

Cornisa: REGULACIÓN EMOCIONAL

**REGULACIÓN EMOCIONAL EN UN CASO DE IDEACIÓN SUICIDA  
DESDE EL MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL INTEGRATIVO**

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE**

**MAESTRO EN PSICOLOGÍA APLICADA EN EL ÁREA DE CLÍNICA  
PARA ADULTOS**

**PRESENTA**

**LIC. EN PSIC. EDY RAÚL SANORES SOLÍS**

**DIRECTORA**

**DRA. MIRTA MARGARITA FLORES GALAZ**

**MÉRIDA, YUCATÁN, MÉXICO**

**DICIEMBRE DE 2016**

## INDICE

1.	<a href="#"><u>INTRODUCCIÓN</u></a>	3
1.1	<a href="#"><u>Planteamiento del problema</u></a>	4
1.2	<a href="#"><u>Sustento teórico</u></a>	6
2.	<a href="#"><u>EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA DEL CASO</u></a>	21
2.1	<a href="#"><u>Descripción del escenario</u></a>	25
2.2	<a href="#"><u>Instrumentos y técnicas utilizadas</u></a>	26
3.	<a href="#"><u>PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DESARROLLADO</u></a>	28
3.1	<a href="#"><u>Criterios de diseño del programa</u></a>	28
3.2	<a href="#"><u>Objetivos del programa</u></a>	28
3.3	<a href="#"><u>Recursos utilizados</u></a>	29
3.4	<a href="#"><u>Procedimiento de aplicación</u></a>	29
4.	<a href="#"><u>EVALUACIÓN DE LOS EFECTOS</u></a>	50
4.1	<a href="#"><u>Resultados de la aplicación de instrumentos</u></a>	50
4.2	<a href="#"><u>Cambios registrados</u></a>	51
5.	<a href="#"><u>DISCUSIÓN</u></a>	52
5.1	<a href="#"><u>Relación intervención-cambios observados</u></a>	52
5.2	<a href="#"><u>Comparación cambios observados-literatura sustento</u></a>	53
5.3	<a href="#"><u>Sugerencias y conclusiones</u></a>	55
	<a href="#"><u>REFERENCIAS</u></a>	57
	<a href="#"><u>APÉNDICES</u></a>	62

## 1. INTRODUCCIÓN

La intervención en psicoterapia tiene, entre sus principales finalidades, el objetivo de procurar el bienestar de las personas que solicitan dicho servicio. Existen, sin embargo, situaciones particulares que exigen la prontitud y eficacia de intervenciones oportunas en pro de salvaguardar la integridad física de los pacientes. Tal es el caso de la intervención en casos de alta peligrosidad, como el suicidio, que es el tema sobre el cual versa el presente trabajo.

Hacia el año 2012, a nivel mundial, el suicidio representaba el 1,4% de las defunciones y se colocaba en la quinceava posición de causas principales de muerte. El resultado de esta situación se traduce en una fuerte carga económica, social y psicológica para los individuos, sus familias, las comunidades y los países implicados (Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014).

De hecho, se estima que las tasas de suicidio se encuentran subestimadas debido a carencias en los sistemas de seguimiento y a que en algunos casos los suicidios se atribuyen a causas accidentales, además de que en algunos países se trata de un acto criminalizado (OMS, 2013).

En Yucatán, ocurre por lo menos un suicidio cada cuarenta y ocho horas (Comisión de Derechos Humanos del Estado de Yucatán [CODHEY], 2010), lo que constituye un dato alarmante y que indica la urgente necesidad de brindarle atención inmediata a este fenómeno.

Se trata de un fenómeno multifactorial en el que lo social, lo psicológico, lo cultural y otros factores interactúan y pueden llevar a los individuos a la consumación del acto del suicidio (Organización Panamericana de la Salud & OMS, 2014). En este sentido, su prevención se ha convertido en una de las tareas primordiales de los prestadores de servicios de salud pública y privada, como es el caso de la psicología clínica.

Es por los motivos anteriormente expuestos que el presente trabajo se propone, entre sus objetivos, plantear y desarrollar estrategias de intervención para casos en los que se hace presente la posibilidad de un acto suicida, valiéndose para ello del fortalecimiento de la

regulación emocional como herramienta que puede facilitar un afrontamiento más positivo de las circunstancias adversas a las que se enfrentan los pacientes con esta problemática.

### ***1.1 Planteamiento del problema***

El suicidio es un fenómeno global de gran impacto. Cada año se registran más de 800,000 suicidios a nivel mundial, lo que significa que una persona termina con su vida cada cuarenta segundos. Constituye un problema que afecta a familias, comunidades, provincias y países completos. Suele repercutir en las poblaciones más vulnerables del mundo y su frecuencia es alta en grupos sociales que son víctimas de marginación y discriminación, como es el caso de muchas poblaciones en la República Mexicana. La falta de adecuadas intervenciones en el tiempo oportuno ha hecho del suicidio un problema grave de salud pública a nivel mundial, colocándose como la segunda causa principal de muerte entre personas de 15 a 29 años de edad (Organización Panamericana de la Salud & OMS, 2014).

Hacia el año 2006, el suicidio en la República Mexicana se había incrementado un 250% en hombres y un 225% en mujeres, siendo la población masculina la más afectada y mostrando una tendencia leve a disminuir en la edad media en el sexo masculino, pero para los jóvenes ya era una de las principales diez causas de muerte (Secretaría de Salud, 2006). Más aún, un estudio realizado en 2009 encontró una prevalencia de cualquier ideación suicida de 8.79%, lo que indicaba que aproximadamente 6,601,210 mexicanos tuvieron alguna ideación suicida durante el período de doce meses que comprendió dicho estudio (Borges et. al. 2009).

Hoy día, el suicidio es un problema de salud pública en México, ya que las tasas de muerte asociadas a este fenómeno han aumentado y, hacia 2010, lo habían colocado en el cuarto lugar como causa de muerte en población juvenil (Quintanar, 2007 en CODHEY, 2010). Tan solo en el año 2011, se registraron 5,718 casos de suicidio en México (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2012). Las estadísticas han colocado al país en el tercio medio en la tasa de suicidios de adolescentes en comparación con otros países que forman

parte de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos [OCDE], lo que resulta preocupante (OCDE, 2015).

Sin embargo, a pesar de que a nivel internacional México no es considerado un país con tasas elevadas de suicidio, la Península de Yucatán, junto con Tabasco han mantenido índices muy altos en comparación a la media nacional, quedando por encima de las regiones del centro y el norte del país (Secretaría de Salud del Estado de Campeche, 2014).

En este sentido, el sitio que ocupa el suicidio en Yucatán ha tendido a oscilar entre los lugares quince y dieciséis, colocándose por encima del SIDA como causa de muerte. Específicamente, entre personas en el rango de edad de 15 a 24 años el suicidio en Yucatán ocupa nada menos que el tercer lugar entre las causas de muerte (CODHEY, 2010). En la actualidad, la juventud yucateca afronta un panorama en el que el suicidio es cada vez más frecuente por debajo de los 40 años. Cada 48 horas se suicida un yucateco, por lo que es ya considerado un problema de salud pública en Mérida (Secretaría de Gobierno de Yucatán, 2009).

Aunado a lo anterior, se debe considerar que los estudios estadísticos han indicado que las tasas de suicidio en regiones urbanas son más altas que en las rurales. Además, la sociedad Yucateca muestra una actitud de rechazo frente a este fenómeno debido a que se considera una conducta cultural prohibida, lo que dificulta su abordaje y hace a la población más propensa a ocultar cualquier indicio de conducta suicida (CODHEY, 2010).

### ***Justificación***

Resulta lamentable que a pesar de existir numerable evidencia científica que señala que una intervención oportuna y de bajo costo puede prevenir la consumación del acto suicida, es poco común que este fenómeno tenga prioridad en los programas de gobierno y en las instancias normativas (Organización Panamericana de la Salud & OMS, 2014). En general, se ha caracterizado como un fenómeno al que no se le presta la atención debida y esto mucho tiene que ver con el contexto cultural en el que se vive.

Independientemente de ello, como apuntan organismos internacionales, son indispensables las aportaciones que permitan generar marcos conceptuales orientadores en materia de prevención del suicidio que sean culturalmente específicos (Organización Panamericana de la Salud & OMS, 2014).

Es por lo anterior que el presente trabajo pretende documentar una intervención realizada en un caso en el que se presenta el fenómeno de ideación suicida y propone estrategias de intervención mediante el uso de la regulación emocional, la cual representa un papel de gran importancia en la predicción del adecuado funcionamiento social y contribuye al desarrollo de interacciones positivas. Del mismo modo, se sabe que los niveles elevados de manejo emocional se relacionan con mayores niveles de intimidad y afecto en las relaciones sociales, así como una mayor implicación empática, toma de perspectiva y menores niveles de malestar personal, uno de los aspectos más fundamentales en la prevención del suicidio (Extremera Pacheco & Fernández Berrocal, 2004). Aunado a lo anterior, se ha concluido que la falta de un adecuado manejo de las emociones constituye un importante factor de riesgo en las capacidades adaptativas (OMS, 2001).

### ***1.2 Sustento teórico***

#### ***Suicidio***

A lo largo de la historia, el concepto ha tenido diferentes acepciones, así como diferentes aproximaciones en su estudio. Previo al trabajo pionero que realizó Durkheim en 1897, en el que propuso y abordó su dimensión social, el suicidio era estudiado exclusivamente desde una aproximación clínica. A pesar de ello, los estudios y resultados reportados en México parecen demostrar que en nuestro país se sigue abordando el fenómeno desde una perspectiva clínica y demográfica, quedando reducidas las aportaciones en el nivel social e interdisciplinario (Quintanar, 2007).

El suicidio fue estudiado por diversos filósofos como Platón, Sócrates, Aristóteles, Séneca, San Agustín, entre otros. Sus orígenes se localizan en dos ubicaciones que fueron

Gran Bretaña en el siglo XVII y posteriormente en Francia en el siglo XVIII. Se incluyó en la Academia Francesa de la Lengua en 1762 y significaba “el acto del que se mata a sí mismo”, precedente que sentaría las bases de su estudio y seguimiento a través de los actos consumados, dejando de lado otras expresiones de dicha conducta (Quintanar, 2007). La psiquiatría, por su parte, la ha considerado como una enfermedad y actualmente estas conductas están consideradas en el DSM-V dentro del trastorno depresivo mayor en dos categorías: desorden del comportamiento suicida y autolesión no suicida. Sin embargo, y como se mencionó previamente, el trabajo que Durkheim presentó en 1897 reflejaba que el fenómeno no pertenece de manera exclusiva a la dimensión clínica y expresó que algunos factores determinantes para que ocurriera podrían tener otros orígenes de corte social. Durkheim definía al suicidio como “todo caso de muerte que resulte, directa e indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima, sabiendo que ello debía producir ese resultado”.

Para entender el fenómeno del suicidio, es necesario definirlo de un modo actual. Desde una perspectiva epidemiológica, se entiende como la muerte que resulta de un acto auto infligido con la intención deliberada de matarse. Lo anterior significa que necesariamente debe haber sido realizado por la propia persona y se requiere que exista una intención y conocimiento pleno del acto y sus consecuencias (Secretaría de Salud, 2006). Además, se trata también de la consecuencia de factores sociales, demográficos, ambientales, económicos, psicológicos, históricos, filosóficos y culturales que se manifiestan en las capas social e individual de una comunidad, y es por tanto un acto complejo (Quintanar, 2007).

El suicidio o conducta suicida se refiere a un proceso, el cual se encuentra conformado por al menos tres fases que se enlistan a continuación:

- a. *Ideación suicida*. Referida a pensamientos asociados a la terminación de la propia existencia y considerada como la fase más importante para la oportuna prevención del suicidio consumado (Pérez Barrero, 1999).
- b. *Intento de suicidio*. Que también se conoce como *para-suicidio*, *suicidio fallido*, *tentativa de suicidio*, *intento de autoeliminación o autolesión intencionada* y se refiere a la acción de atentar contra la propia existencia sin conseguirlo.

- c. *Suicidio consumado*. Consiste en lesiones auto-infligidas de forma deliberada cuyo propósito es morir e implica conseguir dicho resultado.

Sin embargo, diversos autores difieren con respecto a si dichas fases se presentan en un continuo secuencial, pero un elemento en el que se ha encontrado concordancia es que la fase ideación constituye uno de los momentos más oportunos para la prevención del acto.

En cuanto a sus causas, la evidencia científica señala que una gran cantidad de suicidios se cometen de manera impulsiva al hallarse el individuo en algún momento de crisis. También el deterioro marcado en la capacidad de afrontamiento de circunstancias adversas o crónicas de estrés son un factor de riesgo importante (Organización Panamericana de la Salud & OMS, 2014). También se debe a factores como el maltrato psicológico o físico, abuso sexual, incompreensión, exigencia escolar mezclada con dificultad de aprendizaje y desorganización en el núcleo familiar, así como diversas formas de expresión de violencia social (Secretaría de Gobierno de Yucatán, 2009). Cabe añadir a lo anterior que la presencia de enfermedades mentales como la depresión o el abuso de sustancias puede también significar un importante riesgo de presentar conductas suicidas (OMS, 2014). Asimismo, el contar con un historial familiar de intentos de suicidio es también un factor de riesgo con respecto a la conducta suicida (Hawton, Casañas, Haw, & Saunders, 2013).

Asimismo, se han identificado diversos factores desencadenantes comunes. En el Estado de Yucatán, algunos de éstos incluyen la ruptura de relaciones afectivas, problemas familiares y económicos, entre otros (CODHEY, 2010).

Del mismo modo, resulta imperativo considerar las implicaciones sociales del suicidio, retomando las propuestas iniciadas por Durkheim. Así, es importante preguntarse qué papel ha jugado la sociedad en llevar a los individuos a expresar conductas suicidas y crecer más allá de los cuestionamientos como ¿por qué lo hizo? Y ¿qué le ocurrió?, llegando al ¿qué estamos haciendo como sociedad para que algunos de nuestros integrantes opten por esta vía? (Quintanar, 2007) No se trata de eliminar la responsabilidad individual sobre el suceso, sino de integrar la responsabilidad social del fenómeno para alcanzar una comprensión más completa y elaborar mejores propuestas para su abordaje, y ello resulta de

mayor importancia en nuestro Estado, que se ha caracterizado por mostrar una alta y peligrosa incidencia de esta conducta, lo que debería llevar a cuestionarnos qué está ocurriendo a nivel de la comunidad Yucateca.

Por otra parte, también se han identificado factores de protección. Por ejemplo, se sabe que una base familiar firme y sólida puede facilitar experiencias a nivel personal y emocional más llevaderas, lo que disminuye el riesgo suicida (Secretaría de Salud del Estado de Campeche, 2014). También las relaciones personales fuertes y saludables pueden proteger al individuo de caer en conductas suicidas, así como el contar con alguna creencia espiritual o religiosa si esta provee un entorno de apoyo y cohesión entre sus miembros, al igual que la utilización de estrategias de afrontamiento positivas como estilo de vida y el bienestar psicológico (OMS, 2014).

A nivel de intervención, se ha sugerido la importancia de incorporar características psicosociales como la autoestima, el locus de control y la actitud hacia la vida en el desarrollo de programas de intervención y prevención del suicidio (Pinto Loría, Silva León, & Moore Villanueva, 2009).

### ***Ideación suicida***

La ideación suicida ha sido identificada como un factor determinante para el intento de suicidio y los estudios que existen respecto de ello son escasos, pero se constituye como un síntoma que denota los conflictos internos relacionados con la desesperanza y la depresión, además de estar asociado a una baja autoestima (CODHEY, 2010). Algunos autores la consideran como el inicio o la primera etapa de un continuo que puede llegar a la consumación del acto.

Sin embargo, estudiar la ideación suicida como una de las diversas formas de expresión de la conducta suicida resulta por demás complejo. Esto se debe a que se trata de un punto de vista diferente al epidemiológico, en el que sólo se suelen tomar en cuenta las estadísticas que se recolectan a través de instancias oficiales basadas en certificados de defunción. No obstante, cuando se trata de intentos de suicidio es casi imposible encontrar

organismos que cuenten con la información veraz requerida, y es mucho menos probable que se cuente con estos datos en el caso de la ideación o los planes suicidas, siendo que la estandarización para procesos de reporte de este tipo de situaciones solamente se ha dado en algunos países europeos (Borges, Orozco, Benjet, & Medina, 2010).

Para comprender mejor este fenómeno, ha de tenerse en cuenta su definición. La ideación suicida es una preocupación con pensamientos intrusivos acerca de terminar con la propia vida (Wilburn & Smith, 2005). A diferencia del suicidio, no implica las acciones requeridas para consumar el acto y se refiere a un espectro de pensamientos que puede presentarse de formas diversas (Pérez Barrero, 1999):

- a. *Deseo de morir*, mediante ideas como “*La vida no vale la pena*”, “*Me gustaría desaparecer para siempre*”.
- b. *Representación suicida*, que se aprecia en pensamientos como “*imaginé que me arrojaba del auto en la carretera*”
- c. *Idea de autodestrucción sin plan de acción*, se ve reflejado en ideas como “*Voy a acabar con mi vida*” pero que, al indagarse, el sujeto refiere que no sabe cómo realizará dicha acción.
- d. *Idea suicida con un plan indeterminado o inespecífico* que puede adquirir la forma de pensamientos como “*Acabaré con mi vida, no importa cómo. Puedo conseguir una pistola o tomar un montón de pastillas*”.
- e. *Idea suicida planificada* que representa un alto nivel de peligrosidad y puede verse en pensamientos como “*Voy a ahorcarme el viernes en la mañana, cuando mis padres estén fuera trabajando*”.

Algunas evidencias parecen sugerir que existen diferencias con respecto al sexo en lo que atañe a este aspecto particular del suicidio. Un artículo publicado en 1998 por González Forteza, Gacía, Medina Mora y Sánchez encontró que las mujeres presentan mayores síntomas de ideación suicida que los hombres y con mayor frecuencia (Córdova Osnaya, Rosales Murillo, Caballero Ávila, & Rosales Pérez, 2007), a pesar de que, en general, los hombres han tendido a presentar un mayor riesgo de llegar al suicidio consumado (Hawton, et al., 2013). Coincide con lo anterior una investigación realizada en México por Borges et

al. (2010) que encontró una mayor prevalencia de la conducta suicida (ideación, planes e intento) en la población femenina.

Asimismo, una investigación realizada en México con estudiantes universitarios encontró que la ideación suicida se presentó con mayor frecuencia cuando estaba presente uno o más de los siguientes factores psicosociodemográficos: no tener un trabajo, haber vivido la infancia sin algún padre o ambos, ser consumidor de cigarro, café, alcohol o drogas, considerar que la vida ha sido trastornada por uno o más elementos, sentir que las personas con quienes cuenta no pertenecen a la familia propia, no tener el dinero suficiente para cubrir las necesidades básicas, tener pensamientos negativos o ambivalentes acerca de sí mismos, percibir el futuro como difícil e incierto y, curiosamente, haber recibido atención psicológica (Córdova Osnaya, Rosales Murillo, Caballero Ávila, & Rosales Pérez, 2007). De hecho, el riesgo de suicidio tiende a incrementarse de manera significativa en los momentos previos al inicio de un tratamiento, tanto farmacológico (antidepresivos) como psicoterapéutico (Simon & Savarino, 2007 en Hawking et al., 2013).

Otra investigación encontró que dos variables de gran relevancia para la ideación suicida son la autoestima y el locus de control, siendo que la primera se asocia a la auto-percepción de los atributos de los sujetos y el locus de control se relaciona con el modo en que, desde su estilo cognitivo, las personas conceptualizan sus éxitos y fracasos a lo largo de la vida (Pinto Loría, Silva León, & Moore Villanueva, 2009). Este estudio también reportó que la actitud hacia la vida en general y la negación hacia la vida en particular son variables importantes en la diferenciación de jóvenes con y sin conducta suicida y en el caso de la ideación también apareció el psicoticismo como un factor significativo dentro de la escala de salud mental. Otros investigadores han confirmado también que la sintomatología depresiva es una de las variables que mejor predicen la ideación suicida y agregan la conducta alimentaria de riesgo (Sánchez, Villareal, Musitu, & Martínez, 2010).

Por otra parte, es importante mencionar que se ha identificado que el buen funcionamiento familiar y la integración escolar se consideran factores protectores indirectos en el caso de la ideación suicida. El funcionamiento familiar se ha relacionado positivamente con la autoestima social y negativamente con la sintomatología depresiva; mientras que los

problemas de integración familiar se encuentran relacionados positivamente con la sintomatología depresiva y la victimización escolar, las cuales tienen una relación directa con la ideación suicida (Sánchez, Villareal, Musitu, & Martínez, 2010).

Además de lo anterior y en relación al funcionamiento familiar, se ha propuesto que la madre desempeña un papel importante en el desarrollo de la ideación suicida y el impacto materno sobre este tipo de ideas es mayor en las mujeres, debido al impacto de los roles de madres e hijas en la convivencia cotidiana y el cambio de roles (Sarmiento & Aguilar, 2011).

### ***Depresión y suicidio***

La salud mental se ha identificado claramente como una variable importante en el proceso de discriminación de adolescentes cuyas problemáticas pueden llevar a conductas suicidas como son el intento y la ideación. En este sentido, los jóvenes que se encuentran en algún período emocional caracterizado por la depresión y la ansiedad tienen alto riesgo de manifestar la ideación suicida como un factor de riesgo (Pinto Loría, Silva León, & Moore Villanueva, 2009). Un estudio realizado en Yucatán encontró que el estrés generado por problemáticas en las relaciones de pareja, aunado a estilos de afrontamiento poco efectivos en la resolución de éstas puede contribuir mucho a la formulación de ideas suicidas en los adolescentes, incluso más que los problemas con la familia y las amistades, aunque éstos también pueden aportar a su desarrollo (Serrano & Flores, 2005). En el mismo estudio, se encontró también que en el estado las mujeres que se sienten sujetas a altos grados de estrés social suelen formular ideas suicidas, y más aún si recurren a respuestas agresivas al enfrentar situaciones negativas, ya que la agresividad en el sexo femenino no es aceptada culturalmente.

En el mismo sentido, la evidencia científica demuestra que la depresión, junto con los trastornos relacionados al abuso del alcohol han sido los trastornos psiquiátricos que presentan mayor comorbilidad con la conducta suicida (OMS, 2014). De hecho, un estudio realizado en el estado de Sonora con estudiantes de nivel medio superior encontró que la

depresión aparecía en el 67.3% de los casos en que se registró un intento de suicidio y un 81.1% en los que manifestaban ideación suicida (Cubillas, Román, Valdez, & Galaviz, 2012).

En relación a lo anterior, se ha identificado que los tres síntomas de la depresión mayormente asociados al suicidio son el insomnio, el abandono del cuidado personal y el deterioro cognitivo (Quintanar, 2007). La severidad de la sintomatología depresiva se encuentra positivamente relacionada con la severidad en la ideación y la conducta suicidas (Garlow, et al., 2008; Cubillas, et al., 2012). Sin embargo, se encuentran algunas limitaciones respecto de la evidencia científica existente al realizar estas relaciones debido a que muchos de los estudios actuales utilizan diferentes metodologías con distintos grados de confianza y validez, además de diferentes definiciones del concepto de depresión y sus expresiones, aunque la mayoría refieren diversos estados de ánimo displacenteros y una marcada reducción del bienestar subjetivo, así como una evaluación negativa de sí mismo y una actitud pesimista ante la vida.

Por otra parte, debe considerarse que la depresión también puede estar acompañada de la desesperanza, que se considera otro factor de riesgo en la presencia de conducta suicida y que guarda una relación estrecha con la falta de capacidades de autorregulación y estrategias de afrontamiento (OMS, 2014). Por ejemplo, un estudio reciente impulsado por la Fundación Americana para la Prevención del Suicidio y realizado en Estados Unidos con aproximadamente 9,000 jóvenes universitarios de diferentes colegios concluyó que la ideación suicida, así como historiales de comportamiento suicida y auto lesiones son sumamente comunes en estudiantes universitarios y encontró que, en particular, los estudiantes con los síntomas más severos de depresión tenían más probabilidades de experimentar ideación suicida y a la inversa los estudiantes que ya presentaban ideación suicida tenían peores síntomas de depresión, además de que se encontraron síntomas de desesperanza y otras emociones displacenteras como ansiedad, irritabilidad, ira y sentimientos de falta de control (Garlow, et al., 2008).

Con base en lo anterior, se ha sugerido y enfatizado la necesidad de procurar una correcta medición del riesgo suicida como parte integral del manejo de pacientes que muestran señales de sufrir depresión (Hawton, et al., 2013).

### ***Regulación Emocional***

Las emociones forman parte de la vida diaria en las experiencias que atraviesan los individuos. Se definen como un fenómeno multidimensional que engloba reacciones de naturaleza fisiológica (preparación para la acción adaptativa), afectiva cognitiva (etiqueta) y conductual (Cortés, Barragán, & Vázquez, 2002). Éstas inician con una evaluación de señales externas o internas del organismo. Algunas de estas evaluaciones disparan un set coordinado de comportamientos, experiencias y respuestas fisiológicas de tendencia emocional que facilitan la respuesta adaptativa a los retos y oportunidades percibidos. Sin embargo, estas respuestas pueden ser moduladas y es esta modulación la que da forma a la respuesta que finalmente se manifiesta (Gross, 1998).

Por otra parte, debe considerarse que existe una relativa estabilidad del componente emocional del bienestar subjetivo a lo largo del ciclo vital, aunque existe evidencia de que los adultos mayores reportan tener un mayor control emocional percibido además de ser capaces de moderar sus afectos positivos en mayor medida que los adultos jóvenes (Garrido, 2006).

Del mismo modo, se ha encontrado que las emociones influyen sobre los procesos cognitivos, así como en la toma de decisiones y el funcionamiento de sistemas orgánicos que incluyen al cardiovascular y el inmune, entre otros (Márquez, Fernández, Montorio, & Losada, 2008). Además, la evidencia empírica ha demostrado que la regulación emocional tiene una influencia fundamental sobre el bienestar subjetivo y la salud física en general (Gross & John, 2003 en Márquez, et al., 2008).

Así pues, existen diversas formas de entender la Regulación Emocional. Thompson (1994) la define como el proceso de iniciar, mantener, modular o cambiar la ocurrencia, intensidad o duración de los estados afectivos internos y los procesos fisiológicos, a menudo con el objetivo de alcanzar una meta (Thompson, 1994 en Garrido, 2006). Silva (2005) asegura que se puede definir a la regulación emocional como toda estrategia que se dirige a mantener, aumentar o suprimir un estado afectivo en curso. Más actualmente, Sánchez Aragón (2007) la definió como el producto de la interacción de sensaciones, pensamientos, conductas y cambios fisiológicos enmarcados en un contexto cultural particular que les da

sentido y que regula su percepción, expresión y entendimiento, entre otros aspectos. Así pues, encontramos que lo que caracteriza a las definiciones actuales de regulación emocional es el enfoque en los beneficios adaptativos que puede brindar la capacidad de ajustar los estados emocionales (Retana & Sánchez, 2010).

En relación al punto anterior, estudios realizados en México encontraron que la regulación emocional, así como la inteligencia emocional se encuentran relacionadas con la satisfacción con la vida. En particular, se concluyó que la capacidad de sentirse bien consigo mismo y con el modo en que se perciben las emociones propias propicia una valoración más positiva de la vida. Del mismo modo, se ha expuesto que la reevaluación de las emociones aporta más al bienestar que la mera supresión (García, Schrey, Maurer, & Domínguez, 2014).

De manera general, se puede entender el concepto de la regulación emocional como un proceso que permite al individuo manipular sus estados emocionales a través de estrategias dirigidas hacia dicho objetivo (Garrido, 2006). Dicho proceso se encuentra directamente relacionado con el deseo de influir en las emociones que tenemos, el momento en que las tenemos y cómo las experimentamos y expresamos (Gross, 1998). Esta última es la conceptualización del término que se utilizará en el presente trabajo debido a que permite entender la regulación emocional como un conjunto de estrategias relacionadas con la alteración del estado de ánimo, y que pueden ser aprovechadas para mejorar la calidad de vida del individuo y modular emociones específicas como el estrés, la angustia y otras displacenteras. Se entiende también que los esfuerzos que realizamos para lograr la regulación emocional pueden ser automáticos o controlados, conscientes o inconscientes y se enfocan en incrementar o decrementar emociones positivas y negativas (Carrasco & Sánchez, 2009).

La regulación emocional puede lograrse alterando los factores que anteceden a la emoción, modificando o seleccionando cogniciones y situaciones, o mediante la modificación de componentes de la emoción misma, como puede ser suprimir su expresión o exacerbarla (Márquez, et al., 2008). Entre las estrategias que buscan lograr la regulación emocional, se diferencian dos tipos (Silva, 2005):

## Regulación Emocional

- a) Estrategias de aparición temprana. Se refiere a aquellas que se focalizan en los antecedentes de la emoción y que se relacionan con el contexto, situación y significado que se atribuye a la fuente de su activación, entre otras.
- b) Estrategias de aparición más tardía. Son aquellas focalizadas en la respuesta y que se relacionan con los cambios somáticos experimentados una vez que la emoción se ha iniciado, así como los pensamientos que la acompañan.

En el mismo sentido, Gross y Thompson (2007, en Carrasco & Sánchez, 2009) refieren que la generación de una emoción parte de la percepción de una situación que el sujeto considera relevante y que, por tanto, llama su atención, la cual es evaluada con respecto a su familiaridad e importancia y, de resultar apreciable, se emite una respuesta que tiene un impacto en la situación que la originó. Por ello, proponen los siguientes puntos como estrategias de regulación:

1. *Selección de la situación.* Se refiere a realizar acciones encaminadas a incrementar o decrementar las posibilidades de vivir situaciones provocadoras de emociones placenteras o displacenteras.
2. *Modificación de la situación.* Entendida como el conjunto de esfuerzos que buscan alterar el curso de una situación relevante y su impacto en el sujeto. Dicha modificación puede ocurrir de modo interno (cambio cognitivo) o externo (alterar el ambiente físico).
3. *Despliegue de la atención.* Proceso que ocurre ante la imposibilidad de modificar o cambiar la situación. Se refiere a dos estrategias: distracción, que consiste en enfocar la atención en aspectos diferentes de la situación, y concentración que implica asignar la atención a los rasgos de la situación emocional en curso.
4. *Cambio cognoscitivo.* Habiendo ocurrido los tres procesos anteriores, la emoción requiere que el sujeto evalúe su propia capacidad de manejar la situación en curso. Este proceso consiste en cambiar el modo en que dicha situación es apreciada, con el objetivo de alterar su importancia, ya sea cambiando la forma de pensar al respecto de ella o estimando la propia capacidad de manejar las demandas que ésta plantea.

5. *Modulación de la respuesta.* Fenómeno de ocurrencia tardía en el proceso generativo de la emoción, que sucede posterior al inicio de las tendencias de respuesta. Se refiere a la influencia intencionada en las respuestas fisiológicas, experiencias o conductas, tan directamente como sea posible.

No obstante, debe destacarse que pese al amplio trabajo de investigación e intervención que se ha realizado en torno a la regulación emocional en México, se ha encontrado que la mayoría de las personas no utilizan la estrategia de concentración que les permitiría llegar a una adecuada modulación de la respuesta emocional siendo que prefieren, en general, no prestar atención al evento, es decir, optan por distraerse de él como un modo de evitar el involucramiento en dichos eventos y esta se configura como la estrategia más utilizada para afrontar el impacto emocional provocado (Carrasco & Sánchez, 2009).

Finalmente, debe también considerarse que las capacidades reguladoras de la emoción, así como su configuración a lo largo del ciclo vital se encuentran profundamente relacionadas con las primeras etapas de la vida, el ambiente familiar, el contexto y la naturaleza de la relación con los progenitores, especialmente con la figura materna, pues la influencia de la conducta de la madre sobre las estrategias de regulación emocional se ha puesto de manifiesto en una variedad de estudios (Retana & Sánchez, 2010). Asimismo, cabe mencionar que para el mexicano en particular, un factor determinante y que se ha asociado a la regulación emocional es la deseabilidad social, pues el contexto socio-cultural ha llevado a que las personas desarrollen estrategias de autopromoción orientadas a intimidar, suplicar y congraciarse. Las anteriores funcionan como un modo poco funcional de promover la imagen propia, ya que dejan poco espacio para el reconocimiento de los aspectos positivos de sí mismo y de los demás, lo que tiene un impacto directo en las emociones y su regulación (Maurer, García, Schrey, & Domínguez, 2014).

### ***Terapia Cognitivo Conductual para la depresión***

El tratamiento cognitivo conductual se ha caracterizado por contar con amplia evidencia empírica que constata su eficacia en el tratamiento de trastornos relacionados con

el estado de ánimo y en particular en la depresión, siendo que uno de sus efectos es la reducción de la sintomatología depresiva casi equivalente a aquellos tratamientos realizados con antidepresivos (Hellerstein, et al., 2001). Más aún, se ha demostrado que el tratamiento de pacientes con sintomatología depresiva utilizando la terapia cognitiva denota importantes beneficios para la profilaxis, ya que diversos estudios encontraron una baja incidencia de recaídas en los pacientes atendidos con este método. Lo anterior resulta primordial, ya que los tratamientos basados únicamente en la aplicación de fármacos han mostrado dejar diversos síntomas residuales en la mayoría de los pacientes, es decir, muchos de ellos continúan manifestando algún síntoma de la depresión y a menos que logren una completa recuperación, el riesgo de recaer se incrementa (Young, Rygh, Weinberger, & Beck, 2001).

La psicoterapia desde este enfoque se encuentra clasificada en tres modelos distintos que son el comportamental, la reestructuración cognitiva y el modelo construccionista. Para los objetivos del presente trabajo, se utilizará el modelo de reestructuración cognitiva, que destaca la importancia de los significados, es decir, las creencias personales del sujeto. Este modelo se caracteriza por ser una psicoterapia estructurada enmarcada en límites de tiempo y que se orienta hacia el problema, además de buscar el cambio en las actividades defectuosas del procesamiento de la información mediante el trabajo conjunto del terapeuta y el cliente. Lo que se busca, en última instancia, es alinear el pensamiento con la realidad (Castillo, Sosa, & Vanega, 2016).

En el modelo de la Terapia Cognitiva (TC) de Beck, las estrategias terapéuticas que se emplean en los tratamientos pueden diferir en varias formas de uno a otro caso, incluso de aquellos prescritos explícitamente por sus autores. Sin embargo, siempre involucrará el uso de técnicas que incidan en el pensamiento y en la conducta, y, por ende, en las emociones (Young, Rygh, Weinberger, & Beck, 2001).

Por su parte, en la actualidad la psicoterapia de reestructuración cognitiva incorpora una visión constructivista y ecléctica que adopta recursos que se han considerado pos-racionalistas. Asimismo, se caracteriza por la incorporación de técnicas y recursos de corrientes humanistas y experienciales, además de incluir una integración del abordaje social. (Castillo, Sosa, & Vanega, 2016).

En este sentido, una de las aproximaciones de la corriente cognitivo conductual desde el modelo de reestructuración cognitiva que se enfoca con mayor fuerza en buscar los medios para cambiar los esquemas de pensamiento por otros más adaptativos es la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) de Albert Ellis que busca producir un profundo cambio filosófico enfocado en lograr la imperturbabilidad ante las adversidades. Aunado a lo anterior, debe considerarse también que la base de este modelo se encuentra en un paradigma de la mediación cognitiva, concepto que significa que la reacción o respuesta emotiva, o conductual, ante una situación o estímulo se encuentra mediada por un proceso de significación o evaluación en relación a los objetivos (que pueden incluir metas y deseos) del individuo (Castillo, Sosa, & Vanega, 2016).

La TREC se caracteriza por definirse a través del modelo “ABC”, en el que “A” representa al evento activador; “B” al sistema de creencias; “C” se refiere a las consecuencias ante un evento (que pueden ser cognitivas, conductuales o emocionales); “D” que se refiere al debate realizado con el terapeuta acerca de “B”; “E” que consiste en las nuevas creencias racionales; “F” que es la procuración de consecuencias más adaptativas; y “G” que representa la consecución de las metas.

En relación a lo anterior, debe destacarse que pese a que en sus inicios la TC de Beck era concebida como la más efectiva para el tratamiento de la depresión desde este enfoque, un estudio mostró empíricamente que existe una fuerte relación entre la TC y la TREC, enfatizando que ambas tienen una base común, que hay una equivalencia teórica entre las inferencias o procesos secundarios de la TREC y las distorsiones cognitivas de la TC, así como una relación entre los factores somáticos en la depresión propuesta por Beck y la ansiedad situacional de Albert Ellis (Cabezas & Lega, 2006).

Por otro lado, no debe olvidarse que previamente se resaltó la relación profunda que guarda la depresión con la conducta suicida. Resulta primordial entender que las causas asociadas a la aparición y mantenimiento de la conducta suicida se encuentra en los patrones cognitivos que se derivan del procesamiento de la información, las creencias disfuncionales y los mecanismos de preservación de estos esquemas (Beck, 1979).

Una propuesta que resulta relevante en el presente trabajo en el abordaje de la depresión clínica es la estructuración del tratamiento en tres módulos. El primero enfocado en el modo en que el contacto con otras personas afecta el estado de ánimo (conceptualización y exploración); el segundo se enfoca en los pensamientos y cómo afectan el estado de ánimo (y la consiguiente reestructuración cognitiva); y el tercero se encaminaría al modo en que las actividades afectan el estado de ánimo. Del mismo modo, sugiere incluir, por lo menos, cuatro metas en el tratamiento (Muñoz, Aguilar, & Guzmán, 2000):

1. Disminuir la intensidad de los sentimientos de depresión
2. Acortar el tiempo que se está deprimido
3. Aprender formas de prevenir el deprimirse nuevamente
4. Sentirse más en control de la propia vida

El modelo anterior, así como la propuesta de sus objetivos se incluirá como una guía que modulará fases vitales del tratamiento del caso abordado en el presente trabajo.

## 2. EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA DEL CASO

### *Conceptualización*

Lucía (nombre ficticio) es una joven estudiante de 23 años, originaria de la ciudad de Mérida que está saliendo de una relación violenta y su ex novio anterior intenta volver con ella utilizando la culpa o el chantaje. Ella quiere cortar el contacto con él y hallar las herramientas necesarias para no repetir este tipo de relaciones en las que se siente desvalorada.

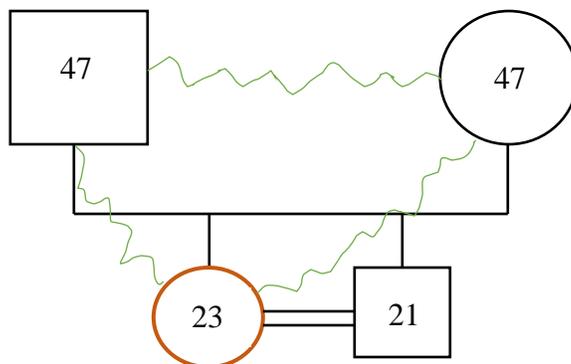
Además de lo anterior, Lucía se encuentra en un ambiente familiar desfavorable, caracterizado por constantes discusiones y enfrentamientos entre sus padres y también con ella, aunque mantiene una relación cercana con su hermano menor. Es común que su madre acuda a ella por consejo, lo que le causa molestia. Por otra parte, Lucía se caracteriza por ser una persona que se exige mucho a sí misma y se decepciona cuando no logra cumplir con sus propias expectativas o las que percibe de sus padres y familia, tendiendo a utilizar el auto-reproche y auto-castigo como formas de lidiar con esta problemática. Tiene antecedentes de cortarse los brazos.

Las diversas dificultades anteriormente descritas han llevado a un notable deterioro en la capacidad de regulación emocional de Lucía, que también ha visto afectada su autoestima, llevándola a manifestar ideación suicida y hacerse daño a sí misma.

### *Motivo de consulta*

Lucía acude a terapia manifestando problemas asociados a la reciente ruptura de una relación de pareja y el constante acoso de una pareja anterior. Adicionalmente, durante la exploración en primeras sesiones se encuentra que también existen indicios de ideación suicida y grandes problemáticas en las relaciones familiares y sociales, las cuales toman un papel primordial en la intervención, bajo consenso de la paciente.

**Familiograma**



**Relaciones familiares**

En el núcleo de su familia, Lucía tiene una mala relación con sus padres. Menciona que su madre es exigente y tiene grandes expectativas con respecto a ella. Sus papás tienen discusiones constantes e incluso se han planteado la posibilidad de llegar a un divorcio. Lucía menciona que su madre constantemente acude a ella por consejo y le asigna el papel de su psicóloga, llegando a contarle sus problemáticas incluso en el ámbito de la sexualidad con su padre, lo que a ella le provoca gran incomodidad y a pesar de que le ha aclarado que su papel es de hija y que no puede ser psicóloga de su familia, esta situación no ha mejorado. Su padre, a raíz de las discusiones y problemas recientes se ha mostrado distante y agresivo verbalmente, además de que acude al alcoholismo como medio para afrontar sus dificultades.

La familia de Lucía se caracteriza también por tratar de mantener la cercanía de todos sus miembros. Constantemente se reúnen con la familia extensa, que incluye a tíos y primos. Para los miembros de la familia, el proyectar una imagen favorable de sí mismos es de gran importancia y es por ello que en dichas reuniones suelen darse conversaciones en las que las diferentes familias hacen alarde de los logros de sus hijos, y en el caso de los primos se les da una gran importancia a las relaciones de pareja, por lo que es común que se cuestione acerca de ello, lo que le provoca gran incomodidad a Lucía, a quien no le gusta sentir que tiene que compartir este tipo de información con sus primos.

## Regulación Emocional

Por otra parte, Lucía mantiene una buena relación con su hermano, caracterizada por la cercanía, el apoyo y la comprensión mutua. Sin embargo, en tiempos recientes su hermano le confió estar preocupado ante la posibilidad de haber embarazado a su pareja y debido a que Lucía no se sentía con la capacidad para lidiar con más problemáticas esta situación le resultó pesada, convirtiéndose en una carga más.

### ***Relaciones sociales***

Lucía es una persona que se ha caracterizado por tener un buen sentido del humor y facilidad para hacer amistades, capacidad que se ha visto mermada como consecuencia de su estado anímico previo a la intervención. Refirió haberse distanciado de amistades significativas, además de encontrarse hipersensible, ofendiéndose con facilidad y tomándose de manera personal aquellas expresiones que ella percibiera como agresivas, aunque no necesariamente lo fueran.

### ***Antecedentes personales***

Desde las etapas tempranas de su vida, Lucía se identifica como una estudiante sobresaliente y que siempre procuraba cumplir con las demandas de sus padres que se sentían orgullosos de sus logros, ya que los consideraban importantes para mantener el estatus y la imagen de la familia ante la sociedad y principalmente la familia extensa. Lucía menciona que aprendió a demandar mucho de sí misma, volviéndose poco tolerante al fracaso.

La paciente también refirió antecedentes de cortarse (*cutting*) desde que se encontraba en la secundaria, siguiendo con esta práctica en la prepa y también expresó haberlo hecho en ocasiones recientes.

Actualmente, Lucía es estudiante de la carrera de psicología, pero anteriormente había iniciado sus estudios en ingeniería, los que terminó abandonando al no sentirse plena en esa carrera, ya que ingresó a esos estudios bajo la presión de su padre. Sin embargo, cuando realizó su cambio sus padres le ofrecieron apoyo y entendimiento.

También cabe mencionar que Lucía había acudido previamente a psicoterapia alrededor de un año antes de solicitar el servicio actual. En dicha ocasión, el trabajo se orientó a salir de una relación de pareja en la que era víctima de violencia física y psicológica.

### ***Relación de pareja***

Al momento de solicitar el servicio de apoyo psicológica, Lucía llevaba poco tiempo de haber terminado con su última relación de pareja, refiriendo que el proceso de separación era un asunto que deseaba entender para evitar volver a buscar una pareja que la maltratara. En dicha relación, eran comunes las humillaciones y la violencia psicológica, ya que su pareja le decía frases como “eres una tonta” o “no seas estúpida”.

Durante el proceso terapéutico, Lucía conoció a otra persona por quien sentía atracción y eventualmente decidió iniciar una relación con él, expresándole con honestidad sus incomodidades y las dificultades que estaba atravesando, así como sus limitaciones en cuanto a su disposición para llevar una relación de pareja, lo que su actual novio logró entender, ya que con él ha formado una relación más estable y caracterizada por la comunicación y el mutuo entendimiento.

### ***Antecedentes relacionados con el motivo de consulta***

Los antecedentes más significativos en relación a los motivos de consulta que tienen que ver con el establecimiento de relaciones de pareja violentas, la ideación suicida y las dificultades en la regulación emocional son los primeros indicios de auto-castigo, como el cortarse los brazos, así como la auto-exigencia y baja tolerancia a la frustración, además de encontrarse en un ambiente familiar altamente conflictivo al momento de acudir a solicitar el servicio.

### ***Evolución del problema***

En sus inicios, cuando Lucía experimentaba angustia por sus dificultades acudía al auto-reproche, lamentándose de no ser capaz de manejar sus dificultades. Eventualmente escaló al auto-castigo, recurriendo al *cutting* que también se volvió una forma de aliviar la angustia. Con el paso del tiempo, al no encontrar una forma sana de expresar sus emociones y no ser capaz de lidiar con ellas, comenzó a tener ideas más serias acerca de formas de dañarse a sí misma, llegando a considerar el atentar contra su propia vida al sentirse desvalorizada y llegar a considerarse un estorbo para los demás. Lo anterior denota que las demandas que sus propias ideas irracionales le exigían llegaron al punto de mermar sus capacidades de regulación emocional, privándola de visualizar estrategias adaptativas de afrontamiento ante sus situaciones.

### ***2.1 Descripción del escenario***

El programa de intervención del presente estudio se llevó a cabo en las instalaciones de la unidad de apoyo psicológico externo de la Facultad de Psicología de la UADY, que ofrece los servicios de valoración psicológica, estudios de orientación vocacional, psicoterapia individual para adultos y niños, psicoterapia familiar y de pareja, atención a víctimas de delitos, terapia grupal y talleres diversos. Cuenta con una recepción, sala de espera, sala de juntas, baño para usuarios del servicio, baño para el personal, coordinación, salas de atención a adultos, salas de atención a niños y una unidad especializada en victimología. El horario de atención es de siete de la mañana hasta las seis de la tarde.

Los espacios designados para la atención a adultos están equipados con un juego de sala (sillón individual, sillón doble y sillón triple), además de una mesa de centro y a un lado se encuentra una mesa de trabajo con dos sillas que puede ser usada para la aplicación de las diversas baterías de pruebas con las que cuenta la institución.

### ***2.2 Instrumentos y técnicas utilizadas***

Durante el desarrollo del proceso psicoterapéutico, el terapeuta utilizó los siguientes estilos en diferentes momentos para abordar temáticas específicas con la paciente:

- a. Estilo socrático. Técnica que busca provocar una disonancia cognitiva mediante el descubrimiento guiado del terapeuta por medio de preguntas sistemáticas que evidencian los errores lógicos en la forma de procesar la información, incluye la petición de pruebas que mantienen los pensamientos o creencias disfuncionales, la indagación de las alternativas interpretativas a dichos pensamientos, la exploración de las consecuencias emocionales de mantener esos pensamientos o creencias, la comprobación de la gravedad de las predicciones negativas y la conceptualización de pensamientos o supuestos vagos en su formulación.
- b. Estilo didáctico. Forma de debate que se plantea de un modo más explicativo dado que su objetivo es instruir al consultante en algún tema específico, como pueden ser los mecanismos de la perturbación emocional, su origen y dinámica, así como los pasos a seguir para combatirla, utilizando un lenguaje claro, sencillo y evitando las confusiones.
- c. Estilo metafórico. Se realiza a través del uso de conceptos con metáforas derivadas del debate y que son relevantes para la reestructuración, procurando monitorear que éstas ayuden al cliente a entender mejor su problemática y las soluciones. Pueden clasificarse en dos grupos: a) las que expone el terapeuta, ya sean originales o extraídas de otras fuentes y b) las que se encuentran en el relato del cliente y que le son reflejadas.

Además, se utilizaron las siguientes técnicas para procurar la reestructuración y el mejoramiento de las capacidades de regulación emocional:

- a. Debate. Se trata de una forma de entrevista psicológica que persigue dos objetivos básicos: explorar los sistemas de creencias del sujeto que acude a terapia y enfocarse en la refutación de los contenidos que se consideran irracionales.

- b. Darse cuenta inducido. Técnica en la que el terapeuta refuta las inferencias con el objetivo de que el paciente descubra sus propias creencias y sea capaz de identificarlas y expresarlas.
- c. Interpretación por inducción. Consiste en agrupar las diversas inferencias que el cliente elabora a lo largo de su discurso para elaborar conclusiones y devolvérselas de tal forma que se dé cuenta de sus creencias racionales e irracionales.
- d. Encadenamiento de inferencias. Similar al anterior, pero en este caso el terapeuta guía por medio de preguntas o diálogo al cliente para elaborar sus propias conclusiones a partir del agrupamiento de las inferencias que realiza en su discurso.
- e. Evaluación guiada por hipótesis. Se elabora una hipótesis referente a las creencias del cliente con base en sus inferencias y se le propone por medio de preguntas.
- f. Discusión teórica pragmática. Técnica del debate a través de la cual se refutan las creencias irracionales mediante el análisis de su utilidad o ineficacia en la consecución de las metas “G” deseadas por el cliente. Se realiza a partir de la verificación de las consecuencias “C” de utilizar ciertas creencias en las situaciones que el cliente afronta y también sirve para identificar aquellas creencias que pueden ser causantes de daño o empeoramiento.
- g. Proyección en el tiempo. Técnica que se utiliza para apoyar a la reestructuración cognitiva a través de hacer ver al cliente que ciertos sucesos que concibe como catastróficos pueden ser menos dramáticos de lo que se vislumbran a partir de un análisis racional de posibles conclusiones futuras.
- h. Aceptación incondicional. Permite al terapeuta fomentar la confianza y apertura del cliente. Del mismo modo, implica fomentar en el cliente la aceptación de sí mismo del modo en que el terapeuta lo hace, aun sabiendo de sus errores y defectos.
- i. Tareas para la casa. Asignaciones enfocadas en cogniciones, conductas o emociones que buscan mantener activa la intervención durante el tiempo que no se está en el consultorio.
- j. Inversión del rol racional. Consiste en solicitar al cliente que adopte el papel de representar el uso de alguna creencia racional en situaciones simuladas y así comprobar sus efectos.

### **3. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DESARROLLADO**

#### ***3.1 Criterios de diseño del programa***

Para la aplicación de este programa se requiere de algún paciente de sexo masculino o femenino que se encuentre en el rango de edad de entre dieciocho y veinticinco años de edad y que presente, por lo menos, claros indicios de ideación suicida o haber realizado algún intento fallido de terminar con su vida.

Para el diseño, se tuvieron en cuenta las características particulares de la personalidad del paciente, así como las circunstancias adversas que esté enfrentando y el contexto en el que éstas ocurren (familiar, escolar, laboral, etc.) y de ser necesario se realizarán ajustes para atender eventos de urgencia o modificaciones que puedan ser necesarias para procurar el bienestar del paciente.

#### ***3.2 Objetivos del programa***

##### ***Objetivo general***

Facilitar el mejoramiento de las capacidades de regulación emocional para procurar un afrontamiento más positivo de las adversidades del paciente, mejorando su calidad de vida.

##### ***Objetivos específicos***

1. Brindar contención ante la inminencia de las ideas suicidas
2. Evaluar las capacidades de regulación emocional
3. Describir las creencias irracionales que han llevado a la ideación suicida
4. Realizar una intervención en regulación emocional
5. Propiciar el afrontamiento positivo de las circunstancias adversas utilizando las capacidades de regulación emocional adquiridas durante la intervención

6. Evaluar los efectos de la intervención realizada
7. Realizar una prevención de recaídas

### ***Pregunta de investigación***

¿Puede el fortalecimiento de las capacidades de regulación emocional a través de la terapia cognitivo conductual ayudar a un paciente con ideación suicida?

### ***3.3 Recursos utilizados***

1. Sala de atención para adultos del servicio de apoyo psicológico externo de la Facultad de Psicología
2. Lápiz
3. Papel
4. Mesa
5. Dos sillones
6. Dos sillas
7. Aire acondicionado

### ***3.4 Procedimiento de aplicación***

La intervención terapéutica del presente caso se realizó en dieciocho sesiones, cada una de las cuales tuvieron una duración aproximada de entre cincuenta minutos y una hora. Estuvieron distribuidas entre el cinco de noviembre del dos mil quince y el trece de junio del dos mil dieciséis. Al principio, se realizaron de manera semanal, pero al notar mejoría significativa se establecieron reuniones quincenales.

Para aplicar la intervención se definieron cinco fases, entre las cuales se dividieron las dieciocho sesiones. A continuación, se presenta un esquema del programa:

## Regulación Emocional

<b>Fase</b>	<b>Sesiones</b>	<b>Objetivos</b>
1	1 a 3	Brindar contención, elaborar la conceptualización del caso y establecer los objetivos y metas terapéuticas. Identificar el sistema de creencias y los ABC's con respecto a la problemática presentada.
2	4 a 7	Trabajar en las relaciones familiares y de pareja, así como reducir la victimización mediante el debate de las creencias irracionales.
3	8 a 11	Facilitar el fortalecimiento de las capacidades de regulación emocional
4	12 a 14	Trabajar en la auto-aceptación y reforzar la regulación emocional.
5	15 a 17	Evaluación de resultados, prevención de recaídas y cierre.

Para evaluar los resultados de la intervención, se aplicaron dos instrumentos. El primero de ellos es la Escala de Ideación Suicida de Beck (EBIS), que ha demostrado ser un instrumento de tamizaje adecuado para detectar dicha problemática en estudiantes de nivel universitario (González, Díaz, Ortiz, González, & González, 2000), pero requiere de confirmación, la cual se realizó mediante la entrevista clínica. Esta escala se diseñó para cuantificar y evaluar la recurrencia consciente de los pensamientos suicidas. Consta de 21 reactivos que se aplican en el contexto de una entrevista clínica semi-estructurada y mide la intensidad de las actitudes, conductas y planes específicos para suicidarse. Cada reactivo se registra en un formato de respuesta que cuenta con 3 opciones en un rango de 0 a 2 y posteriormente se suman los resultados obtenidos en cada reactivo, siendo que, a más alto puntaje, mayor el riesgo de suicidio. Además, si los reactivos 4 y 5 obtienen una puntuación 0, la prueba se detiene.

El segundo instrumento que se aplicó es el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), un auto informe que proporciona una medida de la presencia y gravedad de la depresión en población adulta y adolescente a partir de 13 años. Consta de 21 ítems que indican síntomas como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso, entre otros y que se corresponden con los criterios diagnósticos del trastorno en el DSM-IV y el CIE-10. Cada ítem de esta escala tipo Likert se puntúa entre 0 y 4. La puntuación es la suma de las respuestas a los 21 ítems del cuestionario y el rango de puntuaciones va de 0 a 63 puntos, siendo que cuanto más alta es la puntuación, mayor es la severidad de los síntomas

## Regulación Emocional

depresivos. El instrumento asigna cuatro grupos en función de la puntuación obtenida y que son: mínima depresión (de 0 a 13 puntos), depresión leve (14 a 19 puntos), depresión moderada (20 a 28 puntos) y depresión severa (29 a 63).

Adicionalmente, se aplicó un instrumento de evaluación del servicio que forma parte de los requisitos de la institución en la que se realizó la intervención, por lo que también se reportan sus resultados.

Es importante mencionar que debido a dificultades operativas, los instrumentos de evaluación pre y post de los resultados se aplicaron en una misma sesión, solicitándole a la paciente que contestara el BDI-II y la EBIS dos veces, la primera contestando como lo hubiera hecho al inicio del proceso psicoterapéutico y la segunda como sería en la actualidad, lo anterior se realizó abogando por la expertez de la paciente en su propia experiencia y el conocimiento de sus pensamientos ahora y en el pasado reciente. Además de esas dos escalas, la paciente contestó un cuestionario de evaluación del servicio psicológico que forma parte de los requerimientos de la institución para dar seguimiento a las intervenciones realizadas por sus terapeutas y que además son utilizadas con fines de investigación y mejoramiento de la calidad del servicio.

Aunado a lo anterior, cabe mencionar que debido a que se presentaron conflictos imprevistos en el sistema familiar al final de la sesión número quince, se consideró pertinente brindar dos sesiones adicionales para atender dicho conflicto, que se trató de un repunte de la rivalidad del hermano mayor de Lucía con ella, quien se sintió desplazado cuando notó que la relación entre ella y sus padres había mejorado, mientras que a él lo demeritaban por su falta de logros en el ámbito académico.

### ***Reporte de las sesiones***

#### ***FASE 1***

En esta primera fase se realizaron las entrevistas iniciales a partir de las cuales se realizó la conceptualización del caso y se acordaron las siguientes metas terapéuticas:

1. Trabajar en la superación de la ruptura con el ex ex novio de la paciente
2. Mejorar las relaciones familiares, en especial con los padres
3. Trabajar con la autoestima (auto exigencias y castigos)

A lo largo de esta primera fase, se permitió el discurso libre y las intervenciones se redujeron a un mínimo debido a la amplitud de las problemáticas que serían abordadas y para contar con un escenario más completo del contexto en el que se realizaría la intervención. El enfoque fue brindar contención y esperanza con respecto a la posibilidad de solucionar las problemáticas que el cliente percibía. La *aceptación incondicional* se configuró como un elemento clave para fomentar la confianza y un buen clima terapéutico. También se utilizó la *proyección en el tiempo* para hacerle ver a Lucía que algunos de sus temores estaban fundamentados en ideas que eran cuestionables, pero no se profundizó aún demasiado en el debate.

#### ***Sesión no. 1 – 05/11/2015***

Durante la primera sesión se firmaron los formatos de protocolo y se inició la exploración del motivo de consulta. También se establecieron los primeros objetivos terapéuticos de la paciente.

De inicio, se le preguntó acerca del motivo de consulta, respecto a lo cual mencionó que recientemente había terminado con una relación de pareja caracterizada por la violencia psicológica. Mencionó que su ex ex pareja (la anterior a la última relación que tuvo) había estado tratando de ponerse en contacto con ella y buscaba cercanía, lo que le generaba altos niveles de angustia, por lo que había decidido solicitar el servicio de apoyo psicoterapéutico para tratar de entender los motivos que la llevaban a elegir parejas que la trataran mal.

Debido a que en la institución se maneja un formato de priorización de los motivos de consulta que se llena durante la primera entrevista, que no es realizada por el terapeuta designado para el caso y en la cual se halló evidencia de intención suicida, se le cuestionó a Lucía qué tan intensas eran las ideas acerca de hacerse daño a sí misma, en escala de uno a diez, a lo que respondió que un nueve. Sin embargo, se identificó que dichas ideas se encuentran aún en la fase de planeación inespecífica, ya que no era capaz de dar información respecto a un plan detallado y también expresaba dudas con respecto a su propia capacidad de culminar el acto. Por ello, se le proporcionó a la paciente el número de teléfono del terapeuta y se le hizo saber que podía comunicarse en cualquier circunstancia de crisis.

Seguidamente, se le pidió a la paciente que profundizara un poco en lo que respecta a las ideas de hacerse daño, comenzó a hablar acerca de dificultades en su sistema familiar. Con respecto a sus relaciones familiares, expresó lo siguiente: *“Mi familia no me apoya, solamente les interesan sus propios problemas y siempre quieren que yo se los resuelva”*. Lo anterior denota un fuerte grado de resentimiento, lo que llevó a que se generara la hipótesis de que puede existir una falta de comprensión por parte de la paciente con respecto a las motivaciones que llevan a sus familiares a tomar las actitudes que ella reporta, aunque también es claro que tampoco ellos la comprenden.

Al hablar de este tema, Lucía también mencionó diversas problemáticas en las interacciones familiares y la existencia de alcoholismo en la familia, al mencionar la frase *“Me molesta que necesiten el alcohol para expresar sus emociones”*, situación en la que se refería tanto a sus padres como a su hermano. Además, expresó que su mamá le hablaba de sus problemas y preocupaciones por no tener relaciones sexuales con su papá desde hace un par de semanas, situación que Lucía considera no tendría por qué comentarle, ya que siente que le está asignando la función de psicóloga en lugar de verla como su hija. Del mismo modo, expresó un marcado distanciamiento en la expresión afectiva de los sentimientos: *“Yo no soy de abrazar a mis papás”*, *“Un día me dio por abrazarla”*.

Con respecto a sus intereses personales, expresó lo siguiente *“Me gustan las cosas en las que puedo Dar algo de mí a otros, crear algo”*. Puso el ejemplo de que actualmente se encuentra inscrita en un voluntariado de atención psicológica a niños en situación de

enfermedad. Otros gustos que refirió incluyen: *“música, salir con amigos, conocer gente de la que puedo aprender cosas nuevas. Si me gusta alguien es porque tiene algo que aportarme. También me gusta leer, salir... de todo un poco... novelas, correr, hacer ejercicio, ir al cine e ir al parque”*.

Para conocer más acerca de sus preocupaciones, se le preguntó cuál es su mayor temor, a lo que respondió: *“Lastimar a las personas. No me gusta fallar. No quisiera fallarles a mis papás”*. Lo anterior denota la importancia que para ella tiene la relación con sus padres y las expectativas que percibe de ellos, lo que dio pie a generar hipótesis acerca de la existencia de creencias relacionadas con auto exigencia.

Del mismo modo, se le interrogó acerca de cuál consideraba su mayor logro hasta la actualidad, a lo que respondió: *“Estar en séptimo semestre. Quería estudiar medicina, pero la primera vez no entré y empecé la carrera de ingeniería porque mi papá me presionó para estudiar”*.

Se le pidió a la paciente que hiciera una descripción breve de sí misma, a lo que respondió: *“Soy una persona que está acostumbrada a dar sin pedir nada a cambio. También soy rígida conmigo misma y cuando fallo, me castigo”*. Este último elemento resulta fundamental en el entendimiento de la dinámica de auto castigo en que se ha enfrascado.

### **Sesión no. 2 – 12/11/2015**

En esta sesión se continuó con la exploración acerca de la problemática en relación a la ex pareja y los sentimientos de la paciente con respecto a las circunstancias que percibe como adversas al respecto.

Primeramente, la paciente expresó que el proceso psicoterapéutico anterior al que acudió, un año antes de este, se inició por causa de una infidelidad de parte de ella hacia su entonces pareja. El propósito que originalmente se había propuesto al iniciar dicho proceso era reparar la relación. Sin embargo, al final, terminó decidiendo que lo mejor era separarse y consecuentemente terminó con aquella pareja. Lucía mencionó que su mayor logro en aquel proceso fue llegar a responderse a sí misma *“¿Qué es lo que quiero?”* Ante lo cual su

reflexión le llevó a la siguiente respuesta: *“Tengo grandes aspiraciones más allá de la relación de pareja y quiero enfocarme en ellas, no deseo sentir inseguridad de volver a lo mismo, quiero que mi próxima relación no sea controladora, que no haya violencia. Quiero volver a confiar en mí misma y poder confiar en otros en el ámbito de pareja y el sexual”*. Cabe mencionar que la ruptura final se vio motivada por la atracción que Lucía sentía por el chico con quien entonces estaba saliendo, lo que eventualmente le propició un sentimiento de culpa respecto al modo en que terminó con la relación anterior

Lucía mencionó que actualmente aún mantiene contacto con el ex novio anterior al más reciente. Mencionó que en la relación más reciente llegó a notar que predominaba un machismo y un dominio de su pareja sobre ella. Por ejemplo, menciona que su pareja solía ser quien decidía las actividades que realizarían, además de mostrar intensos celos y deseos de limitarla en sus interacciones. También mencionó que cuando habla de la ruptura, la pareja suele contarla a su favor, Lucía refirió: *“se hace al mártir, cuenta la historia como si yo hubiera propiciado la ruptura, como si yo fuera la villana”*. Esta pareja también solía decirle frases como *“Eres una tonta Lucía”, “Si no quieres estar conmigo, aléjate de mí, me haces daño”, “los problemas son por culpa tuya”*.

En este contexto, ocurrió que el ex novio anterior la buscaba y ella lo buscaba, ya que sentía una necesidad impulsiva de estar en contacto con él. Sin embargo, a través de dichas interacciones ella se daba cuenta de que él veía un futuro de retomar la relación y ella no tenía ninguna intención de hacerlo, por lo que identificaba estas interacciones como dañinas para ambos. La relación con su anterior pareja terminó hace un mes.

La paciente mencionó sentirse *“harta de vincularse con otras personas, algo puede aparecer que me lastime”*.

Curiosamente, a pesar de que en el proceso psicoterapéutico anterior logró reunir la fortaleza para consumar la separación de su pareja, en la actualidad es notoria la presencia de una profunda aflicción por la ruptura de esa relación anterior. Lucía asocia esta tristeza con el hecho de que fueron cuatro años de relación y no tuvo tiempo para procesar la pérdida.

Aquí se hace notorio que Lucía hace a un lado la culpabilidad que muy probablemente sentía por haber terminado aquella relación motivada por la atracción hacia otra pareja.

Casi al final de la sesión, Lucía retomó también la temática de sus dificultades familiares ya que se le cuestionaba acerca de si ella contaba con el apoyo de amigos o familiares y expresó lo siguiente: *“Con mi familia me siento abrumada, aprisionada, especialmente cuando discutimos. Hace un año salió el tema de mi ex pareja y de cómo él era un buen muchacho, parece que yo lo hubiera arruinado”*. *“Muchas veces cuando estamos viajando y comenzamos a discutir siento el impulso de simplemente lanzarme del auto”*, *“Me empujan a hacer algo contra mí”*. En estos momentos, Lucía también hizo referencia a sus antecedentes de cortarse en la adolescencia, práctica que regresó desde hacía 3 semanas y que ella menciona estaba motivada por el enojo que sentía contra sus padres al percibir sus actitudes como insensibles.

### ***Sesión no. 3 – 19/11/2015***

Lucía habló de las ideas y sentimientos que le son difíciles de explorar y contactar, así como de los resentimientos que guarda y sus expectativas hacia los demás. Habló con el chico con el que sale ahora, le planteó su situación, él le dijo que “no la va a presionar”.

### ***FASE 2***

Esta fase se centró en el trabajo en las relaciones familiares y de pareja. Se utilizaron primordialmente el *estilo socrático* y el *metafórico* para lograr la reestructuración cognitiva. Se identificaron los “A”, “B”, “C” y se formularon los “E” y “F” siguientes con respecto a la relación con sus padres:

A – Evento activador

La mamá de la paciente acude a ella para platicarle sus problemas personales e íntimos y pedir consejo

El papá de la paciente desquita sus conflictos matrimoniales con sus hijos

B – Sistema de creencias

“Los padres no deben usar a sus hijos como psicólogos”

## Regulación Emocional

“Yo soy quien debería poder acudir a ella en busca de consejo”

“Los hijos no deben educar a los padres”

“Los padres deben resolver sus propios problemas y no involucrar a los hijos”

### C – Consecuencias

Sentimientos: Frustración y molestia

Conductas: Rechazo hacia sus padres; rabietas; groserías; aislamiento

Pensamientos:

“Quiero mucho a mis padres, pero no me valoran”

“Mis padres no me dan atención”

“Mis padres solo se ocupan de mis necesidades materiales, pero olvidan las emocionales”

“No me gusta estar con mi familia”

“Mi familia solamente se aprovecha de mí, me utilizan para resolver sus problemas”

Ideas suicidas:

“Espero morirme pronto, ya no los soporto, pero tampoco soporto la idea del dolor que les causaría”

“Solo quiero irme muy lejos”

### E – Creencias racionales

“A veces los padres invierten estos roles sin darse cuenta”

“Mis padres no siempre tendrán los consejos que necesito”

“El que mis padres me pidan consejo puede ser una muestra de confianza”

“Aconsejar no es la única forma en que puede demostrarse el cariño”

### F – Respuestas adaptativas

Pensamientos:

“Mis padres me aman y me demuestran su amor a su manera, a pesar de las discusiones que puedan existir.

Sé que me van a amar y yo a ellos”

“Quiero vivir y hacer muchas cosas que me llenen como persona y que me motiven a seguir”

“He hecho muchas cosas que nunca imaginé que lograría, aprecio más mi esfuerzo y todo lo que se relaciona con mi vida. He aprendido de mis experiencias no tan positivas y también de las positivas”

“Aprecio a mi familia y he mejorado la relación que tengo con ellos”

Sentimientos: Alegría y certidumbre

Conductas: Mayor y mejor convivencia con la familia de forma armoniosa; reducción en la aparición de las ideas suicidas

En cuanto a la relación con su madre, se encontraron los siguientes elementos:

### A – Evento activador

La mamá de la paciente la pone como ejemplo positivo por sus logros y la compara con su hermano, aunque le exige tener más logros

## Regulación Emocional

### B – Sistema de creencias

“Mi madre espera demasiado de mí”

“Los padres no deben hacer comparaciones entre hermanos”

### C – Consecuencias

Sentimientos: Frustración, molestia y resentimiento

Conductas: Rechazo hacia su madre; exigencias hacia sí misma

Pensamientos:

“No importa cuánto haga, nunca será suficiente”

“Debo aspirar siempre a más”

“Detesto que me usen como ejemplo, me hacen sentir que esperan mucho de mí”

### E – Creencias racionales

“No es necesario complacer a mi madre”

### F – Respuestas adaptativas

Pensamientos:

“Mis logros son importantes en sí mismos y por lo que representan para mí, no para los demás”

“Tengo derecho a congratularme por las metas alcanzadas”

“Puedo aspirar a más, pero también puedo fallar”

“Si no cumplo con sus expectativas, no será catastrófico”

“Sé que puedo tener espacio para mí y para mis cosas sin presionarme ni exigirme como antes lo hacía”

Sentimientos: Alivio, ligereza y orgullo

Conductas: Reducción en la auto exigencia; aceptación de la actitud de su madre; auto aceptación

Por otra parte, en la dinámica que rige con la familia extensa, con quienes tienen reuniones constantes, se identificaron y trabajaron los siguientes elementos:

### A – Evento activador

Los miembros de la familia extensa desean saber sobre el estado de las relaciones sentimentales de la paciente

### B – Sistema de creencias

“Hay que tener una buena imagen y proyectar éxito ante la familia extensa”

“La aprobación de los familiares es fundamental”

### C – Consecuencias

Sentimientos: Frustración, vergüenza, culpa e incomodidad

Conductas: Evitación de las reuniones familiares; aislamiento en las reuniones

Pensamientos:

“Si no hablo de tener una relación de pareja exitosa, soy un fracaso ante la familia”

“No puedo hablar de otro tema porque solo me preguntan acerca de eso”

### E – Creencias racionales

“Lo que la familia extensa piense acerca de nosotros no tiene por qué ser tan importante”

## Regulación Emocional

“Proyectar una buena imagen no es necesariamente un reflejo de la realidad”

F – Respuestas adaptativas

Pensamientos:

“No estoy obligada a hablar acerca de mis relaciones de pareja, puedo hablar sobre otros temas si así lo deseo”

“Si la familia no nos percibe como exitosos, es suficiente con nuestra propia certeza al respecto”

“Lo importante para nosotros no siempre es lo importante para ellos”

Sentimientos: Confianza, alivio y comodidad

Conductas: Acude con más frecuencia a las reuniones familiares; Mejor convivencia en las reuniones familiares

En el ámbito de la pareja, se trabajó con respecto a la relación con el ex ex novio de Lucía identificando la siguiente estructura:

A – Evento activador

Ex ex pareja intenta contactar con ella por medios digitales y ella responde

B – Sistema de creencias

“Recordar una relación tóxica es abrumador”

“Hablar con él despierta emociones que no soy capaz de controlar”

“El hecho de que me busque me lastima, pero lo necesito para sentirme bien”

“No debería de contestar los mensajes de la persona con quien terminé de mala manera una relación”

“La infidelidad es un acto reprobable e imperdonable”

C – Consecuencias

Sentimientos: Tristeza, ansiedad, miedo al futuro, irritabilidad y culpa

Conductas: Llanto descontrolado; aislamiento social; auto lesiones

Pensamientos:

“no quiero saber nada que me recuerde el dolor que pasé en aquella relación”

“Temo coincidir con mi ex novio”

“Esos recuerdos siempre van a causarme mucho dolor”

“Soy una tonta por haber estado en esa relación”

“Debí haber accedido a sus caprichos”

“No merezco una relación en la que me traten bien”

“Soy culpable de que la relación terminara mal”

“Si no sirvo como pareja, no sirvo para nada”

“Quiero llorar, pero no debo hacerlo frente a todos”

## Regulación Emocional

Ideas suicidas:

“No quiero vivir por mucho tiempo”

“¿De qué manera podría quitarme la vida?”

E – Creencias racionales

“Haber vivido una relación difícil puede traducirse en aprendizajes”

“Pueden disfrutarse los mejores recuerdos de toda relación”

“Un reencuentro no tiene por qué ser catastrófico”

“La infidelidad pudo no ser la mejor decisión, pero ahora está en el pasado”

F – Respuestas adaptativas

Pensamientos:

“Puedo recordar las cosas bonitas que viví en aquella relación”

“Si coincidimos, puedo retirarme del encuentro con cordialidad”

“Las cosas difíciles que viví con él me enseñaron a cuidar de mí misma en mis próximas relaciones”

“Si me involucré en una infidelidad es porque en ese momento no me sentía amada, aunque la decisión no fuera la más correcta”

“Puedo ser una buena pareja para alguien”

“Puedo tomarme el tiempo para sentir mis emociones y expresarlas de manera sana y si al hacerlo no me parece adecuada la forma, puedo aprender de ello para futuras experiencias”

“Puedo apoyar a mi pareja en sus dificultades, pero no es mi deber complacerlo en todos sus caprichos”

Sentimientos: Alivio, orgullo, alegría, convicción y fortaleza

Conductas: Sonrisa frecuente; actitud energética; cuidado de sí misma

Además, se suscitó el evento de que un chico la invitara a salir, y en este suceso se abordó de acuerdo a los elementos siguientes:

A – Evento activador

Un muchacho le confiesa a la paciente que siente atracción por ella

B – Sistema de creencias

“Las relaciones de pareja no funcionan para mí”

“Los hombres siempre mienten y se aprovechan de las mujeres”

“Las relaciones de pareja no funcionan”

C – Consecuencias

Sentimientos: Miedo, ansiedad e incertidumbre

Conductas: Rechazo

Pensamientos:

## Regulación Emocional

“Me da miedo empezar una relación”

“No quiero establecer algo nuevo con nuevas personas, no va a funcionar”

“Tengo miedo de lo que podría pasar, de que se repita la historia anterior”

“No quiero a nadie cerca de mí”

E – Creencias racionales

“Quizá pueda tener una relación de pareja que funcione bien”

“Algunos hombres mienten, pero no todos”

“Puedo utilizar mi experiencia previa para tener una relación más funcional”

F – Respuestas adaptativas

Pensamientos:

“Puedo iniciar algo nuevo con alguien aun si es con cautela”

“Puedo evitar que la historia se repita si uso los aprendizajes de mi última relación”

“Deseo estar con alguien que me apoye y entienda, quiero una relación armoniosa y esta puede ser una oportunidad de conseguirlo”

Sentimientos: Alegría, emoción y tranquilidad

Conductas: Aceptación de la nueva relación con cautela

Para lograr de manera exitosa la reestructuración cognitiva en esta fase, fue fundamental el uso del debate mediante la discusión teórica pragmática, pues su naturaleza permisiva permitió realizar una evaluación de las creencias irracionales de un modo gradual y poco intrusivo, a lo que Lucía respondió positivamente pues en todo momento se mostró receptiva ante las nuevas propuestas derivadas de la *interpretación por deducción* y del uso de constantes *darse cuenta inducidos*, así como la *evaluación guiada por hipótesis*. La discusión pragmática se llevó a cabo mediante cuestionamientos como el siguiente:

- Terapeuta: “Lucía, tú mencionas que constantemente piensas en lo culpable que te sientes por haber cometido una infidelidad, pero ¿te has cuestionado qué tan útil resulta pensar de ese modo si en el presente tu objetivo es superar la ruptura de aquella relación?”
- Paciente: “Pues no... eso no me lo había planteado, en realidad cuando pienso en ello la culpa es lo primero que viene a mi mente”.
- Terapeuta: “¿Si lo piensas con detenimiento, reprocharte constantemente por el error cometido en el pasado aporta algo a tus objetivos actuales de crecimiento?”

## Regulación Emocional

- Paciente: “No, no aporta nada en absoluto. Es algo que simplemente he sentido y no me había detenido a pensar en ello.
- Terapeuta: “¿Habría alguna otra forma de entender ese evento, que resultara más útil para tu crecimiento?”
- Paciente: “Es difícil de admitir, pero si cometí esa infidelidad es porque yo ya no estaba a gusto en esa relación y solo quería desquitarme del maltrato recibido. No creo que sea correcto, pero es que no sabía de qué otra forma sentirme bien”
- Terapeuta: “Quizá esa sea una forma más bondadosa de entenderlo, ¿Cómo te sentirías si al pensar en esa infidelidad recordaras que en aquel momento no contabas con los elementos para tomar una decisión distinta?”
- Paciente: “Es una forma diferente de plantearlo, no me sentiría culpable. Es extraño, no cambiaría nada de lo que hice, pero decirlo de ese modo no me hace sentir culpable”.

Al finalizar esta fase, la paciente mostró una notable reducción de la ideación suicida y una importante mejoría en sus capacidades de regulación emocional, ya que fue capaz de expresar su tristeza mediante el llanto que durante mucho tiempo contuvo, además de que comentó haber notado que ahora era capaz de combatir los sentimientos negativos que se presentaban posterior a discusiones familiares mediante el uso de sus nuevos esquemas de pensamiento. A continuación, se presenta una breve descripción de las sesiones correspondientes a esta fase:

### *Sesión no. 4 – 26/11/2015*

Se exploraron los sentimientos de enojo y los pensamientos relativos a la percepción de falta de apoyo de la familia de Lucía, así como los patrones y conductas del sistema familiar, valores, rituales, etc.

### ***Sesión no. 5 – 03/12/2015***

Se trabajó mediante el debate con Lucía en que ella reconociera su victimización. Ella se hizo consciente de las consecuencias que suceden cuando adopta este rol y se analizaron las desventajas de ello. También se trasladó este aprendizaje a la relación con sus padres. Se asignó ensayar con su familia las nuevas creencias racionales y evaluar cómo éstas impactaban su estado de ánimo.

### ***Sesión no. 6 – 18/01/2016***

Se trabajó con las relaciones de pareja anteriores y la actual. La paciente habló de sus experiencias y avances que se reflejan en eventos ocurridos en vacaciones con su familia. Se le reforzó la confianza en sus nuevas habilidades y pensamientos ante la posibilidad de que se encontrara con su ex pareja, evento que finalmente no ocurrió.

### ***Sesión no. 7 – 25/01/2016***

Se trabajó con un conflicto reciente que experimentó Lucía con su madre y que permitió ampliar el debate específicamente en torno a la relación con ésta. Se procuró facilitar la búsqueda del entendimiento de la dinámica del conflicto y estimular el uso de la regulación emocional de la paciente, así como las estrategias de afrontamiento adquiridas gracias a la reestructuración cognitiva. Como consecuencia, demostró un progreso en la conciencia del papel de victimización que solía tomar y se mostró en disposición para empatizar con las dificultades de su madre. Se asignó compartir con su madre las nuevas formas de pensar y el modo en que ahora era capaz de comprenderla, lo que mejoró el vínculo entre ellas.

### ***FASE 3***

Los objetivos principales de la fase tres consistieron en procurar y fortalecer las capacidades de regulación emocional, debido a que en este momento de la intervención Lucía se encontraba considerablemente estable y en un alto grado de recuperación con respecto a la depresión que presentaba originalmente. Para ello, se utilizó en principio el *Estilo didáctico*

y a través de él se enseñó a la paciente a realizar su recorrido actitudinal y se le entrenó en auto monitoreo, con el objetivo de que fuera capaz de entender sus estados emocionales y sus reacciones ante eventos importantes. El análisis post-factum y La *proyección en el tiempo* de los ejercicios de auto monitoreo y los registros jugaron un papel primordial en este entrenamiento.

Además, debido a que la paciente había ganado confianza y demostrado una alta capacidad de *insight*, los debates se complementaron con *interpretación por deducción y encadenamiento de inferencias*. La descripción breve de las sesiones se encuentra a continuación:

### ***Sesión no. 8 – 15/02/2016***

Lucía se encuentra mucho más estable a nivel emocional. Se muestra interesada en trabajar con su salud personal a nivel físico, por lo que se exploraron los medios y se le motivó para este trabajo. También se empezó a abordar el tema de la regulación emocional mediante psicoeducación. Se asignó la realización de registros diarios (con frecuencia de 3 veces al día) para aprender a realizar el recorrido actitudinal en los que anotaba lo que estaba haciendo, lo que pensaba y cómo se sentía. Se le refirió que de ocurrir eventos significativos, placenteros o displacenteros sería importante que los anotara.

### ***Sesión no. 9 – 22/02/2016***

Se revisaron los autorregistros y se reflexionó en torno a los resultados obtenidos, así como el modo en que Lucía está aplicando sus estrategias de regulación emocional en situaciones de la vida cotidiana que la pueden inquietar y ante las cuales es capaz de acudir a sus pensamientos “F” que se derivan de sus nuevas creencias. De nuevo se asignaron los autorregistros con una frecuencia menor (3 veces al día 4 veces en la semana).

### ***Sesión no. 10 – 22/02/2016***

Se revisó la asignación y Lucía mostró haber tenido una actitud positiva ante diversas problemáticas, lo que habla de sus avances en la regulación emocional. Se evaluó el alcance en las metas terapéuticas y se reflexionó acerca del papel de la empatía en el mejoramiento de las relaciones familiares. En esta ocasión se asignó el ejercicio del auto monitoreo sin registros.

### ***Sesión no. 11 – 7/03/2016***

Se revisaron los avances en la habilidad de auto monitoreo que Lucía demostró practicar constantemente y en situaciones que lo demandaban.

Por otra parte, mencionó algunos conflictos previos relacionados con la comida y su consumo descontrolado reciente, expresando inquietudes sobre su figura corporal, lo que se exploró más a fondo. Ella reflexionó acerca de su rigidez y el modo en que se sobre-exige a sí misma. Gracias a esta reflexión se abrió el tema del auto-concepto que sería abordado en la siguiente fase. Se asignó realizar un plan de activación física acorde a sus objetivos que considerar las actividades que podría realizar y los tiempos disponibles para ello.

### ***FASE 4***

Al enfocar la terapia en el tema de las costumbres alimentarias y la actividad física de Lucía, se dio pie a explorar el autoconcepto. Se trabajó en la reestructuración cognitiva mediante los siguientes elementos:

A – Evento activador

Salir a comer desmedidamente o sentirse llena por haber comido sin control, haber faltado a una rutina de ejercicio

B – Sistema de creencias

“Debo bajar de peso para que los demás me vean bonita”

“Debo bajar de peso para sentirme bonita”

“Las mujeres pasadas de peso son feas y fracasadas”

## Regulación Emocional

### C – Consecuencias

Sentimientos: Frustración, ira, resentimiento, tristeza, derrota y culpa

Conductas: Llanto

Pensamientos:

“Todo me sale mal, fracaso tras fracaso y nada me llena”

“Soy gorda y no me gusta nada de mí”

“No soy bonita y no llamo la atención”

“Estoy harta de esforzarme y no conseguir lo que quiero (bajar de peso)”

“Tengo ganas de vomitar, me siento culpable por comer tanto y no controlarme”

### E – Creencias racionales

“Bajar de peso no necesariamente hará que los demás me perciban bonita”

“Puedo sentirme bien conmigo misma sin importar cuánto pese”

“Mi éxito no se define únicamente por mi imagen”

### F – Respuestas adaptativas

Pensamientos:

“Me gustan muchas cosas de mi cuerpo, a pesar de que algunas no me agraden tanto, me acepto como soy”

“Puedo comer lo que quiera sin necesidad de culparme por ello, disfrutar de la comida y a la vez elegir sanamente mis alimentos”

“Ya no quiero provocarme el vómito por culpa y puedo ponerme un alto cuando se trata de comer”

“Siento que me quiero más y esto puede ir creciendo día a día”

Sentimientos: Alivio, fortaleza y convicción

Conductas: Auto aceptación; reducción de los episodios de atracón; goce al comer

Esta fase se caracterizó por implementar, además del debate, la aceptación incondicional. Resultó de primordial importancia instar a Lucía a contemplarse como un ser humano completo, virtuoso y falible a la vez, que puede tener grandes logros y también cometer grandes equivocaciones. Contemplar la auto aceptación mediante el cambio de las creencias acerca de sí misma tuvo una importante influencia en el mejoramiento de su autoestima. A continuación, se presenta la descripción breve de las sesiones que conformaron esta fase:

### ***Sesión no. 12 – 14/03/2016***

Lucía se presentó a la terapia con un plan de actividad física que ya había comenzado a realizar, pero con el que había experimentado algunas dificultades debido a que en ocasiones su familia la llevaba a comer y ella se sentía culpable de no haberse controlado. Se realizó el debate y análisis de los pensamientos respecto del ejercicio y la auto imagen, además de la importancia del contexto social y cultural en la formación de dichos pensamientos. A través de la *interpretación por inducción*, se fomentaron pensamientos que fortalecieran la tolerancia a la frustración y la auto aceptación incondicional. Se asignó dedicar un momento cada mañana para que Lucía se diera un abrazo a sí misma y recordara las cosas que le agradan de su cuerpo y de su personalidad.

### ***Sesión no. 13 – 11/04/2016***

Lucía reportó un mejor manejo de la ansiedad ante la comida y una disminución de los atracones. También expresó haber comenzado centrarse más en los aspectos positivos de sí misma y en visualizar sus fortalezas. Para ella, el ser capaz de controlar su ansiedad en una situación que le representaba un alto nivel de estrés fue altamente motivador. Se le asigna escribir una lista que contenga sus logros y fracasos y que terminara con la frase “Todo esto y más es Lucía, la acepto y la amo como tal”.

### ***Sesión no. 14 – 18/04/2016***

Se revisó una tarea encomendada. Lucía expresó sentirse muy aliviada y contó una anécdota muy interesante. Mencionó que desde pequeña siempre había tenido una intensa fobia a los gusanos, de modo tal que cuando veía uno le era muy difícil pasar cerca pues se sentía un extremo desagrado. Sin embargo, en el transcurso de la semana ocurrió que al salir de su casa observó a un gusano que estaba en una hoja y fue capaz de autocontrolarse en esta situación de temor intenso, llegando incluso a apreciar al gusano con comodidad. Esta situación fue muy significativa para Lucía pues ella considera que aquello le reflejaba sus grandes avances en terapia.

## Regulación Emocional

También se habló de las metas próximas a nivel personal y sus recursos actuales, así como su confianza para seguir adelante en momentos posteriores a la finalización del proceso. Lucía expresó un alto nivel de auto-aceptación.

### ***FASE 5***

Esta fue la fase final del tratamiento, dedicada al cierre y prevención de recaídas. Durante su transcurso apareció un conflicto inusitado de Lucía con su hermano debido a que éste se sintió desplazado luego de que la relación de Lucía con su madre mejorara, ya que anteriormente ella y su hermano eran muy cercanos. El abordaje se realizó de acuerdo con los elementos siguientes:

A – Evento activador

El hermano de la paciente comienza a mostrar rechazo porque la relación de ella con los padres mejora

B – Sistema de creencias

“Todas mis relaciones familiares deben ser armoniosas”

C – Consecuencias

Sentimientos: Tristeza y culpa

Conductas: Llanto

Pensamientos:

“Es culpa mía que mi hermano se molestara conmigo”

“Traicioné la buena relación que tenía con él al acercarme más a mis padres”

“Nunca le expreso que lo quiero”

E – Creencias racionales

“Si mi hermano está molesto conmigo no necesariamente es mi culpa”

F – Respuestas adaptativas

Pensamientos:

“Quiero mucho a mi hermano y no estamos en una competencia. Sé que me quiere mucho y que puedo expresarle lo que siento de manera apropiada y en momentos oportunos”

“Expresarle mi cariño no es garantía de que se contentará conmigo, y si no lo hace pronto no será una tragedia”

Sentimientos: Alivio y cariño

Conductas: Aceptación del hermano; Expresión verbal del afecto

En seguida se presenta la descripción de las sesiones:

### ***Sesión no. 15 – 2/05/2016***

Se abordó la problemática particular de Lucía con su hermano y se trabajó sobre ello con sus recursos psicológicos actuales, lo que facilitó el desenvolvimiento del debate, el cual se realizó en su mayoría por medio del *encadenamiento de inferencias e interpretación por inducción*. Al terminar la sesión, se le asignó a Lucía expresar su sentir a su hermano en el momento que ella considerara adecuado y se le planteó la proximidad del cierre del proceso.

### ***Sesión no. 16 – 15/05/2016***

Esta fue la sesión previa al cierre, se revisó brevemente el estado del conflicto con el hermano de Lucía, ante lo que ella expresó haber cumplido la asignación y haberse reconciliado con él. Posteriormente se aplicaron los instrumentos de evaluación.

### ***Sesión no. 17 – 30/05/2016***

Sesión de cierre. Lucía expresó una mejoría en los aspectos importantes de su vida en este momento, se le cuestionó acerca de si los motivos de consulta habían sido resueltos a lo que respondió positivamente. Se formuló la prevención de recaídas reforzando el uso de las nuevas creencias y Lucía demostró una gran confianza en su capacidad para manejar futuras dificultades.

## 4. EVALUACIÓN DE LOS EFECTOS

### *4.1 Resultados de la aplicación de instrumentos*

Evaluación previa al tratamiento.

Lucía obtuvo un puntaje de 22 en la aplicación de la EBIS de acuerdo a sus pensamientos previos al inicio del tratamiento. El puntaje total de la escala completa es de 40 puntos y no existen puntos de corte propuestos, pero se interpreta que, a mayor puntuación, mayor es la gravedad de la ideación suicida.

En el Inventario de Depresión de Beck, la paciente obtuvo un puntaje de 44, lo que la coloca en el grupo de *depresión severa*.

Evaluación posterior al tratamiento.

La paciente obtuvo un puntaje total de 1 en la aplicación de la EBIS al final del tratamiento, de un total de 40 puntos que registra la prueba y cuya gravedad se interpreta de acuerdo a los puntos obtenidos. Debido a que puntuó 0 en los reactivos 4 y 5, la aplicación se detuvo como ésta indica.

En el Inventario de Depresión de Beck, el puntaje obtenido por Lucía fue de 9, de modo que se clasifica en el grupo de *mínima depresión* (0 a 13). Reporta disminución en los sentimientos de culpabilidad, ligero aumento de la irritabilidad, mayor apetito, aumento de las horas de sueño y disminución de la fatiga (puntuación menor que la previa), ideas de suicidio que han sido controladas y mayor apetito.

Además de las escalas, también se aplicó el formato de evaluación del servicio psicológico, en el que Lucía calificó la atención recibida y el trabajo terapéutico como excelentes, y las instalaciones como buenas. También reportó haber resuelto su motivo de consulta y un alto grado de satisfacción con el servicio recibido.

### ***4.2 Cambios registrados***

Las principales diferencias observadas al finalizar la intervención psicoterapéutica fueron las siguientes:

1. Disminución en la frecuencia e intensidad de las ideas suicidas. Hacia el final del tratamiento la presencia de ideación suicida se vio totalmente desvanecida.
2. Mejoría en las relaciones parentales. La paciente aprendió formas más adaptativas de pensar y comportarse ante las conductas de sus padres que le incomodaban, llegando a aceptarlos y entender que ellos le muestran su cariño de formas distintas a las que ella esperaba, pero que denotan afecto.
3. Auto aceptación. Durante el cierre, Lucía se expresó positivamente de sí misma, situación que al inicio era contraria pues lo más destacado en ese momento era el rechazo hacia sí misma que le provocaban las ideas de fracaso y desesperanza.
4. Incremento en la capacidad de regulación emocional. Conforme avanzó el tratamiento, Lucía se mostró cada vez más capaz de regular sus diferentes estados emocionales y de combatir la tristeza, eligiendo pensamientos más sanos que los que tenía anteriormente, consiguiendo sentirse mejor.
5. Capacidad de lidiar con ideas de auto-castigo. Los nuevos esquemas de pensamiento permitieron que Lucía dejara de cortarse, pues al inicio de la terapia reportó haberlo hecho por lo menos una vez, pero esto se desvaneció pronto, así como los auto reproches y las ideas suicidas.
6. Crecimiento en habilidades sociales. Lucía se mostró más empática con sus amistades y con su familia, procurando entenderlos y no solamente ser entendida.
7. Mayor énfasis en los recursos personales. Se puede asociar al incremento de la autoestima, Lucía aprendió a valorar más sus recursos y fortalezas que sus debilidades y errores.
8. Expectativas positivas en la relación de pareja. Lucía fue capaz de adaptarse a una nueva relación de pareja con una persona que le ofreció una aceptación incondicional y ella logró eventualmente sentirse cómoda a pesar de las experiencias previas de fracaso en las relaciones de esta naturaleza.

## 5. DISCUSIÓN

### *5.1 Relación intervención-cambios observados*

Las diversas técnicas de intervención utilizadas que facilitaron la reestructuración cognitiva permitieron que la paciente comenzara a optar por alternativas más sanas en la conceptualización de sus problemáticas. Aquellas situaciones del pasado que al principio la atormentaban y producían la conducta suicida fueron analizadas y los pensamientos debatidos para finalmente refutar aquellos que sabotaban la superación de la depresión.

Además, enfocar la atención en el desarrollo de la regulación emocional permitió priorizar el fortalecimiento de los recursos personales de la paciente, aspecto fundamental en el tratamiento de la sintomatología depresiva. Lo anterior se realizó en un tratamiento adecuado a las necesidades específicas que planearon las problemáticas y la personalidad de la paciente. Asimismo, se obtuvieron beneficios no previstos como el mejoramiento de las habilidades sociales y un alto incremento de la capacidad empática, ya que la paciente reportó haberse hecho consciente de que las preocupaciones y situaciones difíciles de los demás tienen un alto impacto en su forma de relacionarse con ella. Lo anterior posiblemente ocurrió debido a que la paciente fue capaz de trasladar los conocimientos obtenidos a otros ámbitos más generales de sus relaciones sociales.

Otro aspecto que jugó un papel importante en el buen desarrollo del proceso terapéutico fue la elección de un estilo no intrusivo que facilitó la generación de un ambiente de confianza y apertura.

Del mismo modo, debe mencionarse que el firme compromiso de la paciente fue uno de los aspectos más vitales para el éxito de la terapia. Cada semana ella acudía sin falta (aunque en el transcurso del tratamiento se cruzaron varias fechas inhábiles) a la hora acordada y realizaba las asignaciones como le eran solicitadas. Reflexionaba además acerca de las temáticas comentadas en las sesiones en la clínica, lo que facilitaba que el trabajo se estuviera realizando de manera constante y reiterada, arraigándose en su mente y fortaleciendo sus recursos.

Por otra parte, vale la pena recalcar la importancia de explorar las circunstancias y recursos externos que rodean a los pacientes con síntomas depresivos. Si bien esto es cierto para la mayoría de los pacientes, adquiere aquí una mayor importancia. La paciente del presente caso contaba con el apoyo de su hermano y eventualmente el de sus papás al ir mejorando la relación. También se encontraba cobijada por sus amistades más cercanas y tuvo la fortuna de formar una relación de pareja con un hombre que aceptó mantener su distancia cuando ella lo necesitara y que supo darle tiempo para tratar sus malestares. En resumen, hablamos de las áreas libres de conflicto que a veces se pierden entre las nubes de pensamientos negativos que abruma a los sujetos deprimidos pero que son necesarias de tomar en cuenta e incluir como parte integral del tratamiento, ya que le dan al paciente un mayor sentido de valía y auto suficiencia.

### ***5.2 Comparación cambios observados-literatura sustento***

Realizar el correcto abordaje de la depresión en el presente caso implicó tomar en cuenta muchos de los factores referidos en la literatura. Uno de los más evidentes es el hecho de que la promoción de las sanas relaciones familiares fortalece su núcleo y proporciona una base sólida para el crecimiento del individuo a través de las adversidades (Secretaría de Salud del Estado de Campeche, 2014), lo que resultó altamente relevante en la recuperación de la paciente atendida, ya que una vez lograda la integración familiar, la adquisición de habilidades de afrontamiento y regulación emocional se vieron facilitadas.

Otro aspecto importante que resalta la bibliografía es la alta comorbilidad que la depresión tiene con la ideación suicida (OMS, 2014), puesto que en el presente caso la presencia de ambas pudo observarse con claridad, así como su fuerte relación. Además, el escenario puso de relieve que no debe permitirse que la persona llegue al punto de la absoluta desesperanza, pues mientras ésta considere que por lo menos existe la posibilidad de mejorar o salir adelante en algún aspecto significativo no tenderá a suicidarse.

Ocurre también que, en el presente caso, tal y como lo mencionan Sarmiento y Aguilar (2011), la madre jugó un papel muy importante en el desarrollo de la ideación

suicida, lo que además coincide con el sexo de la paciente ya que se ha encontrado que ello ocurre con mayor frecuencia en mujeres. Este es un factor importante a tener en cuenta al momento de realizar las primeras entrevistas y obtener el contexto general del funcionamiento familiar e individual.

De manera adicional, resulta imperativo tomar en cuenta la presencia de aquellos elementos que se corresponden al espectro de pensamientos de la ideación suicida como los define Pérez Barrero (1999) para estimar con certeza la gravedad del caso, además de planificar y priorizar las estrategias de intervención pertinentes.

En el mismo sentido, los datos empíricos sugerían que debería considerarse para la intervención la implementación de elementos de naturaleza psicosocial (Pinto Loría, Silva León, & Moore Villanueva, 2009). Tal ha sido el objetivo del presente trabajo al incluir el elemento de la regulación emocional como eje fundamental en el desarrollo de una intervención para combatir la ideación suicida y la depresión ya que facilita una modulación de la respuesta emocional. También se ha prestado fuerte atención al aspecto de la baja autoestima, que como dice la literatura se halla fuertemente asociado a la presencia de ideas suicidas (CODHEY, 2010). También se ha sugerido incluir los conceptos de locus de control y actitud hacia la vida, y aunque en este trabajo no se los define y describe con amplitud, es indudable que se refieren a procesos que son afectados en el transcurso de la terapia y es de lo más recomendable saber con cierta certeza de qué modo ocurre y hacia dónde se dirige esta afectación.

Además, en lo que respecta a lograr el aumento de la regulación emocional implica integrar estrategias de Aperción temprana y tardía como sugiere Silva (2005) que se presenten antes, durante y posterior al evento que las dispara y que permitan modular las respuestas como en este caso se ha hecho con la reestructuración cognitiva. Lograr la regulación emocional implica una capacidad de combatir los pensamientos negativos y ambivalentes acerca de uno mismo o de los demás, que por lo general se presentan con una alta frecuencia en los casos de suicidio (Córdova et al., 2007).

### *5.3 Sugerencias y conclusiones*

El suicidio y la muerte son temas muy delicados para la población yucateca en general y que no suelen plantearse en la cotidianeidad. Esto propicia que en muchas ocasiones los ciudadanos se encuentren débiles ante la inminencia de las ideas de muerte, pues se carece de una preparación previa acerca de cómo afrontar dicha problemática.

Es en los casos de este tipo donde particularmente resulta relevante indagar acerca de las áreas libres de conflicto y los recursos del paciente para aprovecharlos desde un primer momento a modo de contención, pues como se ha expuesto anteriormente el inicio del tratamiento puede implicar una intensificación de los síntomas y no deben tomarse riesgos siendo que, de considerarse necesario, también se debe complementar el tratamiento con intervención farmacológica por parte de un psiquiatra.

Además, tanto la literatura como el desarrollo de la presente intervención ponen de relieve la importancia que tiene el fortalecimiento de la regulación emocional en personas que sufren depresión, lo que adquiere mucho sentido si se considera que se trata de un trastorno caracterizado por la fuerte y constante presencia de sentimientos como la tristeza profunda y la desesperanza, y el contar con habilidades que le permitan a las personas modular sus estados emocionales a partir de la selección de mejores circunstancias o pensamientos constituye un modo efectivo de contrarrestar el malestar. Además, se requiere de la práctica y monitoreo continuo pues como toda habilidad únicamente puede dominarse a través de la constancia, que en este caso depende no solamente del terapeuta sino también del nivel de compromiso adquirido por el paciente.

Por otra parte, los resultados positivos de la intervención realizada alientan a continuar con los esfuerzos por realizar una integración cada vez mayor de los diversos enfoques en psicología, así como de las aportaciones de sus diferentes ramas al continuo y sano desarrollo de las personas, más allá de las limitaciones metódicas, en especial en el campo de la psicología clínica, en donde prava la búsqueda del mejoramiento de la calidad de vida y la salud mental.

Con base en lo anterior, finalmente se sugiere que es de suma importancia seguir realizando investigaciones que permitan desarrollar los modelos de intervención existentes de un modo flexible y holístico, pero enfocado en los aspectos fundamentales que deben tomarse en cuenta dependiendo de la problemática que se atiende, sea depresión, problemas de pareja, problemas de comportamiento, etc. En este sentido, es tarea importante de quienes aplican el modelo cognitivo conductual aprovechar su naturaleza cada vez más integradora para desarrollar protocolos basados en la inclusión de todo tipo de conocimientos científicos relevantes.

## REFERENCIAS

- Beck, A. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press.
- Borges, G., Medina, M. E., Orozco, R., Ouéda, C., Villatoro, J., & Fleiz, C. (2009). Distribución y determinantes sociodemográficos de la conducta suicida en México. *Salud Mental*, 32(5), 413-425.
- Borges, G., Orozco, R., Benjet, C., & Medina, M. E. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud pública de México*, 52(4), 292-304.
- Cabezas, H. P., & Lega, L. (2006). Relación empírica entre la terapia racional emotivo-conductual (TREC) de Ellis y la terapia cognitiva (TC) de Beck en una muestra costarricense. *Revista Educación*, 30(2), 101-109.
- Carrasco, E. C., & Sánchez, R. A. (2009). Validación de la Estimación Cognoscitiva de los Procesos de Regulación Emocional para la emoción de amor. *Interpersona: An International Journal on Personal Relationships*, 3(1), 14-29.
- Castillo, R. A., Sosa, M. C., & Vanega, S. R. (2016). La terapia desde el enfoque cognitivo-conductual. En S. Á. Cuevas, E. E. Aguilar, M. R. Rosado, & M. S. Correa, *Terapia en contexto. Una aproximación al ejercicio psicoterapéutico* (Segunda ed., págs. 51-76). Mérida, Yucatán, México: Manual Moderno.
- Comisión de Derechos Humanos del Estado de Yucatán. (2010). *Informe Especial sobre el Suicidio en Jóvenes del Estado de Yucatán*. Mérida, Yucatán.
- Córdova Osnaya, M., Rosales Murillo, M. P., Caballero Ávila, R., & Rosales Pérez, J. C. (2007). Ideación suicida en jóvenes universitarios: su asociación con diversos aspectos psicosociodemográficos. *Psicología Iberoamericana*, 15(2), 17-21.
- Cortés, J. F., Barragán, C. V., & Vázquez, M. d. (2002). Perfil de inteligencia emocional: construcción, validez y confiabilidad. *Salud Mental*, 25(5), 50-60.

- Cubillas, M. R., Román, R. P., Valdez, E., & Galaviz, A. B. (2012). Depresión y comportamiento suicida en estudiantes de educación media superior en Sonora. *Salud Mental, 35*(1), 45-50.
- Extremera Pacheco, N., & Fernández Berrocal, P. (2004). Inteligencia emocional, calidad de las relaciones interpersonales y empatía en estudiantes universitarios. *Clínica y Salud, 15*(2), 117-137.
- García, S. M., Schrey, L. A., Maurer, A. M., & Domínguez, A. E. (2014). Locus de control, regulación emocional e inteligencia emocional: su influencia en la satisfacción con la vida. En S. A. Rivera, R. L. Díaz, I. L. Reyes, & M. G. Flores, *La Psicología Social en México* (págs. 310-315). México: Amepso.
- Garlow, S., Rosenberg, J., Moore, D., Haas, A., Koestner, B., Hendin, H., & Nemeroff, C. (2008). Depression, desperation, and suicidal ideation in college students: results from the american foundation for suicide prevention college screening project at Emory University. *Depression and Anxiety, 25*, 482-488.
- Garrido, L. (2006). Apego, emoción y regulación emocional. Implicaciones para la salud. *Revista Latinoamericana de Psicología, 38*(3), 493-507.
- González, S., Díaz, A., Ortiz, S., González, C., & González, J. d. (2000). Características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck en estudiantes universitarios de la Ciudad de México. *Salud Mental, 23*(2).
- Gross, J. J. (1998). Antecedent and response focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*(1), 224-237.
- Hawton, K., Casañas, C. C., Haw, C., & Saunders, K. (2013). Risk factors for suicide in individuals with depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*(147), 17-28.

- Hellerstein, D., Little, S. S., Samstag, L., Batchelder, S., Muran, J., Fedak, M., . . . Winston, A. (2001). Adding group psuchoterapy to medication treatment in dysthymia. *The Journal of psychotherapy practice and research*, 10(2), 93-103.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2012). *Estadística de suicidios de los Estados unidos Mexicanos 2011*. México: INEGI.
- Márquez, M., Fernández, M. I., Montorio, I., & Losada, A. (2008). Experiencia y regulación emocional a lo largo de la etapa adulta del ciclo vital: análisis comparativo en tres grupos de edad. *Psicothema*, 20(4), 616-622.
- Martínez, M. P., Retana, B. F., & Sánchez, R. A. (2009). Identificación de las estrategias de regulación emocional del miedo en adultos de la Ciudad de México. *Psicología Iberoamericana*, 17(2), 49-59.
- Maurer, A. M., García, S. M., Schrey, L. A., & Domínguez, A. E. (2014). El rol de la deseabilidad social y la regulación emocional en el manejo de la impresión. En S. A. Rivera, R. L. Díaz, I. L. Reyes, & M. G. Flores, *La Psicología Social en México* (págs. 161-166). México: Amepso.
- Muñoz, R., Aguilar, S. G., & Guzmán, J. (2000). *Manual de terapia individual para el tratamiento cognitivo conductual de depresión*. Estados Unidos: RAND.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*.
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (2014). *Prevención del suicidio. Un imperativo global*. Washington, D.C.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (2015). *¿Cómo va la vida en México?*
- Pérez Barrero, S. A. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 15(2), 196-217.

- Pinto Loría, M. L., Silva León, A. V., & Moore Villanueva, I. A. (2009). Características psicosociales de los adolescentes yucatecos con y sin conducta suicida. *Educación y Ciencia, 1*(1).
- Quintanar, F. (2007). *Comportamiento Suicida. Perfil psicológico y posibilidades de tratamiento*. México: PAX México.
- Retana, B. F., & Sánchez, R. A. (2010). Rastreado en el pasado... formas de regular la felicidad, la tristeza, el amor, el enojo y el miedo. *Universitas Psychologica, 9*(1), 179-197.
- Sánchez, J. C., Villareal, M. E., Musitu, G., & Martínez, B. (2010). Ideación suicida en adolescentes: un análisis psicosocial. *Intervención Psicosocial, 19*(3), 279-287.
- Sarmiento, C., & Aguilar, J. (2011). Predictores familiares y personales de la ideación suicida en adolescentes. *Psicología y Salud, 21*(1).
- Secretaría de Gobierno de Yucatán. (2009). *Diagnóstico sobre la realidad social, económica y cultural de los entornos locales para el diseño de intervenciones en materia de prevención y erradicación de la violencia en la región sur: El caso de la zona metropolitana de Mérida, Yucatán*.
- Secretaría de Salud. (2006). *Informe nacional sobre violencia y salud*. México, D.F.
- Secretaría de Salud del Estado de Campeche. (2014). *Violencia social y suicidio en el sureste de México. Memoria de un encuentro regional*. México.
- Serrano, M. P., & Flores, M. G. (2005). Estrés, respuestas de afrontamiento e ideación suicida en adolescentes. *Psicología y Salud, 15*(2), 221-230.
- Silva, J. (2005). Regulación emocional y psicopatología: el modelo vulnerabilidad/resiliencia. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, 43*(3), 201-209.
- Wilburn, V. R., & Smith, D. E. (2005). Stress, self-esteem, and suicidal ideation in late adolescents. *Adolescence, 40*(157), 33-45.

Young, J., Rygh, J., Weinberger, A., & Beck, A. (2001). Cognitive therapy for depression. *Clinical Handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual*, 3, 268-308.

## APÉNDICES

### 1. *Formato de evaluación del servicio psicológico*

FECHA: 13 junio 2016  
NOMBRE DEL PACIENTE: Lucía  
NOMBRE DEL ENTREVISTADOR: \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL TERAPEUTA: \_\_\_\_\_

I. A través de esta vía solicitamos su colaboración para realizar una breve evaluación acerca del servicio psicológico que recibió en nuestra institución. Nos interesa saber su opinión acerca de la calidad de nuestro servicio. Para calificarlo le pedimos conteste de la siguiente manera, según su parecer:

**E= Excelente    B= Bueno    R=Regular    M=Malo**

De acuerdo a este criterio cómo califica:

- El trabajo terapéutico ( E )
- La puntualidad de las sesiones ( E )
- La atención recibida de nuestro personal ( E )
- Las instalaciones ( B )

II. Le pedimos conteste, según su parecer, las siguientes preguntas:

1. ¿Considera que se resolvió el motivo de consulta?                      SI ( X )                      NO ( )  
    ¿De qué manera?

Al ayudarme a ver mis herramientas personales para desarrollarlas y aceptarlas

2. ¿Qué fue lo que más le agradó?  
La calidez y la escucha activa
3. ¿Qué aspectos podrían mejorar, según su opinión?  
Por ahora creo que nada
4. ¿Hay algún comentario o sugerencia que nos quiera hacer?  
Tal vez en las instalaciones ya que suele escucharse lo que está afuera u otras sesiones
5. Del 1 al 10 ¿Qué tan satisfecho se encuentra con el servicio psicológico recibido?  
10

**Inventario de Depresión de Beck****PRE**

BDI-II			
Nombre: Lucía	Estado Civil: Soltera	Edad: 24	Sexo: M
Ocupación: Estudiante	Educación: Licenciatura	Fecha: 16/05/16	
<p><b>Instrucciones:</b> Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambio de hábitos de sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)</p>			
<p><b>1. Tristeza</b></p> <p>0. No me siento triste.</p> <p>1. Me siento triste gran parte del tiempo.</p> <p>2. <b>Estoy triste todo el tiempo.</b></p> <p>3. Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.</p> <p><b>2. Pesimismo</b></p> <p>0. No estoy desalentado respecto a mi futuro.</p> <p>1. Me siento más desalentado respecto de mi futuro de lo que solía estarlo.</p> <p>2. No espero que las cosas funcionen para mí.</p> <p>3. <b>Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.</b></p> <p><b>3. Fracaso</b></p> <p>0. No me siento como un fracasado.</p> <p>1. He fracasado más de lo que hubiera debido.</p> <p>2. <b>Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos.</b></p> <p>3. Siento que como persona soy un fracaso total.</p> <p><b>4. Pérdida de Placer</b></p> <p>0. Obtengo tanto placer como quiero siempre por las cosas que disfruto.</p> <p>1. No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.</p> <p>2. <b>Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar.</b></p> <p>3. No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.</p> <p><b>5. Sentimientos de Culpa</b></p> <p>0. No me siento particularmente culpable.</p> <p>1. <b>Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.</b></p> <p>2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.</p> <p>3. Me siento culpable todo el tiempo.</p>		<p><b>6. Sentimientos de Castigo</b></p> <p>0. No siento que estoy siendo castigado.</p> <p>1. Siento que tal vez pueda ser castigado.</p> <p>2. Espero ser castigado.</p> <p>3. <b>Siento que estoy siendo castigado</b></p> <p><b>7. Disconformidad con Uno Mismo</b></p> <p>0. Siento acerca de mí lo mismo que siempre.</p> <p>1. He perdido la confianza en mí mismo.</p> <p>2. Estoy decepcionado conmigo mismo.</p> <p>3. <b>No me gusto a mí mismo.</b></p> <p><b>8. Autocrítica</b></p> <p>0. No me critico ni me culpo más de lo habitual.</p> <p>1. Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.</p> <p>2. <b>Me critico a mí mismo por todos mis errores.</b></p> <p>3. Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.</p> <p><b>9. Pensamientos o Deseos Suicidas</b></p> <p>0. No tengo ningún pensamiento de matarme.</p> <p>1. He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.</p> <p>2. <b>Querría matarme.</b></p> <p>3. Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.</p> <p><b>10. Llanto</b></p> <p>0. No lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p>1. Lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p>2. Lloro por cualquier pequeñez.</p> <p>3. <b>Siento ganas de llorar, pero no puedo.</b></p>	

<p><b>11. Agitación</b></p> <p>0. <b>No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.</b></p> <p>1. Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.</p> <p>2. Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.</p> <p>3. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.</p> <p><b>12. Pérdida de interés</b></p> <p>0. No he perdido el interés en otras actividades o personas.</p> <p>1. <b>Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.</b></p> <p>2. He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.</p> <p>3. Me es difícil interesarme por algo.</p> <p><b>13. Indecisión</b></p> <p>0. Tomo mis decisiones tan bien como siempre.</p> <p>1. Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.</p> <p>2. Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.</p> <p>3. <b>Tengo problemas para tomar cualquier decisión.</b></p> <p><b>14. Desvalorización</b></p> <p>0. No me siento que yo no sea valioso.</p> <p>1. No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.</p> <p>2. <b>Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.</b></p> <p>3. Siento que no valgo nada.</p> <p><b>15. Pérdida de Energía</b></p> <p>0. Tengo tanta energía como siempre.</p> <p>1. Tengo menos energía que la que solía tener.</p> <p>2. <b>No tengo suficiente energía para hacer demasiado.</b></p> <p>3. No tengo energía suficiente para hacer nada.</p> <p><b>16. Cambios en los Hábitos de Sueño</b></p> <p>0. No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.</p> <hr/> <p>1a. Duermo un poco más de lo habitual.</p> <p>1b. Duermo un poco menos que lo habitual</p>	<p>2a. Duermo mucho más que lo habitual.</p> <p><b>2b. Duermo mucho menos que lo habitual.</b></p> <p>3a. Duermo la mayor parte del día.</p> <p>3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.</p> <p><b>17. Irritabilidad</b></p> <p>0. No estoy más irritable que lo habitual.</p> <p>1. Estoy más irritable que lo habitual.</p> <p>2. Estoy mucho más irritable que lo habitual.</p> <p>3. <b>Estoy irritable todo el tiempo.</b></p> <p><b>18. Cambios en el Apetito</b></p> <p>0. No he experimentado ningún cambio en mi apetito.</p> <hr/> <p>1a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.</p> <p>1b. <b>Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.</b></p> <p>2a. Mi apetito es mucho menor que antes.</p> <p>2b. <b>Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.</b></p> <p>3a. No tengo en apetito en absoluto.</p> <p>3b. <b>Quiero comer todo el tiempo.</b></p> <p><b>19. Dificultad de Concentración</b></p> <p>0. <b>Puedo concentrarme tan bien como siempre.</b></p> <p>1. No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.</p> <p>2. Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.</p> <p>3. Encuentro que no puedo concentrarme en nada.</p> <p><b>20. Cansancio o Fatiga</b></p> <p>0. No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.</p> <p>1. Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.</p> <p>2. <b>Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.</b></p> <p>3. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.</p> <p><b>21. Pérdida del interés en el Sexo</b></p> <p>0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.</p> <p>1. <b>Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.</b></p> <p>2. Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.</p> <p>3. He perdido completamente el interés en el sexo.</p>
---	--

## POST

BDI-II			
Nombre: Lucía		Estado Civil: Soltera	Edad: 24
Ocupación: Estudiante		Educación: Licenciatura	Sexo: M
Fecha: 16/05/16			
<p><b>Instrucciones:</b> Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambio de hábitos de sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)</p>			
<p><b>1. Tristeza</b>  <b>0. No me siento triste.</b>            1. Me siento triste gran parte del tiempo.            2. Estoy triste todo el tiempo.            3. Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.</p> <p><b>2. Pesimismo</b>  <b>0. No estoy desalentado respecto a mi futuro.</b>            1. Me siento más desalentado respecto de mi futuro de lo que solía estarlo.            2. No espero que las cosas funcionen para mí.            3. Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.</p> <p><b>3. Fracaso</b>  <b>0. No me siento como un fracasado.</b>            1. He fracasado más de lo que hubiera debido.            2. Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos.            3. Siento que como persona soy un fracaso total.</p> <p><b>4. Pérdida de Placer</b>  <b>0. Obtengo tanto placer como quiero siempre por las cosas que disfruto.</b>            1. No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.            2. Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar.            3. No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.</p> <p><b>5. Sentimientos de Culpa</b>  <b>0. No me siento particularmente culpable.</b>  <b>1. Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.</b>            2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.            3. Me siento culpable todo el tiempo.</p>		<p><b>6. Sentimientos de Castigo</b>  <b>0. No siento que estoy siendo castigado.</b>            1. Siento que tal vez pueda ser castigado.            2. Espero ser castigado.            3. Siento que estoy siendo castigado</p> <p><b>7. Disconformidad con Uno Mismo</b>  <b>0. Siento acerca de mí lo mismo que siempre.</b>            1. He perdido la confianza en mí mismo.            2. Estoy decepcionado conmigo mismo.            3. No me gusto a mí mismo.</p> <p><b>8. Autocrítica</b>  <b>0. No me critico ni me culpo más de lo habitual.</b>            1. Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.            2. Me critico a mí mismo por todos mis errores.            3. Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.</p> <p><b>9. Pensamientos o Deseos Suicidas</b>  <b>0. No tengo ningún pensamiento de matarme.</b>  <b>1. He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.</b>            2. Querría matarme.            3. Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.</p> <p><b>10. Llanto</b>  <b>0. No lloro más de lo que solía hacerlo.</b>  <b>1. Llora más de lo que solía hacerlo.</b>            2. Llora por cualquier pequeñez.            3. Siento ganas de llorar, pero no puedo.</p>	

<p><b>11. Agitación</b></p> <p>0. No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.</p> <p>1. <b>Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.</b></p> <p>2. Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.</p> <p>3. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.</p> <p><b>12. Pérdida de interés</b></p> <p>0. <b>No he perdido el interés en otras actividades o personas.</b></p> <p>1. Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.</p> <p>2. He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.</p> <p>3. Me es difícil interesarme por algo.</p> <p><b>13. Indecisión</b></p> <p>0. <b>Tomo mis decisiones tan bien como siempre.</b></p> <p>1. Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.</p> <p>2. Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.</p> <p>3. Tengo problemas para tomar cualquier decisión.</p> <p><b>14. Desvalorización</b></p> <p>0. <b>No me siento que yo no sea valioso.</b></p> <p>1. No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.</p> <p>2. Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.</p> <p>3. Siento que no valgo nada.</p> <p><b>15. Pérdida de Energía</b></p> <p>0. <b>Tengo tanta energía como siempre.</b></p> <p>1. Tengo menos energía que la que solía tener.</p> <p>2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado.</p> <p>3. No tengo energía suficiente para hacer nada.</p> <p><b>16. Cambios en los Hábitos de Sueño</b></p> <p>0. <u>No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.</u></p> <p>1a. <b>Duermo un poco más de lo habitual.</b></p> <p>1b. Duermo un poco menos que lo habitual</p>	<p>2a. Duermo mucho más que lo habitual.</p> <p>2b. <u>Duermo mucho menos que lo habitual.</u></p> <p>3a. Duermo la mayor parte del día.</p> <p>3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.</p> <p><b>17. Irritabilidad</b></p> <p>0. No estoy más irritable que lo habitual.</p> <p>1. <b>Estoy más irritable que lo habitual.</b></p> <p>2. Estoy mucho más irritable que lo habitual.</p> <p>3. Estoy irritable todo el tiempo.</p> <p><b>18. Cambios en el Apetito</b></p> <p>1. No he experimentado ningún cambio en mi apetito.</p> <p>1a. <u>Mi apetito es un poco menor que lo habitual.</u></p> <p>1b. <u>Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.</u></p> <p>2a. <u>Mi apetito es mucho menor que antes.</u></p> <p>2b. <b>Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.</b></p> <p>3a. No tengo en apetito en absoluto.</p> <p>3b. Quiero comer todo el tiempo.</p> <p><b>19. Dificultad de Concentración</b></p> <p>0. <b>Puedo concentrarme tan bien como siempre.</b></p> <p>1. No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.</p> <p>2. Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.</p> <p>3. Encuentro que no puedo concentrarme en nada.</p> <p><b>20. Cansancio o Fatiga</b></p> <p>0. No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.</p> <p>1. <b>Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.</b></p> <p>2. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.</p> <p>3. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.</p> <p><b>21. Pérdida del interés en el Sexo</b></p> <p>0. <b>No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.</b></p> <p>1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.</p> <p>2. Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.</p> <p>3. He perdido completamente el interés en el sexo.</p>
---	---

**Escala de Ideación Suicida de Beck (EBIS)**

**PRE**

Escala de ideación suicida de Beck: EBIS

Fecha: 16/05/2016

Carrera: Lic. en Psicología.

Edad: 24

Lea cuidadosamente este cuestionario. Marque con un círculo el número de la frase de cada grupo que mejor lo describa. Asegúrese de leer todas las frases de cada grupo antes de elegir.

**I. CARACTERÍSTICAS DE LAS ACTITUDES HACIA LA VIDA**

1. Su deseo de vivir es:
  0. Moderado a fuerte.
  1. **Mediano o poco (débil).**
  2. No tengo deseo (inexistente).
2. Su deseo de morir es:
  0. No tengo deseos de morir.
  1. Pocos deseos de morir.
  2. **Moderado deseo de morir.**
3. Sus razones para vivir / morir son:
  0. Moderado a fuerte.
  1. Mediano o poco (débil).
  2. **No tengo deseo (inexistente).**
4. Su deseo de realizar un intento de suicidio activo es:
  0. Ninguno (inexistente).
  1. Poco (débil).
  2. **Moderado a fuerte.**
5. Realizar un intento de suicidio pasivo:
  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.**

**Nota: Si la puntuación en los reactivos 4 y 5 es “0” – Deje de contestar el cuestionario –**

**II. CARACTERÍSTICAS DE LOS PENSAMIENTOS / DESEOS**

6. Su duración de pensamientos / deseos son:
  0. Breves, duran poco tiempo o pasajeros.
  1. **Temporadas o períodos largos.**
  2. Duran un tiempo largo o continuo.
7. Su frecuencia de pensamientos / deseos son:
  0. Rara vez; ocasionalmente (baja).
  1. **Frecuentemente pienso / deseo.**
  2. Casi todo el tiempo pienso / deseo.
8. Su actitud hacia los pensamientos / deseos es:
  0. Rechazo los pensamientos / deseos.
  1. Ambivalente; indiferente.
  2. **Aceptación de pensamientos / deseos.**
9. Su control sobre la acción / deseo de suicidio:
  0. **Tiene capacidad de control.**
  1. Inseguridad de capacidad de control.
  2. No tiene capacidad de control.
10. Sus razones o motivos que detienen la tentativa suicida. (familia, religión, irreversibilidad o fallar):
  0. **No lo intentaría porque algo lo detiene.**
  1. Tiene cierta duda hacia los intereses que lo detienen.
  2. No tiene o mínimo interés en las razones que detienen.
11. Sus razones para pensar / desear el intento suicida:
  0. Manipular el ambiente, llamar la atención, venganza.
  1. **Combinación de 0 – 2.**
  2. Escapar, acabar, manera de resolver problemas.

**Indicar cuáles son estos factores que detienen la tentativa:**     Familia

### III. CARACTERÍSTICAS DEL INTENTO

12. El método. Especificidad / Oportunidad de pensar el intento:
0. Sin considerar método o plan.
  1. **Considerado, pero sin elaborar los detalles.**
  2. Plan elaborado, detalles elaborados y bien formulados.
13. El método: Disponibilidad / Oportunidad de pensar el intento:
0. Método no disponible; no oportunidad.
  1. Método requeriría tiempo / esfuerzo; oportunidad no disponible realmente.
  2. Método y oportunidad disponible.
  - 2a. **Oportunidad en el futuro o disponibilidad de anticipar el método.**
14. La Sensación de “capacidad” para llevar a cabo el intento:
0. No tiene el valor, o capacidad (debilidad o asustado).
  1. **No está seguro de tener valor o capacidad.**
  2. Está seguro de tener valor.
15. La expectativa de anticipación de un intento real:
0. No.
  1. **Sin seguridad, sin claridad.**
  2. Si.

### IV. ACTUALIZACIÓN DEL INTENTO

16. La preparación real de realizarlo:
0. Ninguna preparación.
  1. **Alguna preparación (guardar pastillas, conseguir instrumentos).**
  2. Completa (preparativos terminados).
17. La Nota Suicida:
0. **No ha escrito nota o carta (ninguna).**
  1. Sólo pensada, iniciada, sin terminar.
  2. Nota o carta escrita (terminada).
18. Ha realizado acciones para preparar suicidio (testamento, arreglos o pagos, regalos):
0. **No.**
  1. Pensamientos de realizar algunos arreglos finales.
  2. Planes realizados y arreglos finales.
19. Encubrimiento de la idea de realizar el intento suicida:
0. Revela las ideas abiertamente.
  1. Evita o revela las ideas con reserva.
  2. **Encubre, oculta o engaña y miente.**
20. Intento de suicidio anteriores:
0. **No ha intentado.**
  1. Uno.
  2. Más de uno.

## POST

Escala de ideación suicida de Beck: EBIS

Fecha: 16/05/2016

Carrera: Lic. en Psicología.

Edad: 24

Lea cuidadosamente este cuestionario. Marque con un círculo el número de la frase de cada grupo que mejor lo describa. Asegúrese de leer todas las frases de cada grupo antes de elegir.

### I. CARACTERÍSTICAS DE LAS ACTITUDES HACIA LA VIDA

1. Su deseo de vivir es:  
**0. Moderado a fuerte.**
  1. Mediano o poco (débil).
  2. No tengo deseo (inexistente).
2. Su deseo de morir es:  
**0. No tengo deseos de morir.**
  1. Pocos deseos de morir.
  2. Moderado deseo de morir.
3. Sus razones para vivir / morir son:  
**0. Moderado a fuerte.**  
**1. Mediano o poco (débil).**
  2. No tengo deseo (inexistente).
4. Su deseo de realizar un intento de suicidio activo es:  
**0. Ninguno (inexistente).**
  1. Poco (débil).
  2. Moderado a fuerte.
5. Realizar un intento de suicidio pasivo:  
**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.

**Nota: Si la puntuación en los reactivos 4 y 5 es “0”  
– Deje de contestar el cuestionario –**

### II. CARACTERÍSTICAS DE LOS PENSAMIENTOS / DESEOS

6. Su duración de pensamientos / deseos son:  
**0. Breves, duran poco tiempo o pasajeros.**
  1. Temporadas o períodos largos.
  2. Duran un tiempo largo o continuo.
7. Su frecuencia de pensamientos / deseos son:  
**0. Rara vez; ocasionalmente (baja).**
  1. Frecuentemente pienso / deseo.
  2. Casi todo el tiempo pienso / deseo.
8. Su actitud hacia los pensamientos / deseos es:  
**0. Rechazo los pensamientos / deseos.**
  1. Ambivalente; indiferente.
  2. Aceptación de pensamientos / deseos.
9. Su control sobre la acción / deseo de suicidio:  
**0. Tiene capacidad de control.**
  1. Inseguridad de capacidad de control.
  2. No tiene capacidad de control.
10. Sus razones o motivos que detienen la tentativa suicida. (familia, religión, irreversibilidad o fallar):  
**0. No lo intentaría porque algo lo detiene.**
  1. Tiene cierta duda hacia los intereses que lo detienen.
  2. No tiene o mínimo interés en las razones que detienen.
11. Sus razones para pensar / desear el intento suicida:  
**0. Manipular el ambiente, llamar la atención, venganza.**
  1. Combinación de 0 – 2.
  2. Escapar, acabar, manera de resolver problemas.

**Indicar cuáles son estos factores que detienen la tentativa: \_\_\_\_\_**

### III. CARACTERÍSTICAS DEL INTENTO

12. El método. Especificidad / Oportunidad de pensar el intento:
0. Sin considerar método o plan.
  1. Considerado, pero sin elaborar los detalles.
  2. Plan elaborado, detalles elaborados y bien formulados.
13. El método: Disponibilidad / Oportunidad de pensar el intento:
0. Método no disponible; no oportunidad.
  1. Método requeriría tiempo / esfuerzo; oportunidad no disponible realmente.
  2. Método y oportunidad disponible.
  - 2a. Oportunidad en el futuro o disponibilidad de anticipar el método.
14. La Sensación de “capacidad” para llevar a cabo el intento:
0. No tiene el valor, o capacidad (debilidad o asustado).
  1. No está seguro de tener valor o capacidad.
  2. Está seguro de tener valor.
15. La expectativa de anticipación de un intento real:
0. No.
  1. Sin seguridad, sin claridad.
  2. Si.

### IV. ACTUALIZACIÓN DEL INTENTO

16. La preparación real de realizarlo:
0. Ninguna preparación.
  1. Alguna preparación (guardar pastillas, conseguir instrumentos).
  2. Completa (preparativos terminados).
17. La Nota Suicida:
0. No ha escrito nota o carta (ninguna).
  1. Sólo pensada, iniciada, sin terminar.
  2. Nota o carta escrita (terminada).
18. Ha realizado acciones para preparar suicidio (testamento, arreglos o pagos, regalos):
0. No.
  1. Pensamientos de realizar algunos arreglos finales.
  2. Planes realizados y arreglos finales.
19. Encubrimiento de la idea de realizar el intento suicida:
0. Revela las ideas abiertamente.
  1. Evita o revela las ideas con reserva.
  2. Encubre, oculta o engaña y miente.
20. Intento de suicidio anteriores:
0. No ha intentado.
  1. Uno.
  2. Más de uno.