neurópatas o alcohólicos, tendrá a su vez mayor o menor cantidad de suicidios. Así que, aunque es un factor que puede probabilizar, no es en sí una causa. Coincide también con Rascón *et al.* (2004, en Bedoya & Montaña, 2016) pues considera que un trastorno mental por sí solo no puede explicar la conducta suicida.

Al diagnosticar a una persona con alguna de estas patologías adviene todo un proceso de intervención para el control de estas: fármacos, internación en hospitales, evaluaciones por parte de la medicina y un sinnúmero de modificaciones en la vida cotidiana de la persona, que el psicólogo y psiquiatra deben considerar priorizando el bienestar del paciente, y no únicamente su control y contención (Durkheim, 2014).

En cuanto a las causas sociales a nivel mundial, los factores más comunes para el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia ([UNICEF], 2017) son: los problemas familiares graves como violencia o agresividad, el abuso sexual, los problemas en la escuela, las bajas calificaciones, el rechazo por parte del grupo de compañeros o lo que actualmente se conoce como “bullying”, agresiones,

dificultades para su identificación sexual y el temor a la reacción de la familia. Concordando, la OMS (2018), quien reporta que las tasas de suicidio son elevadas entre los grupos vulnerables objeto de discriminación, por ejemplo: los refugiados y emigrantes; las comunidades indígenas; las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales, transexuales, intersexuales; y los reclusos. Muchos intentos e ideaciones suicidas están sumamente relacionadas con sentimientos de marginación y rechazo de individuos con dudas e inseguridades en sus orientaciones sexuales.

La APA (2014) menciona que enterarse recientemente de algún diagnóstico potencialmente letal como el cáncer o leucemia, la pérdida repentina de algún pariente o pareja, la pérdida de empleo o de la estabilidad económica, también son razones por las que las personas pueden llegar a tomar la decisión de quitarse la vida.

En el caso específico de México, Sánchez et. ál. (2014), observan que los problemas familiares son considerados como la principal causa del intento de suicidios, ya que puede estar presente la deficiente satisfacción de las necesidades emocionales y afectivas de los adolescentes; pues en un adolescente mexicano, la familia es la principal red de apoyo social.

Los signos de tristeza, depresión, desesperación, aislamiento; pueden ser respuestas emocionales al no encontrar formas de comprender, enfrentar y resolver algunas problemáticas. Dichas respuestas parecen estar construidas culturalmente desde la familia en cuanto a cómo expresar sentimientos negativos. Cuando se analizó lo que piensan los jóvenes al intentar suicidarse, las expresiones como “salir del problema” y “única salida” hacen creer que *culturalmente es válido recurrir al*

*suicidio como recurso de afrontamiento a problemas interpersonales*, por todo ello, consideran que la principal estrategia de prevención y atención al suicidio es la presencia de la familia en la cultura latinoamericana (Sánchez, et ál. 2014).

Borges et ál. (2009), en su estudio sobre la prevalencia de planeación suicida en adultos y jóvenes de la Ciudad de México, llaman a dichos comportamientos “gestos suicidas”. En dicha investigación el resultado fue que las mujeres, las personas con escolaridad más baja que la licenciatura, los subempleados y los habitantes de la región sureste; tienen mayor riesgo de realizar planeaciones suicidas.

Borges, Orozco y Medina (2012), desarrollan un índice de riesgo de intento de suicidio, con el fin de que fuera utilizado por los clínicos en el escenario de pacientes que reportaron ideación. Se consideró la zona geográfica, la edad, sintomatología depresiva, y si había o no antecedente de abuso sexual. Los resultados fueron: personas no casadas, con menor escolaridad, jóvenes, subempleados tienen mayor riesgo, e incluso se reporta que en el 75% de los casos hay como antecedente algún trastorno psiquiátrico (Encuesta Nacional de Epidemiología, 2012).

Para Barroso (2019) el aprendizaje de la masculinidad y la feminidad es un proceso que crea diferencias en la subjetividad de los seres humanos en todas las etapas de la vida, ya que las expectativas, valores, cualidades, roles e incluso las sanciones; inciden en la manera que se define el cuerpo, las relaciones interpersonales y la búsqueda de apoyo emocional. El conocer y comprender los procesos para la construcción social de género median la forma en que los humanos pensamos y vivimos incluso nuestra sexualidad.

Imberton (2014) presenta que en el Estado de Chiapas la violencia de género del hombre hacia la mujer es la principal razón por la cual las mujeres quieren quitarse la vida.

Los métodos de suicidio también se ven relacionados con el rol de género, pues los hombres utilizan métodos más violentos por el hecho de que se han asumido a sí mismos como más impulsivos, mostrándose menos dispuestos a buscar ayuda; por su parte, las mujeres realizan más intentos de suicidio, pero lo consuman menos, sosteniendo la dimensión simbólica de “llamar la atención” (Tsirigotis, et ál., 2011).

Es entonces el género uno de los elementos a considerar cuando se quiere analizar un caso, pues como muestran los datos, es una variable altamente relacionada con el suicidio, ya que los instrumentos utilizados para las autolesiones, los lugares, las redes de apoyo o la búsqueda de ayuda profesional; se ve influenciado por los convencionalismos dependiendo de si eres mujer u hombre. Puede ser, entonces, un factor que probabiliza o no, la ocurrencia de ciertos comportamientos, sin embargo, como se expuso al principio, las causantes del suicidio son múltiples y diferenciadas según cada caso, por lo que no debemos reducir el comportamiento suicida a un sólo causante, sino dimensionar todo un campo de análisis, considerando también la historia de vida del individuo.

### 2.3 Suicidio como valoración moral

El tema del suicidio ha estado presente en todas las épocas del ser humano y la valoración de este fenómeno, y de cualquier otro, depende de las convenciones sociales de cada sociedad, el establecimiento de reglas en el deber ser, y la influencia de las instituciones, tales como la Iglesia, el gobierno o las instituciones científicas.

La filosofía es la primera que se ocupa de reparar en el suicidio de una manera crítica, mediante el cuestionamiento acerca de causas, implicaciones y problemáticas que están inmersos (Ortega, 2018). Y nos remitimos a la filosofía porque nos ayuda a entender las problemáticas que le aquejan al ser humano, prestando atención a las reflexiones de los pensantes en diversas épocas, para así poder llegar hasta las concepciones actuales que se han construido.

En la Antigua Grecia, en *Las leyes*, Platón se opone radicalmente al suicidio, e incluso propone algunas normas para que se castigue. En esta época, cualquier persona que cometiera el suicidio no merecía respeto por parte de los demás, pero sí era legítimo cuando se mencionaban motivos suficientes ante el Senado, ya que se creía que los dioses eran quienes cuidaban de nosotros, y nosotros éramos una posesión de ellos. Así pues, si uno recibía señales de los dioses que indicaran que se debe cometer suicidio, entonces se estaba autorizado en hacerlo (Platón, 1999).

El cristianismo es especial en el tema de la muerte, pues como menciona Ortega (2018), *garantiza una vida eterna en otro plano*, siendo la propuesta y promesa de un mundo mejor que solamente se cumple con la obediencia de mandamientos (reglas). Se habla de un más allá que ni ellos conocen, y es Dios el

único que da y quita la vida. Así comenzó la Iglesia a castigar entonces a los suicidas, condenando eternamente en el infierno, haciéndole daño al cadáver (quemándolo en público), retirando las pertenencias del suicida, dejando sin propiedades a los familiares. Por ende, el hombre estaba obligando a conservar su vida, sino ofendería a su creador.

Por último, la presencia del pensamiento existencial del francés escritor Albert Camus quien plantea en *El mito de Sísifo* (1942, traducido por Trevethan & Riebeling, 2012), la filosofía de lo absurdo como una manera de ver lo insignificante de la vida, y es precisamente la pérdida de sentido de vida la que impulsa al ser humano a suicidarse. Es por ello por lo que es necesario que cada uno acepte su estado y nunca intente evadir la realidad o el suicidio se convierte en la última salida de la negación.

Con base en lo anterior, es posible identificar que el suicidio como acto es susceptible de valoración moral y que éste se modifica según la cultura y el momento histórico considerando las condiciones sociales, las instituciones a cargo de la regulación del comportamiento y de la declaración del bien moral, y en nuestro siglo no es la excepción.

En el siglo XXI Espinoza, Zepeda y Bautista (2010), conciben al suicidio como un grave problema de salud pública mundial particularmente cuando se presenta en jóvenes, pues eleva notablemente la carga social y económica de las sociedades afectadas. El Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud elaborado por la OMS (2018), identificó a la violencia autoinfligida como uno de los *padecimientos* sustanciales de las sociedades modernas.

Su concepción, como bien lo menciona Ortega (2018), está basada en el modelo de salud-enfermedad, por lo que se compara con cualquier otra patología, como el cáncer o la diabetes, y por ello debe ser atendida como tal. Se cree que nadie en su sano juicio puede matarse, por ello se busca evitar el tema y mejor buscar su prevención, obligándole a la persona a morir en las condiciones éticas dominantes de las instituciones. Es por ello por lo que el suicidio de ser un pecado ha pasado a ser un crimen, y ahora como una enfermedad mental con posibilidades de tratamiento.

Incluso ya se han creado diversos modelos que pretenden explicar el suicidio desde un sentido biológico, algunos son *El Modelo Integrativo* de Turecki (2005), en él las dimensiones de impulsividad y agresividad están relacionadas con factores biológicos que definen un endofenotipo de conducta suicida; el *Modelo diátesis-estrés* que explica la multicausalidad del riesgo suicida, el cual se da por la interacción de los genes y el ambiente, Mann *et al.* (1999) son quienes mantienen la hipótesis de que la tendencia a presentar conductas suicidas puede transmitirse en la familia por medio de genes y por último, el *Modelo de trayectorias de desarrollo del suicidio* de Silverman y Felner (1995), este modelo fue desarrollado desde un punto de vista preventivo, se supone la existencia de una serie de procesos que conducen al suicidio, es decir, el acto no es aislado, sino que se va formando durante un tiempo determinado. Los autores utilizan el concepto de vulnerabilidad personal que es el resultado de la experiencia con factores de riesgo y factores de protección. Los factores involucrados son de naturaleza biológica, psicológica, cognitiva y ambiental. La intervención comienza entonces poniendo especial

atención a los factores de protección y haciendo especial esfuerzo para la detección de dichos procesos suicidas (Giner, 2010).

Que el suicidio sea algo legal o ilegal, que sea una enfermedad o una conducta desviada de lo esperado, o un derecho o prohibición; queda sujeto a la conceptualización moral.

Hay un autor que está en contra de estas ideologías, e incluso, gracias a su posición se le nombra antipsiquiatra: Thomas Szasz, quien expone el suicidio como un acto deliberado, voluntario, en el que la conducta está motivada por una preferencia de la muerte sobre la vida. Sostiene la idea de que no es una problemática de salud, sino que es un *problema moral*, basándose en la predisposición de que el suicida no quiere morir, sino dejar de sufrir (Szasz, 1999). Es el suicida quien ve el suicidio como una protección frente a un destino considerado peor que la muerte, es una acción orientada al futuro, una anticipación, y una red de seguridad existencial.

Actualmente creemos que el suicidio no es crimen, pero se busca la prohibición de su consumación, se hace uso de la fuerza y la intervención frecuentemente se remite a la hospitalización, medicación y encierro. La intervención termina siendo contraproducente gracias a la coerción, ya que se obliga a la persona incluso a morir en condiciones éticas y no por mano propia. Con esta ideología del suicidio como causa de una enfermedad, se abre la posibilidad de tratamiento, de un proceso de sanación al que cualquier puede ser sometido (Szasz, 1999).

## 2.4 Suicidio ¿intervención moralista?

A continuación, se presentan algunos modelos que han intentado explicar el suicidio, no sin antes mencionar que no hacen referencia a un mismo comportamiento, aunque utilicen las mismas palabras para explicarlo, no son teorías equivalentes, y dependen de las exigencias sociales y morales a las que responden, además de las disciplinas en las que se basan, como la psicología, medicina o derecho.

- *Modelo Cognitivo de Beck.*

Aaron Beck consideraba que los individuos elaboraban categorías mentales de acuerdo con sus experiencias, y gracias a dicha clasificación los individuos perciben, estructuran e interpretan su realidad. Cuando alguna categoría se distorsiona genera depresión, la cual provoca una conducta suicida, producida porque el individuo distorsiona su realidad (Beck, 1979, en Ortega, 2018). Creía que los pacientes con tendencia suicida muestran pensamientos negativos y creencias disfuncionales. Algunas de estas son: abstracción selectiva, generalización, magnificación y minimización, pensamiento dicotómico, culpabilidad, etcétera.

Por ello, la función del psicólogo con personas que presentan dichas distorsiones consiste en identificar las categorías distorsionadas; cambiar dichas creencias falsas a través de la reestructuración cognitiva; y sustituir dichos pensamientos por unos más “apropiados” que rechacen las conductas autodañinas.

Una de las pruebas psicométricas que se derivan de esta teoría es la Escala de Ideación Suicida, que evalúa la intencionalidad suicida con base a sus

dimensiones cognitivas con el fin de evaluar los pensamientos, planes, deseos de morir y de cometer suicidio.

- *Modelo Cognitivo-Conductual*

Este modelo actualmente estudia, analiza e interviene en el fenómeno de manera constante. Para ello, utiliza un procedimiento de evaluación, que nombran análisis funcional, que considera a cada persona como caso único pues cada conducta se da en un tiempo y espacio particular. La interacción entre las variables del sujeto y del entorno probabilizan la conducta, se encadenan y terminan con la realización de algún comportamiento.

En el caso específico del suicidio, según Martín (2016), se considera la historia individual, los factores presentes, la existencia de alucinaciones o distorsiones cognitivas, alteraciones de la conciencia por fármacos o por enfermedad mental, los lugares donde ha tenido intentos previos de suicidio y las formas de la acción. En todos los casos el propósito del psicólogo es que mediante su lenguaje modifique la función de las respuestas cognitivas y fisiológicas.

Este modelo sí considera perfiles de frecuencia estadística, por ejemplo, en el caso de suicidios consumados los hombres mayores de 50 años y jóvenes menores de 24 años son los más susceptibles. El bajo control de impulsos, la baja motivación sociolaboral o afectivo, la asociación con trastornos o enfermedades físicas, son algunos de los factores que consideran.

En el momento de una intervención psicológica se evalúan factores sociodemográficos, características fisiológicas, los contenidos verbales como confusiones, orientación espacio-tiempo, ideaciones, alucinaciones, discurso

cognitivo, coherencia cognitivo-emocional, expresión emocional, evaluaciones sobre sí mismo, valores culturales y derechos; entre otros (Martín, 2016).

- *Teoría del comportamiento suicida de Linehan*

La teoría de Linehan considera que el comportamiento suicida es un método que se aprende con el fin de combatir el sufrimiento emocional. Este comportamiento Linehan (1993, en Ortega, 2018) se conceptualiza como un déficit en las habilidades para solucionar los problemas de la vida cotidiana, y mira en la muerte una solución única para frenar el sufrimiento. Según él la cognición es la principal causa de los suicidios

- *Modelo narrativo: Terapia breve de emergencia (TBE)*

Dura aproximadamente de 10 a 20 sesiones, además de otra alternativa que se conoce como Terapia Centrada en los Problemas (TCP) desarrollada en principio por Fisch, Weakland y Segal (1982) y formulada a posteriori por Watzlawick y Nardone (2000). Este tipo de terapias consisten en eliminar los síntomas o el comportamiento disfuncional a través de diversas estrategias que resuelvan las dificultades, considerando todo aquello que se ha hecho con anterioridad y que no haya funcionado. En estos modelos los objetivos terapéuticos se negocian con el paciente, se buscan las excepciones en que la persona ha logrado controlar el problema. Se emplea también la deconstrucción del significado, y otros recursos provenientes del Modelo Narrativo de Michael White y David Epston (1990). Se propone entonces, que la realidad surge a partir de los procesos lingüísticos consensuados. Aunque no sea un tipo de terapia dirigida únicamente a usuarios con

intento o ideación suicida, cobra importancia en este fenómeno por la utilidad que se le ha dado últimamente.

Carolina Santillán, Luz de Lourdes Eguiluz y María Luisa Plasencia (2017), presentan cómo lo han aplicado en casos de emergencia a jóvenes por medio del grupo CREAS (Crisis, Emergencia y Atención al Suicidio) de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Lo aplican en casos de crisis de ansiedad y depresión, o chicos en riesgo suicida, defendiendo la alta funcionalidad de la TBE, además de que involucran tareas como ejercicios para practicar en casa, llevar un diario de positividad, practicar el optimismo y la esperanza, entre algunas otras.

Ellas consideran que el comportamiento suicida a pesar de ser un fenómeno complejo presenta cierta regularidad, puesto que comienza con ideas repentinas de la propia muerte y cuestionamientos sobre el actuar en el mundo; si esto persiste y se refuerza por diversas experiencias, puede acompañarse de crisis planeación y, por último, el intento suicida. Por ello la importancia de actuar de emergencia ante estos casos.

- *Autopsias psicológicas*

Las autopsias psicológicas son instrumentos que sirven para la recabación de datos y reconstrucción de características personales, sociales, familiares y sintomatológicas de una persona que se suicidó, y de la que, por obvias razones, es imposible obtener información de manera directa. El objetivo es para crear, con base en las experiencias pasadas, estrategias preventivas que también nos ayudan a comprender el suicidio. Y como mencionan Monroy y Valdés (en Sánchez, 2018),

se puede incluso hacer prevención universal brindando información sobre la situación familiar y social de las personas que se quitaron la vida.

Se le pregunta a la familia y conocidos sobre los factores detonantes, los motivos, la intencionalidad y la letalidad, pero, Monroy y Valdés exponen los limitantes que constantemente se presentan, como el que la familia no quiera hablar o que no recuerde información, ya sea por el estigma que se tiene sobre el suicidio o porque pasó bastante tiempo desde el suceso hasta la entrevista.

Está más que claro, por el nombre, que es un proceso de lógica jurídica, específicamente forense, que una vez más los psicólogos buscamos reproducir pero aplicándolo a nuestra lógica. Algunos investigadores que han hecho uso de las autopsias psicológicas han expuesto diversas limitantes:

1. La información obtenida mediante las entrevistas es limitada, ya que al explicar un solo caso no es posible la generalización de los hallazgos obtenidos que permitan la creación de un perfil de personas suicidas.

2. La información es mínima ya que no se cuenta con una fuente directa del suceso.

3. La veracidad de dicho contenido es dudosa, ya que pasa por el filtro de la interpretación de cada uno de los familiares y amigos.

Entonces seguimos comparando el comportamiento con el cuerpo humano (lógica médica), como si se pudiera encontrar un sólo causante, una patología, responsable de la muerte de una persona.

Existen otro tipo de intervenciones no directamente creadas por los psicólogos, pero en las que sí participan constantemente como parte de un grupo multidisciplinario.

Uno de los pocos estudios que tienen evidencia científica de su efectividad, según Bustamante y Florenzano (2013), es el “*Programa de Prevención del Suicidio en Finlandia*” el cual disminuyó la tasa de suicidios en más de un 20% en el país, en el cual se registraron suicidios y análisis de autopsias psicológicas, después se implementaron programas nacionales de prevención, realizando una campaña de información especialmente a los trabajadores de la salud y, por último, uno de los que consideramos más completos, ya que se trata de un esfuerzo multinacional de países europeos; se creó con el fin de mejorar el manejo de pacientes con depresión, y así, disminuir los intentos suicidas. Incorpora de manera estratégica cuatro actividades comunitarias: capacitación de médicos generales, una campaña informativa a la población acerca de la depresión, cooperación de actividades de autoayuda para grupos vulnerables. Actualmente dicha iniciativa se ha implementado en 18 países europeos y es uno de los programas de mayor representación mundial en el tema de la salud mental. ¿Pero por qué es tan efectivo? Consideramos que el compromiso de inversión tanto económico como político por parte de los países que lo integran, ya que se involucran y trabajan en conjunto diversas disciplinas clave, como la medicina y la psicología. Además, de que no solamente es para alguna población en especial, sino que llega a todo aquel que lo necesite independientemente del sector social.

Otros programas se realizan en su mayoría en establecimientos educacionales, y consisten en programas de psicoeducación sobre depresión y/o

suicidio en las escuelas, esperando que los adolescentes “tomen conciencia” de los factores de riesgo asociados a la conducta suicida y cómo pedir ayuda de forma efectiva; entrenamiento a profesores para detectar adolescentes en riesgo; y por último, programas de pesquisa para la detección de riesgo suicida, se busca detectar a los jóvenes con patología mental a través de instrumentos de tamizaje, y posteriormente, se canalizan con un especialista de salud mental.

En el caso específico de México, la Secretaría de Salud (en CEVECE), considera como metas importantes para la prevención del suicidio: promover la idea de que el suicidio es un problema de salud mental, desarrollar estrategias para reducir el estigma asociado con el uso de servicios de salud mental, que se involucren diversos actores, tales como médicos, medios, docentes, centros de trabajo, policías, bomberos; y la implementación de cursos de capacitación para identificar comportamientos de salud mental. Todo resumiendo en la idea de que hay que aumentar la concientización sobre los comportamientos suicidas.

En la Ciudad de México, el Sistema de Transporte Colectivo Metro, creó el programa Salvando Vidas, el cual consiste en que profesionales de la salud capacitan a policías auxiliares, a la policía Bancaria e Industrial, a los jóvenes que conforman la Ola Naranja y a diversas brigadas, en intervención en crisis, en identificar los síntomas y comportamientos suicidas que presenta algún pasajero y evitar que consuma el suicidio, siendo el método más común dentro del metro aventarse a las vías. Según las noticias se reporta que, desde el 2016 que se implementó dicha iniciativa, al 2018, se ha evitado que 57 mujeres y 75 hombres se suiciden. También mencionan que 92 personas lo han hecho al presentar una crisis emocional, 17 por el consumo de sustancias tóxicas y 23 ya eran considerados

pacientes psiquiátricos. No especifican claramente cuál es el método para seguir, solamente que posterior a la crisis se canalizan los casos a psicólogos, psiquiatras, médicos generales y personas de servicio social. Se cuenta también con la participación del Hospital Fray Bernardino.

## **2.5 Algunos comentarios sobre la conceptualización del suicidio**

Ya que se presentaron varios conceptos, teorías, modelos explicativos, instrumentos más frecuentemente usados e incluso propuestas de intervención, retomaremos algunas de las limitaciones que presentan.

Como lo exponen Córdoba, Rosales y Rosales (2019), los términos que se utilizan como “suicidio” o “intento suicida”, son constructos teóricos que requieren de un sustento de referencia de lo cual se derive su definición y su instrumento de registro, donde no solamente se identifique si hay ausencia o presencia, sino también intensidad, morfología específica a lo que el usuario se refiere, etcétera. Ya que como estos investigadores encontraron, cada profesional interesado en analizar el tema del intento suicida utiliza diversas maneras de referirse al suicidio o al intento, pues su marco teórico es diferente, lo que es un reflejo de que ni siquiera se mantiene un concepto central del que partan todas las intervenciones, y cada profesional termina haciendo lo que considere según su corriente psicológica.

Ortega (2018) lo ejemplifica de la siguiente manera: utilizamos cotidianamente la palabra suicidio para referirnos a distintas situaciones, en expresiones como “hace demasiado calor en Sonora en esta época, vivir allá es un suicidio”, “ese acróbata motociclista está a punto de hacer un acto suicida”, “casarte

es un suicidio social, ya no eres libre”. Como podemos deducir al contextualizar la palabra, en cada situación hacemos referencia del suicidio a diferentes cosas, a la complejidad y riesgo de un acto circense, a las restricciones y obligaciones de vivir en pareja, o a la incomodidad de vivir en un estado con calor extremo.

Esto va acompañado de que gran parte de las psicologías insisten en un estudio del suicidio bajo una doctrina dualista mente-cuerpo. Esta segmentación del humano en dos categorías procede de los griegos, aunque su oficialización se dio a partir de la Doctrina oficial de Descartes, en ella el cuerpo está sujeto a las leyes mecánicas que gobiernan a los cuerpos y sus estados pueden ser controlados por observadores externos, por el contrario, la mente no se encuentra en el espacio físico, sus operaciones son inobservables y privadas. En consecuencia, el ser humano vive dos historias paralelas.

Ryle habla de esta dualidad como “el mito del Fantasma en la Máquina”, en la que se hace uso de metáforas como “comportamiento interno” y “comportamiento externo” para explicar la conducta humana. A este dogma lo considera un error categorial, ya que presenta a un tipo de categoría lógica algo que pertenece a otra. El error categorial ha sido ampliamente tratado por dicho autor en su libro *El concepto de lo mental* (1949).

Para Ribes (2008), el concepto de salud mental proviene de un error lógico, ya que asigna a lo mental un carácter causal interno, y aplica un modelo biológico de enfermedad a problemas de comportamiento y valoración social. Las expresiones mentales son, entonces, prácticas sociales en las que el individuo adquiere formas de relacionarse con su contexto, como parte de convenciones sociales. Dicha conceptualización de la salud mental promovió la aceptación de

entidades anormales que se basan en criterios puramente morfológicos, como la homosexualidad, las fobias, o las obsesiones; etiquetando a quien las realizaba como desviado, alterado o trastornado. Es a partir del modelo médico de enfermedad que se parte para interpretar problemas de comportamiento individual.

Es por ello por lo que, al seguir haciendo uso de dicha doctrina, actualmente se da un tratamiento erróneo al comportamiento suicida, haciendo uso simultáneamente de dos técnicas: cognitivas, y, por otra parte, conductuales. Ya que, desde una aproximación dualista, las primeras se encargan de modificar procesos cognitivos como pensar, imaginar, idear, y las conductuales aquellos comportamientos que podemos acceder a ellos físicamente como golpear, lastimar, gritar.

El suicidio es considerado el resultado de actividades o disfunciones mentales, de ahí la importancia de que el psicólogo y el psiquiatra sean los que se encarguen de arreglar esto mediante una reestructuración cognitiva.

Las técnicas creadas para la prevención del suicidio son un claro ejemplo de los esfuerzos creados desde esta lógica para un cambio social de dicho fenómeno. El método más recurrente para la prevención es el diagnóstico y tratamiento psicológico temprano, fuera de eso, no se ha progresado mucho en términos de efectividad, sino al contrario, ha incrementado su incidencia (Ortega, 2018).

En resumen, considerar las condiciones dentro de un hospital psiquiátrico que pueden propiciar dicha desesperanza, como bien lo mencionaba Szasz (1999), la manera en cómo son obligados a asistir a estos centros médicos, las relaciones interpersonales que se forman dentro de, y la constante medicación a la que están sometidos podrían ser factores que promueven el suicidio y no la enfermedad en sí.

La constante clasificación del comportamiento humano tiene como resultado cientos de trastornos mentales que requieren diagnóstico médico, y, por ende, medicamentos de control, por ejemplo, trastornos como ansiedad, depresión, suicidio; que son el efecto de una génesis sin explorar. Se emplean fármacos que solucionan momentáneamente el problema que el usuario reporta, pero que al retirárselos o frente a una nueva situación similar a las anteriores, es muy probable que la sintomatología se vuelva a presentar.

Se han desarrollado múltiples teorías psicológicas que están conformadas de manera ecléctica, ya que no se tiene un acuerdo en cuanto al objeto de estudio; no cuentan con una base conceptual que soporte todo el discurso, y/o son reduccionistas. Esto último haciendo referencia a que reducen el comportamiento humano a causantes como la biología o problemas psiquiátricos, pues intentan explicar incluso fenómenos no psicológicos y generan pseudoproblemas, inexistentes y por consiguiente imposibles de resolver (Ortega, 2018).

En cuanto a los programas establecidos a nivel nacional, siguen considerando al suicidio como problema de salud mental, se cree que con escuchar una plática sobre este fenómeno una persona va a reaccionar y a cambiar su perspectiva sobre esto, cuando se pierde de vista que alterar la valoración de la moral de una persona es uno de los procesos que dependen más de la disposición y de un proceso de enseñanza complejo, por la historia interactiva del mismo. Asimismo que sigue arraigada la idea de que prevenir el suicidio es quitar a una persona de un puente, retirarlo de las vías o quitarle armas de fuego (para ello la participación de bomberos y policías), como en el caso de las brigadas de la CDMX.

Por ello, consideramos que la intervención en casos de intento, ideación o consumación suicida deberían estar orientados a técnicas eficaces y personalizadas de quien pide la ayuda. Nos corresponde intervenir en las condiciones personales, familiares y sociales continuando probabilizando la ocurrencia de conductas suicidas.

Como bien lo expresa el psiquiatra Alejandro Molina López (en Báez, 2018), el proceso de suicidio empieza mucho antes de un intento o consumación, se cree que el problema empieza en estas últimas etapas, pero realmente es ahí cuando lo detectamos y tratamos de controlar. También se responsabiliza a los psiquiatras de la intervención cuando realmente debería de ser una atención general, donde se capacite a todo el personal de la salud en temas de conductas de riesgo suicidas. Es de relevancia dicha integración porque se ha revelado que el 75% de las personas que se suicidan tuvieron contacto con algún servicio de la salud un año antes, y de ellos el 45% se contactaron un mes antes de realizarlo.

## **2.6 Características del suicidio como comportamiento**

En virtud del primer problema presentado, aunque no es el objetivo del presente trabajo, se considera que el esclarecimiento conceptual del término “suicidio”, nos permitirá delimitar la dimensión que nos concierne tratar: la psicológica. Sin embargo, esto no quiere decir que se reduzca el comportamiento sólo a lo psicológico, ya que sí se consideran los factores sociales y biológicos.

Entonces, ¿cómo se conceptualiza el suicidio desde esta perspectiva? ¿Cuáles son las metodologías adecuadas para su intervención? ¿Conlleva un

análisis específico y particular por la problemática social que representa? ¿Qué pasa con la visión del suicidio como problema de salud mental? Todas estas y otras preguntas responderemos a continuación.

No existen estándares universales para el término “suicidio”, sino que dependen de las condiciones sociohistóricas que enmarcan el desarrollo psicológico individual. Dicho concepto proviene del lenguaje ordinario, como se explicó en la conceptualización de la palabra.

Por ello, lo primordial es definir el suicidio para hacer una correcta referencia a los hechos que nos proponemos analizar. Está claro de antemano que no se busca operacionalizar el suicidio, pues existen suicidios particulares en cada caso.

Para ello, Ortega (2018) conceptualiza al suicidio desde la psicología como un *comportamiento efectivo y afectivo que se caracteriza por terminar el continuo conductual del mismo individuo que lo desempeña*. Se considera efectivo porque cumple con el criterio de logro en el campo de contingencias (consumar el suicidio). Es afectivo (de afección), porque altera el propio sistema contingencial individual de quien lo realiza. Además de que puede alterar el sistema contingencial de otro individuo. La vida conductual de un organismo es absolutamente continua mientras el individuo esté vivo, ya que no hay un solo momento en el que no esté interactuando con algo o alguien. La vida de un ser humano es un flujo continuo conductual hasta el día de su muerte, donde se interrumpe y termina dicho transcurso.

Dicho autor considera que al ser el suicidio un comportamiento humano probable, es un evento psicológico, es decir, es interconducta. Incluso el suicidio

desde este modelo se considera como una opción probable (claramente no por eso la óptima), interpretándose como “término de contingencias”.

Dentro de un caso clínico en el que una persona presente ideación o intento suicida, e incluso en aquellos en los que los padres o pareja van a atención porque su familiar se suicidó, se encuentran un sinnúmero de variables que probabilizan la ocurrencia de cualquier conducta denominada suicida, la historia conductual, los factores ambientales, económicos, personajes auspiciadores, tendencias, propensiones.

Entonces, a pesar de que se consideran los factores biológicos y sociales, enfatizamos la delimitación de la dimensión psicológica, concretándonos en los procesos de estructuración ontogenética de las competencias y estilos interactivos, que determinan el ajuste a los criterios socialmente impuestos, es decir, en el comportamiento psicológico (Carpio, Pacheco, Flores & Canales, 2000).

### 3. Psicología interconductual y riesgo suicida

Entrando en materia científica sobre el modelo de campo al cual se adscribe este trabajo sobre el comportamiento valorado como suicida, empezaremos por vislumbrar qué es el interconductismo, justificando el por qué considerar el suicidio como un comportamiento susceptible de analizar como cualquier otro; y, por último, expondremos la tecnología de intervención que permite su intervención.

#### 3.1 Bases teóricas

Kantor en 1926 propuso la teoría de campo como herramienta analítica del comportamiento humano: el modelo interconductual, definiendo a la *Interconducta* como la interacción de los organismos con otros organismos, eventos y objetos -y sus propiedades atribuidas-, segmentada en un campo de contingencia donde dichos factores probabilizan la ocurrencia de las interacciones psicológicas (Kantor,1975).

Dicho modelo de campo es empleado como herramienta analítica describe los elementos de un segmento dentro del flujo conductual. Cada uno de ellos representa una unidad analizable más simple de todo un evento interactivo más complejo, éstos están integrados por *estímulo-respuesta*.

Los elementos que componen cada segmento según Kantor, son:

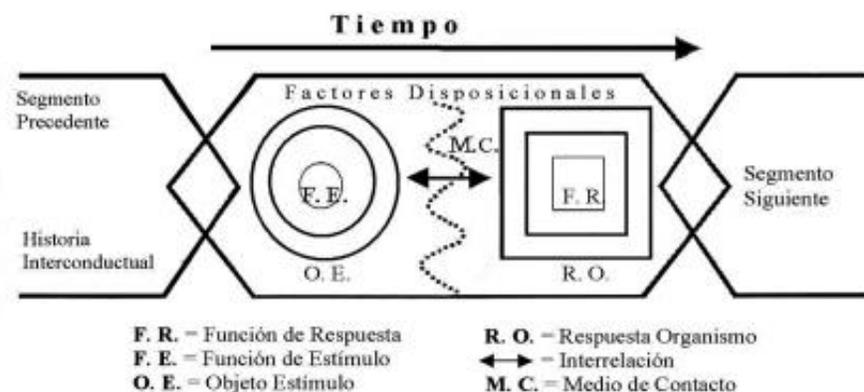
- 1. Historia interconductual:** Se refiere a la historia de las interacciones de estímulo-respuesta que preceden el comportamiento actual.

2. **Factores disposicionales:** Elementos que influyen de manera indirecta en la ocurrencia del contacto. Se consideran aquellas condiciones de la situación actual en la que se produce el comportamiento (factores ambientales y orgánicos).
3. **Medio de contacto:** Condiciones necesarias y suficientes que posibilitan que un determinado tipo de interacción ocurra.
4. **Función de respuesta:** Actividad o acciones del organismo.
5. **Función del estímulo:** Actividad del objeto de estímulo.
6. **Límite de campo:** Delimitación de eventos de la interacción en la que participa el organismo, todo lo que compone dicha relación.

El siguiente esquema representa un corte en el flujo conductual.

**Figura 1.**

*Modelo de campo propuesto por Kantor (Recuperado de Kantor & Smith, 1975).*



Con base en el modelo de campo de Kantor y aplicando los conceptos de mediación (entendida como el elemento de un campo que se vuelve crítico en su estructuración), y desligamiento funcional (la capacidad relativamente autónoma de un organismo de responder a las propiedades fisicoquímicas de los eventos de estímulo), Ribes y López (1985), realizaron una taxonomía de las diversas funciones psicológicas, las cuales Rodríguez (2016), se describe *grosso modo* a continuación:

1. **Contextual:** Se define como una contingencia entre estímulos, es decir, se un sujeto se comporta ajustándose a una situación particular, reaccionando al contexto, sin tener un efecto sobre éste.
2. **Suplementaria:** Ya hay una participación de la respuesta del organismo en la estructuración de la contingencia (e.g. conducta operante).
3. **Selectora:** Las respuestas que emite el individuo son diferenciadas, no solamente se introducen cambios en la situación, sino que la forma de responder depende de diferentes estímulos del ambiente (e.g. discriminación condicional).
4. **Mediación sustitutiva referencial:** Implica la interrelación de dos organismos o individuos respecto de eventos de estímulo. Es aquí donde se marca la diferencia entre conducta animal y humana. Aquí se implica la relación de dos individuos, en donde uno de ellos media el contacto del segundo con respecto a un referente.

- 5. Función sustitutiva no referencial:** Constituye una relación entre eventos puramente convencionales. El individuo responde a convenciones y no a un referente empírico.

En tanto lenguaje técnico (Ribes, 2011) la taxonomía de las funciones psicológicas ha permitido la investigación de estas. Sin embargo, también ha sido la base de modelos interfaz (Ribes & López 1985) en investigación de individuación, desarrollo y multidisciplinar generando conocimiento susceptible de aplicación en diferentes ámbitos.

### **3.2 Análisis Contingencial**

El Análisis Contingencial (AC) es un sistema y una metodología para el análisis y la modificación del comportamiento humano individual (sea este considerado o no como problema (Rodríguez, 2016). Analiza la interacción organismo-ambiente como unidad indivisible, y dicha unidad se configura a partir del campo de contingencias creado por la conducta del individuo en interacción con su ambiente.

Según Rodríguez (2016) el AC, en tanto sistema, se compone de cuatro dimensiones, las cuales, se describen a continuación:

- **Sistema microcontingencial:** Que refiere al conjunto de relaciones delimitadas situacionalmente que se establecen entre un individuo y otras personas. Se identifican personas o circunstancias significativas. Está

compuesto por morfologías de conducta (de otros y del usuario), situaciones (circunstancias sociales, lugares, objetos o acontecimientos físicos, conductas socialmente esperadas, competencias e incompetencias para realizar lo socialmente esperado, inclinaciones, propensiones y motivos, tendencias), Comportamiento de otras personas (mediador, mediado, auspiciador, reguladores) y efectos (afectivo, efectivo e inefectivo).

- **Sistema macrocontingencial:** Se refiere al contexto valorativo (prácticas valorativas, concepción de lo moral) que regula las relaciones que se dan en un nivel microcontingencial (conducta ejemplar y conducta situacional).
- **Factores disposicionales:** Son aquellos que condicionan probabilísticamente una interacción particular. No tienen una ubicación espaciotemporal, no son externos ni internos.
- **Personas significativas:** Se examina la forma y el nivel en que se da la mediación de dicha interacción en relación con la conducta de alguna o algunas personas particulares.

En tanto metodología Rodríguez (2016) menciona que los pasos para su aplicación son:

1. La identificación de las relaciones microcontingenciales.
2. Evaluación del sistema macrocontingencial.
3. Génesis del comportamiento: Se analiza la historia de la microcontingencia, estrategias de interacción y evaluación de competencias.

4. Análisis de soluciones: Dado que no existen metas predeterminadas para solucionar alguna problemática, este paso se realiza con base a cada comportamiento, proponiendo distintas posibilidades de solución.
5. Selección, Planeación, Diseño, Aplicación y Evaluación de las estrategias de intervención

Hemos de retomar que uno de los elementos más importantes para que se lleve adecuadamente el proceso de intervención psicológica es: el papel del terapeuta y sus funciones según Rodríguez (2016):

- *Auspiciar*, que consiste en crear las condiciones necesarias para que la interacción se dé, sin formar parte directamente de ella.
- *Informar* acerca de las circunstancias, factores y efectos que se relacionan con que la interacción se presente o no.
- *Regular*, es decir, establecer los momentos y factores morfológicos de la conducta que deben implicarse.
- *Instigar*, persuadir al usuario a comportarse de cierta manera.
- *Entrenar*, ejercitar al usuario en las conductas a realizar.
- *Instruir*, proporcionar instrucciones específicas para emitir un comportamiento o para dejar de emitirlo
- *Participar* al ser parte de interacciones dirigidas en situaciones reales o simuladas.

### 3.2.1 Aportes del Análisis Contingencial en casos de riesgo suicida

Ahora bien, ¿por qué exponemos el modelo interconductual e incluso el Análisis Contingencial si nos estamos refiriendo a un fenómeno psicológico particular como lo es el suicidio? Porque proponemos una alternativa en la intervención de dicha problemática actual.

El AC en el caso específico de las conductas suicidas, nos permite analizar la falta de correspondencias intrapersonales e interpersonales establecidas en el suicida. El análisis contingencial aplicado al comportamiento suicida sería el mismo que para cualquier otro problema de índole psicológico, no generalizando las causas ni factores involucrados, sino la lógica para analizar cualquier comportamiento.

Entonces, nuestra labor como psicólogos clínicos ante un caso de riesgo suicida, no es persuadir a la persona para que no se quite la vida, retirarle armas o comentarle que la vida es lo bastante maravillosa como para terminar con ella. Es más bien, analizar el caso considerando las variables específicas que lo componen, el conjunto de factores disposicionales, y proponer otras opciones específicas para el caso para la resolución del problema que el usuario ha o no considerado. Posteriormente exponer su elección, con una intervención especializada que considera la mayor parte de los factores que intervienen. Permittiéndonos así una intervención lejos de los estigmas sociales y basada en las características del caso.

Nos permite a su vez alejarnos de los términos mentales y trastornos médicos, y nos remite a los múltiples comportamientos como colecciones de

acontecimientos, sin perder de vista que el fenómeno del suicidio no deja de ser una práctica social valorada moralmente.

## **4. Análisis Contingencial y riesgo suicida: Un estudio de caso**

A continuación, se expone un caso clínico de pensamientos frecuentes relacionados con el suicidio e intento suicida en el que se utiliza el Análisis Contingencial como alternativa a otras propuestas para el análisis específico del caso, así como para la creación de un programa de intervención.

### **4.1 Presentación del caso**

#### **4.1.1 Datos demográficos**

- Nombre: Se omite el nombre por cuestiones de privacidad. En todo momento se referirá a ella como “la usuaria”.
- Sexo: Femenino.
- Edad: 18 años.
- Estado civil: Soltera.
- Ocupación: Estudiante de medicina.
- Vive con ambos padres y un hermano de 15 años.

#### **4.1.2 Queja principal**

La usuaria reporta que quiere dejar de llorar, estar triste y sufrir todo el tiempo, considera que solamente puede ser feliz cuando tiene pareja.

### **4.1.3 Remisión**

1. *Institución o persona que la remite:* Al ver que la usuaria tenía una crisis en clases, su profesora le comentó que fuera con una psicóloga que era conocida suya. Dicha psicóloga solamente habló con ella un día y le comentó que no tenía mucho tiempo disponible para atenderla. Tiempo después le comentan del programa del Centro de Apoyo y Orientación Para Estudiantes (CAOPE) y pide una cita.
2. *Intentos previos de solución al problema:* En la preparatoria trató de asistir al psicólogo, pero menciona que la psicóloga la trató de mala manera, haciendo menos sus problemas personales. Después de eso no volvió a tener interés en una intervención psicológica, hasta la universidad en la que su profesora mostró preocupación por el estado de ánimo de la usuaria y la remitió a CAOPE. De manera personal sin ayuda profesional no había intentado solucionar el problema.

### **4.2 Descripción del caso**

La usuaria solicita el servicio de emergencia en Atención al Suicidio en grupo de Crisis, Emergencias y Atención al Suicidio (CREAS) de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Antes de comenzar, se le dio a firmar el consentimiento informado (anexo 1). Cursa el primer año de la carrera de medicina dentro de la misma facultad.

Refiere que la situación por la cual asiste al apoyo psicológico es porque no puede dejar de estar deprimida y presenta constante ideación suicida, esto último desde que se enteró meses antes que su novio estaba casado y vivía con su esposa. Además, comenta tener episodios de crisis de ansiedad en los que piensa e incluso planea su propia muerte, y llora durante largos periodos sin importar el lugar ni con quienes está, sea en su salón de clases, en el transporte público o en su casa.

Relató que su vida desde muy pequeña ha sido difícil, pues lo que más recuerda de su infancia es a sus padres golpeándola e insultándola. Su papá, hasta la actualidad, presenta problemas de alcoholismo.

Durante su infancia-adolescencia hubo dos episodios que la usuaria refiere como “*traumáticos*” (sic. pac.). El primero de ellos fue a los 12 años cuando comenzó a salir con personas mayores, su primer novio tenía 18 años. Éste le pidió fotos desnuda, y su padre al enterarse de dicha situación, la golpeó, insultó y humilló durante dos días continuos. “*Me sentí culpable por algo que jamás hice, jamás mandé esas fotos. Incluso la familia de mi papá me decía que era una puta, que me vendía*” (sic. pac.), comentó la usuaria llorando. Su madre le decía exagerada pues la situación no era para tanto, pero la usuaria desde ese momento comenzó a presentar ideación suicida, pensaba en aventarse de un tercer piso.

“*A partir de ese momento sentía que los desconocidos me miraban en la calle porque sabían que era una 'sucia'. Por ello, comencé a crearme 'personalidades', para cada círculo social al que pertenecía, tanto en la secundaria como en la preparatoria.*” (sic. pac). En primer año de secundaria se describe como una chica que no quería amistades, se aislaba, y es a esta edad en la que se presenta el

segundo momento referido como traumático, que fue cuando buscó tener un noviazgo “a la fuerza”, pues le rogó constantemente al chico para que fueran novios. Él tenía novia, pero le prometía que pronto la terminaría para estar con ella. Algo que nunca pasó, pues incluso en la preparatoria ella lo seguía esperando. *“Me acostumbré a que me amaran a medias y a la fuerza, siempre mis parejas tenían otras mujeres, y yo lo aceptaba”* (sic. pac.) comentó. Lloraba a diario, sentía ganas de morir todo el tiempo, no le encontraba un sentido a la vida. *“Lo que ocurre es que cuando yo no tengo a una pareja que quiero, entro en depresión, los necesito para estar bien”* (sic. pac).

Posterior a esta pareja, comenzó una nueva relación con otro chico (G), pero la dejaba esperando fuera de la escuela, y le hacía comentarios de que él no veía un futuro a su lado. G mantenía otras relaciones amorosas y ella no le hacía ningún comentario, pues creía que solamente a ella la quería. G le hace comentarios ofensivos respecto a su peso, figura, sobre su carrera y sobre sus gustos. Tiempo después le marca la pareja de G y le cuenta que está casado con ella y viven juntos hace más de un año. Él la busca y le pide volver a intentarlo, ya que va a dejar a su esposa y ella le cree. Sin embargo, meses después ella se da cuenta de que nunca ocurrirá eso, termina la relación.

Fue aquí cuando planeó durante varios meses su suicidio, hasta que un día tomó la decisión de hacerlo. Estando parada en la orilla del techo pensaba que ya no sentiría dolor ni problemas para los demás. Dejaría de ser rechazada por las personas que ama y por fin se sentiría en paz. Pero segundos antes de hacerlo, pensó que todo mejoraría si ella le “echara más ganas a la vida” (sic. pac.) y buscara ganarse el cariño de las personas.

Sin embargo, la usuaria comienza a bajar de calificaciones en la universidad, empiezan nuevamente las crisis de ansiedad, a llorar con bastante frecuencia y a hacer comentarios como *“No soy lo suficiente para alguien, todos me dejan. Ruego por amor. Soy gorda, fea, no merezco vivir. No merezco que me pasen cosas buenas, y si me muero a nadie afectaría”* (sic. pac).

Y esto va en aumento cuando al visitar a su familia paterna, continúan molestándola con comentarios de que laven los trastes que utilizó porque los puede infectar, que es una zorra, y que no va a terminar la carrera porque es incompetente o puede quedar embarazada. Ella nunca les contesta, e incluso piensa que con sus actos ha deshonrado a esa familia también.

Respecto a la escuela actualmente está bajo mucha presión, menciona que los profesores constantemente reprueban lo que hace o la humillan cuando se pone nerviosa al estudiar. Y ante estos comportamientos ella no dice nada, y solamente se pone a llorar.

Pocas semanas antes de que la usuaria asistiera a apoyo psicológico, comenzó a utilizar la red social Tinder para conocer a chicos. A partir de entonces ha salido con 4 chicos y con ninguno ha mantenido una relación mayor a una semana. Les miente a sus padres sobre dónde está y con quién. Comenta que con algunos ha tenido relaciones sexuales, pero luego se siente mal por haberlo hecho con alguien que apenas conocía. A otro chico le mandó fotos íntimas y después él la bloqueó. *“Me he dado cuenta de que para que yo sea feliz, necesito que estén conmigo. Nunca niego nada porque no quiero quedarme sola, pero después me comienza a dar desesperación y ansiedad por hacer cosas malas. Son más los momentos feos en mi vida, no me puedo apoyar realmente en nadie. Mi familia sigue*

*pensando en que soy buena para nada, en mi carrera me va mal, los chicos de Tinder me rechazan. No merezco vivir”* (sic. pac). Ha intentado mantener una relación con uno de los chicos, pero al contarle que venía al psicólogo por intento de suicidio, él la ha dejado. Además de que se da cuenta en las citas que los chicos no son atentos con ella, le hacen groserías, la buscan solamente para tener relaciones sexuales, y ella nunca les dice nada, ya que cuando se siente mal o decepcionada por esta situación, al llegar a casa se desquita con sus padres gritando y peleando.

### **4.3 Análisis Contingencial**

Como herramienta metodológica de análisis se utilizó el análisis contingencial (Ribes, Díaz-González, Rodríguez & Landa, 1990) el cual se compone de cinco pasos: Identificación del sistema microcontingencial, análisis macrocontingencial, génesis del problema, análisis de soluciones, selección, diseño, aplicación y evaluación de los procedimientos de intervención.

#### **Escenario**

Todas las sesiones se realizaron en un cubículo del edificio A-6. El cual fue otorgado por parte del Centro de Apoyo y Orientación para Estudiantes (CAOPE).

### Recolección de datos

La recolección de datos se llevó a cabo en 4 sesiones, una por semana, de aproximadamente 35 minutos de duración en las instalaciones de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, donde se aplicó una entrevista semiestructurada basada en la guía del Análisis Contingencial (Rodríguez, 2016), que explora las relaciones microcontingenciales, relaciones macrocontingenciales y la génesis del problema.

**Tabla 2.**  
*Resumen por sesión durante la fase de evaluación.*

# DE SESIÓN	DURACIÓN	LUGAR	DESCRIPCIÓN
1	50 minutos	Cubículo 4 A-6	En la sesión 1 se indagó en los datos sociodemográficos, la queja principal, la expectativa que tenía del servicio, y sobre su intento previo de suicidio. Además, comentó todos aquellos conflictos que ella considera importantes durante su infancia y adolescencia, relatándolos por etapas escolares. Así como la relación que mantiene con sus padres y la familia de cada uno.
2	60 minutos	Cubículo 4 A-6	Se comentó sobre los diversos noviazgos que ha tenido la usuaria, enfatizando en cada uno de ellos los diversos problemas que han acontecido. También expuso que actualmente sigue recibiendo comentarios ofensivos por parte de su padre y de su familia. Expone el tema de la carrera como problema también, ya que va a reprobar varias materias, y ante esto su profesor le hace comentarios sobre su incapacidad para estudiar medicina. Refirió constantemente comentarios ofensivos y fatalistas hacia sí misma, y hacia la vida.
3	30 minutos	Cubículo 4 A-6	Durante la sesión 3 se comenzó a indagar sobre la valoración que sus padres tenían sobre sus relaciones de pareja, la conceptualización que la usuaria tenía sobre el amor, el noviazgo y ella como pareja; sobre lo que considera que sus novios opinan de ella y de la relación, explicó el medio por el que conoce a sus parejas y cuál es el proceso para salir con ellos. Además, detalló que estaba saliendo actualmente con alguien, explicó quién era, cuánto llevaban y cómo se estaba desarrollando la relación.
4	50 minutos	Cubículo 4 A-6	La usuaria comentó que había tenido problemas últimamente con los chicos con los que ha intentado salir. Contextualizó toda la semana que no había podido ir a sesión. Se siguió indagando en la valoración de varias situaciones y comportamientos, la aparición de las morfologías registradas en otros contextos, y se realizaron preguntas relacionadas al estilo interactivo de tendencia al riesgo y reducción del conflicto.

### 4.3.1 Análisis microcontingencial

A continuación, se presenta el análisis microcontingencial, el cual se refiere, según Rodríguez (2016), a la red de relaciones que establece el individuo con su medio y que constituye el campo de contingencias a estudiar. Para cada interacción que se estudia se identifica los elementos que la componen y la función que cumplen. Los elementos que se identifican son:

- *Morfologías de conducta:* Son las formas de respuesta principalmente del usuario, pero también de aquellas personas significativas en la interacción.
- *Situaciones:* Son el conjunto de características físicas y sociales del usuario y del ambiente que poseen funciones disposicionales, hacen menos o más probable la ocurrencia de cierto comportamiento.
- *Personas:* Se analiza la función que tiene el comportamiento de todos aquellos que son partícipes significativamente de la interacción valorada como problema.
- *Efectos:* Considera la consecuencia entre la morfología de conducta de un individuo y otros. Se identifican los efectos sobre la conducta de otros, sobre uno mismo o sin efectos.

En el presente caso clínico se identificó una circunstancia social, las relaciones con otras personas.

**Tabla 3.**  
*Análisis microcontingencial*

Morfologías de conducta	Situaciones	Personas	Efectos
<p><b>De la usuaria:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Conoce a hombres por medio de una aplicación.</li> <li>● Sale y se acuesta con jóvenes desconocidos.</li> <li>● Manda fotografías desnuda por internet a desconocidos o a sus parejas.</li> <li>● Se mantiene callada ante las inconformidades.</li> <li>● Le insiste con frecuencia a sus parejas que le contesten los mensajes.</li> <li>● Busca a su novio o amigo/a cuando se molestan con ella.</li> <li>● Mantiene relaciones sexuales desde la primera cita con jóvenes desconocidos.</li> <li>● Responde agresivamente ante los comentarios ofensivos de sus padres.</li> <li>● Defiende a su mamá cuando su papá la golpea.</li> <li>● Miente a sus papás sobre dónde está y con quién.</li> <li>● Habla con su mamá cuando se siente triste.</li> <li>● Se traba al exponer en clase o hablar frente al público.</li> </ul>	<p><b>Circunstancia social:</b> Relaciones con otras personas</p> <p><b>Lugar o lugares:</b> Escuela. Casa.</p> <p><b>Objetos o acontecimientos físicos:</b></p> <p><b>Conducta socialmente esperada:</b> Se espera a que ella busque y le ruegue al hombre aunque ella no sea la culpable, porque así es el amor.</p> <p>Se espera que al estar estudiando medicina, que es una carrera con mucho prestigio social, se ajuste a la disciplina y a la alta exigencia.</p> <p><b>Competencias:</b> 1. Sabe negociar para la resolución de conflictos con compañeros de clase.</p> <p><b>Incompetencias:</b> 1. No</p>	<p><b>Mediador:</b> Parejas. Padre. Profesor.</p> <p><b>Mediado:</b> La usuaria.</p> <p><b>Auspiciador:</b></p> <p><b>Regulador propensiones:</b></p> <p><b>Regulador inclinaciones motivos:</b></p> <p><b>Regulador tendencias:</b></p>	<p><b>Efectos sobre otros</b></p> <p><b>De las parejas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Al recibir las fotos de la usuaria desnuda la bloquean de la red social</li> </ul> <p><b>Madre:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Se mantiene presente cuando la usuaria llora y está desesperada.</li> </ul> <p><b>Compañeros:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Le dicen a la usuaria que solamente busca llamar la atención.</li> </ul> <p><b>Efectos sobre sí mismo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Un intento suicida.</li> </ul>

- Reprueba algunos trabajos por incompletos.
- Realiza de manera individual los trabajos que son en equipo.
- Se pone nerviosa y llora.
- Quiere dejar la carrera de medicina.
- Refiere comentarios negativos sobre sí misma.
- Piensa que puede hacerse daño si se queda sola.
- Pensamientos y planeaciones suicidas.

#### De las parejas:

- Le piden a la usuaria fotos desnuda.
- Tienen relaciones sexuales con la usuaria en la primera cita.
- Se molestan por pagar comida y hotel.
- Tardan mucho en responder los mensajes constantes de la usuaria por WhatsApp.
- Le ponen excusas para no verse.
- Le piden a la usuaria que los deje tranquilos.

#### Conocido por internet:

- Sale a una cita con la usuaria.
- Refiere que quiere conocerla más.
- La lleva a su transporte.
- La invita a salir.
- Le comenta que la apoya totalmente para ir al psicólogo.

expone inconformidades ante sus parejas, padre o profesores.  
2. No es capaz de regular sus propensiones ni tendencias.

**Inclinaciones:** A la usuaria no le gusta estar sola.  
A la usuaria le gusta andar con personas mayores a ella (máximo 6 años).

#### Motivos:

Realiza dichos comportamientos para no quedarse sola, y quiere conseguir a alguien que la apoye incondicionalmente para toda la vida.

#### Tendencias:

La usuaria:  
1. Cuando alguien la rechaza o ignora tiende a insistir aceptación con mucha frecuencia.  
2. Tiende a confiar en las personas aunque sean desconocidos.  
2. Tiende a realizar autoreferencias negativas sobre sí misma.

- Se aísla en la universidad.
- Lloro con mucha frecuencia, y sin discriminar el lugar.
- Deja de interesarse por la carrera, y sus calificaciones baja.
- Dejó de interesarse por la música, los libros y las películas.
- Se sale de clases.
- Refiere sentimiento de culpabilidad cuando alguien se molesta con ella, aunque ella considere no haber hecho algo malo.
- Miedo a quedarse sola.
- Molestia con sus padres.

#### Efectos disposicionales de otros efectos:

- Ansiedad.
- Tristeza.
- Angustia.

- 
- Mantiene relaciones sexuales con la usuaria.
- 

- Molestia.
- Miedo.

**Papá:**

- Le grita a la usuaria y le hace comentarios ofensivos.
- Comenta que la usuaria nunca va a acabar medicina.
- Se alcoholiza constantemente.
- Le pega a su esposa y agrede verbalmente a sus hijos.
- Regaña a la usuaria cuando le comenta que quiere salir con hombres.

**Amigas:**

- Le muestran a la usuaria la aplicación para encontrar novios.
- Le comentan sobre los beneficios de salir con gente desconocida.

**Profesor:**

- Le comenta a la usuaria que no es apta para la carrera de medicina.
  - La corre del salón cuando expone mal.
- 
-

Los factores encontrados que presentan mayor peso explicativo a la conducta problema son los siguientes:

La usuaria es complaciente con los otros en cualquier circunstancia sin discriminar si su salud o privacidad están en riesgo, lo cual explica mucho del comportamiento mediador de otras personas, que tiene efectos tales como: ella piensa frecuentemente en suicidarse y que tiene cambios constantes de ánimo.

#### **4.3.2 Análisis macrocontingencial**

El análisis macrocontingencial es un tipo de análisis que se enfoca al estudio del contexto valorativo de la interacción. Considera la naturaleza social-convencional del entorno en el que el usuario practica su comportamiento. Los valores, desde la Psicología, representan aquella dimensión de prácticas conductuales que regulan socialmente el ejercicio de formas particulares de comportamiento. La moralidad consiste, entonces, en la adecuación del comportamiento individual a las prácticas sociales que regulan sus efectos. El valorar algún comportamiento como adecuado o inadecuado, bueno o malo, parte de aquellos criterios que forman la situación en la que el humano se comporta. Dichas prácticas comúnmente son aprendidas desde la infancia por algún modelo de autoridad que regulaba *el deber ser* en términos de hacer y creer (Rodríguez, 2016).

En el presente caso se identificó “LAS RELACIONES DE PAREJA DEBEN SER RESPETUOSAS, JUSTAS Y FORMALES” como valor principal que regula su creencia sobre la situación problemática. Lo cual nos permitió vislumbrar que se trataba de un problema microcontingencial, ya que sus creencias se mantienen, pero sus acciones discrepan entre lo que ella opina, lo que su familia y pareja creen y realizan.

**Figura 2.**

*Sistema macrocontingencial de “LAS RELACIONES DE PAREJA DEBEN SER RESPETUOSAS, JUSTAS Y FORMALES”*

<b>MICROCONTINGENCIA EJEMPLAR</b>	<b>MICROCONTINGENCIA SITUACIONAL</b>
<u>DEL USUARIO</u>	<u>DEL USUARIO</u>
<i>Práctica efectiva:</i> -	<i>Práctica efectiva:</i> Es permisiva y sumisa.
<i>Práctica sustitutiva:</i> Cree que la relación de sus padres es destructiva y violenta.	<i>Práctica sustitutiva:</i> Considera que su actuar no está bien, que las relaciones deben ser respetuosas y justas.
<u>DE OTROS</u>	<u>DE OTROS</u>
<b>Mamá:</b>	<b>Parejas:</b>
<i>Práctica efectiva:</i> Acepta y perdona todo lo que su esposo hace.	<i>Práctica efectiva:</i> Son violentos e injutos.
<i>Práctica sustitutiva:</i> Cree que su papel como esposa es perdonar.	<i>Práctica sustitutiva:</i> Creen que lo que hacen es adecuado.
<b>Papá:</b>	
<i>Práctica efectiva:</i> Abusivo y violento.	
<i>Práctica sustitutiva:</i> Cree que puede violentar a su familia cuando se enoja y no tendrá repercusiones.	

## **Análisis de correspondencias**

### **1. Correspondencias micro ejemplar-micro situacional**

La práctica sustitutiva en la micro-situacional de la usuaria no corresponde con las prácticas efectivas y sustitutivas de la micro-ejemplar de ambos padres.

### **2. Correspondencias micro ejemplar entre-sujetos**

Falta de correspondencia en prácticas sustitutivas y efectivas entre mamá e hija.

### **3. Correspondencias micro situacional entre sujetos**

No hay correspondencia en la conducta sustitutiva entre la usuaria y sus parejas.

### **4. Correspondencias micro situacional intra sujeto**

No hay correspondencia entre conducta efectiva y sustitutiva de la usuaria.

#### **4.3.3 Génesis del problema**

**a. Circunstancia en la que se inició la conducta:** Cuando uno de sus novios le pidió fotos por internet, ella no se las mandó pero su papá se enteró, la golpeó e insultó.

**b. Situación en que se inició la microcontingencia actual:** La conducta empezó desde su infancia en casa, siempre ha sido permisiva ajustándose a lo que le piden sus padres y su hermano, quedándose callada ante situaciones en las que no está de acuerdo, cuando la regañaban por cosas que hacía su hermano ella lo aceptaba.

c. **Historia mediadora de la conducta:** No se identifica la capacidad para mediar el comportamiento de otras personas.

d. **Funciones disposicionales en el pasado de las personas significativas en la microcontingencia presente:**

En varias ocasiones su madre ha logrado regular su estado de ánimo, escuchándola cuando se siente triste, motivándola a seguir adelante con su carrera por su futuro profesional, y dándole consejos sobre cómo afrontar los malos comentarios por parte de sus compañeros o parejas.

**Ejercicio no problemático de la conducta problema:** En su primera relación le funcionó actuar pasivamente, pues así retuvo a su pareja a lo largo de varios años.

**Funcionalidad de las conductas en dichos contextos:** Fue en esa relación cuando el ser complaciente tuvo como un efecto mantener esa relación.

**Disponibilidad de respuestas no problemáticas potencialmente funcionales en la microcontingencia presente:** La usuaria sabe negociar ante los inconvenientes con sus compañeros de clase proponiendo diversas alternativas de solución. Con sus amigos, la usuaria es quien toma las decisiones para resolver conflictos; analiza las relaciones de pareja de estos, planea soluciones y brinda apoyo económico y moral constantemente.

#### **4.4 Evaluación cuantitativa**

Para la evaluación cuantitativa del caso se aplicaron dos instrumentos: *Escala de ideación suicida de Beck*, la cual se ocupó con la finalidad de agregar mayor información sobre el comportamiento suicida, a modo de contar con una lista de tamizaje sobre los comportamientos suicidas realizados con anterioridad por la usuaria; y el cuadro de *Evaluación de morfologías y efectos disposicionales*, para la evaluación de riesgo suicida en la usuaria. Ambos instrumentos se aplicaron en dos momentos distintos, al terminar la cuarta sesión de entrevista, y al finalizar la intervención para evaluarla.

##### **4.4.1 Escala de Ideación Suicida de Beck**

La escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) creada en 1979, fue diseñada para evaluar la recurrencia de pensamientos suicidas en adultos, así como para exponer algunas dimensiones de autodestructividad (tanto pensamientos o deseos). Consta de 19 reactivos aplicados, que miden intensidad de actitudes, conductas y planes específicos para suicidarse. Cada reactivo tiene tres opciones de respuesta con un rango de 0 a 2, se van sumando los puntos obtenidos. El puntaje puede ir entonces de 0 a 38. A mayor puntuación, mayor gravedad. Dicha puntuación proporciona una valoración de la gravedad de la tentativa de suicidio (Beck, A., Schuyler, D., & Herman, I., 1974). Los autores obtuvieron una consistencia interna alta de 0.89 en el coeficiente alfa de Cronbach, y una fiabilidad de 0.83, por el cual se confía en la funcionalidad del instrumento para la medición del riesgo suicida. En

la presente investigación se aplicó la adaptación realizada por González, Díaz, Ortíz et al. (2000), en población mexicana. El ítem 20 agregado en no se cuenta en la puntuación global porque solamente tiene un valor descriptivo.

Se aplicó el instrumento por primera vez antes de la intervención, tuvo una duración de 7 minutos. El puntaje total fue de 28, lo que ubica a la usuaria en un riesgo de suicidio medio-alto, considerando también que ya ha tenido un intento de suicidio previo (anexo 2).

#### **4.4.2 Evaluación cuantitativa de indicadores de riesgo**

Para la evaluación de morfologías y efectos disposicionales se creó una tabla en la que se consideran parámetros para analizar comportamientos relacionados directamente con el riesgo suicida. Algunos parámetros son: latencia, frecuencia, duración y topografía. Pero, además, se agrega la probabilidad de ocurrencia y la intensidad de cada uno de los efectos disposicionales más comunes en la usuaria, angustia, molestia, ansiedad, miedo y tristeza, ante la presentación de cada conducta. Es importante declarar que no se está segregando el comportamiento en diversos componentes separados entre sí, sino que seleccionamos dichos factores como indicadores de cambio de la conducta a evaluar.

Los resultados se obtuvieron considerando la ocurrencia aproximada de las morfologías y factores disposicionales en todo un año previo a la aplicación (7 de mayo 2018 al 7 de mayo del 2019). Se presentan a continuación:

Tabla 4.

Evaluación de morfologías y efectos disposicionales de otros efectos.

Morfologías	Topografía	Frec. (Anual)	Duración	Intensidad	EFECTOS				DISPOSICIONALES					
					Molestia		Tristeza		Angustia		Ansiedad		Miedo	
					Prob.	Mag	Prob.	Mag	Prob.	Mag	Prob.	Mag.	Prob.	Mag
<b>Intento suicida</b>	Intenta aventarse de un tercer piso.	1	20 min.	N.A.	1	10	1	10	1	10	1	8	1	10
<b>Pensamiento suicida</b>	<i>“Ya me cansé, ya no puedo vivir más, no merezco esta vida.”</i>	365 días al año.	1 hora.	9	.98	10	1	10	.93	9	.82	9	1	9
<b>Planeación suicida</b>	Piensa en cómo y dónde cortarse las venas, o en volver a intentar aventarse.	52 veces al año.	2 horas.	10	.96	10	.96.	10	.76	10	1	10	1	10
<b>Comentarios negativos sobre sí misma</b>	<i>“Estoy gorda, no puedo con la carrera, nunca seré lo suficiente”.</i>	365 días al año.	30-40 minutos	10	.98	10	1	10	.95	10	.95	10	1	10

Como se puede observar en la tabla 4, la usuaria hasta el momento de la evaluación ha tenido un intento de suicidio, diarios pensamientos suicidas, al igual que comentarios negativos sobre sí misma, así como una planeación suicida por semana. Todos estos comportamientos los presenta con una intensidad de 9 o 10, evaluando 0 como poca intensidad y 9 como de alta intensidad. Respecto a los efectos disposicionales todos se mantienen con alta probabilidad de ocurrencia y magnitud alta, ante la presentación de alguna de las morfologías suicidas consideradas.

#### 4.5 Análisis de soluciones

##### Tabla 5.

*Presentación, evaluación y selección de posibles soluciones considerando contingencias a nivel micro y macro*

	<i>Cambio macrocontingencial</i>	<i>Mantenimiento macrocontingencial</i>
Mantenimiento microcontingencial		
Cambiar conductas de otros		X
Cambiar conducta propia		X
Opción por nuevas microcontingencias		
Otras opciones funcionales de la conducta		

Ante la exposición de posibles soluciones la usuaria seleccionó “mantenimiento de macro - cambio de conducta propia y de los otros”, es decir, el seguir valorando de la misma forma el “cómo debe de ser una pareja” y todo lo que

conllevar tener una, pero optando por cambiar el comportamiento propio, en cuanto a la regulación de efectos disposicionales y tendencias. Así como la modificación del comportamiento de otros, adquiriendo la competencia de comunicación asertiva, permitiendo el establecimiento de límites, la exposición de inconformidades ante los comportamientos que considera reprobables, y aquello que ella refiere como “baja autoestima”.

#### **4.6 Diseño de intervención**

Posterior a la obtención de los resultados de la evaluación, se citó a la usuaria para darle a conocer dicha información. Se le describieron las principales circunstancias sociales que se identificaron, así como las relaciones que mantenía con cada una de las personas. También las competencias e incompetencias, y factores disposicionales que estaban involucrados. Para dar a conocer dichos detalles, se le explicaba a qué nos referíamos, por ejemplo, con propensión, tendencias, etcétera, y se ejemplificaba con elementos de su caso.

Algo en lo que se hizo énfasis fue en lo que ella reportó en un inicio como el problema por el cual acudía al servicio, explicándole que se trataba de los efectos de una serie de eventos, relaciones, comportamientos que desenlazaron en ideación, planeación e intento suicida, en llantos descontrolados y crisis de ansiedad.

Una semana después se citó nuevamente a la usuaria para platicar sobre la identificación del problema y las posibles soluciones. Se le explicó en cada una las

opciones de resolución cuáles serían las conductas por trabajar y los posibles efectos del cambio.

#### **4.6.1 Planeación de la intervención**

##### **Objetivo general**

La usuaria desarrollará habilidades para relacionarse de manera satisfactoria el 80% de las veces en diversas circunstancias sociales.

**Tabla 6**

*Objetivo específico 1.*

La usuaria regulará la tendencia a realizar autoreferencias negativas sobre sí misma el 80% de las veces involucrándose en más tareas en las que se encuentre expuesta a la crítica social.

*Naturaleza de la interacción:* Tendencia.

*Procedimiento requerido:* Para alterar conducta propia.

*Función del terapeuta:* Informar, regular, instruir y entrenar.

*Técnicas:* Control de estímulos. Reforzamiento y castigo.

Objetivos particulares	Procedimiento	Actividades en consultorio	Actividades fuera de consultorio	Sistema de evaluación
1. La usuaria describirá qué es una tendencia.	<b>Sesión 1.</b> Se le informó a la usuaria a qué nos referimos con tendencia por medio de ejemplos. Al finalizar se le pidió que refiera lo que entendió proporcionando 5 ejemplos propios de tendencia y la relación con su comportamiento. Después se le explicó su tendencia a autoreferirse negativamente sobre sí misma, y la función que cumple en su vida cotidiana. Se le pidió que enlistara todas aquellas autoreferencias negativas que cotidianamente hace.	Discutir ejemplos. Listar autoreferencias negativas sobre sí misma.	Identificar la frecuencia de autoreferencias negativas en su vida cotidiana (autoregistro).	Cuando ella mencionó al menos 4 ejemplos de tendencias y la relación de cada uno con su comportamiento.
2. La usuaria modificará el proceso por el cual emite sus	<b>Sesión 2.</b> Se revisó el registro de auto referencias realizado durante una semana. Y se identificó la frecuencia obtenida. Posteriormente se discutió la función de cada auto referencia enlistada, a través de <i>un salto de vía</i> por	Análisis de la tarea. Discusión de cada auto referencia negativa sobre sí misma.	Pegar tarjetas en su cuarto. Tomarles foto.	Cuando la usuaria realizó un análisis lógico por sí misma de 3 autoreferencias produciendo

referencias  
negativas.

conclusión, evidencia, lógica o practicidad, dependiendo de sus respuestas, promoviendo auto referencias que promuevan la conducta meta.

**Sesión 3.** Se retomaron brevemente las conclusiones a las que se llegaron en la sesión pasada. Y se le explicó en qué consiste la técnica de control de estímulos, en este caso, con la elaboración de tarjetas que contengan referencias que promuevan la conducta meta. Se le pidió que las realice en sesión, y las pegue al llegar a casa.

3. La usuaria establecerá criterios de auto reforzamiento y castigo.

**Sesión 4.** Al iniciar la sesión se le pidió una devolución sobre la función que ha tenido la implementación las tarjetas a lo largo de la semana. Posteriormente se le explicó que la importancia de auto reforzar dicha conducta para poder mantenerla e incluso promover más su ocurrencia. Además del autocastigo para continuar con la disminución de auto referencias negativas. Se establecieron junto a ella los criterios para llegar a cabo dichas técnicas, así como el criterio de éxito a conseguir.

Narrar el efecto de la implementación de tarjetas en su comportamiento. Establecimiento de criterios para reforzamiento y castigo.

Auto registro de reforzamientos y castigos.

de Cuando la usuaria disminuyó al 20% la frecuencia de las autorreferencias negativas, y aumente la frecuencia de las positivas a mínimo 30 veces por semana.

referencias que promuevan la conducta meta.

**Tabla 7***Objetivo específico 2.*

La usuaria regulará la tendencia a insistir ante el rechazo el 95% de las veces regulando efectos disposicionales de otros efectos por medio de autoinstrucciones en situaciones típicamente problemáticas..

*Naturaleza de la interacción:* Tendencia.

*Procedimiento requerido:* Para alterar conducta propia.

*Función del terapeuta:* Informar, regular, instruir y entrenar.

*Técnicas:* Autocontrol, autoinstrucción.

Objetivos particulares	Procedimiento	Actividades en consultorio	Actividades fuera de consultorio	Sistema de evaluación
1. La usuaria identificará los indicadores situacionales y de insistencia en su comportamiento de insistencia ante el rechazo.	<b>Sesión 1.</b> Se le explicó en qué consiste el autocontrol y cuál es la función que cumple en la tendencia a rogar aceptación ante situaciones de rechazo. Posteriormente se le pidió que explicitara lo que entendió. Se desarrollaron los pasos a seguir en dicha técnica. Siendo el primero de ellos, la identificación de indicadores situacionales y de insistencia que ocurren antes y durante el evento.	Discusión de información. Identificación de indicadores de insistencia y situacionales.	-	Cuando la usuaria explicó la función de dichos indicadores en la ocurrencia de dicha tendencia.
2. La usuaria jerarquizará los comportamientos de insistencia ante el rechazo.	<b>Sesión 2.</b> Ya identificados los indicadores se estableció junto con la usuaria una jerarquía de los comportamientos que ella realiza, esto mediante un semáforo de cuatro	Tipificación de comportamiento. Creación de manual de instrucciones.	Realizar autorregistro de situaciones y comportamientos referentes al objetivo.	Cuando la usuaria enlistó de manera jerárquica los comportamientos de insistencia ante el rechazo.

colores: verde, amarillo, rojo y rojo intenso. Ya realizado el semáforo, junto con ella se crearon las autoinstrucciones para cuando realizara los comportamientos correspondientes a cada color.

<p>3. La usuaria practicará las autoinstrucciones mediante ensayos conductuales.</p>	<p><b>Sesión 3.</b> Ya teniendo las autoinstrucciones para cada color del semáforo, se procedió a practicar en sesión dichos comportamientos mediante ensayos conductuales. Lo cual permitió modificar o mantener las instrucciones establecidas, además de perfeccionar la realización de las mismas.</p>	<p>Ensayo conductual.</p>	<p>Aplicar técnicas en situaciones reales y llevar un autoregistro una semana.</p>	<p>Cuando la usuaria realizó, siguiendo la lógica correspondiente, 9 de 10 ensayos conductuales.</p>
<p>4. La usuaria aplicará la técnica de autoinstrucción en contexto real.</p>	<p>Sesión 4. Se revisó el auto registro y se analizaron los errores y aciertos a la hora de implementarlos.</p>	<p>Revisión de tarea.</p>	<p>Aplicar técnicas en situaciones reales y llevar un autoregistro durante dos semanas más.</p>	<p>Cuando la usuaria se mantuvo en el color verde del semáforo ante el 90% de las situaciones de rechazo.</p>

**Tabla 8***Objetivo específico 3.*

La usuaria regulará los efectos disposicionales culpa y enojo el 80% de las veces realizando una comunicación asertiva sobre sus molestias o desacuerdos.

*Naturaleza de la interacción:* Tendencia.

*Procedimiento requerido:* Para alterar conducta propia.

*Función del terapeuta:* Informar, regular, instruir y entrenar.

*Técnicas:* Role-playing, modelamiento y moldeamiento.

Objetivos particulares	Procedimiento	Actividades en consultorio	Actividades fuera de consultorio	Sistema de evaluación
1. La usuaria discriminará entre los tres estilos de respuesta.	<b>Sesión 1.</b> Se le presentaron a través de ejemplos los tres diferentes estilos de respuesta: asertiva, no asertiva y agresiva. Posteriormente se le pidió que expresara mínimo 3 situaciones personales en las que se ha comportado con cada estilo de respuesta (si es que las hay). Después se le informó sobre los derechos básicos. Se le pidió que registrara durante una semana cuántas veces es asertiva, no asertiva y agresiva (dicho registro sería nuestra línea base).	Presentación de información sobre estilos de respuestas, ejemplos y derechos básicos.	Autoregistro.	Cuando la usuaria discriminó los tres estilos de respuesta en todos los ejercicios y en su propio comportamiento.
2. La usuaria evaluará su comportamiento ante situaciones ficticias de resolución de conflictos.	<b>Sesión 2.</b> Se realizaron 5 ensayos de role-playing de aquellas situaciones en las que la usuaria no se comportó asertivamente. Los ensayos fueron grabados en video con consentimiento de ella. Posteriormente se le enseñó dichas grabaciones y se realizaron	Role-playing. Análisis de las grabaciones.	Autoregistro.	Cuando la usuaria identificó se comporte asertivamente en al menos 4 de los 5 role-playing.

diversas preguntas sobre la opinión de su comportamiento. Se identificó el tono y volumen de voz, el lenguaje corporal, los diálogos, etcétera. Posteriormente se le modeló cómo comportarse asertivamente en cada una de las situaciones. Se le pidió que intentara comportarse lo más semejante al modelo (se volverá a grabar), y se fueron moldeando sus respuestas hasta llegar a la realización de un comportamiento asertivo.

Al finalizar se le pidió que durante una semana registrara cuántas veces se comportó asertivamente.

5. La usuaria aplicará la comunicación asertiva en la vida cotidiana.

**Sesión 3.** Se revisó el registro semanal, y se discutieron los conflictos en llevar a cabo la tarea.

Discusión de tarea.

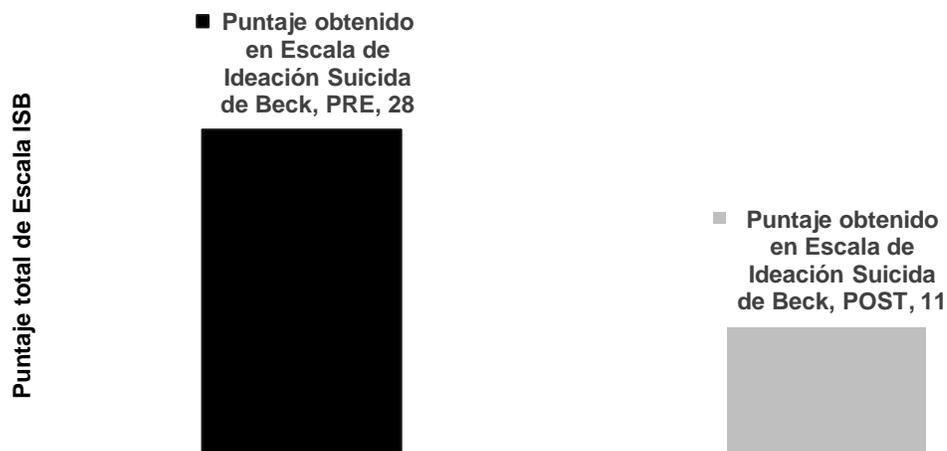
Autoregistro.

Cuando la usuaria aumentó la frecuencia de comportamientos asertivos a 10 veces mínimo por semana, cuando disminuyó el comportamiento no asertivo y coercitivo máximo a 2 y 1 respectivamente.

## 4.7 Resultados

### 4.7.1 Resultados de Escala de Ideación Suicida de Beck

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en la Escala de Ideación Suicida de Beck antes y después de la intervención.



**Figura 3.** *Puntaje obtenido en Escala de Ideación Suicida de Beck*

Como se puede observar en la figura 3, el riesgo de suicidio se redujo de 28 a 11 según la escala de ideación suicida de Beck

En línea con lo anterior, la tabla 9 muestra las respuestas de la usuaria por reactivo del inventario de riesgo suicida de Beck antes y después de intervención, en ella se consideran varios cambios: Principalmente el cambio en su manera de referir la función que tiene el suicidio (ítem 11); la valoración que se tiene de la vida, siendo en los ítems 1 y 2 donde se revierten los valores, considerándose la vida un

deseo importante ahora, el mantenerse con vida pareciera ser ahora más importante que el constante pensamiento de muerte (ítem 3); los intentos, así como los pensamientos suicidas, disminuyeron en frecuencia y duración, siendo actualmente menos probables en ocurrencia y con menor duración (ítems 6 y 7); presenta duda sobre si sería capaz de realizar un intento de suicidio actualmente, dejando de presentar planeaciones y métodos detallados, pudiendo considerar alternativas de solución para las diversas problemáticas que se presenten (ítems 8, 9, 13 y 14); y por último, ya puede hablar del tema de suicidio, pidiendo ayuda cuando se siente en riesgo (ítem 19).

La hoja de respuestas de la evaluación post se encuentra en el anexo 4. A continuación, se presentan los resultados obtenidos en la evaluación de morfologías y factores disposicionales antes y después de la intervención.

**Tabla 9**

*Respuestas registradas en la evaluación pre y post de la Escala de Ideación Suicida de Beck.*

<b>REACTIVO</b>	<b>RESPUESTA PRE</b>	<b>RESPUESTA POST</b>
1. Deseo de vivir.	Poco (débil).	Moderado/fuerte.
2. Deseo de morir.	Moderado a fuerte.	Poco (débil).
3. Razones para vivir/morir.	Morir supera a vivir.	Vivir supera a morir.
4. Deseo de realizar un intento de suicidio activo.	Moderado a fuerte.	Poco (débil).
5. Deseo pasivo de suicidio.	Dejaría la vida/muerte a la suerte.	Dejaría la vida/muerte a la suerte.
6. Duración.	Periodos largos.	Breves, periodos pasajeros.
7. Frecuencia.	Persistentes y continuos.	Intermitente.
8. Actitud hacia pensamientos/deseos.	Aceptación.	Ambivalente, indiferente.
9. Control sobre acción/deseo de suicidio.	Inseguridad de control.	Tiene sentido de control.
10. Razones o motivos que detienen la tentativa de suicida.	Cierta duda hacia los intereses que lo detienen.	Cierta duda hacia los intereses que lo detienen.
11. Razones para pensar/desear el intento suicida.	Escapar, acabar, salir de problemas.	Manipular el ambiente, llamar la atención.
12. Especificidad/oportunidad de pensar el intento.	Considerado, pero sin elaborar detalles.	Considerado, pero sin elaborar detalles.
13. Disponibilidad/oportunidad de pensar en el intento.	Método y oportunidad disponible.	Método tomaría tiempo/esfuerzo, oportunidad no disponible realmente.
14. Sensación de "capacidad" para llevar a cabo el intento.	Está seguro de tener valor.	No está seguro de tener valor.
15. Expectativa/anticipación de un intento real.	Sin seguridad, sin claridad.	No.
16. Preparación real.	Parcial.	Ninguna.
17. Nota suicida.	Sólo pensada, iniciada, sin terminar.	Sólo pensada, iniciada sin terminar.
18. Acciones finales para preparar la muerte.	Sólo pensados, arreglos parciales.	Sólo pensados, arreglos parciales.
19. Encubrimiento de la idea de realizarlo.	Encubre, engaña, miente.	Revela las ideas abiertamente.

#### 4.7.2 Resultados de Morfologías y efectos disposicionales

Finalizando la intervención también se evaluaron nuevamente las morfologías y los efectos disposicionales presentes en la ocurrencia de cada una. Cabe esclarecer que dichos factores son considerados indicadores de cambio del comportamiento a evaluar. A continuación, se presenta una tabla por cada morfología, en ella se visualizan los resultados de la evaluación pre y post.

**Tabla 10**

*Resultados de morfología: intento suicida.*

	PRE	POST
<b>Frecuencia</b>	1	0

En la tabla 10 se muestran los resultados obtenidos en la evaluación de “*intento suicida*”. Cuando llegó a sesión, la usuaria había presentado un intento de suicidio, pero desde se realizó la intervención hasta la fase de resultados, no volvió a presentar ningún intento.

**Tabla 11**

*Resultados de morfología: pensamiento suicida.*

	PRE	POST
<b>Frecuencia</b>	365 días al año.	52 veces al año.
<b>Duración</b>	1 hora.	2-3 minutos.
<b>Intensidad</b>	9	7

**Tabla 12**

*Efectos disposicionales asociados a la morfología: pensamiento suicida.*

<b>Efectos disp.</b>	<b>Medida</b>	<b>PRE</b>	<b>POST</b>
Molestia	Prob.	.98	.1
	Mag.	10	7
Tristeza	Prob.	1	.1
	Mag.	10	10
Angustia	Prob.	.93	.6
	Mag.	9	6
Ansiedad	Prob.	.82	.1
	Mag.	9	8
Miedo	Prob.	1	.1
	Mag.	9	1

En las tablas 11 y 12 se presentan los resultados de la morfología “pensamiento suicida”. Cuando se le evaluó por primera vez pensaba mínimo una vez al día durante una hora en suicidarse, con una intensidad de 9. Pero al término de la intervención respondió que lo pensaba máximo una vez a la semana en periodos muy breves de 2-3 minutos. Comentó que cada vez que ella lo piensa rápidamente comienza a decirse cosas positivas hacia sí misma como “tú puedes”, “ya podemos olvidar eso”, “no es tiempo de morir”, o incluso realiza actividades de su agrado, y así logra cesar dichos pensamientos suicidas.

En cuestión a los efectos disposicionales, en todas disminuyó la probabilidad de ocurrencia e intensidad.

**Tabla 13***Resultados de morfología: planeación suicida.*

	<b>PRE</b>	<b>POST</b>
<b>Frecuencia</b>	52 veces al año.	2 veces al mes.
<b>Duración</b>	2 horas.	15 minutos.
<b>Intensidad</b>	10	4

**Tabla 14***Efectos disposicionales asociados a la morfología: planeación suicida.*

<b>Efectos disp.</b>	<b>Medida</b>	<b>PRE</b>	<b>POST</b>
Molestia	Prob.	.96	.7
	Mag.	10	8
Tristeza	Prob.	.96	.8
	Mag.	10	8
Angustia	Prob.	.76	.6
	Mag.	10	7
Ansiedad	Prob.	1	.8
	Mag.	10	8
Miedo	Prob.	1	.1
	Mag.	10	1

En cuanto a la morfología de planeación suicida, en la tabla 13 podemos observar que la usuaria en un principio reportó planearlo 1 vez a la semana con una intensidad 10 y en lapsos prolongados de tiempo de hasta 2 horas. Al culminar de la intervención contestó que ha llegado a realizar dicha morfología máximo 2 veces al mes, pero con una intensidad baja de 4 y en periodos más cortos de 15 minutos. Respecto a los efectos disposicionales, en la tabla 14 se presentan, destacando que

todas disminuyeron en la probabilidad de ocurrencia y en magnitud, empero siguen presentándose con intensidad alta: la molestia, la tristeza y la ansiedad.

**Tabla 15**

*Resultados de morfología: comentarios negativos sobre sí misma.*

	PRE	POST
<b>Frecuencia</b>	365 días al año.	1 vez al mes.
<b>Duración</b>	30-40 minutos.	1-2 minutos.
<b>Intensidad</b>	10	4

**Tabla 16**

*Efectos disposicionales asociados a la morfología: comentarios negativos sobre sí misma.*

Efectos disp.	Medida	PRE	POST
Molestia	Prob.	.98	.7
	Mag.	10	4
Tristeza	Prob.	1	.6
	Mag.	10	2
Angustia	Prob.	.95	.8
	Mag.	10	6
Ansiedad	Prob.	.95	.8
	Mag.	10	3
Miedo	Prob.	1	.1
	Mag.	10	1

En la tabla 15 se da a conocer los resultados pre y post de la morfología “comentarios negativos sobre sí misma”. Antes de comenzar la intervención, la usuaria reportó presentar la morfología todos los días del año con una intensidad de 10 y en periodos largos de tiempo de hasta 40 minutos. Al finalizar la intervención respondió que máximo una vez al mes con intensidad baja y en lapsos breves de 1-2 minutos. En cuanto a los efectos disposicionales, en la tabla 16, se observa que todas disminuyeron en probabilidad de ocurrencia y en magnitud, sin embargo, aún se muestran presentes con frecuencia la angustia y la ansiedad.

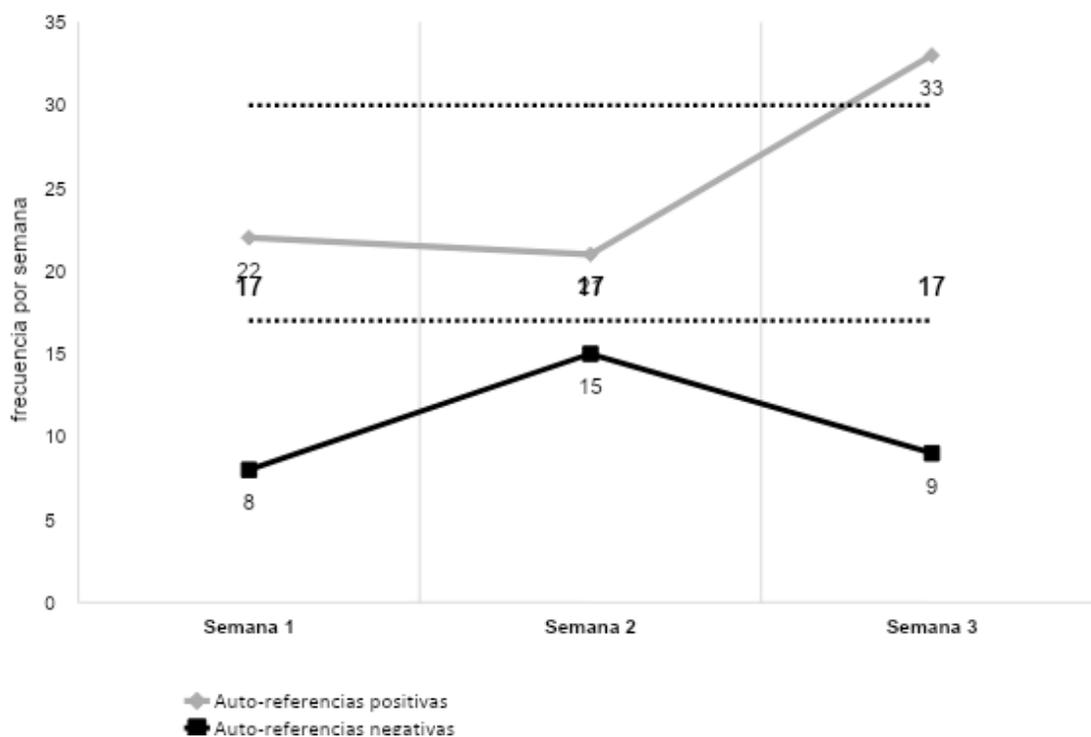
La hoja de respuestas de la evaluación post se encuentran en el anexo 5.

### 4.7.3 Resultados por objetivos particulares

**Objetivo específico 1.** La usuaria regulará la tendencia a realizar autoreferencias negativas sobre sí misma el 80% de las veces involucrándose en más tareas en las que se encuentre expuesta a la crítica social.

#### Figura 4

*Frecuencia por semana de autorreferencias positivas y negativas sobre sí misma.*



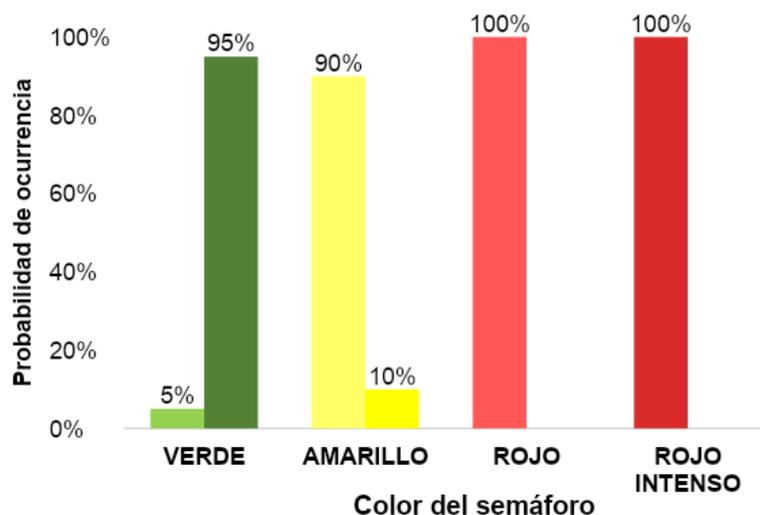
En la figura 4, con líneas sólidas se nos presentan los datos obtenidos semanalmente por medio de autorregistros, mientras que las líneas punteadas nos muestran cuáles fueron los objetivos preestablecidos a los que se pretendía alcanzar al final de la intervención. Y como se puede observar, tanto en las

autorreferencias positivas como negativas se logró e incluso se rebasó el objetivo final.

**Objetivo específico 2.** La usuaria regulará la tendencia a insistir ante el rechazo el 95% de las veces regulando efectos disposicionales de otros efectos por medio de autoinstrucciones en situaciones típicamente problemáticas.

**Figura 5.**

*Probabilidad de ocurrencia del comportamiento referido a cada color pre y post a la intervención.*



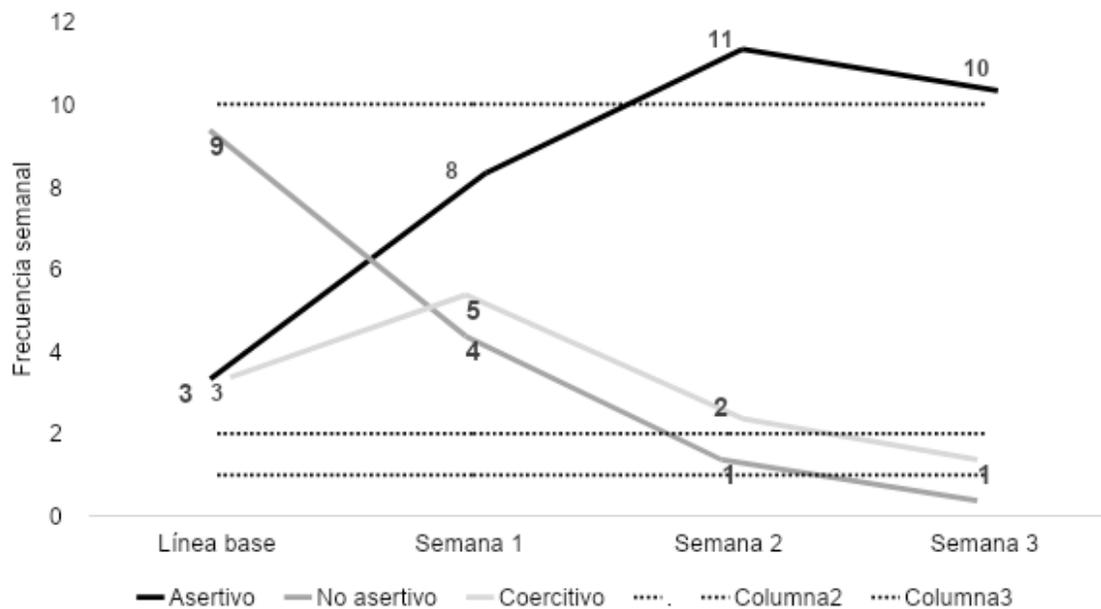
En cuanto al objetivo específico 2, la figura 5 indica la probabilidad de ocurrencia de las situaciones según la clasificación de semáforo en la que el verde era cuando no se presentaba ningún problema, el amarillo cuando se anticipaba la respuesta al problema, el rojo cuando ya estaba presente el problema y el rojo intenso cuando está presente el problema y ya no se puede controlar. Entonces,

respecto al verde se puede observar que antes de la intervención, la probabilidad de ocurrencia era de 5% mientras que al final de la intervención es de 95%. En cuanto a las situaciones en las que la usuaria se anticipaba ante el problema, estas antes tenían la probabilidad de ocurrencia de un 90% y actualmente de un 10%. Y, por último, en las situaciones rojo y rojo intenso, ambas ocurrían el 100% de las situaciones, y actualmente se presentan en un 0%. Cumpliéndose así el objetivo particular 3.

**Objetivo específico 3.** La usuaria regulará los efectos de culpa y enojo el 80% de las veces realizando una comunicación asertiva sobre sus molestias o desacuerdos.

### Figura 6

*Frecuencia por semana de la realización de los tres estilos de respuesta.*



En la figura 6 se puede apreciar la frecuencia reportada en autorregistro durante tres semanas, también se consideró el dato de línea base, ambos graficados por medio de líneas sólidas, mientras que las líneas puntuadas hacen referencia a el objetivo final previamente establecido para cada estilo de respuesta.

Como se puede observar en los tres estilos de respuesta se cumplió el objetivo, es decir, la frecuencia meta. Aunque en “coercitivo” la primera semana incluso aumentó la cantidad de conductas realizadas, pero posteriormente disminuyó. Este aumento la usuaria lo refiere que fue porque estaba en temporada de exámenes finales y se sentía estresada y presionada, cualquier *comentario* la molestaba.

**Tabla 17**

*Tabla general del cumplimiento o no de objetivos particulares.*

<b>OBJETIVO PARTICULAR</b>	<b>¿SE CUMPLIÓ?</b>	<b>¿NO SE CUMPLIÓ?</b>
<p>1. La usuaria regulará la tendencia a realizar autoreferencias negativas sobre sí misma el 80% de las veces involucrándose en más tareas en las que se encuentre expuesta a la crítica social.</p>		
<p>2. La usuaria regulará la tendencia a insistir ante el rechazo el 95% de las veces regulando efectos disposicionales de otros efectos por medio de autoinstrucciones en situaciones típicamente problemáticas.</p>		
<p>3. La usuaria regulará los efectos disposicionales culpa y enojo el 80% de las veces realizando una comunicación asertiva sobre sus molestias o desacuerdos.</p>		

## 5. Discusión

El suicidio en la actualidad es considerado como un problema de salud pública por la Organización Mundial de la Salud (2019), por lo que las disciplinas que formamos el Área de la Salud debemos de responder a la resolución de dicha demanda social apoyándonos de nuestra ciencia y tecnología.

En el caso específico de México es preocupante dicha problemática ya que solamente en el año 2016 ocurrieron 6,291 muertes intencionales, es decir, una tasa de 5.1 por cada mil habitantes (INEGI, 2018). Se han hecho diversos planes de intervención para disminuir la tasa de muertes por suicidio, como pláticas, grupos de apoyo, línea gratuita para atención en crisis, intervenciones psicológicas generalizadas, pero dicha tasa ha ido en aumento.

Contribuyendo a la resolución de dicha problemática, en el presente estudio se propuso una intervención en un caso clínico de riesgo suicida con ayuda de la metodología de Análisis Contingencial. Con base en los resultados obtenidos, encontramos que fue pertinente su aplicación en el presente caso, ampliando el campo de aplicación de dicha tecnología. El AC permitió la creación de un programa de intervención adecuado para este caso en específico, considerando todos los factores que se identificaron en el análisis presentado.

Siendo así, se creó el objetivo de intervención con base en la solución elegida por la usuaria: cambio de la conducta propia. El objetivo entonces fue que la usuaria desarrollara habilidades para relacionarse con otros de manera satisfactoria el 80% de las veces en diversas circunstancias sociales. Dicho objetivo pudo ser cumplido

con la realización de tres objetivos específicos, regulando su tendencia a presentar autorreferencias negativas sobre sí misma, también regulando la tendencia a insistir ante el rechazo disminuyendo la probabilidad de ocurrencia de efectos disposicionales desarrollando de habilidades de comunicación asertiva y autocontrol.

La metodología aplicada en la presente tesis se diferencia de los modelos anteriormente revisados y aplicados por la psicología, como son el modelo Cognitivo de Beck, el Modelo Cognitivo-Conductual, entre otros; en que no aplica una intervención *a priori* con base en la sintomatología que expone el usuario, sino que propone las técnicas a utilizar a partir de un Análisis Contingencial. Se trata entonces de una atención individualizada y particular, además de que en todo momento se mantiene una lógica conceptual, sin retomar términos que refieran al comportamiento suicida bajo el dualismo mente-cuerpo.

Se reconocen las ventajas que el estudio presentó el que la intervención haya resultado tan beneficiosa para la usuaria, se pudo deber a la disposición con la que esta se presentaba a cada sesión, o a la relación psicóloga-usuaria que fue en todo momento cordial y afable; se considera también la posible fidelidad de los resultados, ya que, aunque la usuaria en ningún momento conoció las frecuencias exactas por objetivo a cumplir por semana, estos datos fueron reportados por medio de autorregistros.

Como limitante se reconoce el estudio como un caso único, se trata de una intervención y no cumple propósitos de investigación, sin embargo, la descripción de estos casos permite entender a detalle el comportamiento de una persona con

intento de suicidio, permitiendo también ilustrar el análisis del caso y la forma en que se desarrolló la intervención a partir del análisis. Aclarando que el propósito no es generalizar resultados sino ofrecer una alternativa a otras formas más tradicionales para abordar este tipo de casos.

Los resultados apoyan a los supuestos que el Gobierno del Estado de México (2019) expone: las personas que realizan algún comportamiento de riesgo suicida, lo hacen porque no encuentran otra solución a sus problemas más que el suicidio, siendo algunas de las causas los problemas familiares, amorosos, académicos; o crisis de ansiedad (INEGI, 2018), como es en el caso presente.

Los efectos que refería la usuaria coinciden con la conclusión de Sánchez, et ál (2014), que las respuestas como depresión, desesperación y aislamiento parecen estar construidas culturalmente desde la familia en cuanto a cómo expresar sentimientos de tristeza y enojo. Culturalmente es válido recurrir al suicidio como solución a problemas interpersonales.

Por ello, consideramos nos corresponde intervenir en las condiciones personales, familiares y sociales continúan probabilizando la ocurrencia de conductas suicidas.

## 6. Epílogo

Como punto adicional a la tesis presentada, se presenta a continuación un fragmento de lo que la usuaria reportó en la última sesión:

*“(...) Y bueno, en cuestión de cómo me he sentido... Pude confrontar a mi abuela en vacaciones, me acerqué y le dije “Abuela, ¿por qué nunca me has tratado como nieta?” y creo que desde ahí mi abuela se acercó muchísimo a mí. Apenas fue mi cumpleaños, y varios exnovios me hablaron, y ya no me interesa porque en su momento no valoraron la relación. ¿Qué más? Mmmm, le conté a mi papá que voy a terapia, y me creerás que lo aceptó súper bien, me siento tranquila de saber que también cuento con su apoyo. Respecto a la uni, sé que debo materias pero también sé que estoy siendo responsable con ellas, poco a poco las iré librando. Sé que me cuesta, pero no es imposible. Con chicos nuevos, pues he rechazado invitaciones a salir a casas solas, o vamos a un lugar con gente o no salgo a ningún lado. **¡Ya mi vida va muy bien, no me puedo morir ahorita, jajajaja!**”*

(SIC.PAC.).

## 7. Referencias

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM)*, 5ta. Edición.
- Asociación Mexicana de Suicidología. (2019): Guanajuato, México. Consultado el 16 de enero de 2020. <https://www.suicidologia.mx>.
- Báez, C. (2018). *El depresivo rostro del suicidio en México*. Ciencias MX Noticias. Agencia Informativa CONACyT. <http://www.cienciamx.com/index.php/reportajes-especiales/22639-depresivo-rostro-suicidio-mexico>
- Barroso, A. A. (2019). Comprender el suicidio desde una perspectiva de género: una revisión crítica bibliográfica. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 39(135), 51-66. <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v39n135/2340-2733-raen-39-135-0051.pdf>
- Bazán, A. (2010). Aportes de la psicología interconductual a la educación. *Revista Mexicana de Psicología*, 27(2), 193-194. <http://www.redalyc.org/pdf/2430/243016324008.pdf>
- Beck, A. T., Schuyler, D. y Herman, I., (1974). *Development of suicidal intent scales*. [https://alojamientos.uva.es/guia\\_docente/uploads/2013/478/46299/1/Documento42.pdf](https://alojamientos.uva.es/guia_docente/uploads/2013/478/46299/1/Documento42.pdf)
- Bedoya, E. Y. y Montaña, L. E. (2016). Suicidio y Trastorno Mental. *CES Psicología*, 9(2), 179-201. <https://www.redalyc.org/pdf/4235/423548400012.pdf>
- Borges, G., Medina, M. E., Orozco, R., Ouéda C., Villatoro, J., y Fleiz, C. (2009). Distribución y determinantes sociodemográficos de la conducta suicida en México. *Salud Mental*, 32(5), 413-425. <https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2009/sam095h.pdf>

- Borges, G., Orozco, R. y Medina, M. E. (2012). Índice de riesgo para el intento suicida en México. *Salud pública de México*, 54(6), 595-605. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342012000600008](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342012000600008)
- Bustamante, F. y Florenzano, R. (2013). Programas de prevención del suicidio adolescente en establecimientos escolares: una revisión de la literatura. *Rev. Chilena de Neuro-psiquiatría*, 51(2). [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-92272013000200006&script=sci\\_arttext](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-92272013000200006&script=sci_arttext)
- Camacho, E. (2013). Diagnóstico de problemas psicológicos en el ámbito clínico: una perspectiva sistémica desde psicología interconductual. *Psicoterapia y problemas actuales: debates y alternativas*. <https://rei.iteso.mx/bitstream/handle/11117/4155/Problemas%20psicol%C3%B3gicos-cl%C3%ADnica-Camacho.pdf?sequence=3>
- Camus, A. (2012). *El mito de Sísifo*. Editorial Alianza. (Original publicado en 1942).
- Carpio, C., Pacheco, V., Flores, C. y Canales, C. (2000). Calidad de vida: un análisis de su dimensión psicológica. *Revista Sonorense de Psicología*, 14(1 y 2), 3-15. [https://www.researchgate.net/publication/242412517\\_Calidad\\_de\\_vida\\_Un\\_analisis\\_de\\_su\\_dimension\\_psicologica\\_Quality\\_of\\_life\\_An\\_analysis\\_of\\_its\\_psychological\\_dimension](https://www.researchgate.net/publication/242412517_Calidad_de_vida_Un_analisis_de_su_dimension_psicologica_Quality_of_life_An_analysis_of_its_psychological_dimension)
- Centro Estatal de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades, (2018). *Una alternativa para la prevención del suicidio*. [http://salud.edomex.gob.mx/cevece/documentos/documentostec/documentos/Alter\\_prevsuicidio.pdf](http://salud.edomex.gob.mx/cevece/documentos/documentostec/documentos/Alter_prevsuicidio.pdf)

Córdoba, M., Rosales, J. C. y Rosales, A. (2019). Intento suicida: veinticinco años de investigación en estudiantes mexicanos de educación media superior. *Revista digital Internacional de Psicología y Ciencia Social*, 5(2), 176-198. <http://cuved.unam.mx/revistas/index.php/rdpcs/article/view/199/492>

Durkheim, E. (2014). *El suicidio*. México: Editorial: TM.

Eguiluz, L. de L., Plasencia, M. L. y Santillán, C. (2017). Estrategias para trabajar con jóvenes que presentan ideas suicidas. *Integración Académica en Psicología*, 5(3), 95-106. <http://integracion-academica.org/attachments/article/156/08%20Trabajar%20con%20jovenes%20-%20LLEguiluz%20MLPlasencia%20CSantillan.pdf>

Espinoza, F., Zepeda, V., Bautista, V., Hernández, C. M., Newton, O. A. y Plasencia, G. R. (2010). Violencia doméstica y riesgo de conducta suicida en universitarios adolescentes. *Salud pública de México*, 52(3), 213-219. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342010000300005](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342010000300005)

Fierro, A. (2000). Salud (comporta)mental: un modelo conceptual. *Revista de Psicología general y aplicada*, 53, 147-164. [https://www.uma.es/psicologia/docs/eudemon/analisis/salud\\_comportamental\\_un\\_modelo\\_conceptual.pdf](https://www.uma.es/psicologia/docs/eudemon/analisis/salud_comportamental_un_modelo_conceptual.pdf)

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2017). Suicidio. *Red Argentina de Periodismo Científico*. [https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org.argentina/files/2018-04/COM-5\\_Suicidio\\_Interior\\_WEB.pdf](https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org.argentina/files/2018-04/COM-5_Suicidio_Interior_WEB.pdf)

Giner, L. (2010). *Diferencias en la conducta suicida: estudio comparativo entre los intentos de suicidio y suicidio consumado* (Tesis doctoral). Universidad

Autónoma de Madrid, España.  
[https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/5657/35431\\_giner\\_jimenez\\_lucas.pdf?sequence=1](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/5657/35431_giner_jimenez_lucas.pdf?sequence=1)

González, S., Díaz, A., Ortíz, S., González, C. y González, J. (2000). Características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la Ciudad de México. *Salud Mental* 23, 21-30.  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2000/sam002d.pdf>

Hawkins, S., Valencia, A., Caamaño, B. y Ceballos, C. (2014). Riesgo suicida y desesperanza en pacientes psiquiátricos hospitalizados. *Pensando Psicología*, 10(17), 43-51. <http://dx.doi.org/10.16925/pe.v10i17.783>

Imberton, G. (2014). Vulnerabilidad suicida en localidades rurales de Chiapas: una aproximación etnográfica. *Revista LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos*, XII(2), 81-96. <http://www.scielo.org.mx/pdf/liminar/v12n2/v12n2a6.pdf>

Instituto de la Juventud de la Ciudad de México. Gobierno de la Ciudad de México (2020). *Núcleo Urbano de Bienestar Emocional (NUBE)*. Consultado el 9 de enero del 2020. <https://www.injuve.cdmx.gob.mx/servicios/servicio/salud-emocional>

Kantor, J. R. (1980). *Psicología interconductual: un ejemplo de construcción científica*. Ed. Trillas.

Kantor, J. R. y Smith, N. W. (2015, original publicado en 1975). *La ciencia de la psicología: un estudio interconductual*. México.

Lozano, D. y Parada, W. (2012). *Programa interconductual de prevención del consumo de sustancias psicoactivas en niños (as)*. Facultad de Ciencias Humanas y Sociales, Programa de Psicología. Bogotá,

Colombia.<http://repositorio.iberamericana.edu.co/bitstream/001/446/1/Programa%20interconductual%20de%20prevenci%C3%B3n%20del%20consumo%20de%20sustancias%20psicoactivas%20en%20ni%C3%B1os%20%28as%29.pdf>

Martín, V. (2016). Conducta suicida: protocolo de intervención. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 233-250. <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349851777025.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2018). *El suicidio*. Consultado el 19 de noviembre del 2019. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Ortega, M, (2018). *Comportamiento suicida: reflexiones críticas para su estudio desde un sistema psicológico*. Ed.Qartuppi.

Platón (1999). *Diálogos. Obra completa. Leyes*. Volumen VIII. Ed. Gredos: Madrid. [https://www.academia.edu/20409927/PLATON\\_Dialogos\\_VIII\\_Leyes\\_Libros\\_I\\_VI\\_Gredos\\_Madrid\\_1999](https://www.academia.edu/20409927/PLATON_Dialogos_VIII_Leyes_Libros_I_VI_Gredos_Madrid_1999)

Ribes, E. (1995). Causalidad y contingencia. *Mexican Journal of Behavior Analysis*, 21(3). 123-142. <http://revistas.unam.mx/index.php/rmac/article/view/25420/23976>

Ribes, E. (2008). *Psicología y salud*. México: Ed. Trillas.

Rodríguez, M. L. (2011). Manejo de contingencias, en *Psicoterapia cognitivo-conductual*. México: UNAM.

Rodríguez, M. L. (2016). *Análisis contingencial*. México: UNAM.

- Rodríguez, M. L., Díaz, E., y Landa, P. (2016). El análisis contingencial: un sistema interconductual para el campo aplicado, en *Psicología interconductual México*: UNAM.
- Ryle, G. (1949). Cap. 1: El mito de Descartes en *El concepto de lo mental*. Ed. Paidós.
- San Román, J.M. (s/f). *Interconductismo: principios básicos*. <http://www.galeon.com/aprenditres/articulos/pricipiosinter.pdf>
- Sánchez, F. (2018). Autopsias psicológicas para entender el suicidio. *Agencia Informativa CONACyT. Ciencias MX Noticias*. Consultado el 2 de enero del 2020. <http://www.cienciamx.com/index.php/ciencia/salud/20734-autopsias-psicologicas-entender-suicidio>
- Sánchez, L. M., Morfín, T., García, J. E., Quintanilla, R., Hernández, R., Contreras, E. y Cruz, J. I. (2014). Intento de Suicidio en Adolescentes Mexicanos: Perspectiva desde el Consenso Cultural. *Acta de Investigación Psicológica*, 4(1), 1446-1458. [http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/actas\\_ip/2014/articulos\\_a/AIP\\_Facultad\\_de\\_Psicologia\\_UNAM\\_41\\_1446\\_1458\\_Intento\\_de\\_suicidio\\_en\\_adolescentes\\_mexicanos.pdf](http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/actas_ip/2014/articulos_a/AIP_Facultad_de_Psicologia_UNAM_41_1446_1458_Intento_de_suicidio_en_adolescentes_mexicanos.pdf)
- Szasz, T. (1999). *Libertad fatal: Ética y política del suicidio*. Ed. Paidós.
- Tsirigotis, K., Gruszczynski W., Tsirigorits, M. (2011). Gender differentiation in methods of suicide attempts. *MedSocMonit*, 17(8), 65-70.
- Vargas, J. A. (2010). Intervención interconductual en el contexto clínico (IICC): un caso, separación de la pareja. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 13(4), 39-55.

Vélez, Y., Luaces, L. y Rosselló, J. (2012). Ideación suicida: Síntomas depresivos, pensamientos disfuncionales, autoconcepto, y estrategias de manejo en adolescentes puertorriqueños/as. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 23(2).  
<http://www.ojs.repsasppr.net/index.php/reps/article/view/204/204>

## 8. Anexos

### Anexo 1. Consentimiento informado



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA



Nombre \_\_\_\_\_

Género   

\_\_\_\_\_ *Lauro*

El propósito de esta carta es formalizar el consentimiento informado de la usuaria, después de informarle de la tesis titulada *Análisis contingencial y reducción del riesgo de suicidio: un estudio de caso*, así como el papel que desempeñará.

La tesis está dirigida por el profesor Antonio Rosales Arellano, psicólogo adscrito a la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, de la UNAM. El objetivo es la aplicación de la metodología análisis contingencial para la reducción de riesgo en la usuaria.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria, la información que se obtenga será confidencial y los datos se utilizarán, de forma anónima, con fines de análisis y publicación, siempre resguardando los datos personales de los participantes.

Si tiene duda sobre el presente estudio, puede aclararla en el momento que usted desee.

#### **Agradecemos su participación**

Sirva la presente para manifestar que por voluntad propia doy mi consentimiento para participar en la tesis *Análisis contingencial y reducción del riesgo de suicidio: un estudio de caso* que es dirigido y supervisado por profesor Antonio Rosales Arellano; psicólogo adscrito a la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, de la UNAM. Declaro que recibí una explicación clara y completa de la naturaleza del trabajo, motivo por el cual decidí aceptar. También recibí información de la forma en que se utilizarán los datos, entiendo que se publicarán en una tesis aplicada, siempre conservando mi anonimato y no se comunicarán a nadie más sin mi consentimiento.

\_\_\_\_\_ del 2019.

## Anexo 2

## Evaluación pre-intervención de la Escala de ideación Suicida de Beck.

NOMBRE	
Fecha	23 de mayo de 2019
<b>I. CARACTERISTICAS DE LAS ACTITUDES HACIA LA VIDA/MUERTE.</b>	
1. Deseo de vivir.	(1)
0. Moderado a fuerte	
1. Poco (Débil).	
2. Ninguno (No tiene).	(2)
2. Deseo de morir.	
0. Ninguno (No tiene).	
1. Poco (Débil).	
2. Moderado a fuerte.	(2)
3. Razones para Vivir/Morir.	
0. Vivir supera a morir.	
1. Equilibrado (es igual).	
2. Morir supera a vivir.	(2)
4. Deseo de realizar un intento de suicidio activo.	
0. Ninguno (inexistente).	
1. Poco (Débil).	
2. Moderado a fuerte.	(1)
5. Deseo pasivo de suicidio.	
0. Tomaría precauciones para salvar su vida.	
1. Dejaría la vida/muerte a la suerte.	
2. Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida.	
<b>II. CARACTERISTICAS DE LOS PENSAMIENTOS/DESEOS DE SUICIDIO</b>	
6. Duración.	(1)
0. Breves, periodos pasajeros.	
1. Periodos largos.	
2. Continuos (Crónicos), casi continuos.	(2)
7. Frecuencia.	
0. Rara, ocasionalmente.	
1. Intermitente.	
2. Persistentes y continuos	(2)
8. Actitud hacia los pensamientos/deseos.	
0. Rechazo.	
1. Ambivalente; indiferente.	
2. Aceptación.	(1)
9. Control sobre la acción/deseo de suicidio.	
0. Tiene sentido de control.	
1. Inseguridad de control	
2. No tiene sentido de control.	(1)
10. Razones o motivos que detienen la tentativa suicida (familia, religión, irreversibilidad o fallar).	
0. No lo intentaría porque algo lo detiene.	
1. Cierta duda hacia los intereses que lo detienen.	
2. Ninguno o mínimo interés en las razones que lo detienen. Indicar qué factores tienen.	(2)
11. Razones para pensar/desear el intento suicida.	
0. Manipular el ambiente, llamar la atención, venganza.	
1. Combinación de 0-2.	
2. Escapar, acabar, salir de problemas.	
<b>III. CARACTERISTICAS DEL INTENTO.</b>	
12. Método: Especificidad/oportunidad de pensar el intento.	(1)
0. Sin considerar.	
1. Considerado, pero sin elaborar los detalles.	
2. Detalles elaborados / bien formulados.	

### Anexo 3.

Autorregistro de frecuencia por semana, objetivo particular 1.

Semana 1

REGISTRO DE AUTO-REFERENCIAS SOBRE SÍ MISMA  
SEMANA (1) (2) (3)

AUTORREFERENCIA	FRECUENCIA SEMANAL	AUTORREFERENCIA	FRECUENCIA SEMANAL
"No merezco que alguien me quiera".		"Las personas no ven lo que realmente soy"	
"No me gusta mi cabello, color de piel y complexión, no me gusto. Me siento incómoda al verme al espejo".		"Me importa menos el físico que el intelecto. A lo mejor no soy tan bonita pero puedo mantener una conversación. Además si quiero mejorar mi aspecto, debo de trabajar en él y no solamente quejarme"	
"No sirvo para la carrera. Me siento inútil. No voy a poder, a lo mejor todos tienen razón en que no no la acabaré".		"Creo que la carrera es difícil pero valdrá la pena todo, tendrá su recompensa"	
"No valgo nada, no valgo seguir viviendo".		"En realidad sí valgo. Y el valor debo de dármelo yo misma, porque no voy a esperar a que alguien más me lo dé".	I
"Nadie me quiere, no me merezco a un novio que realmente me quiera porque no soy lo suficiente"		"Me merezco a alguien que me quiera como soy y que esté conmigo, a alguien que realmente me valore"	
"Cuando las personas se ríen en la calle lo hacen por mí, me señalan o me critican".		"Las personas no siempre me miran, pueden reír por algo que platican entre ellas, sólo es mi imaginación".	

Semana 2

SEMANA (1) (2) (3)

AUTORREFERENCIA	FRECUENCIA SEMANAL	AUTORREFERENCIA	FRECUENCIA SEMANAL
"No merezco que alguien me quiera".		"Las personas no ven lo que realmente soy"	
"No me gusta mi cabello, color de piel y complexión, no me gusto. Me siento incómoda al verme al espejo".	I	"Me importa menos el físico que el intelecto. A lo mejor no soy tan bonita pero puedo mantener una conversación. Además si quiero mejorar mi aspecto, debo de trabajar en él y no solamente quejarme"	
"No sirvo para la carrera. Me siento inútil. No voy a poder, a lo mejor todos tienen razón en que no no la acabaré".		"Creo que la carrera es difícil pero valdrá la pena todo, tendrá su recompensa"	
"No valgo nada, no valgo seguir viviendo".	I	"En realidad sí valgo. Y el valor debo de dármelo yo misma, porque no voy a esperar a que alguien más me lo dé".	I
"Nadie me quiere, no me merezco a un novio que realmente me quiera porque no soy lo suficiente".		"Me merezco a alguien que me quiera como soy y que esté conmigo, a alguien que realmente me valore"	
"Cuando las personas se ríen en la calle lo hacen por mí, me señalan o me critican".		"Las personas no siempre me miran, pueden reír por algo que platican entre ellas, sólo es mi imaginación".	

## Semana 3

SEMANA (1) (2) (3)

AUTORREFERENCIA	FRECUENCIA SEMANAL	AUTORREFERENCIA	FRECUENCIA SEMANAL
"No merezco que alguien me quiera".		"Las personas no ven lo que realmente soy"	
"No me gusta mi cabello, color de piel y complexión, no me gusto. Me siento incómoda al verme al espejo".		"Me importa menos el físico que el intelecto. A lo mejor no soy tan bonita pero puedo mantener una conversación. Además si quiero mejorar mi aspecto, debo de trabajar en él y no solamente quejarme"	
"No sirvo para la carrera. Me siento inútil. No voy a poder, a lo mejor todos tienen razón en que no no la acabaré".		"Creo que la carrera es difícil pero valdrá la pena todo, tendrá su recompensa"	
"No valgo nada, no valgo seguir viviendo".		"En realidad sí valgo. Y el valor debo de dármelo yo misma, porque no voy a esperar a que alguien más me lo dé".	
"Nadie me quiere, no me merezco a un novio que realmente me quiera porque no soy lo suficiente".		"Me merezco a alguien que me quiera como soy y que esté conmigo, a alguien que realmente me valore"	
"Cuando las personas se ríen en la calle lo hacen por mí, me señalan o me critican".		"Las personas no siempre me miran, pueden reír por algo que platican entre ellas, sólo es mi imaginación".	

## Anexo 4.

## Evidencia de Role-playing WhatsApp.

Ensayo WhatsApp. 13 Dic 19

- Si, esta bien.
- Pues yo tienes la de mi whatsapp.
- No soy de tomarme fotos.
- Nos podriamos tomar una foto juntas en la plaza.
- Dime...
- Para ti que es más?
- Realment no busco algo casual.
- Depende la situación.
- Mejor nos vemos en un punto intermedio.
- 
- Dime...
- Por que no?
- Trabajas? Qué edad tienes?
- En donde trabajas?
- Que es leps para ti?
- Super cerca de donde vivo.
- Ok.
- 
- Dime...
- Ehh. No!
- No puedo en la noche.
- Entonces por que no salimos en la mañana?

- Hola.
- Muy bien ¿tú?
- Estoy viendo una serie.
- Es asiática, sobre fantasmas
- ¿Cuándo?
- mmm, ¿a que hora?
- ¿en donde?
- ¿cuales son tus intenciones?
- Pero salir a donde?
- ~~Solo~~ ¿cuanto tiempo estaremos en la plaza?
- No se quén eres realmente...
- Lo entiendo pero quiero que las intenciones queden claras.
- Muchas gracias pero ahora no busco nada ni formal ni casual
- Si, por que no?!
- eh, no!
- Estoy ocupada.
- Esta bien.
- Eres guapo...
- Eres linda, no dice más

ncia  
 itos  
 ces  
 na,  
 el  
 no  
 /o  
 1

## Anexo 5. Evaluación post de Escala de Ideación Suicida de Beck

Fecha	<u>23 diciembre 20</u>
<b>I. CARACTERISTICAS DE LAS ACTITUDES HACIA LA VIDA/MUERTE.</b>	
1. Deseo de vivir.	(0)
<input checked="" type="radio"/> Moderado a fuerte	
1. Poco (Débil).	
2. Ninguno (No tiene).	
2. Deseo de morir.	(1)
0. Ninguno (No tiene).	
<input checked="" type="radio"/> Poco (Débil).	
2. Moderado a fuerte.	
3. Razones para Vivir/Morir.	(0)
<input checked="" type="radio"/> Vivir supera a morir.	
1. Equilibrado (es igual).	
2. Morir supera a vivir.	
4. Deseo de realizar un intento de suicidio activo.	(1)
0. Ninguno (inexistente).	
<input checked="" type="radio"/> Poco (Débil).	
2. Moderado a fuerte.	
5. Deseo pasivo de suicidio.	(1)
0. Tomaría precauciones para salvar su vida.	
<input checked="" type="radio"/> Dejaría la vida/muerte a la suerte.	
2. Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida.	
<b>II. CARACTERISTICAS DE LOS PENSAMIENTOS/DESEOS DE SUICIDIO</b>	
6. Duración.	(0)
<input checked="" type="radio"/> Breves, periodos pasajeros.	
1. Periodos largos.	
2. Continuos (Crónicos), casi continuos.	
7. Frecuencia.	(1)
0. Rara, ocasionalmente.	
<input checked="" type="radio"/> Intermitente.	
2. Persistentes y continuos	
8. Actitud hacia los pensamientos/deseos.	(1)
0. Rechazo.	
<input checked="" type="radio"/> Ambivalente; indiferente.	
2. Aceptación.	
9. Control sobre la acción/deseo de suicidio.	(0)
<input checked="" type="radio"/> Tiene sentido de control.	
1. Inseguridad de control	
2. No tiene sentido de control.	
10. Razones o motivos que detienen la tentativa suicida (familia, religión, irreversibilidad o fallar).	(1)
0. No lo intentaría porque algo lo detiene.	
<input checked="" type="radio"/> Cierta duda hacia los intereses que lo detienen.	
2. Ninguno o mínimo interés en las razones que lo detienen. Indicar qué factores tienen.	
11. Razones para pensar/desear el intento suicida.	(0)
<input checked="" type="radio"/> Manipular el ambiente, llamar la atención, venganza.	
1. Combinación de 0-2.	
2. Escapar, acabar, salir de problemas.	
<b>III. CARACTERISTICAS DEL INTENTO.</b>	
12. Método: Especificidad/oportunidad de pensar el intento.	(1)
0. Sin considerar.	
<input checked="" type="radio"/> Considerado, pero sin elaborar los detalles.	
2. Detalles elaborados / bien formulados.	

## (Continuación)

- |   |     |
|---|-----|
| 13. Método: Disponibilidad/oportunidad de pensar el intento.  | (1) |
| 0. Método no disponible, no oportunidad.  |     |
| <input checked="" type="radio"/> Método tomaría tiempo/esfuerzo; oportunidad no disponible realmente. |     |
| 2. Método y oportunidad disponible  |     |
| 2a. Oportunidad futura o disponibilidad de anticipar el método.                                       |     |
| 14. Sensación de "capacidad" para llevar a cabo el intento.   | (1) |
| 0. Falta de valor, debilidad, asustado, incompetente.   |     |
| <input checked="" type="radio"/> No está seguro de tener valor.                                       |     |
| 2. Está seguro de tener valor.  |     |
| 15. Expectativa/ anticipación de un intento real.   | (0) |
| <input checked="" type="radio"/> No.  |     |
| 1. Sin seguridad, sin claridad.   |     |
| 2. Sí.  |     |
| IV. ACTUALIZACION DEL INTENTO.  |     |
| 16. Preparación real.   | (0) |
| <input checked="" type="radio"/> Ninguna.   |     |
| 1. Parcial (guardar pastillas, conseguir instrumentos).   |     |
| 2. Completa.  |     |
| 17. Nota Suicida.   | (1) |
| 0. Ninguna.   |     |
| <input checked="" type="radio"/> Sólo pensada, iniciada, sin terminar.                                |     |
| 2. Escrita. Terminada.  |     |
| 18. Acciones finales para preparar la muerte (testamento, arreglos, regalos).                         | (1) |
| 0. No.  |     |
| <input checked="" type="radio"/> Sólo pensados, arreglos parciales..                                  |     |
| 2. Terminados   |     |
| 19. Encubrimiento de la idea de realizar el intento suicida.  | (0) |
| <input checked="" type="radio"/> Revela las ideas abiertamente.                                       |     |
| 1. Revela las ideas con reservas.   |     |
| 2. Encubre, engaña, miente.   |     |
| 20. Intento de suicidio Anteriores.   | (1) |
| 0. No.  |     |
| <input checked="" type="radio"/> Uno.   |     |
| 2. Más de uno.  |     |

**Anexo 6.** Evaluación post de morfologías y factores disposicionales

<i>Morfologías</i>	<i>Topografía</i>	<i>Frec.</i> <i>(Anual)</i>	<i>Duración</i>	<i>Intensidad</i>	<b>Molestia</b>		<b>Tristeza</b>		<b>Angustia</b>		<b>Ansiedad</b>		<b>Miedo</b>	
					Prob.	Mag.	Prob.	Mag.	Prob.	Mag.	Prob.	Mag.	Prob.	Mag.
Intento suicida.	Intenta aventarse de un tercer piso.	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pensamiento suicida.	“Ya me cansé, ya no puedo vivir más, no merezco esta vida.”	1 o 2 veces por semana	2-3 minutos.	7	.1	7	.1	10	.6	6	.1	8	.1	1
Planeación suicida.	Piensa en cómo y dónde cortarse las venas, o en volver a intentar aventarse.	2 veces al mes.	15 minutos	4	.7	8	.8	8	.6	7	.8	8	.1	1
Comentarios negativos sobre sí misma.	“Estoy gorda, no puedo con la carrera, nunca seré lo suficiente”. Actualmente solamente es el comentario de estar gorda.	1 vez al mes	1-2 minutos	4	.7	4	.6	2	.8	6	.8	3	.1	1

## Anexo 7.

Infografías sobre los riesgos de identidad en las redes sociales.



## ¿CÓMO PREVENIR SER VÍCTIMA DE TRATA DE PERSONAS EN REDES SOCIALES?

### GUÍA PARA ADOLESCENTES



Recuerda que la persona del otro lado de la pantalla no siempre es quien dice ser



Evita aceptar solicitudes de amistad de personas que no conoces



Limita la información que compartes



Nunca envíes fotografías personales a desconocidos



Familiarízate con los filtros de privacidad y seguridad



Si un desconocido te amenaza, extorsiona o insiste en tener contacto, pide apoyo a familiares y amigos



Informa a personas de confianza si un contacto te invita a salir de tu domicilio o ciudad

Descarga el libro **Trata de personas. Un acercamiento a la realidad nacional** de nuestra página web



## Anexo 8.

### Reporte por sesión

<b>Número de Sesión:</b> 1	<b>Fase:</b> Intervención
<b>Objetivo de la sesión:</b> 1. La usuaria describirá qué es una tendencia.	
<b>Desarrollo de la sesión</b> Se comenzó la sesión preguntándole a la usuaria cómo se había sentido durante la primera semana de su 3er. semestre, a lo que ella contestó que sentía miedo de no estar en el lugar adecuado, a pesar de le gustara mucho la carrera, creía que no era lo suficientemente capaz de hacerlo.  Posteriormente iniciamos la intervención con la explicación del primer objetivo a cumplir: la regulación de tendencias. Se le comentó a qué nos referíamos con tendencia y se le proporcionaron algunos ejemplos. Después se le pidió que con sus propias palabras nos dijera qué entendió y nos proporcionara 5 ejemplos de tendencias propias, y la función que cumplen en su comportamiento. Sus respuestas fueron las siguientes: <i>“Una tendencia es algo que yo repito constantemente en un lapso largo, puede haber patrones. Los cinco ejemplos son: 1) Yo tiendo a conocer chicos por internet, pero luego de un tiempo me doy cuenta de que ya no es lo que busco. Esto cumple la función de que amplía mi círculo social, y me hace darme cuenta de que no existe un solo tipo de hombre, ya que en redes hay mucha variedad de personas. Me ayuda también a analizar los círculos sociales (familia, amigos, exnovias) de mis parejas, y así darme cuenta de si quiero algo serio o causal. Y así no estar a la disposición de los hombres, sino de mis gustos. 2) Tiendo mucho a distraerme con el celular. Esto me permite conocer gente, me relaja cuando estoy tensa, pero también me repercute muchísimo pues no termino la tarea y al otro día ando llore y llore porque no sé nada. 3) Tiendo a sentirme ansiosa ante situaciones estresantes. Esto únicamente sirve para mal, porque me desubica en tiempo y espacio de lo que hago, y me comienzan a dar ataques de ansiedad, comienzo a rascarme mucho. 4) Tiendo a juzgarme por mi físico y por mi incompetencia. Únicamente esto me hace daño, porque dejo de comer, permito que la gente me haga comentarios ofensivos, y paso rápidamente de feliz a tristeza profunda. 5) Tiendo a aislarme en el salón de clase, pero esto no siempre es malo, porque me ayuda a estudiar, dibujar y a hacer otras actividades recreativas. Y, ya sé que me pediste 5, pero creo que esta última es demasiado importante. 6) Tiendo a ser “sentida” ante cualquier comentario, luego luego me hace sentir mal, aunque no sea ofensivo ni personal.”</i> (SIC.PAC.)  Ya obtenida su respuesta, se hizo énfasis en una de las tendencias que comentó, el juzgar de manera ofensiva su físico y su fracaso ante algunas actividades. Para ello se le dijo que eso podía resumirse en <b>autoreferirse negativamente sobre sí misma</b> . Se le explicó más a detalle la función que esto cumple en su vida, y cómo ha repercutido. Después se le pidió que enlistara todas aquellas autoreferencias negativas que se hacía día a día. Y que de tarea tenía que registrar la frecuencia de estas.	
<b>Objetivos alcanzados</b> La usuaria mencionó al menos 4 ejemplos de tendencias y la relación de cada uno con su comportamiento.	
<b>Objetivos Pendientes</b>	
<b>Complicaciones durante la sesión</b>	

**Metas de la sesión subsecuente**

La identificación de frecuencia de autoreferencias negativas en su vida cotidiana (autoregistro).

<b>Número de Sesión:</b> 2	<b>Fase:</b> Intervención																
<b>Objetivo de la sesión:</b> 2. La usuaria modificará el proceso por el cual emite sus referencias negativas.																	
<b>Desarrollo de la sesión</b> Acudió a sesión en estado leve de ebriedad, ya que se había ido con sus amigos a tomar para hacer tiempo para la sesión. Comenzó la sesión comentando que había terminado con su novio porque otra persona que conoció por las redes sociales le comenzaba a interesar más. A pesar del rompimiento ella no mostró ni mencionó estar triste o ansiosa.  A continuación, se revisó la tarea, y las autorreferencias que ella escribió fueron las siguientes:																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>AUTOREFERENCIA</th> <th>FRECUENCIA POR SEMANA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>"No merezco que alguien me quiera".</td> <td>14 veces</td> </tr> <tr> <td>"No me gusta mi cabello, color de piel y complexión, no me gusto. Me siento incómoda al verme al espejo".</td> <td>35 veces</td> </tr> <tr> <td>"No sirvo para la carrera. Me siento inútil. No voy a poder, a lo mejor todos tienen razón en que no la acabaré".</td> <td>7 veces</td> </tr> <tr> <td>"No valgo nada, no valgo seguir viviendo".</td> <td>7 veces</td> </tr> <tr> <td>"Nadie me quiere, no me merezco a un novio que realmente me quiera porque no soy lo suficiente".</td> <td>7 veces</td> </tr> <tr> <td>"Cuando las personas se ríen en la calle lo hacen por mí, me señalan o me critican".</td> <td>14 veces</td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td>84 veces por semana</td> </tr> </tbody> </table>		AUTOREFERENCIA	FRECUENCIA POR SEMANA	"No merezco que alguien me quiera".	14 veces	"No me gusta mi cabello, color de piel y complexión, no me gusto. Me siento incómoda al verme al espejo".	35 veces	"No sirvo para la carrera. Me siento inútil. No voy a poder, a lo mejor todos tienen razón en que no la acabaré".	7 veces	"No valgo nada, no valgo seguir viviendo".	7 veces	"Nadie me quiere, no me merezco a un novio que realmente me quiera porque no soy lo suficiente".	7 veces	"Cuando las personas se ríen en la calle lo hacen por mí, me señalan o me critican".	14 veces	TOTAL	84 veces por semana
AUTOREFERENCIA	FRECUENCIA POR SEMANA																
"No merezco que alguien me quiera".	14 veces																
"No me gusta mi cabello, color de piel y complexión, no me gusto. Me siento incómoda al verme al espejo".	35 veces																
"No sirvo para la carrera. Me siento inútil. No voy a poder, a lo mejor todos tienen razón en que no la acabaré".	7 veces																
"No valgo nada, no valgo seguir viviendo".	7 veces																
"Nadie me quiere, no me merezco a un novio que realmente me quiera porque no soy lo suficiente".	7 veces																
"Cuando las personas se ríen en la calle lo hacen por mí, me señalan o me critican".	14 veces																
TOTAL	84 veces por semana																
Posteriormente se comenzaron a discutir las diversas autoreferencias negativas de sí misma por medio de conclusión, evidencia, lógica o practicidad. Solamente en esta sesión se avanzó con las primeras dos.																	
<b>Objetivos alcanzados</b> La usuaria realizó un análisis lógico por sí misma de 3 autoreferencias produciendo referencias que promuevan la conducta meta.																	
<b>Objetivos Pendientes</b> Discutir la función de cada autorreferencia enlistada a través de <i>un salto de vía</i> .																	
<b>Complicaciones durante la sesión</b> Llegó 15 minutos tarde a sesión y en estado leve de ebriedad.																	

**Metas de la sesión subsecuente**

Control de estímulos por medio de implementación de tarjetas.

**Número de Sesión:** 3**Fase:** Intervención**Objetivo de la sesión:**

2. La usuaria modificará el proceso por el cual emite sus referencias negativas.

**Desarrollo de la sesión**

Se continuó la sesión con las demás autoreferencias, y las conclusiones a las que ella llegó fueron las siguientes:

AUTOREFERENCIA	CONCLUSIÓN
“No merezco que alguien me quiera”.	“Las personas no ven lo que realmente soy”
“No me gusta mi cabello, color de piel y complexión, no me gusto. Me siento incómoda al verme al espejo”.	“Me importa menos el físico que el intelecto. A lo mejor no soy tan bonita, pero puedo mantener una conversación. Además, si quiero mejorar mi aspecto, debo de trabajar en él y no solamente quejarme”
“No sirvo para la carrera. Me siento inútil. No voy a poder, a lo mejor todos tienen razón en que no la acabaré”.	“Creo que la carrera es difícil, pero valdrá la pena todo, tendrá su recompensa”
“No valgo nada, no valgo seguir viviendo”.	“En realidad sí valgo. Y el valor debo de dármelo yo misma, porque no voy a esperar a que alguien más me lo dé”.
“Nadie me quiere, no me merezco a un novio que realmente me quiera porque no soy lo suficiente”.	“Me merezco a alguien que me quiera como soy y que esté conmigo, a alguien que realmente me valore”
“Cuando las personas se ríen en la calle lo hacen por mí, me señalan o me critican”.	“Las personas no siempre me miran, pueden reír por algo que platican entre ellas, sólo es mi imaginación”.

Ya realizada la discusión de las autoreferencias, se le dejó de tarea que cada una de las conclusiones a las que había llegado las escribiera en unas hojas que se le otorgaron. Y debía pegarlas en lugares de su habitación en los que ella se hacía los comentarios con mayor frecuencia, por ejemplo, a un lado de su cama o a un costado de su espejo.

Finalizada la actividad comentó que el chico que le gustaba por internet, ya no le gusta porque le hizo algunas propuestas que ella no estaba dispuesta a aceptar, y se disgustó. Aunque no estaba muy segura de dejarle o no de hablar.

**Objetivos alcanzados**

Modificación del proceso por el cual emite sus autorreferencias negativas sobre sí misma. Creación de tarjetas.

**Objetivos Pendientes****Complicaciones durante la sesión**

**Metas de la sesión subsecuente**

Establecimiento de criterios de auto reforzamiento y castigo.

**Número de Sesión:** 4

**Fase:** Intervención

**Objetivo de la sesión:**

3. La usuaria establecerá criterios de auto reforzamiento y castigo.

**Desarrollo de la sesión**

Se comenzó la sesión comentando cuáles fueron los lugares en los que había pegado las tarjetas. Les tomó una foto y explicó los lugares, *“a un lado del pequeño espejo que tengo en mi cuarto en el que solamente me veo los ojos cuando me delinee, porque realmente me acompleja mucho; arriba de cama al despertar, cuando abro el clóset, y en mi escritorio donde hago la tarea.”* (SIC.PAC.)

A continuación, se le preguntó sobre el impacto que las tarjetas tuvieron en su comportamiento diario a lo largo de la semana. Su respuesta fue *“sí tienen un impacto, pues me animan cuando creo que ya no puedo salir adelante. Las tarjetas me recuerdan lo mucho que valgo. Poco a poco voy poniéndoles más atención.”* (SIC.PAC.) A pesar de la eficacia que se presenta por parte del control de estímulos, el mirarse al espejo le regresa los complejos, además de que tampoco pone uno más grande porque le da miedo mirarse en la noche y la espanten.

Posterior a esto, se le explicó el siguiente paso que era el autorreforzamiento para incrementar las auto referencias positivas sobre sí misma, y autocastigo para decrementar la ocurrencia de las negativas. La tabla siguiente expone los criterios de logro que junto a ella se establecieron:

<b>SEMANA</b>	<b>AUTORREFERENCIAS</b>	<b>NEGATIVAS</b> <i>(frecuencia)</i>	<b>POSITIVAS</b> <i>(frecuencia)</i>
	SEMANA 1 (7-13 sep.)	59 (disminución al 70%)	10
	SEMANA 2 (14-20 sep.)	34 (disminución al 40%)	20
	SEMANA 3 (21-27 sep.)	17 (disminución al 20%)	30

Se establecieron también cuáles iban a ser los estímulos para reforzamiento y castigo que se utilizarían semanalmente al analizar los resultados. De reforzamiento fue el llevarle alguna plantilla o instrumento para dibujo, ya que a ella le gusta mucho el arte y quiere retomarlos, y además un reconocimiento realizado por la terapeuta donde se reconozcan los logros alcanzados; y como castigo se eligió que iba a traer un disco de los videos de los cantantes que más le gustan, y la terapeuta se lo iba a quedar (claramente hasta que terminara la intervención le sería devuelto). Los formatos para el auto registro se encuentran en el anexo 2.

Ya terminando de explicar la tarea semanal, se le preguntó cómo había estado durante la semana. Comentó que en la red social que frecuenta había un chico mucho mayor que ella que le gustaba, pero que no sabía que iba a pasar, al parecer todo iba bien, aunque no lo ha conocido en persona. Se comentaron algunas actividades de riesgo que sigue manteniendo como tendencia,

como contactar a personas por internet otorgándoles datos personales, verse con ellos en lugares apartados, y el estar constantemente emocionándose ante la novedad de conocer jóvenes nuevos y terminar al poco tiempo desilusionada. Las conclusiones a las que se llegaron fueron: *“Ya sé que lo estoy haciendo mal y que repito las situaciones igual. Pero creo que ya no espero tener relaciones estables, ahora solamente quiero conocer hombres y salir”* (sic. pac.).

**Objetivos alcanzados**

La usuaria estableció los criterios de auto castigo y auto reforzamiento. Se sentaron los objetivos a cumplir durante las siguientes 3 sesiones.

**Objetivos Pendientes**

**Complicaciones durante la sesión**

**Metas de la sesión subsecuente**

La disminución de la frecuencia de las autorreferencias negativas, y aumente la frecuencia de las positivas.

**Número de Sesión: 5**

**Fase:** Intervención

**Objetivo de la sesión:**

1. La usuaria identificará los indicadores situacionales y de insistencia en su comportamiento de insistencia ante el rechazo.

**Desarrollo de la sesión**

Se comenzó la sesión con el auto registro que realizó la usuaria durante toda la semana sobre las autorreferencias negativas y positivas sobre sí misma. Posteriormente comentó que las tarjetas le servían mucho cuando su pareja le mandaba mensajes y ella pensaba *“Si él no me contesta o habla, va a llegar alguien que realmente me valore. Si después me diera cuenta de que él no es en realidad como en sus fotos, no me decepcionaría porque yo puedo seguir con mi vida. Además, si llego deprimida a clases, no voy a avanzar en mis materias.”* (SIC.PAC).

A continuación, se prosiguió con el objetivo 2. Comenzando por la información sobre la segunda tendencia a trabajar “insistir ante el rechazo”, y sobre la técnica de autocontrol a implementar. Seguidamente se realizó la identificación de indicadores situacionales y de insistencia presentes en la interacción:

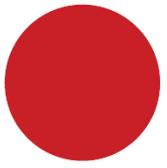
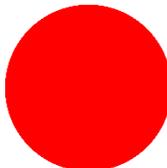
**SITUACIONALES:**

1. Cuando sus amigos o pareja se enojan por alguna situación o comentario por parte de ella.
2. Que le dejen de responder los mensajes o las llamadas.
3. Que sea por medio del teléfono.
4. Cuando se trata de alguien a quien ella aprecia mucho.

**DE INSISTENCIA:**

1. Constantes mensajes y llamadas cada 10 minutos aproximadamente.
2. Ansiedad por la espera de la respuesta.
3. Sentimiento de culpabilidad por causar molestia.
4. Movimientos exagerados de manos y piernas.

<b>Objetivos alcanzados</b> La usuaria explicó la función de los indicadores situacionales y de insistencia en su comportamiento de insistencia ante el rechazo.
<b>Objetivos Pendientes</b>
<b>Complicaciones durante la sesión</b>
<b>Metas de la sesión subsecuente</b> La jerarquización de dichos indicadores.

<b>Número de Sesión:</b> 6	<b>Fase:</b> Intervención		
<b>Objetivo de la sesión:</b> 2. La usuaria jerarquizará los comportamientos de insistencia ante el rechazo.			
<b>Desarrollo de la sesión</b> Se inició la sesión haciendo entrega de un pequeño reconocimiento por cumplir con el primer objetivo de autorreferencias negativas sobre sí misma. Ella comentó que le emocionaba mucho ver los frutos de su esfuerzo y que de verdad está cambiando. La usuaria volvió a cumplir el objetivo establecido.			
<p><i>“Siento cómo estoy cambiando. Me siento feliz porque su pendej* ya se acabó. Sé que hay gente dispuesta a complacer a sus parejas, yo ya no. Yo no le voy a volver a mandar mensaje a nadie que no me busque primero. Yo no fallé como persona y pareja, yo me esmeré. Ahorita me siento plena y bien. Me siento realizada. Ya me cansé de rogar, creo que me merezco también que alguien me ruegue. A veces me acuerdo de lo que hacía por antiguas parejas y hasta me da vergüenza, jajaja. ¿Cómo pude haber hecho eso? Tengo que darme a respetar porque me denigran como mujer. Además, en la escuela expuse bien, me di cuenta de que no necesité que alguien me mandara mensajes de motivación, porque yo pude hacerlo. Los mensajes son palabras que dice cualquiera, sino me lo comprueban con hechos, cómo poder creer” (SIC. PAC.)</i></p> <p>Posteriormente se continuó con el objetivo de tendencia a rogar ante el rechazo. Se jerarquizó el comportamiento de manera simbólica con un semáforo que se dividía en 4 colores: verde, amarillo, rojo y rojo intenso.</p>			
			
1. Sonreír. 2. Comentarios constantes de felicidad: <i>“Me siento plena, no me importa si los demás me hablan,</i>	1. Comienza a referir comentarios como <i>“¿Y si algo le pasó y por eso no me habla? ¿Y si le pasó un accidente o algo malo? ¿Y si yo dije</i>	1. Sus comentarios ya no son meras suposiciones, sino que se convierten en afirmaciones: <i>“Sí, yo hice algo malo. Sí, yo</i>	1. Episodio corto de ideación o planeación suicida. 2. Reafirmación constante de autorreferencias negativas sobre sí

<p><i>físicamente estoy bonita, nada me falta para estar bien</i>".</p> <p>3. Prescinde del teléfono por lapsos largos de tiempo.</p>	<p><i>algo en lo que fallé? ¿Y si soy mala persona?"</i></p> <p>2. Repentinos movimientos de las manos.</p> <p>3. Revisa el teléfono una vez cada hora.</p>	<p><i>tengo la culpa de que no me hable."</i></p> <p>2. Exagerados movimientos de las piernas y manos (temblores).</p> <p>3. Intentos fallidos de calmar sus nervios fumando.</p> <p>4. Revisa el teléfono cada 2-3 minutos.</p> <p>5. Hasta 30 mensajes en 10 minutos.</p> <p>6. Desesperación.</p> <p>7. Llanto.</p>	<p><i>misma: "No valgo para nada, ni la carrera lo vale. Por eso nadie me quiere, soy una mala persona, ¿para qué estoy aquí? Siempre hago mal las cosas"</i>.</p> <p>3. Efectos dispocionales: Tristeza, culpa, frustración.</p> <p>4. Llanto descontrolado.</p>
<p><b>Objetivos alcanzados</b> La usuaria enlistó de manera jerárquica los comportamientos de insistencia ante el rechazo.</p>			
<p><b>Objetivos Pendientes</b></p>			
<p><b>Complicaciones durante la sesión</b></p>			
<p><b>Metas de la sesión subsecuente</b></p>			

Número de Sesión: 7	Fase: Intervención		
<b>Objetivo de la sesión:</b> 2. La usuaria jerarquizará los comportamientos de insistencia ante el rechazo.			
<b>Desarrollo de la sesión</b>			
Se inició la sesión comentando los resultados de obtenidos durante el último autorregistro del objetivo 1. A continuación se prosiguió con la segunda parte del semáforo, la creación de autoinstrucciones específicas para cada color. Las autoinstrucciones a las que se llegaron a lo largo de la sesión fueron las siguientes:			
			
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Autoreferirme constantes comentarios que favorezcan mi bienestar emocional: <i>"No pasa nada si no responden, todos tienen cosas que hacer, como yo. Yo no he hecho nada malo, estoy tranquila y en paz"</i>.</li> <li>2. Escuchar música.</li> <li>3. Continuar con las actividades que estaba haciendo.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ejercicio de relajación 5 veces.</li> <li>2. Decirme <i>"No hiciste nada malo"</i> 10 veces.</li> <li>3. Autoreferirme: <i>"No supongo cosas que no estoy segura de que pasen. Aquello de lo que no estoy segura no tiene por qué afectarme. Sólo son simples ideas. No hay que anticiparse. Si yo no hice nada malo, no tengo por qué estar sufriendo."</i></li> <li>4. Silenciar la conversación de WhatsApp de la persona que no esté respondiéndole.</li> <li>5. Realizar una caminata de 15 minutos. Decirse: <i>"¡Tienes que tomar acciones inmediatas!"</i></li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ponerme de pie y salirme de donde me encuentro.</li> <li>2. Desactiva por media hora los datos del teléfono.</li> <li>3. Dejar el teléfono en la mochila o en el cuarto (dependo el caso) hasta sentirme más tranquila.</li> <li>4. Autoreferirme: <i>"Tranquila, por favor, cálmate. Pon tu bienestar primero que todo, eres prioridad. Relájate y empieza a tomar acciones"</i>.</li> <li>5. Grabar las explicaciones de lo que estoy sintiendo, sin involucrar a terceros llamándoles.</li> <li>6. Escucha música relajante.</li> <li>7. Controla tu respiración durante 10 minutos.</li> <li>8. Regresar al lugar en el que me encontraba hasta sentirme en el color verde.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dejar el teléfono apagado durante 5 horas mínimo.</li> <li>2. Autoreferirme: <i>"La vida no es tan triste como crees. Esta crisis va a terminarse, mucho de lo que siento depende de mí y de mis ideas ilógicas. Tengo que poder, me he esforzado lo suficiente para mejorar"</i>.</li> <li>3. Acercarme a mi mamá y decirle lo que estoy sintiendo.</li> <li>3. Marcarle a mi terapeuta en caso de intento suicida.</li> </ol>

Al finalizar dicha actividad mencionó (refiriéndose a su actual relación amorosa): *“Ya no me ilusiono como antes, ahora para creerle a alguien necesito comportamientos reales. Aparte me di cuenta de que las otras personas también pueden buscarme cuando yo no les respondo. Y eso se siente bien”*.

Y se tomó la decisión, teniendo iniciativa ella misma, que durante una semana iba a quitarle la función de “mensaje visto” y de “última conexión” en su WhatsApp para dejar de estar más al pendiente de quién no le respondía y a qué hora dejaba de estar conectada su pareja.

**Objetivos alcanzados**

La creación de las autoinstrucciones para cada color.

**Objetivos Pendientes**

**Complicaciones durante la sesión**

**Metas de la sesión subsecuente**

<b>Número de Sesión:</b> 8	<b>Fase:</b> Intervención
<b>Objetivo de la sesión:</b> 3. La usuaria practicará las autoinstrucciones mediante ensayos conductuales.	
<b>Desarrollo de la sesión</b> Se comenzó la sesión comentando que los días domingo y lunes había sentido un retroceso en su estabilidad emocional: <i>“Sentí una tristeza muy profunda, lloré de la nada. Hice el ejercicio de relajación que anotamos en el semáforo y sí me ayudó, lo hice el doble de veces, pero sí pude calmarme. Y creo que sí por qué me sentí así. Fui a tomar el viernes y me emborraché mucho, mi mamá fue por mí, pero no me regañó, sino fue el hecho de que mi supuesta amiga le dijera a mi mamá que ando con un chico por red social. Pero mi mamá me apoyó más a mí.” (SIC. PAC.)</i>  En cuestión de su pareja, comenzó a llamarla hasta 4 veces por día y estaba muy al pendiente de ella, pero un día antes de sesión él no le marcó porque era su día descanso. Y ella comenzó a reclamarle y a decirle que no la acostumbrara a tratarla bonito y luego no. Sin embargo, la usuaria solamente le llamó una vez y no insistió a pesar de estar molesta.  Con respecto a la universidad, sacó 5 y 6 en sus exámenes, pero comentó que si estudiaba más podía salir mejor. <i>“A pesar de mi decaída, pero siento plena, no estoy enferma, tengo salud, amigos.” (SIC. PAC.)</i> Y durante esta semana que le quitó los vistos y la última conexión de su teléfono, menciona sentirse mucho mejor porque puede dejar el teléfono mucho tiempo y no sentir la necesidad de responder.	
<b>Objetivos alcanzados</b>	
<b>Objetivos Pendientes</b>	
<b>Complicaciones durante la sesión</b> Llegó 30 minutos tarde a sesión por cuestiones académicas, y por falta de tiempo no se pudo aplicar todo lo planeado.	
<b>Metas de la sesión subsecuente</b>	

<b>Número de Sesión: 9</b>	<b>Fase: Intervención</b>
<b>Objetivo de la sesión:</b> 3. La usuaria practicará las autoinstrucciones mediante ensayos conductuales.	
<b>Desarrollo de la sesión</b> Se comenzó la sesión puntual. La usuaria comenzó diciendo que su pareja en línea actual le está hable y hable todos los días por teléfono, y que ya hablan incluso de casarme a pesar de no conocerse en persona. Ya se le han explicado a la usuaria el riesgo al que está expuesta, sin embargo, ella ha decidido continuar con la relación. Durante la semana se peleó con sus amigas de la universidad porque le decían que su pareja no era real y que podría ser trata de blancas, a lo que la usuaria respondió de manera agresiva insultándola y gritándole por teléfono. A pesar de que lloró un poco después del enfrentamiento, comenta <i>“Me doy cuenta de mi avance porque a pesar de lo que pasó y me sentía mal, yo sabía que tenía tarea y obligaciones. Estoy aprendiendo a separar las cosas. Hago más cosas por mí porque ya hasta apago mi teléfono”</i> (SIC. PAC). Se prosiguió con los ensayos conductuales para evaluar la eficacia de las autoinstrucciones por colores. Realizó los pasos a seguir para color, haciendo énfasis en los ejercicios de respiración que ella considera de mayor relevancia para calmarse. Considera que no hay que hacerle ninguna modificación a las autoinstrucciones. Al finalizar se le entregó el semáforo en tamaño pequeño para que ella pudiera llevarlo a donde quisiera, e hiciera uso de él en cuanto lo creyera pertinente. Por último, se llegó al acuerdo de que la meta a cumplir para este objetivo es la disminución de intensidad de color ante la ocurrencia de un evento de rechazo, es decir, en toda ocasión que se presente la usuaria no deberá pasar del color verde, siguiendo las instrucciones previamente expuestas. No debe estar en ningún momento en el color amarillo, rojo ni rojo intenso en el 100% de las situaciones.	
<b>Objetivos alcanzados</b> La práctica eficaz de las autoinstrucciones.	
<b>Objetivos Pendientes</b>	
<b>Complicaciones durante la sesión</b> La usuaria se desviaba de los temas de la sesión y volvía al tema de casarse con su novio.	
<b>Metas de la sesión subsecuente</b> Comenzar con el último objetivo de intervención.	

<b>Número de Sesión: 10</b>	<b>Fase: Intervención</b>
<b>Objetivo de la sesión:</b> La usuaria discriminará entre los tres estilos de respuesta.	
<b>Desarrollo de la sesión</b> Se llegó a tiempo a sesión, pero se le veían los ojos rojos y bastante cansados, comentó que no ha dormido en varios días porque tiene mucha tarea, ya que casi comenzarán los departamentales, y que tiene que ponerse las pilas para no reprobar ninguna. En cuanto a su pareja dijo que está muy cortante con ella, y que tarda en responderle, pero ella no insiste para que le haga caso, pues está dejando que él se esfuerce. Y comentó una situación que se suscitó con sus compañeras de clase: <i>“Iré a ver a una de mis mejores amigas a su universidad, pero mis compañeras en cuanto les conté se apuntaron, pero realmente yo no quiero que vayan porque es momento de estar con mi amiga. Aparte ya ni me agrada mucho estar con ellas, pero no sé cómo decirlas, se van a enojar.”</i> SIC. PAC. La psicóloga le comentó las posibles soluciones a su problema, aplicando justamente comunicación asertiva. Y la usuaria dijo que lo intentaría y lo comentaría la siguiente sesión. Se comenzó entonces con el último objetivo, donde se le enseñará a la usuaria a comportarse asertivamente en cualquier ámbito en el que se encuentre. Antes de explicarle los 3 estilos de respuesta se le preguntó si ella conocía qué era asertividad, y dijo que sí <i>“Asertividad tiene que ver con decir con pocas palabras las cosas y te das a entender lo que quieres decir”</i> SIC. PAC. Se le	

explicaron entonces los 3 estilos, se le dio un pequeño ejercicio donde ella debía identificar si se trataba de agresión, aserción o no aserción. Se equivocó la primera vez, pero a la segunda sí logró identificar cada estilo.

Posteriormente se le pidió que comentara ejemplos en los que ella fuera asertiva, no asertiva y agresiva.

**No asertiva:** *“Me quedo callada en las discusiones en las clases, aunque tenga mucho por decir, y piensan que acepto todo lo que dicen”. “Con mis parejas, soy muy sumisa porque pido perdón incluso cuando no es lo que quiero hacer, hablo en voz baja y acepto lo que me pidan, aunque no esté nada de acuerdo”. “Con mis amigas de clase, no les digo las condiciones que requiero para que sigan siendo mis amigas, porque me lastimaron y ya no quiero que vuelva a ser igual, no les digo nada”. “Cuando alguna persona en la calle me golpea o avienta no digo nada, aunque sí me hayan lastimado. Incluso una vez me tocaron las piernas en la combi y no dije nada.” “A mi pareja actual no le digo nada sobre que no estoy de acuerdo con que me esté mintiendo que va a venir y no viene, siempre le digo que no se preocupe y que puedo esperar, aunque me duela desilusionarme.”*

**Agresiva:** *“Soy muy agresiva con mis padres a la hora de pedirles permiso, pues levanto la voz, grito, digo palabras bastante fuertes o me encierro. Nunca llegamos a un acuerdo y termino haciendo lo que quiero o termino castigada.”*

*“Me doy cuenta de que las personas siempre sobrepasan mis decisiones” SIC.PAC.*

Posteriormente se dio por finalizada la sesión, ya que se veía muy cansada y no le había dado tiempo para comer bien.

#### **Objetivos alcanzados**

La identificación de los tres estilos interactivos en su vida cotidiana.

#### **Objetivos Pendientes**

Conocer sobre sus derechos básicos e identificar situaciones en los que ella sea asertiva.

#### **Complicaciones durante la sesión**

La usuaria llegó desvelada y sumamente agotada a la sesión porque está realizando trabajos finales, por lo cual ésta fue bastante corta y solamente se pudieron tocar puntos iniciales del objetivo 3 para que se pudiera ir a descansar.

#### **Metas de la sesión subsecuente**

Realizar el role-playing y evaluar su comportamiento.

<b>Número de Sesión: 11</b>	<b>Fase:</b> Intervención
<b>Objetivo de la sesión:</b> Se evaluará el comportamiento de la usuaria ante situaciones ficticias de resolución de conflictos.	
<b>Desarrollo de la sesión</b>	
<p>La usuaria no llegó a la sesión pasada porque reporta estar muy agotada por los trabajos finales y se quedó dormida. A la presente sesión llegó 15 minutos tarde.</p> <p>Antes de iniciar con el role-playing, la usuaria comentó que sí logró decirles a sus compañeras de clase que no quería que fueran, pues no se le hacía justo para su amiga que ellas se citaran y fuera con otras personas, dejando de prestarle atención. Al escuchar esto, sus compañeras se molestaron, pero <i>“No me importó que se enojaran porque realmente pude disfrutar a mi amiga y platicar con ella” SIC. PAC.</i></p> <p>Se inició con el role-playing de las situaciones que mencionó en la sesión anterior, en las que no es asertiva en los diversos ámbitos en los que se relaciona. En la actividad se mostró animada y participativa. Sin embargo, finalizando la actuación, la cual fue grabada bajo su consentimiento, mencionó que quería contar algo que acababa de pasar y ya no se podía aguantar. Desde hace una semana su pareja en línea no le contesta ni se conecta a WhatsApp, y ella ha optado por no mandarle nada, solamente esperando que esté bien. Y hoy, minutos antes de la sesión, descubrió que su pareja era pura mentira, ya que tenía muchos perfiles falsos en los que cambiaba de identidad. <i>“¿Por qué siempre me pasan estas cosas, por qué siempre me ven la cara y me engañan? SIC. PAC.</i></p> <p>Empezó a llorar desesperadamente, pero poco después, de manera autónoma, controló poco a poco</p>	

<p>sus respiraciones. Y refirió: <i>“Ya, ya tengo que calmarme, no puedo seguir llorando así. Además, no sé por qué si conozco chicos en persona que les atraigo, sigo buscando en aplicaciones”</i> SIC. PAC. La psicóloga le comentó que tenía que calmarse, controlar su llanto y pensar en lo que anteriormente se ha trabajado en las sesiones respecto a las autorreferencias negativas sobre sí misma, pero también sobre su reacción ante el rechazo, pues era el momento indicado para aplicar lo aprendido. Así como también se platicó sobre los riesgos de conocer gente por internet y la facilidad de mentir con perfiles falsos, no solamente a ella, sino a miles de usuarios de esa aplicación. La usuaria logró tranquilizarse y se mantuvo callada escuchando lo que psicóloga le decía, por momentos se reía y se mostró más relajada al final de la sesión.</p>
<p><b>Objetivos alcanzados</b> Realizar el primer role-playing.</p>
<p><b>Objetivos Pendientes</b> Evaluación del comportamiento por medio del role-playing.</p>
<p><b>Complicaciones durante la sesión</b> El estado anímico de la usuaria ante la situación con su novio de internet.</p>
<p><b>Metas de la sesión subsecuente</b> Evaluar el primer role-playing y comenzar el modelamiento.</p>

<b>Número de Sesión:</b> 12	<b>Fase:</b> Intervención
<p><b>Objetivo de la sesión:</b> Se evaluará el comportamiento de la usuaria ante situaciones ficticias de resolución de conflictos.</p>	
<p><b>Desarrollo de la sesión</b> Se comenzó la sesión puntual. La usuaria llegó mucho más tranquila, aunque con ojos rojos y ojeras. Comentó que está cansada y estresada porque se fue a 5 exámenes finales. Y que durante la última semana se ha sentido triste por las siguientes cuestiones: <i>“Mi pareja me engañó y no se vale. Estoy muy confundida, porque cree que me sigue engañando, aunque yo ya reconocí su voz por llamada. Quiero enfrentarlo, pero tengo exámenes y me importan más. Mis compañeras del salón me hacen comentarios de egoísmo porque pasé un examen que ellas no, las noto molestas. Y bueno, los exámenes me tienen bajo mucho cansancio y estrés.”</i> Se le preguntó si durante esta semana había practicado de alguna u otra manera la asertividad, y respondió: <i>“Sí, de hechosí, específicamente con mi expareja, porque trata de contactarme por medio de llamadas, pero le digo que no, que estoy ocupada con mis exámenes. También soy muy sincera conmigo misma pensando en que ya no sirve de nada estarme encariñando con una mentira, la verdad ¡qué flojera! Te cuento que lo voy a enfrentar, pero ahorita no porque tengo exámenes y me desgastaría. También fui asertiva porque rechacé salidas a las que realmente no quería asistir, y por mi escuela, sin importar si se molestaban.”</i> SIC. PAC.</p> <p>A continuación, se le preguntó su opinión sobre el video de las sesiones pasadas, qué opinaba sobre su comportamiento: <i>“Se nota que me avergüenzo de muchas cosas, bajo la voz en casi todas las situaciones, me da miedo que me rechacen, agacho mucho la cabeza y bajo la mirada. Me incomodo muchas veces, pero no lo digo, me cuesta hablar lo que pienso. En mi salón de clases casi no, ya no tanto, pero con mis parejas sí les insisto mucho, tal y como lo actuamos. Quiero resolver tanto las cosas que ruego mucho y no acepto un no. Y sobre mis papás... Exactamente así son los problemas, terminamos mal y me salgo o rompo las reglas, y luego me siento mal por ofender o gritar. Jajaja, es chistoso verte en video, te das cuenta de cosas que uno se da cuenta”</i>. SIC. PAC.</p> <p>Partiendo de las observaciones que ella hizo, se realimentó considerando aspectos como el tono de voz, el volumen, la postura, el contenido de su discurso, su mirada, y el efecto que consigue en cada una de las situaciones, que claramente no logra el objetivo deseado. Después se inició con el modelamiento del comportamiento asertivo por parte de la psicóloga. Se hizo con cada uno de los acontecimientos anteriormente actuados. Y se dejó el moldeamiento del comportamiento para la siguiente sesión. Al terminar la sesión se le pidió que durante una semana registrara aproximadamente cuántas veces realizaba comportamientos asertivos, no asertivos y coercitivos para tener una línea base.</p>	

<b>Objetivos alcanzados</b> Análisis del comportamiento no asertivo y agresivo. Modelamiento de la conducta asertiva.
<b>Objetivos Pendientes</b> Moldeamiento del comportamiento asertivo en la usuaria.
<b>Complicaciones durante la sesión</b> -
<b>Metas de la sesión subsecuente</b> La usuaria aplicará la comunicación asertiva en la vida cotidiana.

<b>Número de Sesión:</b> 13	<b>Fase:</b> Intervención
-----------------------------	---------------------------

**Objetivo de la sesión:**

Se evaluará el comportamiento de la usuaria ante situaciones ficticias de resolución de conflictos.

**Desarrollo de la sesión**

La usuaria llegó puntual a la sesión. Comenzó platicando que se sentía triste porque reprobó tres materias, y porque su hermano había tenido problemas con sus papás, y lo veía muy desanimado. *“Si me desanima lo de las materias, pero yo creo que puedo pasarlas de otra manera, y poco a poco ir las quitando de encima. Con respecto a mi hermano, le dije que podía contar conmigo, y podía apoyarlo para que él asistiera al psicólogo. Quiero que me cuente qué le pasa y si puedo ayudarlo en algo. Creo que estoy estable, sí triste, pero me mantengo bien. Y de lo de mi expareja... Prefiero estar sola un tiempo, creo que es bueno. Porque estoy aprendiendo a decir lo que me molesta poco a poco. \*Se ríe fuerte\* No puedo creer que ese chico de verdad se crea sus mentiras, jajaja, tiene múltiples personalidades como Fragmentado. Quiero quedarme de ver con él y decirle que no estoy tonta, quiero confrontarlo en persona.”(SIC.PAC).*

Antes de proseguir con la actividad, se le preguntó el registro que se dejó de tarea, el cual se tomó como línea base:

ASERTIVA	NO ASERTIVA	COERCITIVA
3	9	3

Se le modeló brevemente algunos comportamientos asertivos para las diversas situaciones trabajadas en la sesión anterior. Y se pasó a grabar nuevamente cómo ella podía aplicarlos. Lográndose identificar solamente pequeños errores en cuestión de tono de voz, pero mejorando el discurso que utilizó para defender sus ideas. Además, también se hizo un role playing de las conversaciones que ella mantiene por WhatsApp con chicos que conoce por Tinder. Se realizó en unas hojas blancas, en las que ella escribía sus posibles respuestas y la psicóloga las moldeando hasta llegar a respuestas asertivas que más se acercaran al objetivo final (ver anexo 3).

Ya realizado el modelamiento y moldeamiento, y habiendo logrado una respuesta asertiva bastante acercada al comportamiento modelo, se prosiguió a establecer los objetivos de frecuencia semanal de comportamientos asertivos, no asertivos y coercitiva.

# DE SEMANA	COM. ASERTIVO	COM. NO ASERTIVO	COM. COERCITIVO
1	6	6	3
2	8	4	2
3	10	2	1

Finalizando la sesión se le pidió que durante la semana registrara la frecuencia de comportamientos asertivos, no asertivos y coercitivos.
<b>Objetivos alcanzados</b> Moldeamiento del comportamiento asertivo.
<b>Objetivos Pendientes</b>
<b>Complicaciones durante la sesión</b>
<b>Metas de la sesión subsecuente</b> Aplicar el comportamiento asertivo en su vida cotidiana.

<b>Número de Sesión:</b> 14	<b>Fase:</b> Intervención						
<b>Objetivo de la sesión:</b> La usuaria aplicará la comunicación asertiva en la vida cotidiana.							
<b>Desarrollo de la sesión</b> Comenzó la usuaria comentando que se sentía muy agotada por todo el fin de semestre, que sí reprobó 3 materias, las cuales tiene planeado recurrirlas el siguiente año. También recordó durante la semana que ya va a ser su cumpleaños próximamente, pero no se siente muy animada porque también tiene gripe. Refiere también que, al momento de estar realizando su registro, se percató que se estaba volviendo más agresiva. Los resultados de la semana 1 fueron los siguientes:							
<table border="1"> <thead> <tr> <th>ASERTIVO</th> <th>NO ASERTIVO</th> <th>COERCITIVO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>8</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>		ASERTIVO	NO ASERTIVO	COERCITIVO	8	4	5
ASERTIVO	NO ASERTIVO	COERCITIVO					
8	4	5					
<p><i>“Siento que estoy más a la defensiva, pero a lo mejor es por el estrés de no pasar las materias. Respecto al tema del noviazgo... Voy a hablar con gente por internet que realmente se interese en mí, ya estoy poniendo poco a poco pauta de a qué hora me cito con los chicos, no acepto solicitudes o salidas de cualquiera. Me he vuelto más selectiva a la hora de elegir. Solamente tengo miedo de que mi exnovio me busque y caiga.” (SIC. PAC).</i></p>							
<b>Objetivos alcanzados</b> Registro de estilos de respuesta. Aumento de comportamiento asertivo y disminución de comportamiento no asertivo.							
<b>Objetivos Pendientes</b> Disminución de comportamiento coercitivo.							
<b>Complicaciones durante la sesión</b>							
<b>Metas de la sesión subsecuente</b>							

<b>Número de Sesión:</b> 15	<b>Fase:</b> Resultados
<b>Objetivo de la sesión:</b> La usuaria aplicará la comunicación asertiva en la vida cotidiana.	

Se evaluará post intervención el riesgo suicida con la escala de pensamientos de Beck, morfologías suicidas y los factores disposicionales.

#### Desarrollo de la sesión

Se comenzó la sesión pidiéndole a la usuaria el registro de la semana 2:

ASERTIVO	NO ASERTIVO	COERCITIVO
11	1	2

Comentó que durante esta semana supo lidiar mejor las situaciones estresantes y los comentarios que ella consideraba molestos, pues trató de expresar su molestia sin gritar o decir groserías. *“Me siento mucho más tranquila, aparte de que ya son vacaciones me voy a meter a natación o gimnasio, apenas veré. Sé que ya no debo quejarme por mi sobrepeso, sino hacer algo para cambiar eso”* (sic.pac.).

Posteriormente se evaluó post intervención el riesgo suicida por medio de la escala de pensamientos suicidas de Beck, y los factores disposicionales. Los resultados se muestran en la fase 4. Resultados.

#### Objetivos alcanzados

Registro de estilos de respuesta. Evaluación post-intervención.

#### Objetivos Pendientes

El último registro de frecuencia de estilos de respuesta.

#### Complicaciones durante la sesión

#### Metas de la sesión subsecuente

Número de Sesión: 16

Fase: Resultados

#### Objetivo de la sesión:

La usuaria aplicará la comunicación asertiva en la vida cotidiana.

#### Desarrollo de la sesión

Se comenzó la sesión pidiéndole a la usuaria el registro de la semana 3:

ASERTIVO	NO ASERTIVO	COERCITIVO
10	0	1

Comenta que *“Me siento sumamente tranquila, bueno, las vacaciones también me han permitido reflexionar mejor lo que he estado haciendo mal. Siento que las cosas se pueden arreglar, ser mejores, sabes. Jajaja, tengo mucho aún que aprender, quiero seguir viviendo para ver a mis chinos, jaja. Y bueno, sobre Tinder... Creo que buscaré mejor mis elecciones, creo que sí, ajá, ahora ya puedo hacerlo mejor”*(sic.pac.)

Posteriormente se le mostró una infografía sobre los diversos riesgos del uso de las redes sociales (anexo 7). El objetivo era informarle a la usuaria sobre diversas recomendaciones para que navegara en Tinder de manera más segura y precavida. Ella comentó *“Sí, muchos de ellos ya los conocía, los empezaré a poner más en práctica, de verdad, ya no quiero que suceda lo mismo”* (sic.pac.)

<b>Objetivos alcanzados</b> Registro de estilos de respuesta. Información sobre el riesgo de conocer gente por internet.
<b>Objetivos Pendientes</b> Seguimiento de caso.
<b>Complicaciones durante la sesión</b>
<b>Metas de la sesión subsecuente</b>

<b>Número de Sesión: 17</b>	<b>Fase: Seguimiento</b>
<b>Objetivo de la sesión:</b> La usuaria expresará cómo se ha sentido durante un mes que no ha asistido a sesión.	
<b>Desarrollo de la sesión</b> <i>“¡Qué crees! Me gané un tatuajeeee, mira *muestra el tatuaje*. Tenía muchas ganas de hacérmelo. Y bueno, en cuestión de cómo me he sentido... Pude confrontar a mi abuela en vacaciones, me acerqué y le dije “Abuela, ¿por qué nunca me has tratado como nieta” y creo que desde ahí mi abuela se acercó muchísimo a mí. Apenas fue mi cumpleaños, y varios exnovios me hablaron, y ya no me interesa porque en su momento no valoraron la relación. ¿Qué más? Mmmm, le conté a mi papá que voy a terapia, y me creerás que lo aceptó super bien, me siento tranquila de saber que también cuento con su apoyo. Con chicos nuevos, pues he rechazado invitaciones a salir a casas solas, o vamos a un lugar con gente o no salgo a ningún lado. ¡Ya mi vida va muy bien, no me puedo morir ahorita, jajajaja!” (sic.pac.).</i>	