

EFFECTOS DE LA APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN  
TECNICAS COGNITIVO CONDUCTUALES SOBRE LOS NIVELES ALTOS DE  
RIESGO SUICIDA EN LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO CIUDADELA  
EDUCATIVA “ALFREDO PAZ MENESES” DE LA CIUDAD DE PASTO.

DIANA ISABEL DOMINGUEZ GOMEZ

UNIVERSIDAD DE NARIÑO  
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PSICOLOGIA  
SAN JUAN DE PASTO

2003

EFFECTOS DE LA APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN  
TECNICAS COGNITIVO CONDUCTUALES SOBRE LOS NIVELES ALTOS DE  
RIESGO SUICIDA EN LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO CIUDADELA  
EDUCATIVA “ALFREDO PAZ MENESES” DE LA CIUDAD DE PASTO.

DIANA ISABEL DOMINGUEZ GOMEZ

Trabajo Realizado como Requisito para Optar al Título de Psicóloga

Asesor (a)

Psic. ZENEIDA CEBALLOS

UNIVERSIDAD DE NARIÑO

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS

PROGRAMA DE PSICOLOGIA

SAN JUAN DE PASTO

2003

## **AGRADECIMIENTOS**

El presente trabajo representa la colaboración y el esfuerzo de muchas personas a las cuales dirijo estos agradecimientos por su respaldo a lo largo de este proyecto. En primer lugar toda mi gratitud a las directivas, personal administrativo y docente del colegio Ciudadela Educativa “Alfredo Paz Meneses” por brindarme la colaboración y el espacio para hacer realidad este trabajo y especialmente a los estudiantes que participaron en la investigación, por su constancia y motivación.

Al Dr. Francisco Yela por sus valiosos aportes y orientación. Así mismo a Andrés Cuatusmal, Javier Meza, Darío Maya, Carmen Alicia y Ximena Rosero por su ayuda técnica la cual fue particularmente útil en la preparación de esta propuesta.

Por último, quiero expresar un agradecimiento muy especial a Lorena Gómez, por enseñarme la paciencia y brindarme el ánimo y la fuerza para culminar exitosamente este trabajo, a José Emilio Domínguez, Luis Carlos Gómez, Miguel Angel Gómez y María Carolina Domínguez por ser siempre mi punto de apoyo en todos mis proyectos.

*A la memoria de Rubiela Paz.*

**TITULO:** EFECTOS DE LA APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN TÉCNICAS COGNITIVO CONDUCTUALES SOBRE LOS NIVELES ALTOS DE RIESGO SUICIDA DE LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO CIUDADELA EDUCATIVA ALFREDO PAZ MENESES DE LA CIUDAD DE PASTO <sup>1</sup>

**Autores:** DOMINGUEZ, Diana<sup>2</sup>; CEBALLOS, Zeneida<sup>3</sup>

**Palabras Claves:** Psicología Clínica, Terapia Cognitiva Conductual, Suicidio, Riesgo Suicida, Adolescencia.

**DESCRIPCIÓN:**

Para determinar los efectos de un programa de entrenamiento en técnicas cognitivo conductuales sobre los niveles altos de riesgo suicida en una muestra de 30 adolescentes del colegio Ciudadela Educativa Alfredo Paz Meneses, se empleó un método experimental con pre prueba post prueba y grupo control utilizando como instrumento de medición la Escala de Riesgo Suicida en Adolescentes ERISA (Legarda, Paz y Villalobos, 2001). El diseño del programa se organizó en diez sesiones grupales en las cuales se utilizaron estrategias de intervención como: la relajación progresiva, la reestructuración cognitiva y el entrenamiento en solución de problemas. Con la aplicación de la post prueba a los grupos se encontró que los niveles de riesgo suicida habían disminuido considerablemente en el grupo experimental mientras que en el grupo control no se encontraron diferencias significativas. Por lo tanto, se pudo concluir que el programa fue efectivo en la disminución del riesgo suicida alto de los adolescentes.

**FUENTES:**

Se consultaron un total de 39 referencias bibliográficas distribuidas así: Antecedentes, teorías, investigaciones, factores de riesgo, trabajo con personas suicidas un total de 12 libros; sobre el tratamiento 2 libros; sobre adolescencia 2 libros; sobre psicología cognitivo conductual 6 textos y 2 direcciones de Internet; 4 textos sobre psicología clínica; 2 tesis de la Universidad de Nariño, 2 investigaciones realizadas en el colegio Ciudadela Educativa Alfredo Paz Meneses. Para la metodología se utilizó 4 fuentes; así como 3 informes sobre el impacto de suicidio en el ámbito mundial y regional.

---

<sup>1</sup> Trabajo de Grado

<sup>2</sup> Facultad de Ciencias Humanas, Programa de Psicología

<sup>3</sup> Asesor trabajo de grado

## **CONTENIDO:**

En el marco teórico se realiza inicialmente una revisión de los antecedentes históricos del suicidio seguido por los aportes teóricos con las visiones genética, bioquímica, sociológica y psicológica. Luego se analiza el concepto del suicidio y las conductas relacionadas con este comportamiento, para continuar con el comportamiento suicida en los adolescentes, y los factores de riesgo presentes en esta población. Posteriormente se abordan las terapéuticas psicológicas para trabajar el suicidio, las técnicas cognitivo conductuales y la terapia cognitivo conductual de grupo, que respalden el diseño del programa de intervención para posteriormente determinar su efecto sobre los adolescentes con riesgo suicida alto del colegio Ciudadela Educativa Alfredo Paz Meneses, lo cual es el objetivo de la presente investigación. El estudio maneja dos hipótesis, la hipótesis de trabajo y la hipótesis nula, la primera afirma que la aplicación del programa de entrenamiento en técnicas cognitivo conductuales disminuye los niveles de riesgo suicida de los adolescentes de la Ciudadela Educativa Alfredo Paz Meneses, y la segunda hace una negación de la primera. En cuanto a la definición de variables se encuentran la variable independiente: Programa de entrenamiento en técnicas cognitivo conductuales para adolescentes con riesgo suicida (PECSA), variable dependiente: Niveles de riesgo suicida medidos a través de la escala ERISA y variables control las cuales se definieron así: Adolescentes entre 12 y 19 años, pertenecientes a los grados 8,9, 10 y 11 del colegio Ciudadela Educativa Alfredo Paz Meneses que presenten riesgo suicida alto y que no se encuentren en tratamiento psicológico. En el siguiente apartado siguen los resultados de la investigación junto con la discusión y las recomendaciones.

## **CONCLUSIONES:**

El programa de entrenamiento en técnicas cognitivo conductuales para adolescentes con riesgo suicida (PECSA) disminuyó de manera significativa los niveles altos de dicho riesgo en los adolescentes del colegio Ciudadela Educativa Alfredo Paz Meneses. Las reducciones se evidenciaron en todos los factores y áreas de la escala de Riesgo Suicida en Adolescentes ERISA; debido al énfasis del programa en el trabajo de relajación progresiva, reestructuración cognitiva y resolución de problemas. Las áreas de factor familiar y de interacción social presentan diferencias significativas en la comparación al interior del grupo experimental pero no en la comparación del grupo experimental y

control, en el cual no se presentaron diferencias importantes ya que el programa no realizó trabajo directo en estas áreas.

Para próximas investigaciones se recomienda ampliar el número de sesiones de reestructuración cognitiva y la inclusión de nuevos elementos y estrategias encaminadas al fortalecimiento y aprendizaje de habilidades sociales, así como estrategias que involucren a la familia de los adolescentes en los procedimientos y avances realizados por los jóvenes y de este modo se logre el apoyo social-emocional por parte de la familia.

**ANEXOS:**

Anexo A. Contrato terapéutico.

Anexo B. Manual del programa de entrenamiento en técnicas cognitivo conductuales para adolescentes con riesgo suicida alto (PECSA).

## **Summary**

Our main objective is to determine the effects of a training program on cognitive behavioral techniques, on teenagers with high levels of suicide risk. To develop our idea we took a sample of 30 teenagers from the school Ciudadela Educativa Alfredo Paz Meneses. It was used an experimental method including pre and post tests and a control group besides employing the scale of suicide risk on teenagers ERISA (Legarda, Paz and Villalobos, 2001). The program was developed during ten sessions including procedures as: progressive relaxation, cognitive reestablishment and training in solution of problems. The post exam allowed to find out that the levels of suicide risk had been reduced remarkably in the experimental group. In contrast the control group did not reveal considerable differences. In conclusion the program was useful in reducing the risk of suicide on the sample teenagers.

## **Resumen**

Para determinar los efectos de un programa de entrenamiento en técnicas cognitivo conductuales sobre los niveles altos de riesgo suicida en una muestra de 30 adolescentes del colegio Ciudadela Educativa Alfredo Paz Meneses, se empleó un método experimental con preprueba postprueba y grupo control utilizando como instrumento de medición la Escala de Riesgo Suicida en Adolescentes ERISA (Legarda, Paz y Villalobos, 2001). El diseño del programa se organizó en diez sesiones grupales en las cuales se utilizaron estrategias de intervención como: la relajación progresiva, la reestructuración cognitiva y el entrenamiento en solución de problemas. Con la aplicación de la postprueba a los grupos se encontró que los niveles de riesgo suicida habían disminuido considerablemente en el grupo experimental mientras que en el grupo control no se encontraron diferencias significativas. Por lo tanto se pudo concluir que el programa fue efectivo en la disminución del riesgo suicida alto de los adolescentes.

## TABLA DE CONTENIDOS

TABLA DE CONTENIDOS.....	2
I.INTRODUCCIÓN.....	8
Planteamiento del Problema.....	9
Formulación del Problema.....	13
Objetivos.....	13
Justificación.....	13
II MARCO TEORICO.....	16
Antecedentes Históricos del Suicidio.....	16
Aportes Teóricos al Comportamiento Suicida.....	18
Perspectiva Genética y Bioquímica.....	18
Perspectiva Sociocultural.....	19
Perspectiva Psicoanalítica.....	20
Perspectiva Cognitivo Conductamental.....	21
Concepto de Suicidio.....	22
Espectro de Riesgo Suicida.....	23
Conductas Relacionadas con el Riesgo Suicida.....	24
Conducta Suicida en Adolescentes.....	25
Factores de Riesgo Suicida en Población Adolescente.....	28
Terapéuticas Psicológicas en el Comportamiento Suicida.....	30
Técnicas Cognitivo Conductuales.....	31
Terapia Cognitiva de Beck .....	32
Terapia Cognitivo Conductual de Grupo.....	40
Marco de Antecedentes del Colegio Ciudadela Educativa.....	41

Principios y Fundamentos Institucionales.....	41
III MARCO CONCEPTUAL.....	43
Adolescencia.....	43
Diagnóstico.....	43
Intervención Terapéutica.....	43
Psicología Clínica.....	43
Factor de Riesgo.....	44
Suicidio.....	44
Terapia Cognitivo Conductual.....	44
Terapia Cognitivo Conductual de Grupo.....	44
IV METODO.....	46
Diseño.....	46
Sujetos.....	46
Variables.....	46
Instrumento.....	47
Procedimiento.....	47
Hipótesis.....	49
V RESULTADOS.....	51
Análisis por Factores y por Áreas de la Preprueba y la Postprueba en el Grupo Experimental.....	53
Análisis por Factores y por Áreas en el Grupo Experimental Post y Grupo Control Post.....	56

VI DISCUSIÓN.....	57
Análisis por Factores y Áreas.....	59
VII RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS.....	63
VIII REFERENCIAS.....	65

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Muertes por Suicidio en los últimos cinco años en San Juan de Pasto.....	9
Tabla 2. Suicidios en la Ciudad de Pasto según el rango de edad en los últimos cinco años.....	11
Tabla 3. Muertes por Suicidios en la Ciudad de Pasto durante el 2002.....	14
Tabla 4. Diseño con Pre-prueba Post-prueba y Grupo Control.....	49
Tabla 5. Comparación de los grupos en las Puntuaciones de la Prueba ERISA.....	56
Tabla 6. Diferencia del Grupo Experimental en Pre y Post-prueba en sus Áreas y Factores.....	58
Tabla 7. Diferencias por Factores y áreas de los Grupos Experimental y Control en sus Post-pruebas.....	59
Tabla 8. Registro Diario de Pensamientos Disfuncionales.....	86.

## **LISTA DE ANEXOS**

Anexo A. Contrato terapéutico. ....	73
Anexo B. Manual del programa de entrenamiento en técnicas cognitivo conductuales para adolescentes con riesgo suicida alto (PECSA). ....	74

**Efectos de la Aplicación de un Programa de Entrenamiento en Técnicas Cognitivo Conductuales Sobre los Niveles Altos de Riesgo Suicida en los Adolescentes del Colegio Ciudadela Educativa “Alfredo Paz Meneses” de la Ciudad de Pasto.**

En Colombia las formas tácitas y sutiles de violencia ejercidas sobre ciertos grupos poblacionales como los adultos mayores y jóvenes, sumado a la situación contextual caracterizada por un acceso limitado a formas dignas de vida, más una preparación inadecuada para enfrentar situaciones consideradas estresantes, hace que los comportamientos suicidas se incrementen, toda vez que los pensamientos de vulnerabilidad e incontrolabilidad se exacerban ante la imposibilidad de salida o una alternativa de solución.

Los y las adolescentes, por estar en un periodo crítico de crecimiento, mezcla de compromisos para con la adultez, de radicalidad para con el pensamiento y de confusión para con la percepción que se tiene del mundo, los incluye actualmente como un grupo “diana” en cuanto al riesgo suicida, y un sector prioritario dentro de la sociedad, la cual debe dirigir los esfuerzos preventivos e interventivos que estén a disposición de la comunidad científica para disminuir esta clase de comportamientos.

Actualmente en la ciudad de Pasto la alerta ante este comportamiento en los jóvenes se ha incrementado, mostrando la inminente necesidad de actuar con diseños efectivos de diagnóstico e intervención que atenúen los decesos por esta causa. Por lo anteriormente expuesto se presentan los resultados de este proceso investigativo dirigido a jóvenes entre 12 y 19 años de la Ciudadela Educativa Alfredo Paz Meneses, que por medio de la Escala de Riesgo Suicida en Adolescentes ERISA puntúan en niveles altos de riesgo suicida.

En el diseño se utiliza un experimento verdadero con preprueba postprueba y grupo control y por medio de un método cuantitativo de corte empírico analítico, se ejecuta el programa de intervención cognitivo comportamental conformado por tres planes de intervención: relajación progresiva, reestructuración cognitiva y solución de problemas.

Es así como a lo largo de diez sesiones aplicadas a un grupo de adolescentes, se llega a consolidar la efectividad de este programa de intervención cuyo fin es la disminución de los niveles de riesgo suicida en una de las poblaciones vulnerables que se encuentran en el entorno educativo local.

### **Planteamiento del Problema**

La conducta suicida, se ha convertido en las últimas décadas en un importante problema de salud mental por su incremento, su repercusión emocional y los costos económicos y sociales que representa. Recientemente, la Organización Mundial de la Salud OMS (2002) calculó que en diversas regiones del mundo se ha presentado un incremento de este comportamiento, ubicándolo como la primera causa de muerte violenta en el ámbito mundial.

Colombia no es la excepción, aunque por la situación social marcada por la violencia y la guerra, el suicidio pasa a ser la tercera causa de muerte violenta en el territorio en general (Instituto Nacional de Medicina Legal, 2002). Sin embargo, para regiones como Nariño existe un mayor impacto en la incidencia de este fenómeno ya que los reportes ofrecidos durante los últimos años permite ubicar esta modalidad de muerte violenta como la segunda en la región después del homicidio (Instituto de Medicina Legal, 2002).

Sólo en la ciudad de Pasto los datos proporcionados por Medicina Legal (2002) informan un incremento significativo en los últimos cinco años, duplicando el número total de casos entre 1998 y 2002, con 42 y 79 reportes respectivamente; se destaca así

mismo que en el año 1999 la tasa tiende a bajar mientras que para los años 2000, 2001 y 2002 las cifras se disparan (Ver tabla 1).

Tabla 1.

**Muertes por suicidio en los últimos 5 años en la ciudad de Pasto. (I.M.L, 2002)**

Año	Masculino	Femenino	Total anual	Tasa anual x 100.000 hab.
1998	30	12	42	1.14
1999	28	12	40	1.08
2000	37	18	55	1.53
2001	42	27	69	1.86
2002	50	29	79	1.96

Ahora bien, las estadísticas permiten dimensionar sólo una parte de toda la problemática real, ya que seguramente existe una subestimación de la verdadera incidencia, debido a la dificultad para establecer y mantener mecanismos y clasificaciones confiables, que den cuenta de los suicidios consumados y de los intentos y gestos suicidas, que no son menos importantes dentro de la población (Instituto de Medicina Legal IML, 2001).

Esta descripción general del fenómeno en nuestra región, encierra además un hecho preocupante, que se ha venido registrando en los últimos años y es la tendencia al incremento de casos suicidas en la población joven y adolescente entre 15 y 24 años (IML, 2002).

Ciudades como Ipiales presentan realmente casos dramáticos en el incremento de suicidios adolescentes, ubicando al suicidio como la primera causa de muerte para esta población, muy por encima del homicidio y los accidentes de tránsito (IML,2002).

Para la ciudad de Pasto, el aumento durante los últimos cinco años también permite interpretar que el fenómeno se ha ido agudizando entre los jóvenes quienes no solamente son el grupo poblacional de mayor incidencia, sino que también son el grupo más representativo en comparación con la población general la cual se ha mantenido relativamente estable (Ver tabla 2).

Tabla 2.

**Suicidio en Pasto según el rango de edad en los últimos 5 años (I.M.L, 2002)**

Edad	15-24	25-34	35-44	45-59	60	Total
Año						
1998	25	6	3	7	1	42
1999	14	5	4	1	-	24
2000	31	10	8	3	2	54
2001	40	14	9	4	2	68
2002	53	19	4	3	-	79

Cabe resaltar que esta tendencia al incremento en el comportamiento suicida de los adolescentes es un hecho que se registra no solo en la región nariñense y el territorio nacional, sino también en diversos países del mundo cuyos reportes permiten confirmar que la edad de inicio de este comportamiento es cada vez menor (OMS, 2002).

Autores como Casullo (1998) plantean que este incremento del comportamiento suicida dentro de los grupos poblacionales de adolescentes se presenta debido a que los factores de riesgo durante las últimas décadas han tomado fuerza mientras que las respuestas preventivas e interventivas son insuficientes y en la mayoría de países, sin exceptuar a Colombia, se carece de políticas al respecto faltando en general una cultura preventiva de este flagelo.

Para Fonnegra (1999) también es claro que los factores de riesgo del suicidio se han incrementado de manera continua sobre todo en las últimas cuatro décadas, considerando la etapa de la adolescencia como un factor de riesgo en sí, debido a los numerosos agentes estresores experimentados actualmente por los jóvenes y la falta de apoyos alternativos y mecanismos de manejo de estas dificultades, lo cual se traduce en que cada vez más los adolescentes enfrentan solos sus sentimientos de confusión, miedo y dolor optando por el suicidio como alternativa de solución a sus conflictos.

Actualmente es conocido que muchos factores de riesgo para el suicidio juvenil como el consumo de sustancias psicoactivas, el fracaso escolar, la baja autoestima, la depresión y el comportamiento suicida previo entre otros, se presentan comúnmente en centros educativos, los cuales generalmente carecen de programas preventivos e interventivos que brinde apoyo efectivo en caso de conductas suicidas.

Ante este panorama, se reconoce la necesidad de implementar y probar programas de intervención que brinden herramientas suficientes para que el adolescente opte por un proyecto de vida saludable que le permita desarrollarse plenamente como persona, ya que las investigaciones existentes se han centrado en explicar posibles causas de la conducta suicida, los eventos precipitantes y las características de las víctimas, es de gran utilidad la realización del presente estudio, ya que al crear, aplicar y probar la efectividad de un programa de intervención se contribuye a optimizar los procesos de intervención y tratamiento de estas conductas disminuyendo la incidencia y las consecuencias de estos comportamientos en la población adolescente escolarizada.

## **Formulación del Problema**

¿Cuál es el efecto de la aplicación de un programa de entrenamiento en técnicas cognitivo conductuales sobre los niveles de riesgo suicida altos en los adolescentes del colegio Ciudadela Educativa “Alfredo Paz Meneses” de la ciudad de Pasto?

## **Objetivo General**

Determinar el efecto de la aplicación de un programa de entrenamiento basado en técnicas cognitivo conductuales sobre los niveles de riesgo suicida de los adolescentes del Colegio Ciudadela Educativa “Alfredo Paz Meneses” de la ciudad de Pasto.

## **Objetivos Específicos**

Precisar cuáles son los niveles de riesgo suicida de los adolescentes de 12 a 19 años del colegio Ciudadela Educativa “Alfredo Paz Meneses.”

Diseñar y aplicar un programa de entrenamiento en técnicas cognitivo conductuales dirigido a los adolescentes con riesgo suicida alto.

Precisar cuáles son los niveles de riesgo suicida de los adolescentes de 12 a 19 años del colegio Ciudadela Educativa “Alfredo Paz Meneses” posteriores a la aplicación del programa.

Determinar si existe diferencia significativa entre los niveles de riesgo suicida iniciales y posteriores a la aplicación del programa

## **Justificación**

El proceso evolutivo de los seres humanos llamado adolescencia se caracteriza por ser un periodo de constantes cambios en la esfera global del desarrollo, los cuales en situaciones de crisis llegan a constituirse en precipitantes de comportamientos no adaptativos que pueden desencadenar conductas autolesivas o autodestructivas. La interacción de factores personales, sociales y familiares, conducen a estados de

depresión y estrés, en los cuales el sujeto no responde adecuadamente a las expectativas que se esperarían para su desempeño y, ante las cogniciones de vulnerabilidad se llega a ejecutar conductas suicidas o de riesgo suicida; que en los últimos años, tanto en el ámbito mundial, nacional y regional, llegaron a manifestarse como un problema de salud mental que preocupa por sus altos índices, a los profesionales y gremios que deben involucrarse en la búsqueda de soluciones efectivas a este fenómeno psicológico. La ciudad de Pasto no es ajena a esta situación, y tal como lo presentan las cifras del Instituto de Medicina Legal, es realmente preocupante observar los decesos por esta causa, especialmente en este grupo poblacional (ver tabla 3).

Tabla 3

**Muertes por suicidio en la ciudad de Pasto, durante el 2002. (I.M.L, 2002)**

Género	Masculino	Femenino	Total
Edad			
15-17	3	12	15
18-24	26	13	39
25-34	14	5	19
35-44	4	-	4
45-59	3	-	0
60	2	-	2
Total	50	29	79

Ante este panorama, resulta necesario a partir de la psicología acercarse a dicho problema, a través de acciones investigativas orientadas a identificar el riesgo en que se encuentran estos grupos y a desarrollar acciones de intervención en estos comportamientos, ya que desafortunadamente son pocos los esfuerzos encaminados a

dar solución a este tipo de problemas por medio de tratamientos específicos que permitan minimizar las condiciones mantenedoras de estas conductas.

Por otro lado, la población en la cual se pretende realizar la investigación presenta características de vulnerabilidad, como lo confirman dos estudios realizados recientemente en la institución. El primero revela entre otros altos índices de depresión (18.56 %), ansiedad (13.54 %), alcoholismo (12.24%) y presencia de ideación suicida significativa (25.78 %), en la muestra estudiada (Unidad de Psicología, 2002). Cifras preocupantes si tenemos en cuenta que estos desórdenes y comportamientos están muy relacionados con el riesgo suicida de los adolescentes. Mientras que el segundo revela alarmantes índices de intento de suicidio en hombres (10,29 %) y mujeres (49,02%) relacionados con sentimientos de inutilidad, no encontrarle sentido a la vida y síntomas depresivos en adolescentes de los grados décimos (Figueroa, 2002)

Como se puede observar, la investigación a este nivel no resulta inútil, toda vez que existe una necesidad apremiante que debe ser resuelta, de ahí la necesidad de identificar el nivel de riesgo de estos grupos y diseñar e implementar un programa de entrenamiento, haciendo uso de técnicas cognitivo conductuales, que se orienten a modificar los sentimientos y acciones a través de la influencia sobre patrones de pensamiento, haciendo partícipe de manera activa a los sujetos, desarrollando así un sentido de dominio y autosuficiencia sobre su conducta.

De esta manera, esta investigación espera ofrecer la oportunidad de evaluar y probar la eficacia de estas técnicas en la intervención sobre los niveles altos de riesgo suicida de los adolescentes, brindando así, un aporte teórico práctico a la gran necesidad de trabajo al interior de esta problemática.

## MARCO TEÓRICO

### Antecedente Histórico del Suicidio

El suicidio es un fenómeno universal que ha estado presente en todas las épocas y culturas pero la actitud de las sociedades a lo largo de la historia ha sido diferente dependiendo de las influencias religiosas, filosóficas, culturales sociopolíticas y sobre todo de las ideas prevalecientes sobre la muerte y el más allá.

En Grecia, por ejemplo, la reacción ante el suicidio era diferente incluso entre ciudades con un mismo grado de civilización. En general, variaba entre la tolerancia y la condena. Era permitido siempre y cuando hubiese sido autorizado por los magistrados públicos; por ejemplo, en Atenas, se pedía al Senado autorización haciendo valer las razones por las que la vida se hacia intolerable, si la respuesta era favorable el suicidio era considerado legítimo, y si el suicida actuaba al margen, las leyes estipulaban diversas penas a realizar con su cadáver para escarmiento y reprobación social, así como disuasión de los futuros aspirantes (Montalbán, 1998).

Con posterioridad Roma en su época inicial se inspiraba en el mundo Griego y por regla general la conciencia pública lo rechazaba sin embargo, el patriotismo, la amistad, el amor, la castidad, la enfermedad, el honor y la gloria fueron causas aceptadas y loadas como desencadenantes de actos suicidas (Dieskstra, 1989).

En los primeros años del Cristianismo, no hay una condena explícita del suicidio, es más, casi es considerado como un gesto heroico. Aceptar el martirio era una manera de escapar al deshonor, la violación y una entrada directa al reino de los cielos (Sarró y de la Cruz, 1991).

Esto irá cambiando a una actitud intransigente al concederle un gran respeto a la vida, especialmente al alma humana en el más allá. San Agustín, por ejemplo en el siglo

cuarto rechazó categóricamente cualquier forma de comportamiento suicida condenándolo totalmente sin excepciones y relacionándolo con el crimen y el homicidio (Sarró y de la Cruz, 1991). Como consecuencia para la sociedad occidental el comportamiento suicida fue considerado pecaminoso por cientos de años y se estableció como un acto ilegal en la mayoría de los países occidentales.

A partir del siglo XIV empieza a mostrarse un cambio de esta posición radical, aceptando y excusando los suicidios que se creían cometidos en un acceso de locura, y paralelamente surgen opiniones que disienten del suicidio como pecado o crimen, justificándolo en aquellos casos donde se busca mitigar el dolor y sufrimiento (Montalbán, 1998).

Más adelante, en la historia se muestra una dualidad entre los ámbitos religiosos y científicos, cuyo resultado es el fin de la represión del suicidio, el cual coincide con la aparición del capitalismo y la sociedad industrial, y es entonces cuando el suicidio se empieza a considerar como un problema social junto con la pobreza, el alcoholismo, el crimen y la enfermedad (Montalbán, 1998).

En general durante el siglo XIX se intentó una reconciliación del hombre con su imagen bajo un punto de vista social, y en este marco se empiezan a considerar la influencia de los actos derivados de la progresiva industrialización, como el crecimiento demográfico que lleva a la masificación e insolidaridad, visualizando al hombre suicida como víctima de un sistema social opresivo (Sarró y de la Cruz, 1991).

La época moderna evoluciona tratando de comprender este complejo fenómeno a través de la investigación y formulación de teorías desde distintos enfoques metodológicos, sin embargo, y a pesar de estos esfuerzos, son muchos los interrogantes

que aún quedan los cuales vemos reflejados, dentro de la sociedad, a través de la mitología y la estigmatización asociada con el tema del suicidio.

### **Aportes teóricos al Comportamiento Suicida.**

A partir del siglo XIX se empiezan a realizar los primeros estudios científicos del comportamiento suicida los cuales son formulados por especialistas en varias áreas del conocimiento quienes intentan dar aportes desde sus propias perspectivas llegando a la conclusión final que difícilmente un solo aspecto o punto de vista permite explicar el origen de esta conducta, ya que al parecer las variables que intervienen en la producción de este comportamiento son muchas e incluyen aspectos genéticos, biológicos, socioculturales y psicológicos los cuales se combinan entre sí originando mayor o menor vulnerabilidad en cada individuo. A continuación se mencionan estos aportes y las principales investigaciones que las respaldan

#### **Perspectiva Genética y Bioquímica.**

Los estudios sobre la heredabilidad de la conducta suicida se han empleado desde el siglo XIX, con algunos resultados favorables que sugieren un componente genético en este comportamiento (Montalbán, 1998).

Roy (citado por Reineke, 1998), define tres líneas investigativas que evidencia la existencia de factores genéticos en la conducta suicida; estas son: (a) estudios de riesgo familiar, (b) estudio de gemelos y (c) estudios con niños adoptados.

Un ejemplo de estos estudios longitudinales realizados en grupos familiares lo demuestra, Egeland y Sussex (citados por Reineke, 1998) quienes estudiaron los trastornos de afecto y el suicidio entre las familias del antiguo orden Amish, grupos culturalmente aislados y alejados de muchos estresores asociados al riesgo suicida de la vida moderna. La información obtenida mediante entrevistas estructuradas con

familiares de 26 suicidas confirman el diagnóstico de algún trastorno afectivo en el 92% de los casos, aunque los suicidios eran más comunes en familias con historias de trastornos afectivos, las familias con los casos más graves de depresión no fueron necesariamente las que mostraban mayor incidencia de suicidios, no obstante, los investigadores lograron reconocer un agrupamiento de suicidios en cuatro grupos familiares de Amish los cuales incluían el 73% de los casos de suicidio registrados. Estos cuatro grupos familiares comprendían solo el 16% de la población de la comunidad total, lo cual muestra un modelo de suicidios en líneas monárquicas de estas comunidades cerrada que sugiere un componente genético en este comportamiento.

En cuanto a las anomalías bioquímicas que se han advertido entre las personas suicidas se encuentran los bajos niveles de serotonina y especialmente un producto de este neurotransmisor llamado ácido 5-hidroxiindolacético o 5-HIAA (Asberg, Traskman y Tolsen, 1976; citados por Montalbán, 1998). Se cree que los niveles reducidos de 5-HIAA en las personas depresivas con tendencias impulsivas incrementan su probabilidad de cometer suicidio, así como de seleccionar métodos violentos para suicidarse (Van Praag, 1992; citado por Montalbán, 1998).

Sin embargo estos hallazgos no son definitivos ni marcan una característica específica de los suicidas ya que también se han encontrado niveles reducidos de este neurotransmisor en el plasma y líquido cerebro espinal de pacientes agresivos, probablemente esto se deba a que las conductas suicidas y agresivas indiquen un rasgo más central, como la impulsividad, que se hace evidente en situaciones de afecto intenso y esta impulsividad sea la que finalmente tenga una asociación a los niveles bajos de serotonina (Freemant, & Reinecke, 1995).

### **Perspectiva sociológica.**

Estas hacen énfasis en los factores sociales como causa del suicidio. El principal gestor de esta posición fue el sociólogo Emile Durkheim a través de su trabajo “El Suicidio,” publicado por primera vez en 1897 (Freemann, & Reinecke, 1995).

Durkheim básicamente estudio la relación entre los modelos suicidas y los factores religiosos y demográficos en Europa, sustentando sus dos hipótesis principales, la primera, el suicidio no es frecuente en sociedades integradas y la segunda, que la motivación principal para el comportamiento suicida varia con el cambio de valores en una sociedad en particular (Sherr,1992). Para este autor por lo tanto el suicidio estaba etiologicamente relacionado con la estructura social del grupo particular dentro del cual vive el individuo y con sus relaciones para con el grupo.

El legado del trabajo de Durkheim incluye una clasificación en términos de la relación del individuo con su grupo social que se distribuye así: (a) Suicidio egoísta. Mediante el cual el suicida con su muerte culpabiliza a su entorno por su calidad de vida, suicidio generalmente relacionado con la salida a las dificultades personales. La mayoría de suicidios estarían dentro de esta categoría, especialmente el de adolescentes; (b) Suicidio altruista. Donde el cuerpo social dicta el suicidio, lo vemos sobre todo en otras civilizaciones en las que ha sido indicado por el grupo; (c) Suicidio anómico. Ocurre cuando existe un cambio abrupto en las relaciones del individuo con el grupo, algunos ejemplos incluirían la adversidad social, problemas económicos, pérdidas recientes de trabajo o muerte de alguien cercano; y (d) Suicidio fatalista. El cual se deriva de la regulación excesiva de la sociedad (Sherr, 1992).

### **Perspectiva psicoanalítica.**

Las explicaciones psicológicas de la depresión y del suicidio han estado dominadas durante años por la teoría de la melancolía de Freud y sus escritos sobre tánatos y el instinto de muerte (Montalbán, 1998).

Según estas formulaciones iniciales las personas que padecen de un duelo sufren por la pérdida inconsciente del objeto amado. El individuo melancólico sin embargo, sufre una pérdida inconsciente que empobrece el ego. La agresividad y el enfado que se siente por el objeto amoroso perdido se dirigen entonces hacia uno mismo manifestándose como autodesprecio, odio con la posibilidad de autodestrucción (Montalbán, 1998).

Manninger citado por Sherr (1992), sugiere que estas fuerzas autodestructivas prevalecen en tres dinámicas: (a) el deseo de matar, (b) el deseo de ser matado, y (c) el deseo de morir. El suicidio era para Manninger un acto de asesinato de sí mismo y del objeto internalizado.

### **Perspectiva cognitivo conductual**

Para hablar del punto de vista cognitivo conductual del comportamiento suicida es conveniente remitirse al modelo de depresión derivado de la indefensión aprendida, el cual considera que los sentimientos de desesperación del sujeto se originan por la incontrolabilidad de los resultados negativos y positivos (Riso, 1992).

Este modelo propone que cuando un sujeto se enfrenta a un acontecimiento incontrolable establece atribuciones, las cuales juegan un papel mediador de sus expectativas de no contingencia futura y de sus consecuentes sentimientos de depresión e indefensión.

Abramson (citado por Riso, 1992) sugiere que la percepción de indefensión incrementa su probabilidad, cuando los eventos negativos son atribuidos a causas internas, estables y globales. Esta característica sería asimilable al concepto de

vulnerabilidad, el cual disminuye el umbral de control del sujeto de forma tal que los acontecimientos vitales que fueron manejados con bastante éxito en el pasado, en el presente implican una circunstancia aplastante. Las personas a menudo son inconscientes de las situaciones que parecen aumentar su vulnerabilidad a los estímulos ante los cuales bajo otras circunstancias no responderían, sin embargo para otras personas la reducción de los umbrales se evidencia en una pérdida total de control.

Hay ciertas situaciones que producen el efecto de aumentar la vulnerabilidad o de reducir los umbrales de respuesta. Esto es así para una gran variedad de trastornos psicológicos entre ellos la conducta suicida (Riso, 1992).

Estas situaciones inclusive, se pueden ir gestando desde la infancia como lo indica Ruffer (1981), quien sugiere que el medio inicial que rodea a los individuos suicidas es a menudo caótico, caracterizado por pérdidas tempranas. La consecuente falta de continuidad de los cuidados parentales, el descenso de apoyo emocional y el modelado de estrategias inefectivas de manejo provocan la vulnerabilidad del niño a los sentimientos de indefensión y le sensibiliza a la pérdida de los logros y apoyos sociales que en el futuro lo predisponen a las ideas y comportamiento suicida.

### **Concepto del Suicidio**

La palabra suicidio significa, acción del matarse a sí mismo, el término se lo atribuye al abad Prevost en el año de 1732 (Sarró y de la Cruz, 1991).

Las aproximaciones teóricas al suicidio incluyen las especificaciones hechas por Arranz (1998), quien hace referencia al ciclo de consumación sufrida que se inicia con la simple ideación pasajera y termina con la consumación o abolición del acto; aclara así mismo la existencia de factores personales, ambientales y situacionales que exacerbaban la sintomatología.

Por su parte Morón (1992), especifica que el suicidio es el acto de quitarse la vida voluntariamente, con lo cual se desconoce la influencia de presión que pueden ejercer otros individuos para la toma de esta decisión.

Cuando se habla del proceso que lleva a este acto voluntario, se hace necesario hablar del espectro suicida que incluye la ideación suicida, el intento suicida y por supuesto el suicidio consumado.

### **Espectro de riesgo suicida.**

La ideación suicida, según autores como Morón (1992), es un proceso cognitivo que es ejecutado por la mayoría de la población mundial ante una crisis, pero que necesariamente no-pasa al intento suicida.

Los pensamientos que se procesan en este nivel se expresan mediante auto-verbalizaciones del tipo: “El mundo estaría mejor sin mí”, “no vale la pena continuar”, inclusive, se llega a procesos cognitivos que incluirán planes concretos del acto suicida pero que no tienen una duración prolongada en el tiempo ni recurriría en los registros de pensamientos automáticos, sin embargo, deben considerarse como relevantes si el sujeto que los expresa presenta sintomatología de un trastorno afectivo o psicótico, ya que según Navarro (1997), el 10% de los esquizofrénicos mueren por suicidio.

Otro aspecto que debe tenerse en cuenta a la hora de evaluar la ideación suicida, es el hecho de que los pacientes desconocen en muchas ocasiones la presencia de pensamientos de minusvalía que se intercalan con ideas constantes de muerte, lo que lleva a ejecutar gestos suicidas como ingestas no letales de productos intoxicantes (Uribe, 2002).

El segundo nivel del aspecto tiene que ver con la intención o intento de suicidio, esta etapa se caracteriza por una intención real de muerte generalmente, aunque en algunas

ocasiones responde a un llamado de atención por parte del supuesto suicida, que desea obtener ganancias secundarias como acceso a grados más intensos y duraderos de emociones, sentimientos, contacto físico e inclusive lástima, por parte de su entorno y las personas que lo conforman (Morón, 1992).

Para que un suicidio se consume generalmente debe cumplir con las etapas mencionadas, ya que en condiciones normales de desempeño psíquico, este comportamiento no se asume como un acto imprevisto y de pronto cumplimiento; por lo tanto se debe tener en cuenta características comportamentales del supuesto suicida que deben interpretarse como señales de riesgo, entre estas se incluye: llanto sin motivo aparente, situación de violencia familiar crónica, pesimismo, tristeza, aburrimiento, disminución de actividades cotidianas, anhedonia frecuente, cambios de comportamiento, irritabilidad, agresividad, entre otros (Navarro, 1997).

Así mismo, se debe realizar una exploración de los antecedentes personales y de desempeño general que pueden desencadenar un comportamiento suicida, los principales son: (a) historia de suicidios en la familia de origen y extensiva, (b) antecedentes de depresión, (c) comportamiento de adicción a sustancias psicoactivas SPA y alcohol, (d) abuso físico y sexual, (e) historia de manejo inadecuado de habilidades sociales, (f) comportamientos impulsivos, (g) trastornos mentales diagnosticables (Garrison, 1991).

### **Conductas relacionadas con el riesgo suicida.**

Constituyéndose el suicidio en un comportamiento que tiene por fin el terminar con la propia existencia, la literatura científica ofrece así mismo clasificaciones de actos suicidas interesantes, que si bien es cierto, se alejan de la acción de muerte, pueden desencadenar en ésta, como es el caso de la tentativa de suicidio, el parasuicidio y las conductas equivalentes suicidas (Navarro, 1997).

La primera, es decir, la tentativa de suicidio, tiene por fin llamar la atención del medio circundante o de un sujeto en especial para acceder a ganancias secundarias, utilizando como medio para obtener su objetivo, comportamientos suicidas que generalmente no representan un grado de letalidad alto. Un ejemplo clásico es el corte superficial de la piel a la altura de los brazos.

El parasuicidio, por su parte, se puede definir como aquellos comportamientos que desencadenarían una conducta suicida, pero con la diferencia que el sujeto ejecutor de la respuesta no tiene por objetivo morir, sino que por el contrario, con su gesto, se promueven actos de vida, o reivindicadores de derechos. Los parasuicidios suelen ejecutarse en lugares públicos y se constituyen en remembranzas a eventos mundiales importantes como la crucifixión de Cristo, o las llamadas huelgas de hambre (Sarró y de la Cruz, 1991).

Por último las llamadas conductas equivalentes suicidas, hacen referencia a la negativa de un cambio comportamental que redunde en beneficios para la salud de aquellos sujetos que con conocimiento de causa, continúan ejerciendo hábitos o conductas potencial o realmente no saludables. En esta categoría se encuentran los denominados extreme sport o deportes extremos como el parapente, el raftin o la escalada de roca, la no-adherencia a un tratamiento o intervención quirúrgica, la negativa en la ingesta de alimentos que desencadenan en trastornos alimenticios y las toxicomanías.

### **El suicidio en Adolescentes**

El suicidio en adolescentes es un tema preocupante por su dramático incremento durante los últimos años. Las razones que pueden llevar a esta conducta son muchas, pero teniendo en cuenta que este periodo de desarrollo los jóvenes son propensos a

diferentes crisis existenciales que los mantienen en constante evaluación de sí mismos, una de las principales causas son los problemas afectivos y la falta de mecanismos de manejo de estas dificultades. Todos los suicidios e intentos de suicidios en adolescentes hablan de una crisis emocional de una perturbación en la forma como se vive de un desacuerdo social además de otros factores (Beacheler, 2000).

Para schneiderman (citado por Beacheler, 2000) las conductas suicidas de los adolescentes pueden ser clasificadas en cuatro tipos:

1. conducta suicida de huida, que generalmente es un intento por escapar a una situación dolorosa o estresante mediante el atentado contra la vida ya que esta se percibe como insoportable e incontrolable
2. conducta suicida por depresión, con sensaciones de que la vida no vale la pena, sentimientos indefensión, pesimismo baja autoestima, dolor, aquí el adolescente considera que sus sentimientos de minusvalía y desamparo no desaparecerán
3. conducta suicida de venganza, para provocar remordimientos a otros y hacerlos sentir culpables por su acto
4. conducta suicida como medio de comunicación, en el cual el adolescente con su acto no busca la muerte pero quiere comunicar algo por medio del suicidio y así cambiar la forma como los demás lo tratan. También puede ser un intento por atraer la atención de los demás o un medio para expresar sentimientos de enojo.

Herrera (1999) menciona que en la gran mayoría de los casos de suicidio suele haber un elemento de comunicación en el comportamiento del adolescente y que generalmente este exterioriza llamadas previas de auxilio. Dicha comunicación puede presentarse en forma verbal o no verbal en donde surgen desde verdaderos intentos de autodestrucción hasta comportamientos dañinos menos inmediatos. Estas llamadas de auxilio se dirigen

frecuentemente a personas específicas con el objeto de manipular controlar o expresar algún mensaje y con ello esperan lograr una respuesta particular en las personas que los rodean.

Al contrario de lo que habitualmente se piensa la mayoría de suicidios dentro de estos grupos no son impulsivos, ya que los adolescentes que intentan suicidarse usualmente lo planifican de antemano sopesando estas decisiones frente a otras alternativas (Casullo, 1998). Puede que el suicida haya intentado otros medios como: rebelarse, escaparse de casa, mentir, robar u otras conductas para llamar la atención. Al haber intentado estos métodos y fallar, el adolescente se vuelca en los intentos de suicidio.

Muchos adolescentes que intentan suicidarse hablan primero de ello, si los otros lo saben con tiempo, si prestan atención a estas evoluciones y los toman suficientemente en serio como para intentar remediar la situación, se puede prevenir una muerte.

Una de las formas de prevenir el suicidio es reconocer tempranamente las señales de alerta de este comportamiento que en general para los jóvenes se manifiestan inicialmente por un cambio repentino que puede ser ubicado en el tiempo. Según Casullo (1998) las señales más importantes son las siguientes:

1. Depresión (tristeza, desesperanza, problemas de alimentación, indiferencia, problemas de sueño)
2. Pistas verbales o escritas (incluyen comentarios sobre querer cometer suicidio como “no seré un problema para ti por mucho más tiempo” “nada me importa” “no te volveré a ver,” conocimiento sobre el tema, pedir ayuda, o indicadores de temas depresivos, mórbidos y suicidas en los trabajos artísticos, escritos o en la conversación)
3. Aislamiento social (ausencia de apoyo de amigos, compañeros)
4. Problemas académicos (bajas calificaciones, absentismo escolar, llegar tarde a clase)

5. Conducta autodestructiva (automutilación, inquietud, propensión a los accidentes)
6. Abuso de drogas y alcohol
7. Otros problemas escolares como dificultad para la concentración o deterioro en la calidad del trabajo académico, problemas con los compañeros etc.
8. Conductas rebeldes y violentas (escapes, delincuencia, embarazo, permisividad sexual)
9. Abandono en el cuidado de su apariencia física (aspecto desaliñado, ropas deterioradas)
10. Agitación psicomotora
11. Síntomas somáticos (quejas físicas frecuentes, como dolores de cabeza, fatiga etc, siempre relacionados con los estados emocionales)
12. Preocupación por temas relacionados con la muerte
13. Regalar objetos personales de valor o hacer un testamento
14. Suicidio reciente de un amigo o familiar
15. Reciente contratiempo o pérdida
16. Conducta violenta o rebelde
17. Manifestaciones de sentirse horrible interiormente
18. Intolerancia para el elogio o las recompensas
19. Volverse súbitamente alegre o eufórico luego de un período de depresión
20. Pérdida del interés en actividades que previamente le resultaban placenteras y manifestaciones constantes de aburrimiento.

### **Factores de riesgo suicida en población adolescente**

Es bien reconocido que no existe una única razón por la que los adolescentes decidan quitarse la vida. El suicidio dentro de estos grupos es el resultado de la confluencia de

un sinnúmero de situaciones y factores que se combinan para generar un abanico de conductas suicidas que irían desde la simple ideación pasajera hasta el intento y suicidio consumado (Arranz, 1998).

Actualmente, y gracias a los estudios epidemiológicos realizados en los últimos años, se ha podido reconocer algunos factores de riesgo asociados con esta conducta. En general se puede decir que este comportamiento es más probable mientras mayor sea el número de factores de riesgo presentes.

A su vez, los factores de riesgo se pueden dividir en proximales y dístales. Los factores dístales representan las bases sobre las que se construye el comportamiento suicida, en consecuencia aumentan el riesgo de vulnerabilidad, individual a los factores proximales y su relación con el suicidio es indirecta, de manera que pueden conducir no solamente al suicidio, sino también a la aparición de otros trastornos psiquiátricos, su presencia es por lo tanto, necesaria pero no suficiente. Los factores de riesgo proximales son aquellos relacionados estrechamente con el acto suicida en sí mismo, soliendo estar cercanos en el tiempo, y actuando en muchos casos como factor precipitante. Dentro de los dístales se mencionan factores de tipo psiquiátrico, biológico y genético; mientras que los proximales son más situacionales e inmediatos dentro del ambiente del adolescente (Herrera, 1999).

Para Arranz (1998), dentro de los factores proximales del riesgo suicida estarían:

1. Ambiente familiar perturbado, conflicto con los padres, violencia intrafamiliar, rechazo de los hijos, desempleo frecuente y apremio económico
2. Ausencia Paterna, bien sea por muerte o separación de los padres con poco o ningún apoyo emocional. A menudo los adolescentes suicidas afirman que no sienten que tengan cerca de un adulto, no tienen nadie con quien hablar cuando lo necesitan

3. Ambiente de aislamiento social, la pérdida del apoyo del grupo también es uno de los mejores predictores de un intento de suicidio en adolescentes
4. Estrés a nivel escolar personal, conductual y familiar
5. Consumo de drogas y alcohol. El riesgo suicida aumenta con el consumo de cualquier droga pues estos facilitan la actuación bajo impulsos
6. Depresión. Normalmente tienen más probabilidad de ver el futuro sin esperanza, sin planes reales y sin expectativas, solo ven la incomodidad y el dolor de la situación presente
7. Sugestionabilidad, ya que muchos adolescentes suicidas son muy influenciados para seguir el ejemplo de otros
8. Problemas interpersonales como pérdida de seres queridos, ruptura con la pareja, sensación de desarraigo, dificultades económicas entre otros.

Por otro lado, los estudios epidemiológicos realizados por Casullo (1998), en cuanto a factores de riesgo, mencionan que el comportamiento suicida repetitivo en el individuo es un fuerte predictor del suicidio consumado, así como la enfermedad física y los síntomas psiquiátricos, entre los que se incluyen ansiedad, alcoholismo, consumo de sustancias psicoactivas, esquizofrenia, trastornos afectivos y trastornos de adaptación.

Otros factores de riesgo reconocidos en estos grupos poblacionales son el bajo rendimiento académico, el fracaso escolar, la historia familiar de suicidios y los medios para el acto suicida (Fonnegra, 1999).

### **Terapéuticas Psicológicas en el Comportamiento Suicida**

Dentro de las técnicas de psicoterapia se utilizan elementos presentes en el medio ambiente del individuo y en sus procesos internos para tratar de influir sobre la problemática a partir de la interpretación de los hechos o elementos intervinientes en sus

conflictos, es así como algunas formas de psicoterapia ganan importancia sobre otras de acuerdo al mayor o menor grado de abordaje de dichos problemas presentes en las personas.

Según Montalbán (1998) el trabajo con personas con conductas suicidas se realiza a través del uso de un modelo de tratamiento a corto plazo, activo, directivo, estructurado y psicoeducacional. A este respecto, la terapia cognitiva conductual gana importancia como modelo que favorece la intervención de este comportamiento ya que muchos de los principios de esta terapia se conjugan con la forma de trabajo que sugiere Montalbán.

Otro punto a favor de esta técnica es su razonamiento para la comprensión de la etiología de este comportamiento, ya que básicamente lo ubica como consecuencia de los sentimientos de indefensión en conjunción con la idea que las dificultades corrientes son inaguantables o a consecuencia del querer manipular rápidamente o controlar la situación frustrante o amenazadora (Freemann & Reinecke, 1995). Estas dificultades se componen de una falta de apoyos alternativos o mecanismos de manejo, en los cuales las técnicas cognitivo conductuales brindan elementos que ayudan a incrementar las destrezas de las personas para que puedan manejar con más efectividad las exigencias de la vida y por tanto, tengan una mayor sensación de control y auto eficiencia.

A continuación se describen brevemente estas técnicas las cuales serán la base para el abordaje del comportamiento en riesgo suicida de los adolescentes.

### **Técnicas Cognitivo Conductuales**

El enfoque cognitivo conductual destaca el papel de los procesos cognitivos en el desarrollo, mantenimiento y modificación de la conducta, es así como este enfoque explica el desarrollo de patrones afectivos y conductuales, adaptativos y desadaptativos, a través de procesos cognitivos que pueden ser activados funcionalmente por

procedimientos que son generalmente semejantes con los del aprendizaje humano en el laboratorio, por lo tanto la tarea del terapeuta es la de diagnosticar y evaluar los procesos cognitivos desadaptativos, para luego organizar experiencias de aprendizaje las cuales alteraran las cogniciones que a su vez, modificarán los patrones afectivos y conductuales que se relacionen (Pédinielli, 1994).

Existe en la bibliografía, una variada clasificación de estas técnicas, sin embargo para el desarrollo del presente trabajo se tendrá en cuenta técnicas de reestructuración cognitiva encaminada tanto a identificar, como a modificar las cogniciones desadaptativas de las personas enfatizando su impacto perjudicial sobre la conducta y las emociones.

Así mismo se utilizaran técnicas de resolución de problemas las cuales pretenden enseñar al sujeto un método sistemático para la resolución de problemas, a través de análisis y evaluación de opiniones enfocadas a la exclusión de la ansiedad y el estrés innecesarios (D' Zurrilla, 1993; citado por Rodríguez y Méndez, 1998).

Además se considera para el tratamiento del suicidio es importante apoyarse en formas practicas de aprendizaje de auto control emocional como lo es la relajación progresiva ya que básicamente el manejo fisiológico disponen al sujeto a una adecuada reestructuración cognitiva, que incrementa la posibilidad de beneficios de las técnicas anteriores (Davis, McKay y Eshelman, 1986).

### **Terapia Cognitiva de Beck**

Es un modelo de psicoterapia, orientada hacia el presente, de tiempo limitado, activa, estructurada, colaboradora psicoeducacional y dinámica. Su postulado fundamental se centra en que los trastornos emocionales y/o conductuales son el resultado de una

alteración en el procesamiento de la información fruto de la activación de esquemas latentes (Caballo, 1991).

Los elementos centrales de este modelo para la alteración emocional y conductual son: (a) los esquemas, (b) los pensamientos automáticos y (c) las distorsiones cognitivas (Rodríguez y Méndez, 1998).

Según Riso (1992) los esquemas hacen referencia a las estructuras cognitivas que permiten integrar y dar sentido a los hechos, dichos esquemas se desarrollan a lo largo de la infancia a través de la interacción con el medio físico y social y se consolidan mediante la propia experiencia a lo largo de la vida.

Dentro de las características de los esquemas están, su amplitud, flexibilidad, densidad y nivel de activación o valencia lo que se traduce en que tan amplio o reducido es su marco de aplicación, que resistencia muestra al intento de modificarlo, cual es su capacidad de relegar a segundo plano a otros esquemas, y el grado en el cual el esquema esta activado (Rodríguez y Méndez, 1998).

Teniendo en cuenta estas características, un esquema o varios pueden activarse en situaciones particularmente estresantes y responder a esta situación de una forma muy propia. Mientras más inflexible, amplio y denso sea el esquema más respuestas mal adaptativas generará.

Otro nivel de organización del sistema cognitivo son los pensamientos automáticos que generalmente tienen una serie de características como: (a) aparecer de forma refleja, sin ningún proceso de razonamiento previo; (b) son irracionales e inadecuados; (c) a la persona le parecen totalmente válidos; y (d) son involuntarios (Rodríguez y Méndez, 1998).

En ocasiones, no se presentan pensamientos, como tales, sino imágenes que resumen en sí mismas toda una cadena de pensamientos automáticos. Estos pensamientos e imágenes automáticos contienen a menudo, toda una serie de distorsiones cognitivas que es preciso aislar y corregir. Dichas distorsiones son errores sistemáticos en el procesamiento de la información que mantienen las creencias del sujeto en sus conceptos negativos.

Beck (1976), ha clasificado diferentes tipos de distorsiones cognitivas entre la que se destacan:

1. Pensamiento de todo o nada. Esto hace referencia a la tendencia de muchos individuos a evaluar su conducta, experiencia o cualidades personales de manera dicotómica.
2. Sobregeneralización. Como norma general o estilo automático de pensamiento concibe que todo saldrá mal y aplican estas conclusiones a situaciones relacionadas y no relacionadas, arbitrariamente concluyen que un único acontecimiento negativo ocurrirá repetidamente.
3. Abstracción selectiva. Esta hace referencia a la tendencia a prestar atención a la información o experiencia selectivamente, de tal manera que validen o apoyen las ideas de indefensión, y pasen por alto otros datos que podrían ser más útiles.
4. Inferencia arbitraria. Esta es una distorsión relacionada y hace referencia a la tendencia a obtener conclusiones arbitrarias y negativas en ausencia de pruebas. Dos formas corrientes de esta distorsión son la lectura de la mente y la predicción negativa.
5. Maximización y minimización. Esto refleja una tendencia sistemática a sobreestimar la importancia de los acontecimientos negativos y a subestimar la magnitud o importancia de los acontecimientos deseables.

6. Racionamiento emocional. Esta distorsión implica adoptar las emociones propias como prueba del estado de las cosas, la lógica es “yo siento,” por lo tanto “yo soy.”
7. Afirmación de debería, debo, tengo que. Esta distorsión consiste en aplicar de modo rígido reglas sobre nuestras obligaciones y la de los demás.
8. Calificación y descalificación. Implica crear identidad negativa basada en los errores e imperfecciones de uno mismo como si estas revelarían la verdad de uno.
9. Personalización. Esto implica tomar acontecimientos que no tienen nada que ver con uno mismo y hacerlos personalmente significativos.
10. Falacia sobre el control. Esta distorsión referida al pensamiento dicotómico implica la idea de que si pierdo el control durante el más mínimo intervalo se perderá totalmente el control.
11. Pensamientos comparativos. Las personas que emplean este tipo de pensamiento solo existen en su perspectiva cuando se comparan así mismo con otros. Se carece de autoestima o de confianza salvo que se compare con otros. Demasiadas veces la comparación es negativa.
12. Descalificar lo positivo. La afirmación clásica que acompaña a este tipo de distorsión es “sí, pero...” el mensaje que transmite es la descalificación de cualquier aspecto positivo tomándolo como una casualidad .
13. Falacia de la Justicia. La idea de que la vida debería ser justa, o que las cosas buenas llegan a quien espera o sufre, dado que se ha experimentado una situación injusta esperan que el mundo sea injusto, el doble juego es que si reciben o logran lo que desean concluyen que su idea era correcta y que siempre será así.

Desde este modelo cognitivo, el suicidio se gesta en la mente del individuo, relacionando experiencias negativas mediatizadas por las actividades de determinadas

suposiciones y esquemas específicos que llevan a que el sujeto distorsione información que mantiene sus creencias de indefensión y lo sensibiliza a la pérdida de logros y apoyos sociales (Reineke, 1998).

Según este modelo, el déficit en los sentimientos de indefensión se contrarrestan ejerciendo control sobre el bloqueo cognitivo para intentar incrementar las expectativas positivas que aumentan la motivación, conduciendo a más experiencias de éxito y retroalimentación positiva.

Se busca, entonces, reconocer contenidos o pensamientos distorsionados, para comprobarlos con la realidad de tal forma que el terapeuta logre descubrir y jerarquizar los problemas del sujeto, para que este inicie un proceso de reconstrucción cognitiva a partir de los conceptos:

1. Autoexamen. Donde se realiza un ejercicio de búsqueda de los conceptos o pensamientos errados de tal forma que se puedan modificar.
2. Explicación. Es un proceso más activo donde el terapeuta intenta utilizar todo su conocimiento para convencer al cliente de sus creencias falsas.
3. Autodemostración. El terapeuta organiza y programa situaciones especiales, en donde el individuo pueda observarse a sí mismo en acción y descubrir su potencial de cambio.
4. Modelado. El individuo de acuerdo a su proceso de cambio inicia su identificación con otros modelos óptimos de visualización de la realidad.
5. Insight. Resultado de la revisión cognitiva del individuo por medio del cual determina sus logros deficiencias y posibilidades de cambio (Lucke, Jensen, Thomas, citados por Rodríguez y Méndez, 1998).

Según Rodríguez y Méndez (1998), esta terapia incluye fases específicas las cuales el terapeuta debe tomar en cuenta para la construcción de un programa, estas fases son:

1. Educativa. En la cual se instruye al paciente en el modelo de la terapia cognitiva.
2. Estrategias de activación conductual. Asignando la realización de tareas conductuales dirigidas al incremento de la actividad.
3. Entrenamiento en la observación de registros de pensamientos automáticos o de imágenes disfuncionales que generen afectos negativos.
4. Cuestionamiento y puesta a prueba de las cogniciones negativas, donde se examinan tanto las imágenes como los pensamientos automáticos.
5. Se continua detectando, rebatiendo y modificando los esquemas básicos.
6. Se realiza un entrenamiento en habilidades conductuales de afrontamiento.
7. Preparación para el final de la terapia y prevención de recaídas.

#### **Técnica de Resolución de problemas de D' Zurrilla y Goldfried.**

Los problemas son situaciones que se presentan todo el tiempo y que pueden afectar en mayor o menor grado a las personas de acuerdo al tipo de respuesta que se le dé y a la forma particular de afrontarlos (Caballo 1991). De acuerdo con Nezu y Nezu (citados por con Caballo, 1991) un problema es un tipo particular de relación persona ambiente que refleja un desequilibrio entre las demandas y la disponibilidad de una respuesta adaptativa. Estos problemas pueden ser acontecimientos únicos, relacionados o crónicos.

Para afrontar un problema cualquiera sea su índole, el sujeto debe dirigirse a una estrategia de afrontamiento encaminada a cambiar esa situación minimizando consecuencias negativas y maximizando las positivas.

D'Zurrilla y Goldfried, (citados por Rodríguez y Méndez, 1998) propusieron una forma de resolución de conflictos cuya técnica, basada en el modelo cognitivo conductual trata de explicar cómo los individuos deben resolver los problemas con el fin

de aumentar su efectividad. Este proceso amplía la visión de diferentes alternativas de respuesta potencialmente eficaces y aumenta la posibilidad de escoger las mejores alternativas entre las disponibles.

La solución de problemas de D’Zurrilla y Goldfried (citados por Rodríguez y Méndez, 1998) consta de cinco fases:

1. Orientación del problema
2. Formulación y definición del problema
3. Generación de alternativas
4. Toma de decisiones
5. Puesta en práctica de la decisión tomada y verificación de los resultados

El orden en que se presentan los cinco componentes del modelo es la secuencia más útil y lógica para una aplicación sistemática, pero no implica que al resolver un problema se deba siempre seguir una secuencia ordenada unidireccional, ya que el proceso en todo momento es activo y flexible.

La orientación del problema incluye las creencias los valores y expectativas de los sujetos que afecta su manera particular de responder a los problemas. Con frecuencia la actitud que presenta un sujeto a la hora de afrontar un problema es negativa (Rodríguez y Méndez. 1998) incluyendo afirmaciones como: “esto solo me ocurre a mí”, “no soy capaz de solucionar esta situación” y “no le puedo hacer frente.”

Según D’Zurrilla y Nezu (citados por Rodríguez y Méndez, 1998) el terapeuta debe en esta fase desarrollar una actitud facilitadora enseñando al sujeto a controlar sus pensamientos negativos a la hora de enfrentarse a un problema, alertando la inconveniencia de actuar impulsivamente, por el contrario se debe dar su tiempo identificando claramente el problema, sus causas y mantenedores.

En la formulación y definición del problema, el objetivo fundamental consiste en evaluar e identificar una solución realista.

Según Caballo (1998) se deben realizar las siguientes tareas:

1. Buscar toda la información relacionada con el problema
2. Especificar operacionalmente el problema, empleando términos claros y concretos
3. Identificar las variables realmente relevantes
4. Determinar las causas que favorecen la aparición y mantenimiento del problema
5. formular y fijar objetivos concretos y realistas

La generación de alternativas, en la resolución de problemas se basa en los principios de: (a) cantidad, generando el mayor número posible de alternativas; (b) principio de aplazamiento de juicio y (c) el principio de variedad que permita una cantidad variada de alternativas para que el sujeto llegue a la fase de toma de decisiones con mucha más probabilidad de escoger la apropiada (Rodríguez y Méndez, 1998).

El objetivo de la fase de toma de decisiones es elegir la o las alternativas más apropiadas para ello el sujeto debe de:

1. Valorar las consecuencias positivas y negativas de cada alternativa a corto, medio y largo plazo
2. Estimar el grado de probabilidad de ocurrencia de las consecuencias de cada alternativa
3. Comparar los resultados esperados con los objetivos propuestos

Finalmente se escoge una solución y se practica valorando el grado en que resuelve el problema y alcanza los objetivos. La eficacia de la solución debe comprobarse empíricamente aplicándola a la vida real y observando y registrando los resultados (Rodríguez y Méndez, 1998).

### **Terapia cognitiva comportamental de grupo.**

Curby, Yost, Beutler y Allende citados por Herrera (2001) consideran esta terapia eficiente y efectiva en especial en el tratamiento de los trastornos del estado de ánimo. Esto lo ha logrado en gran medida por la fácil incorporación de muchos de sus conceptos a una variedad más amplia de psicoterapias y porque en corto tiempo se ha acumulado estudios que validan su utilidad.

Beck (1976), sugiere que los tratamientos cognitivos conductuales influyen de modo muy penetrante en clientes con depresiones e indefensión y por ende con altos niveles de riesgo al suicidio. Al parecer, los efectos de la terapia en el autoconcepto y la indefensión, hacen de este tratamiento particularmente útil para entender esta problemática.

Se han explorado variaciones del método de Beck para aplicarse en formatos de grupo, encontrándose que esta manera de aplicarla difiere al énfasis que se aplica en la implementación individual, sobre todo en las estrategias de cambio de pensamientos específicos. Sin embargo se busca hoy en día por medio del trabajo grupal, la adquisición de habilidades adaptativas a partir de esta técnica.

En el transcurso de la aplicación de la terapia grupal, se ha encontrado que el proceso individual de las personas se vislumbra en la mejoría de la autoeficiencia y autonomía. La terapia cognitivo conductual grupal tiene las siguientes etapas: (a) fase de preparación, (b) fase de identificación y colaboración, (c) fase de cambio, (d) fase de consolidación y de terminación (Herrera, 2001).

#### **Marco de Antecedentes del colegio Ciudadela Educativa Alfredo Paz Meneses**

Debido a que la investigación está dirigida a una población específica como los estudiantes de la Ciudadela Educativa Sur Oriental “Alfredo Paz Meneses” de San Juan

de Pasto, es necesario establecer en que contexto se va a llevar a cabo el estudio, ya que las características del entorno escolar, la población que rodea a los adolescentes, sus condiciones de desempeño y aspectos psicosociales que desarrollan en dicha institución, se convierten en elementos complementarios para la investigación que se pretende llevar a cabo.

Por esto a continuación se describen los principales aspectos de la institución Ciudadela Educativa Sur Oriental “Alfredo Paz Meneses”.

Primero que todo, hay que mencionar que la Ciudadela Educativa Sur Oriental se ubica en uno de los sectores de mayor concentración poblacional de la ciudad. Cerca de la mitad de la población urbana (39.43%) se concentra en las comunas 5, 6, 7, que conforman los barrios sur orientales, y el 5.7% de la población rural se considera influida por esta institución.

Estos barrios sur orientales y veredas circunvecinas de Pasto están habitados por pobladores de estratos bajos provenientes de distintos sitios de Nariño, Cauca y Putumayo por efecto del flujo migratorio ocurrido principalmente en la década de los 60 a los 80, y cuyo crecimiento los últimos años, es considerable debido principalmente a que estas zonas albergan población desplazada por la violencia en la región sur del país.

Debido a este constante crecimiento, se presentó dentro de esta zona un gran déficit en la educación, ya que era casi imposible el cubrimiento tanto a nivel de primaria como de secundaria, por esta razón se creó la Ciudadela Educativa Sur Oriental “Alfredo Paz Meneses”, en el año de 1997, mediante el acuerdo 022, emanado del Consejo Municipal de Pasto, con el cual se da solución al problema de cobertura de educación en sectores populares.

### **Principios y fundamentos institucionales.**

La Ciudadela Educativa, es un centro de educación formal, creado hace 5 años dentro del Plan de Desarrollo Educativo del Municipio, con el cual se da solución al problema de cobertura de educación en sectores populares.

Su visión está encaminada a la atención de la educación y formación humana en los sectores populares dentro del contexto sociocultural de sus pobladores, buscando el desarrollo de una educación de calidad, en los distintos niveles de formación, aplicando las nuevas concepciones pedagógicas y las orientaciones de la Ley General de educación.

Su misión es propender por el desarrollo integral u holístico de sus educandos para formar personas con alta calidad humana, capaces de enfrentar los retos profesionales y cotidianos de la vida actual, dotándolos, para esto, de las herramientas cognitivas, valorativas y actitudinales necesarias para su desempeño social y productivo y para vivir plenamente su destino, en un proceso vivencial de la filosofía institucional y el compromiso de la comunidad educativa.

## **MARCO CONCEPTUAL**

### **Adolescencia**

La palabra adolescencia viene de adoleceré, que significa crecer. Es pues un periodo de crecimiento, no solo físico, sino también intelectual de la personalidad y de todo el ser. Como tal, ese crecimiento va acompañado de una serie de crisis de valores.

Para autores como Papalia (1997), la adolescencia puede definirse como un periodo entre la infancia y la edad adulta que trae consigo un conjunto especial de dificultades de adaptación, a causa de los cambios que ocurren, en todos los sentidos.

### **Diagnóstico**

En un sentido semiológico, corresponde a una adquisición de informaciones en el reagrupamiento de los signos en un cuadro coherente y ordenado, en la investigación de otros signos que llevan a una hipótesis que se refiere a la enfermedad, a la discusión de esta hipótesis, a la formulación del diagnóstico, eliminando otros diagnósticos posibles y a la investigación de la forma clínica (Pédinielli, 1994).

### **Intervención Terapéutica**

Conjunto de métodos codificados, mantenidos por una teoría científica, una validación de resultados, que intenta por medios psicológicos, permitir a un individuo modificar algunos de sus comportamientos, en un sentido benéfico para él, facilitándole de este modo, su adaptación al medio.

### **Psicología Clínica**

Área aplicada de la psicología general, que busca instrumentalizar e implementar principios psicológicos, que lleven a la comprensión de la persona que se encuentra en dificultades, y cuyo objetivo principal es reducir el malestar afectivo, cognitivo y

conductual que esa persona experimente ayudándola a funcionar de una manera mas satisfactoria y adecuada para sí misma y para la sociedad (Pédinielli, 1994).

### **Factor de Riesgo**

Es toda característica o circunstancia que va acompañada de un aumento en la probabilidad de ocurrencia de un hecho indeseado, sin que dicho factor intervenga necesariamente en su causalidad. La confirmación de asociación es suficiente para considerar a los factores como de riesgo y para facilitar la identificación de los grupos expuestos aunque no exista explicación a no corresponda a la cadena etiopatogénica (Rebaglio, 1996).

### **Suicidio**

Actuación humana ya sea activa o pasiva, cuyo fin es causarse la propia muerte. Lo que se conoce como suicidio es en el fondo un intento de salvarse a sí mismo de algo que para la persona es percibido en ese momento como insoportable, lo que el suicida busca es aliviar su sufrimiento, anular sus conflictos que parecen insolubles o que se siente incapaz de resolver.

### **Terapia Cognitiva Conductual**

Es una técnica que incorpora elementos cognitivos y conductuales para la identificación y modificación de creencias y acciones que potencialmente pueden ser desadaptados.

### **Terapia Cognitiva Conductual de Grupo.**

Es un modelo de psicoterapia eminentemente reciente, en el cual un terapeuta cognitivo conductual examina simultáneamente varias personas. Fue ideada básicamente para ofrecer experiencias de socialización a los individuos y de esta manera hacer más eficiente sus procesos de ajuste al medio adquiriendo la voluntad de examinar

su propia forma de pensar y comportarse y experimentando nuevos modos de actuar, dentro de un marco cooperativo con los demás de una manera no autoritaria ni tampoco sometida y donde la persona llega a través del grupo y el terapeuta, a capacitarse en la resolución de sus propios conflictos mediante la lógica y la racionalidad.

## METODO

La presente investigación tiene un enfoque que se inscribe en un modelo cuantitativo enmarcado dentro de los límites teóricos de corte empírico analítico.

### Diseño

Se utilizará un diseño de experimento verdadero con pre prueba post prueba y grupo control el cual garantizará el manejo de las fuentes de invalidación tanto interna como externa (Hernández, Fernández y Baptista, 1999).

Los sujetos son asignados a los grupos experimental (G1) y control (G2) de manera aleatoria (R), posteriormente se suministra de manera simultanea la pre prueba (O1 y O3) el grupo experimental recibe el PECSA (X) mientras que el grupo control (G2) no recibe el programa (-) finalmente se suministra simultáneamente la post prueba (O1 y O4)

(Ver tabla 7).

Tabla 7

### **Diseño con preprueba postprueba y grupo control (Hernández, Fernández y Baptista, 1991)**

Grupos		Procedimiento	
RG1	O1	X	O2
RG2	O3	-	O4

### Sujetos

Los sujetos con quienes se realizó la investigación fueron 30 adolescentes de 12 a 19 años del Colegio Ciudadela Educativa Alfredo Paz Meneses, con niveles altos y muy

altos de riesgo suicida identificados mediante la Escala de Riesgo Suicida en Adolescentes ERISA.

## **Variables**

### **Variable independiente**

Programa de entrenamiento en técnicas cognitivo conductuales para adolescentes con riesgo suicida (PECSA).

### **Variable dependiente**

Niveles de riesgo suicida medido a través de la Escala de Riesgo Suicida en Adolescentes (ERISA).

### **Variables de control**

Adolescentes, entre 12 y 19 años, perteneciente al colegio Ciudadela Educativa Alfredo Paz Meneses, con presencia de riesgo suicida alto y que no se encuentren en tratamiento psicológico.

## **Instrumento**

La escala de Riesgo Suicida ERISA permite medir el nivel de riesgo de realizar comportamientos suicidas en el que se encuentra un adolescente entre 12 y 19 años.

Este instrumento se compone de 86 items divididos en dos: factores las respuestas comportamentales de riesgo (F1) y los factores asociados de riesgo (F2).

El primer factor mide y evalúa aquellas conductas, pensamientos emociones y reacciones fisiológicas que son experimentadas por un sujeto en una situación de crisis equivalente al intento de suicidio (Legarda, Paz y Villalobos, 2002), las áreas que lo componen son: (a) respuestas cognitivas (A11) incluidos pensamiento y verbalización en el que el sujeto manifiesta una intención voluntaria de morir; (b) respuestas motoras (A12) que engloba toda la gama completa de conductas caracterizadas por autolesión y

(c) respuestas fisiológicas (A13) que incluye todas aquellas señales de alerta características como alteraciones en los patrones de sueño alimentación y sintomatología fisiológica propia de la depresión.

El segundo factor de la prueba evalúa y mide aquellas áreas de estudio comportamental que al encontrarse presente de forma cotidiana se convierten en predisponente del riesgo suicida (Legarda, paz y Villalobos,2001), estas áreas son: (a) factores familiares (A21) evaluados a través del tipo de relaciones intra familiares enfatizando en el manejo de la autoridad, la norma y las relaciones emocionales deficientes y conflictivas al interior de la familia; (b) interacción social (A22) entendida como los vínculos personales del adolescente con su grupo de iguales y con el medio social, involucrando aspectos como el aislamiento social y la influencia moderadora de los medios de comunicación; (c) eventos vitales estresantes (A23) que evalúan diferentes situaciones en las que los adolescentes presentan un afrontamiento inadecuado que lo llevan emitir conducta de riesgo suicida ante el estrés y (d) depresión (A24) la cual mide sintomatología característica de este trastorno enfatizando los aspectos cognitivos.

La elaboración y estandarización de este instrumento se realizó en población adolescente escolarizada de la ciudad de Pasto, lo que la hace idónea, para la identificación de población en alto riesgo en comportamiento suicida.

La confiabilidad de esta escala se encontró a través del coeficiente Alpha de Cronbach, obteniendo un resultado de 0.95; y su validez fue obtenida a través de comparación de grupos o t de student, en población clínica y no clínica con un margen de error o puntuación alpha de 0.01 y una probabilidad de 99% en cuanto a medición del atributo denominado nivel de riesgo en comportamiento suicida en adolescentes (Legarda, Paz y Villalobos, 2001). Su calificación requiere que se

transformen las puntuaciones directas de cada factor, áreas y total a la tabla de baremos en la que se incluye la interpretación del riesgo suicida en niveles muy bajo, bajo, medio, alto y muy alto.

### **Procedimiento**

Teniendo en cuenta criterios del personal administrativo, docentes y la unidad de consejería de la institución se seleccionaron dos grupos de octavo, dos de noveno, dos de décimo y dos de undécimo a los cuales se les aplicó la escala ERISA (196 escalas). De estos grupos 30 adolescentes registraron puntajes altos y muy altos en la prueba por lo cual se asignaron de manera aleatoria al grupo experimental (15 sujetos) y al grupo control (15 sujetos).

En un segundo momento, se diseñó y aplicó el programa de entrenamiento en técnicas cognitivo conductuales para el manejo del riesgo suicida alto de los adolescentes. La aplicación del programa se realizó únicamente a los estudiantes pertenecientes al grupo experimental, mientras que el grupo control no recibió tratamiento, tal y como lo estipula el diseño experimental. Finalizado el programa se aplicó simultáneamente la post prueba y se realizó la comparación de los grupos.

### **Hipótesis**

#### **Hipótesis general**

La aplicación de un programa de entrenamiento en técnicas cognitivo conductuales disminuye los niveles de riesgo suicida de los adolescentes de la Ciudadela Educativa Alfredo Paz Meneses.

#### **Hipótesis nula**

La aplicación de un programa de entrenamiento en técnicas cognitivo conductuales no disminuye los niveles de riesgo suicida de los adolescentes del Colegio Ciudadela Educativa Alfredo Paz Meneses.

## RESULTADOS

En esta investigación se encontró que hay diferencia significativa entre el grupo control y el grupo experimental después de ser aplicado el PECSA, este programa contiene técnicas como entrenamiento en relajación, reestructuración cognitiva y solución de problemas principalmente. Inicialmente se realizó una comparación al interior del grupo experimental en su pre y post prueba, a continuación se procedió a comparar las puntuaciones del los grupos experimental y control posteriores a la aplicación del PECSA; después se compararon las puntuaciones del grupo control en su pre y post prueba, para realizar estos análisis se *promediaron* las puntuaciones de los sujetos en cada una de los factores y áreas de la prueba. Finalmente se especificaron las comparaciones por áreas de la prueba ERISA tanto en el grupo experimental antes y después de la aplicación del PECSA y entre el grupo experimental y control después de la aplicación del programa, para realizar estos análisis se tomaron las puntuaciones de los sujetos (n = 15) agrupándolos por factores y áreas de la prueba ERISA. Los análisis se realizaron a partir de puntajes T los cuales se obtuvieron teniendo en las cuenta medias y desviaciones estándar que se encuentran en los baremos de la prueba.

Es importante tener en cuenta que el grupo experimental y control antes de la aplicación del PECSA tienen puntuaciones similares en cuanto a sus medias y sus desviaciones estándar (ver tabla 5), cuando el grupo experimental fue instruido con el PECSA estas puntuaciones disminuyeron, siendo esta disminución significativa al comparar las puntuaciones de este grupo con las puntuaciones obtenidas antes de la aplicación del programa y al ser comparadas con las puntuaciones del grupo control.

En el grupo experimental el análisis de la pre prueba y post prueba muestra diferencias significativas entre los grupos ( $p < 0.0001$ ), siendo la media de la post prueba menor que la media de la pre prueba (ver tabla 5)

La comparación de las *post pruebas* en los grupos experimental y control del presente estudio demuestra que existe diferencia significativa entre los grupos ( $p < 0.0001$ ), encontrándose que la media de los sujetos del grupo experimental es menor que la media de los sujetos del grupo control (ver tabla 5).

Finalmente no se encuentran diferencias significativas entre las puntuaciones pre y post al interior del grupo control, lo cual respalda la efectividad del PECSA, ya que los sujetos que no recibieron este programa no disminuyeron su puntuación en la prueba ERISA manteniéndose los mismos niveles iniciales. (Ver tabla 5)

Tabla 5  
**Comparación de los grupos en las puntuaciones de la prueba ERISA**

T calculado y probabilidad					
Comparaciones Grupos	M	S	T	p	Significatividad
Grupo experimental pre	62,7	1,9	9,068	$p < 0.0001$	Hay diferencia Significativa *
Grupo experimental post	49,1	3,5			
Grupo experimental post	49,1	3,5	-9,097	$p < 0.0001$	Hay diferencia significativa **
Grupo control post	59,8	1,2			
Grupo control pre	60,0	2	0,264	$p > 0.05$	No hay diferencia significativa *
Grupo control post	59,8	1,2			

Nota. \* t= puntaje t calculado; p= probabilidad. Grados de Libertad = 9. \*\* Grados de libertad = 18. Comparaciones realizadas a partir de puntuaciones T

### **Análisis por Factores y por áreas de la preprueba y postprueba en el grupo experimental**

Al analizar los resultados de la aplicación del PECSA en el grupo experimental encontramos que las puntuaciones de los sujetos en la prueba ERISA disminuyeron de manera significativa en todas las áreas después de la aplicación de este programa, (ver Tabla 6) lo cual es corroborado en la puntuación total ( $P < 0.0001$ ). *El factor 1* muestra una diferencia significativa en todas sus áreas ( $p < 0.0001$ ), en el *factor 2* las diferencias también son significativas ( $p < 0.001$ ), siendo mayores en los eventos vitales estresantes (A23) y en depresión (A24) ( $p < 0.0001$ ) y menores en los factores familiares (A21) y de interacción social (A22) ( $p < 0.05$ ).

Tabla 6

**Diferencia del grupo experimental en pre y postprueba en sus áreas y factores**

Cruces de Grupos	Grupo experimental pre grupo experimental post						Significatividad
	Áreas ERISA						
	M1	M2	S1	S2	t	p	
A11 respuestas cognitivas	62,7	48,5	10	7,9	6,486	p<0.0001	Hay diferencia significativa
A12 respuestas motoras	62,6	50,0	10,8	9,1	4,799	p<0.0001	Hay diferencia significativa
A13 respuestas fisiológicas	60,9	45,2	10	5,9	10,61	p<0.0001	Hay diferencia significativa
Factor 1 rtas. Comport. de riesgo	63,4	48,2	10	7,8	7,393	p<0.0001	Hay diferencia significativa
A21 factor Familiar	60,8	57,2	8,5	7,9	2,284	<i>p&lt;0.05</i>	Hay diferencia significativa
A22 factor de interacción social	59	52,4	9	8,8	2,290	<i>p&lt;0.05</i>	Hay diferencia significativa
A23 eventos vitales estresantes	62,2	46,9	10	5,8	6,766	p<0.0001	Hay diferencia significativa
A24 depresión	63,6	46,6	7,2	4,0	8,889	p<0.0001	Hay diferencia significativa
Factor 2 factores asociados de riesgo	64,5	49,2	6,9	5,7	9,061	p<0.0001	Hay diferencia significativa
Total	64,6	48,8	8,4	5,8	10,184	p<0.0001	Hay diferencia significativa

Nota. M1 = Media grupo experimental pre; M2 media grupo experimental post; grados de libertad = 14. Comparaciones realizadas a partir de puntuaciones T

**Análisis por factores y áreas entre el grupo experimental y el grupo control después de la aplicación del PECSA.**

Al analizar los puntajes en la prueba ERISA de los sujetos en el grupo experimental y grupo control posteriores a la aplicación del programa se encuentra que sus diferencias son significativas en todas las áreas excepto en dos áreas del factor 1.

En el factor 1 se encuentran diferencias en las áreas fisiológicas (A13) y respuestas cognitivas (A11) ( $p < 0.0001$ ) seguidas por la disminución en las respuestas comportamentales (A12) ( $p < 0.001$ ), lo anterior se refleja en el puntaje del factor 1 ( $p < 0.0001$ ). En el factor 2 también se encuentra una diferencia significativa ( $p < 0.0001$ ), pero las *áreas familiar* (A21) y de *interacción social no presentan disminución* ( $p > 0.05$ ), las áreas eventos vitales estresantes (A23) y depresión (A24) muestran diferencia significativa ( $p < 0.0001$ ). (Ver tabla 7)

Tabla 7

**Diferencias por factores y áreas de los grupos experimental y control en sus postpruebas**

Cruces de Grupos	Grupo Experimental post grupo Control post						Significatividad
	Áreas ERISA	M1	M2	S1	S2	t	
A11 respuestas cognitivas	45,2	57,0	5,9	7,5	-3,974	p<0.0001	Hay diferencia significativa
A12 respuestas motoras	50,0	59,6	9,1	8,2	-3,017	p<0.001	Hay diferencia significativa
A13 respuestas fisiológicas	48,5	60	7,9	7,8	-4,804	p<0.0001	Hay diferencia significativa
Factor 1	48,2	60,2	7,8	7,3	-4,302	p<0.0001	Hay diferencia significativa
A21 factor Familiar	57,2	60,1	7,9	8	-1,007	p>0.05	<i>No hay diferencia significativa</i>
A22 factor de interacción social	52,4	59,2	8,8	11,5	-1,792	p>0.05	<i>No hay diferencia significativa</i>
A23 eventos vitales estresantes	46,9	60,4	5,8	10,9	2,027	p<0.0001	Hay diferencia significativa
A24 depresión	46,6	59	4	9,2	-4,744	p<0.0001	Hay diferencia significativa
Factor 2 factores asociados de riesgo	49,2	61,5	5,7	9,5	-4,267	p<0.0001	Hay diferencia significativa
Total	48,8	60,8	5,8	8,5	-4,485	p<0.0001	Hay diferencia significativa

Nota. M1 = Media grupo experimental post; M2 media grupo control post; grados de libertad = 14. Comparaciones realizadas a partir de puntuaciones T.

## DISCUSIÓN

En la presente investigación se encontró que el Programa de Entrenamiento Cognitivo Comportamental para adolescentes con riesgo suicida (PECSA), después de su aplicación, disminuye de manera significativa las puntuaciones de los sujetos en la prueba ERISA al comparar estos resultados tanto en el grupo experimental como control en sus postpruebas las cuales establecen un amplio margen de diferencia. De la misma manera se comparó las puntuaciones pre prueba y post prueba del grupo experimental, encontrándose que existe diferencia significativa al interior de este grupo. En cuanto al análisis por áreas y factores de la prueba ERISA también se presentaron diferencias considerables en la comparación del grupo experimental y control posteriores al tratamiento, excepto en las áreas familiar (A21) y de interacción social (A22). En la comparación pre prueba y post prueba del grupo experimental se observaron diferencias importantes, mientras que el grupo control no registró diferencia en las áreas de la prueba.

Se demostró que después de la aplicación del PECSA disminuyó de manera importante el riesgo suicida en población adolescente escolarizada, las puntuaciones cambiaron en el total de la prueba y en las áreas de la escala ERISA, excepto en las áreas familiar (A21) y de interacción social (A22) al comparar el grupo experimental y grupo control después de la aplicación del PECSA. La efectividad del programa también está respaldada por el hecho que al comparar al grupo control después de la aplicación del programa no se encuentran diferencias significativas. Por lo tanto el PECSA es efectivo para reducir el riesgo suicida en adolescentes, lo cual implica que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de trabajo, es decir se acepta que el PECSA disminuye los niveles de riesgo suicida altos en adolescentes.

En la prueba ERISA se evalúan diversos aspectos de gran importancia en el comportamiento suicida como la depresión, tanto en sus manifestaciones físicas como cognitivas en las cuales el PECSA hace especial énfasis al trabajar reestructuración cognitiva y relajación progresiva . Diversos autores como Freemann y Reineke (1995), Beck (1976) y Casullo (1998), encuentran relación directa entre depresión y suicidio, considerando aquella como el trastorno más importante en el comportamiento suicida debido principalmente a que el estilo cognitivo propio del depresivo se mantiene en el sujeto suicida.

Es así como el adolescente suicida posee una distorsión cognitiva la cual hace que evalúe de manera negativa y peyorativa a sí mismo, a los demás y al futuro generando fuertes sentimientos de desesperanza que lo llevan a percibir su entorno inmanejable y a buscar en el suicidio una solución que los libere de su depresión y angustia (Freemann y Reineke,1995). Es importante tener en cuenta que debido al proceso evolutivo por el cual atraviesan los adolescentes se encuentran vulnerables a padecer en gran medida algún tipo de trastorno depresivo, razón por la cual es frecuente encontrar en estos grupos altos niveles de ideación suicida relacionada con sentimientos de aburrimiento, inutilidad, no encontrarle sentido a la vida y síntomas depresivos (Casullo, 1998; Berryman, 1999 y Papalia, 1997).

Tanto al comparar el grupo experimental y control después de la aplicación del PECSA como al comparar el grupo experimental tras la aplicación del programa se encuentra que en el Factor 1 la disminución de los síntomas fisiológicos (A13) como alteraciones del sueño y de la alimentación, demuestra el efecto positivo logrado principalmente por el entrenamiento en técnicas de relajación ya que estas técnicas han demostrado su efectividad en la normalización de patrones cíclicos del comportamiento

en diferentes trastornos (Davis, Mckay, & Eshelman; 1996). Se debe tener en cuenta que estos síntomas físicos influyen en el mantenimiento de la depresión ya que imposibilitan la recuperación física y psicológica de los sujetos (Gavino, 1996), por lo tanto el entrenamiento en relajación regula estos patrones restituyendo en los sujetos mecanismos fisiológicos necesarios para sobrellevar el cansancio y las tensiones cotidianas. En el Factor 2 la reducción en los puntajes depresivos (A24) es un efecto directo del énfasis que hace el PECSA en reestructuración cognitiva, modificando distorsiones cognitivas propias de los suicidas como la generalización, la visión de túnel, la abstracción selectiva, la inferencia arbitraria y la falacia sobre el control (Beck, 1976), centrándose en brindar a los sujetos formas de evaluarse así mismos, a los demás y al futuro de manera más realista, evitando autoverbalizaciones negativas y peyorativas.

Este énfasis cognitivo también incrementó la tolerancia hacia la frustración y disminuyó la autoevaluación negativa, razones por las cuales los sujetos incrementaron su efectividad en la ejecución de actividades cotidianas. Los programas de intervención con base cognitiva han demostrado su efectividad en el tratamiento de diversos trastornos emocionales (Caballo, 1991; Semerari, 2002 )

### **Análisis por Factores y Áreas**

El análisis de los siguientes resultados se aplica tanto en el grupo experimental después de la aplicación del PECSA como al comparar el grupo experimental con el grupo control después de la aplicación de este mismo programa.

Las respuestas motoras (A12) tales como auto lesiones, ingesta de medicamentos no prescritos etc. mostraron una disminución significativa, como producto de la adquisición de habilidades para manejar conflictos cotidianos especialmente enseñadas a través de la terapia cognitiva y entrenamiento en solución de problemas. Las respuestas cognitivas

(A11) de ideación suicida y las emociones asociadas con estas, mostraron un descenso significativo, debido al efecto directo de las técnicas detención de pensamientos, focalización y auto instrucción, que se emplearon para eliminar las ideas de difícil manejo en la reestructuración cognitiva así como la ideación suicida.

Estas técnicas se emplearon debido a que en el fenómeno del suicidio, estas ideas generalmente predisponen a los sujetos a ejecutar un comportamiento auto destructivo. De esta manera se comprobó que este tipo de pensamientos se pueden trabajar efectivamente a través de estas técnicas.

En el factor 2 el área de eventos vitales estresantes (A23) muestra una disminución significativa producto del entrenamiento en solución de problemas y reestructuración cognitiva que aportó a los adolescentes habilidades para controlar su medio y manejar situaciones inesperadas, afrontándolas de manera adecuada. En esta misma área también se disminuyó el impacto o la evaluación que los sujetos hacen ante la presencia de enfermedades físicas o mentales crónicas, lo cual se debe principalmente al entrenamiento en técnicas de relajación y solución de problemas que enseñaron a los sujetos a manejarlas y buscar soluciones adecuadas. Las áreas familiar (A12) e interacción social (A22) presentaron diferencias significativas ( $p < 0.05$ ) cuando fueron comparados sus puntajes al *interior del grupo experimental*, es decir que se presentó una disminución estadísticamente significativa, pero inferior a la reducción que se presentó en las demás áreas del factor 2 (ver tabla 6), lo anterior puede ser interpretado como un efecto del entrenamiento en técnicas de solución de problemas, ya que el PECSA hace énfasis en que este tipo de habilidades se generalicen y se apliquen en conflictos cotidianos de los adolescentes. Contrariamente éstas áreas *no presentaron diferencias significativas* cuando se compararon los puntajes de los *grupos*

*experimental y control posteriores* a la aplicación del PECSA, lo anterior debido a que no se realizó un trabajo directo con la familia de los adolescentes para mejorar relaciones y comunicación entre éstos y sus padres, el PECSA tampoco hace énfasis en el manejo de las relaciones con pares y las habilidades sociales.

Como se mencionó anteriormente el entrenamiento en solución de problemas instruyó a los sujetos para encontrar soluciones prácticas y sobre todo realistas ante los problemas y conflictos cotidianos, razón por la cual los sujetos disminuyen sus sentimientos de indefensión mientras que incrementa su sensación de control sobre el medio (D'Zurrilla citado por Rodríguez y Méndez, 1998), es decir incrementa su locus de control interno.

De esta manera se concluye que el PECSA redujo el riesgo suicida en población adolescente escolarizada al combinar técnicas de relajación progresiva, reestructuración cognitiva y solución de problemas, las cuales detienen y reestructuran las distorsiones cognitivas, disminuyendo los síntomas fisiológicos de la depresión como el sueño y apetito al igual que las respuestas motoras autolesivas, mientras que instruye a los sujetos en un procedimiento para resolver de manera práctica y realista los conflictos o dificultades cotidianas.

El principal aporte de esta investigación es brindar un programa para el tratamiento de adolescente en riesgo suicida de eficacia comprobada, éste riesgo se disminuyó significativamente en todas las áreas de la prueba ERISA, excepto en el área familiar (A21) y de interacción social (A22) al comparar grupo experimental y control, por lo tanto su efectividad es global y no parcial. De esta manera el PECSA se constituye en una novedosa técnica terapéutica para la atención secundaria de los adolescentes que se

encuentren en riesgo suicida e incluso en atención terciaria para aquellos que han ejecutado conductas autolesivas

La implementación de los procesos de relajación al demostrar su eficacia sobre los síntomas fisiológicos es un elemento novedoso en el control del suicidio ya que anteriormente se habían implementado procedimientos cognitivos tales como la reestructuración cognitiva y el entrenamiento en solución de problemas (Feemann y Reineke, 1998). Al reestablecer ritmos circadianos la relajación le brinda a los sujetos la oportunidad de contar con un mecanismo neurológico, fisiológico y psicológico para el manejo de las tensiones y el cansancio cotidiano.

Es de vital importancia el hecho encontrado en cuanto a la ideación suicida ya que al no ser discutidos directamente sino de manera indirecta se lograron significativas reducciones, mediante la detención de pensamiento, la focalización, la autoinstrucción y sobre todo el instruir o reforzar las habilidades de los sujetos para afrontar situaciones estresantes, este hecho se constituye en un punto importante ya que las ideas suicidas cuando son intervenidas de manera indirecta no se refuerzan mediante la atención del psicólogo o el grupo, sino que son evitadas mientras se instruye a los sujetos en habilidades para manejar sus conflictos (Bernhardt, 1998)

## **SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES**

Los resultados encontrados tras la aplicación del PECSA demuestran claramente su efectividad en el control del riesgo suicida de los adolescentes, sin embargo se hace necesario comentar ciertos aspectos encontrados a lo largo del procedimiento; el primero de ellos hace referencia al número de sesiones de reestructuración cognitiva dentro del programa diseñado para desarrollarse en cinco sesiones, las cuales se recomienda ampliar ya que el trabajo en reestructuración cognitiva en sesiones grupales logró un gran beneficio para el grupo y se espera que al ampliar el número de sesiones para esta técnica se pueda trabajar con más énfasis en la modificación de distorsiones cognitivas y se logre afianzar el aprendizaje de esta técnica.

El segundo concierne a la inclusión de nuevos elementos y estrategias encaminadas al fortalecimiento y aprendizaje de habilidades sociales ya que comúnmente el adolescente suicida presenta un déficit en la manera de interactuar con los demás y aislamiento social muy marcado, sería muy adecuado incluir componentes en el programa que estén dirigidos específicamente a este tipo de situaciones.

Así mismo resultaría de gran provecho incluir dentro del PECSA componentes que involucren a la familia de los adolescentes, manteniendo un contacto permanente con integrantes representativos de la familia de cada participante, para de esta manera hacerle conocer los procedimientos utilizados en cada técnica y estrategia y los avances presentados por el adolescente, de este modo se facilita el apoyo social- emocional por parte de la familia que ayuden al joven a una mejor asimilación del programa.

También se propone realizar una investigación encaminada a determinar la influencia de cada uno de las técnicas del PECSA en el área familiar y de interacción social ya que

la reducción de los puntajes en estas áreas pese a no haberse trabajado de manera directa requiere un estudio más minucioso.

## REFERENCIAS

- Arranz, F (1998). La conducta suicida. Madrid: Arán.
- Berryman, J. (1999). Psicología del desarrollo. México: Manual moderno.
- Beck, A (1976). Terapia Cognitiva y Enfermedades Emocionales. New York: International Universities Press.
- Beachler, D (2000). El suicidio en adolescentes: [www.psicoplanet.com.co](http://www.psicoplanet.com.co)
- Bernhardt, S. (1998). Cómo interrumpir los procesos mentales negativos: [www.have-a-health.com](http://www.have-a-health.com)
- Caballo, V. (1991). Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de la conducta. Madrid: Siglo XXI
- Casullo, M. (1998). Adolescentes en riesgo. Brasil: Paidós.
- Davis, M. McKay, M & Eshelman, E. (1996) Técnicas de Autocontrol Emocional. Barcelona: Martínez Roca.
- Diekstra, R. (1969). Suicide and the tentative suicide: internacional perspectiva. Acta psychiatrica scandinavica.
- Freemann, A. & Reineke, M (1995) Terapia Cognitiva Aplicada a la Conducta Suicida. Bilbao: Declée de Brouwer.
- Figuerola, M (2002) Informe Investigación Alcoholismo, Drogadicción, pauta suicida en la Ciudadela Educativa Alfredo Paz Meneses. Alcaldía municipal de Pasto. Manuscrito no publicado.
- Fonnegra, I. (1999). De Cara a la Muerte: Santa fé de Bogotá: Intermedio Editores.
- Gavino, A (1996). Técnicas de terapia de conducta. Barcelona: Martínez Roca
- Goldman, H (1996). Psiquiatría General. Mexico: Manual moderno.
- Herrera, P. (1999). Principales factores de riesgo en adolescentes. Cuba: Editor.

Herrera, M (2001). Efectos de un programa de intervención constituido por técnicas cognitivo conductuales y técnicas de la risa, en el tratamiento de la depresión. Documento inédito. Psicología Universidad de Nariño.

Jonson, L (1998). La Estadística en la ciencia de la salud. México: MacGraw Hill

Instituto Nacional de Medicina Legal (2002). Consolidado Estadístico de Morbi mortalidad violenta. Manuscrito no publicado.

Legarda, G; Paz, A y Villalobos, F. (2001). Escala de Riesgo Suicida en Adolescentes. Manuscrito no publicado Universidad de Nariño, Programa de Psicología. Pasto

Morón, P (1992). El Suicidio. México: Cruz O.

Montalbán, R. (1998). La conducta Suicida. Madrid: Arán.

Navarro, J. (1997). Malestar emocional y conducta suicida. México: Editor.

Reineke, A. (1998). Comportamiento Suicida. Mexico: Mc Graw Hill.

Organización Mundial de la Salud, (1998). Boletín informativo 37. Argentina: ed OMS

Organización Mundial de la Salud, (2002). Violencia y salud. Bruselas: ed OMS.

Papalia, D. (1997) Desarrollo Humano. Bogotá: McGraw Hill

Pédinielli, L. (1994) Introducción a la Psicología Clínica. Madrid: Biblioteca Nueva.

Rebaglio, M y Ruiz I. (1996). Metodología de Investigación en epidemiología. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.

Rodríguez O, Méndez F(1998) Técnicas de Modificación de Conducta. Madrid: Biblioteca Nueva.

Riso, W. (1992). Depresión. Medellín: Ediciones Gráficas.

Rutter, A (1981) Maternal Deprivation Reassessed. New York: Arán.

Hernández, R. Fernández, C & Baptista, L (1991). Metodología de la Investigación. México: Mc Graw Hill

Sarró, B & de la Cruz, C (1991). Los Suicidios. Barcelona: Martínez Roca.

Serfaty, E. (1990). Ideas de suicidio y factores de riesgo. Bogotá. Academia nacional de medicina.

Sherr, L (1992). Agonía Muerte y Duelo. México: Manual moderno.

Semerari, A. (2002) Historia Teorías y Técnicas de la Psicoterapia Cognitiva. Barcelona: Paidós

Unidad de Psicología (2001). Estudio Epidemiológico de los factores psicopatológicos en los estudiantes del colegio Alfredo Paz Meneses. Manuscrito no publicado.

Uribe, M (2002). Jornada regional de neurología, procesos de intoxicación por solventes. Pasto: sin editar.

## **ANEXOS**

## **Anexo A**

### **Contrato Terapéutico**

#### **Programa de Entrenamiento en Técnicas Cognitivo Conductuales**

YO \_\_\_\_\_, estoy de acuerdo en participar del programa de entrenamiento en técnicas cognitivo comportamentales en las diez sesiones programadas y me comprometo voluntariamente a:

1. Asistir puntualmente a cada sesión
2. Participar activamente en las sesiones esforzándome por asimilar a mi vida las técnicas ensayadas y las recomendaciones recibidas
3. Cumplir con las actividades programadas para la casa que se me asignen esforzándome por realizarlas de la mejor manera
4. Actuar con consideración y respeto en las sesiones, contribuyendo al buen ambiente de trabajo grupal

Comprendo que este no es un contrato con validez legal, sino la firma de un compromiso de buena voluntad de mi parte.

Firma

\_\_\_\_\_

T.I. No.

## **Anexo B**

### **Manual del Programa de Entrenamiento en Técnicas Cognitivo Conductuales Para Adolescentes que Presentan Riesgo Suicida Alto “PECSA”**

#### **Presentación**

Por muchas razones los adolescentes son especiales, no solo personalmente sino también para la sociedad ya que constituyen el recurso nacional más importante. La pérdida de un joven es devastadora, y más aún cuando su muerte es producto de un acto autodestructivo.

Las preguntas que se derivan de un suicidio adolescente impactan y cuestionan el sistema familiar y social en que vivimos, sin embargo es importante reconocer esta problemática en toda su dimensión, siendo concientes que el riesgo suicida dentro de los grupos de adolescentes y jóvenes es una realidad vivida hoy por hoy a la cual debemos reaccionar y estar alertas desde espacios como la familia, las instituciones educativas y la sociedad en general.

Para la psicología en particular, cualquier aumento del suicidio es motivo de preocupación e independientemente de que las estadísticas sean o no alarmantes, una meta terapéutica razonable es disminuir el riesgo suicida de cualquier joven.

Por este motivo se propone el siguiente programa de intervención con enfoque cognitivo- conductual, ya que su naturaleza directiva, estructurada y colaboradora, facilita aspectos de rapport y comprensión, ayudando al adolescente a desarrollar estrategias de resolución de problemas en situaciones de la vida cotidiana y a favorecer la autoestima así como un optimismo realista ante las presiones percibidas.

El programa se estructura en diez sesiones grupales de una hora y media aproximadamente y utiliza estrategias de intervención como: La relajación progresiva

que se ubica en el marco de técnicas de autocontrol emocional, y cuyo papel fundamental dentro de este programa consiste en contribuir a la sensación de control sobre las situaciones que frecuentemente son percibidas por los individuos como amenazantes. La reestructuración cognitiva encaminada a contrarrestar pensamientos depresivos, baja autoestima, déficit en autoeficacia, perspectivas negativas a cerca de sí mismo y el futuro, tan propias de los individuos suicidas, así como también los pensamientos intrusos y perseverantes que generan malestar y que son difíciles de controlar por parte de los sujetos haciendo especial énfasis en aquellos puntos relacionados con sentimientos de indefensión que produzcan ideación suicida. Y finalmente el entrenamiento en solución de problemas cuyo objetivo principal es ayudar al sujeto a comprender y resolver los conflictos intra e interpersonales.

Se debe tener en cuenta que este programa está dirigido a adolescentes identificados en alto riesgo suicida a través de la prueba ERISA, y por lo tanto son grupos con mayor riesgo al suicidio que la población en general ya que muestran niveles sustancialmente más altos de conducta autodestructiva, sin embargo estos adolescentes no se encuentran en una posición crítica de suicidio, ya que para estas personas lo más recomendable es la intervención en crisis cuya estructura se dirige a la superación del episodio y a la protección de la vida.

### **Conceptualización del suicidio**

Con frecuencia el suicidio y la depresión se conciben como sinónimos, o al menos como problemas correlativos. Aunque bien es cierto que no todos los depresivos se suicidan si se puede afirmar que un porcentaje significativamente alto de personas que intentan o realizan acciones suicidas presentan algún grado de depresión.

La depresión según los enfoques cognitivos, se originan por estilos atribucionales o esquemas depresógenos con contenidos específicos negativos acerca de pérdida, fracaso o indefensión que generalmente se activan ante acontecimientos percibidos como incontrolables (Riso, 1992). Con frecuencia los suicidas sienten desesperanza y frustración que conjugan con las ideas de que sus dificultades son inaguantables presentando una visión “constreñida” que los incapacita a identificar cursos de acción alternativos o examinar racionalmente la validez de sus pensamientos que generalmente están centrados en aspectos negativos propios de la depresión (Freemann y Reinecke,1995)

Ante esta situación es muy importante ayudar a la persona suicida a reducir su visión distorsionada recuperando el control sobre su afecto y su autoestima así como un optimismo realista ante las situaciones. En este punto específico la reestructuración cognitiva cumple un papel fundamental como técnica psicológica que contribuye a modificar pensamientos y creencias que potencializan sentimientos depresivos y suicidas en el sujeto.

Ahora bien, otros factores como la ansiedad se han identificado como consecuencia de la depresión y la ideación suicida, ya que básicamente las personas suicidas perciben los eventos cotidianos como inmanejables y estresantes, es decir se sienten incapaces de resolverlos generando con esto, más desesperación que los lleva gradualmente a buscar una “solución” que termine con su sufrimiento (Beck, 1979; Freeman & Greenwood, 1987; citados por Navarro, 1997). La ansiedad puede estar presente en el comportamiento suicida bien sea como resultado de la depresión o como originador de esta al no poder el sujeto manejar efectivamente su ambiente.

Las técnicas de relajación progresiva suelen ser herramientas psicológicas útiles para brindar a estas personas sentimientos de control sobre sus vidas, eliminando la ansiedad generada y contribuyendo a la sensación de autoeficiencia y autocontrol que como lo menciona Freemann y Reinecke, (1995) beneficia mucho al sujeto suicida.

Finalmente es importante tener en cuenta que las personas suicidas debido a su “constreñimiento cognitivo” presentan un déficit en la solución de problemas considerando muy pocas alternativas a sus dificultades, encontrando en el suicidio la alternativa final que soluciona, según su punto de vista, todos sus males. Por esto es importante en la intervención ofrecer formas alternativas para el manejo de los conflictos sobre todo si se tiene en cuenta que sujetos como los adolescentes se benefician ampliamente de estas técnicas (Rodríguez y Méndez, 1998).

### **Objetivo**

Disminuir los niveles de riesgo suicida en adolescentes.

### **Sesiones**

El programa de entrenamiento en técnicas cognitivas conductuales se estructura en diez sesiones de una hora y media aproximadamente, programadas una vez a la semana cada sesión.

El orden de la secuencia de los temas está diseñado de la siguiente forma:

1. Sesión uno: Presentación e integración
2. Sesión dos: Entrenamiento en relajación (A partir de esta sesión y hasta la sesión nueve)
3. Sesión tres: Reestructuración cognitiva. Identificación de pensamientos
4. Sesión cuatro: Confrontando la realidad de los pensamientos
5. Sesión cinco: Modificando distorsiones cognitivas

6. Sesión seis: Identificando y contrarrestando la tríada cognitiva
7. Sesión siete: Enfrentando los pensamientos intrusos
8. Sesión ocho: Resolución de Problemas. Revisión, práctica y ensayo de estrategias en resolución de problemas.
9. Sesión nueve: Continuación en práctica y ensayo de estrategias en resolución de problemas
10. Sesión diez: Sesión de cierre.

### **Metodología**

El programa de entrenamiento en técnicas, cognitivo conductuales para adolescentes que presentan riesgo suicida alto utiliza un procedimiento diseñado inicialmente para controlar efectos del estrés en los adolescentes y permitir una sensación de bienestar y control sobre su comportamiento. A través del entrenamiento en relajación progresiva a lo largo de todo el programa se espera que el adolescente maneje eficientemente esta técnica y la utilice en aquellas situaciones generadoras de estrés y ansiedad que eventualmente pueden llegar a ideación o intento suicida

A continuación se trabaja en reestructuración cognitiva, interviniendo directamente en su estado emocional a través de la identificación modificación y corrección de aspectos potencializadores de sentimientos de indefensión y depresión, como la tríada cognitiva, los pensamientos automáticos y las distorsiones negativas. Seguidamente se trabaja en aquellos pensamientos intrusos y perseverantes con contenidos autodestructivos que no se controlaron en la reestructuración cognitiva y se entrena en técnicas para su control.

Finalmente se instruye en la técnica de resolución de problemas subrayando que la conducta suicida o cualquier otra conducta autodestructiva es una alternativa pobre para manejar los problemas.

Buscando que las sesiones cumplieran con los objetivos propuestos se utilizará el siguiente formato:

1. Introducción y establecimiento de la agenda a desarrollar.
2. Enlace con la sesión previa a través de la revisión de actividades para la casa, como autoregistros, práctica de técnicas, etc.
3. Presentación didáctica sobre el tema central de cada sesión
4. Discusión de los temas y retroalimentación
5. Resumen y asignación de actividades prácticas para realizar en la casa.
6. Entrenamiento en relajación (A partir de la segunda sesión hasta la sesión nueve)

### **Técnicas de Intervención.**

#### **Relajación progresiva**

La ansiedad es una consecuencia común de la ideación suicida y la depresión (Reineke, 1998). Para estos grupos el uso de relajación progresiva pueden ser útiles para contribuir a la sensación de control sobre sus vidas.

Esta técnica está basada en la premisa de que las respuestas del organismo a la ansiedad provocan pensamientos y actos que producen tensión muscular. Esta tensión fisiológica, a su vez, aumenta la sensación subjetiva de malestar. La relajación muscular profunda reduce tensión fisiológica y es incompatible con la ansiedad dándole al sujeto sensación de control y autoeficacia.

La técnica trabaja mediante instrucciones de tensar y relajar músculos.

Se trabajan cuatro grupos principales de músculos:

1. Músculos de la mano, antebrazo y bíceps.
2. Músculos de la cabeza, cuello, hombros.
3. Músculos del tórax, de la región del estómago y de la región lumbar.
4. Músculos de los muslos, de las nalgas, pantorrillas y los pies.

### **Estrategias y técnicas usadas en la relajación progresiva**

#### **Respiración completa.**

Es una forma de respiración natural que apoya el proceso de relajación. Su utilización debe hacer al inicio de la relajación entrenando sobre la técnica, también en los momentos donde se solicite distensionar los músculos y al finalizar la relajación. Sus instrucciones son: Al inspirar llene primero las partes más bajas de los pulmones. El diafragma presionara su abdomen hacia fuera para permitir el paso del aire. En segundo lugar, llene la parte media de los pulmones, mientras que en la parte inferior del tórax y las últimas costillas de expanden ligeramente para acomodar el aire que hay en su interior. Por último, llene la parte superior de los pulmones mientras eleva ligeramente el pecho y mete el abdomen hacia adentro. Estos tres pasos pueden desarrollarse en una única inhalación suave y continuada que puede llevarse a cabo, con un poco de práctica, en pocos segundos (Davis, Mckay Eshelman, 1986).

#### **Visualización**

Al finalizar la sesión de relajación se inicia un proceso de cognición utilizando la imaginación para visualizar un lugar o escena relajante para cada sujeto y para cerrar de forma apropiada el proceso de relajación.

#### **Reestructuración cognitiva**

La reestructuración cognitiva se articula como el eje central del programa ya que se dirige a modificar el estilo cognitivo de los sujetos con riesgo suicida alto, a través de la modificación de la concepción negativa que los sujetos tienen sobre sí mismos y sobre su existencia.

Esta técnica va encaminada concretamente a delimitar concepciones erróneas y las distorsiones, de forma que se valore de manera más realista el comportamiento cognitivo y se tenga capacidad de afrontar adecuadamente futuras situaciones

### **Estrategias y técnicas usadas en la reestructuración cognitiva**

#### **Técnicas de auto observación**

Se trata de un método basado en la observación y registro que hace el sujeto de su propia conducta tanto manifiesta como encubierta (Caballo, 1991).

Con anterioridad a su utilización el terapeuta deberá: (a) delimitar la conducta objeto de observación, (b) seleccionar un procedimiento de registro y (c) entrenar al sujeto en su empleo. De esta forma se garantiza una mayor exactitud en la información obtenida.

Este procedimiento se emplea en la evaluación conductual por diversas razones:

1. Permite la disponibilidad de información poco accesible como por ejemplo; cogniciones, percepciones, etc.
2. Supone un método de control de las actividades para la casa
3. Puede motivar al sujeto a continuar modificando su conducta ya que observa directamente los logros conseguidos (autoreforzos).

#### **Registro diario de Pensamientos Disfuncionales**

Es una hoja de trabajo que ayuda al sujeto a reconocer sus pensamientos automáticos ya que proporcionan un formato simple y efectivo donde el sujeto puede registrar sus

pensamientos y reacciones en las situaciones problemáticas. Puede usarse como actividad para la casa la cual se revisa en cada nueva sesión.

Un registro diario de pensamientos disfuncionales presenta la siguiente estructura:  
(Ver tabla 11).

Tabla 11

**Registro Diario de Pensamientos Disfuncionales**

FECHA HORA	SITUACION	EMOCIONES	PTO AUTOMAT.	RTA. RACIONAL	RESULTADOS
	Describe un suceso real que conduce a la emoción desagradable.	Especifica triste, ansioso, enfadado, etc. Puntúa el grado de emoción de 1 a 100.	Escribe los pensamientos automáticos que precede a las emociones.  Valora la creencia de los pensamientos 0-100%	Escribe la respuesta racional a los pensamientos automáticos.  Valora la creencia de la respuesta irracional de 0 a 100%	Reevalúa la creencia en los ptos automáticos 0-100%.  Especifica y puntúa las emociones resultantes de 0-100.

**Programación de actividades**

Las autoverbalizaciones más corrientes de personas suicidad suelen ser “Me siento aplastado”, “estoy sentado todo el día sin nada que hacer, ¿para qué continuar? Soy una

pérdida.” La programación de actividades pueden ser efectivas para generar cambios y demostrar al sujeto que sus ideas de incompetencia e inutilidad son erradas su objetivo principal es buscar el bienestar del individuo a través de la realización exitosa de actividades escogidas por él mismo, dándole una perspectiva diferente a las ideas que sostienen su depresión (Freemann y Reinecke, 1995).

### **Ensayo cognitivo**

Al visualizar un acontecimiento en la mente, los sujetos pueden practicar determinadas conductas usando su imaginación. Muchos atletas emplean esta técnica para fortalecer su ejecución. Seleccionando una escena razonable al principio y practicándola mediante la imaginación el sujeto puede investigar multitud de posibilidades.

### **Cuestionar las pruebas**

Es una forma efectiva de desafiar los pensamientos disfuncionales. Consiste en examinar el grado en que el pensamiento se apoya en pruebas disponibles y si otras interpretaciones corresponderían mejor con las pruebas (Freemann y Reinecke, 1995).

Generalmente las personas presentan atención selectiva a las pruebas que confirman sus ideas y creencias, por este motivo es importante enseñar a los sujetos a cuestionar las pruebas que está usando para mantener y fortalecer una creencia. Para ello se pueden formular las siguientes preguntas: ¿Qué evidencia hay de este pensamiento?, ¿Existe una forma alternativa de explicación?, ¿Estas olvidando hechos relevantes o centrándote en excesivamente en hechos irrelevantes?, ¿Necesito recoger más evidencia sobre la realidad de este pensamiento?

### **Descatastrofizar**

Esta estrategia enseña al sujeto a no ver la consecuencia de sus acciones como todo o nada y a observar si está subestimando la naturaleza catastrófica de la situación. Generalmente se trabaja a través de preguntas como ¿Qué es lo peor que te puede suceder? (Rodríguez y Méndez, 1998). Esta técnica es importante ya que el pensamiento catastrófico es un aspecto presente en muchas distorsiones cognitivas.

### **Exageración o Paradoja**

La exageración o paradoja básicamente trabaja sobre las creencias del sujeto, llevando la idea hasta su extremo con el fin de ayudar a la persona a moverse hacia una posición más central. En su aplicación el terapeuta usa absolutos como nunca, siempre, nadie, todos, etc. (Freemann y Reinecke, 1995).

### **Focalización**

Hay un límite en la cantidad de cosas que una persona puede pensar cada vez. Ocupando la mente con pensamientos neutros el sujeto puede bloquear los pensamientos disfuncionales durante un periodo limitado. Esto básicamente consiste en contar, pensar en imágenes tranquilas agradables o incluso centrando su atención en estímulos externos (Caballo, 1991).

Aunque esta técnica es breve por naturaleza, es muy útil porque concede a los individuos tiempo para lograr cierto grado de control sobre sus pensamientos.

### **Autoinstrucción**

En esta técnica el terapeuta enseña al sujeto a producir auto instrucciones directas o en algunos casos contra instrucciones para el manejo de su propia conducta durante su actuación.

La autoinstrucción es una técnica que todos usamos en diversos momentos, dándonos ordenes instrucciones o información a nosotros mismos, por lo tanto todos la

dominamos, aquí el terapeuta no produce nada nuevo para el sujeto, sin embargo ayuda a usar y fortalecer esta técnica en diversos momentos corrigiendo sus cogniciones (Freemann y Reinecke, 1995).

### **Bloqueo de Pensamiento**

A menudo los pensamientos disfuncionales tienen el efecto de bola de nieve sobre el individuo. Lo que empieza por ser un problema pequeño e insignificante, si se le permite seguir puede coger peso, y acabar siendo enorme. El bloque de pensamiento es más útil cuando se inicia el pensamiento. Se puede enseñar al sujeto a imaginar una señal de stop, oír una campana, imaginar una pared, o pensar en la palabra stop, cualquiera de estas puede servir para bloquear la progresión y crecimiento de los pensamientos. El terapeuta pegando fuertemente la mesa o haciendo otro tipo de señal puede servir como ayuda para que los sujetos bloqueen los pensamientos dentro de la sesión.

### **Solución del Problema**

El entrenamiento en solución de problemas es una técnica que persigue modificar el modo con que los sujetos abordan situaciones problema, insistiendo, sobre todo, en seguir una metodología sistemática para enfrentar los conflictos. Este proceso se refiere tanto a la elaboración de soluciones como a la toma de decisiones (Rodríguez y Méndez, 1998).

En su implementación se debe tener en cuenta los siguientes pasos:

1. Orientación y sensibilización hacia los problemas
2. Definición y formulación del problema
3. Generación de soluciones alternativas en lluvia de ideas que se examinan de acuerdo a sus ventajas y desventajas.

4. Identificación y evaluación de consecuencias para cada alternativa “toma de decisiones”.
5. Ejecución de la solución y verificación.

### **Estrategias y técnicas usadas en el entrenamiento y solución de problemas**

#### **Juego de Roles**

Esta técnica consiste en actuar una situación como si esta sucediera realmente permitiendo que el grupo se ubique de manera imaginada en un tiempo, lugar y circunstancia específica representando la situación problema. El papel del terapeuta consiste en modelar las cogniciones o actos que considere necesarias (Riso, 1992).

#### **Ensayo de conducta**

En la sesión puede usarse para practicar posibles conductas e interacciones, para manejar directamente situaciones con otros significativos como padres amigos. El terapeuta puede proporcionar feedback sobre la ejecución de los sujetos y asistirlos para que produzcan respuestas específicas y más efectivas. Generalmente esta técnica se practica junto con el modelamiento y reforzamiento positivo.

### **Sesión Uno**

Presentación e integración

#### **Objetivo**

Establecer confianza y empatía en el grupo y presentar la propuesta de trabajo

#### **Actividades**

1. Inicialmente se realiza una presentación con dinámica de integración grupal creando un ambiente propicio para socializar las expectativas del grupo acerca del trabajo a realizar (40 minutos aproximadamente).

2. Presentación de la propuesta de trabajo y descripción del contenido del programa de entrenamiento en técnicas cognitivo – conductuales (15 minutos aproximadamente).

3. Entrega del contrato terapéutico (10 minutos aproximadamente).

### **Recursos**

Aula o salón adecuados

Tablero, Marcadores.

Fotocopias del contrato terapéutico.

## **Sesión dos.**

### **Relajación progresiva**

Aprendiendo a Relajarse

### **Objetivo**

Iniciar el entrenamiento en relajación.

### **Actividades**

1. Tema: “Como afecta el estrés nuestro pensamiento y comportamiento implicaciones con comportamientos autodestructivos” explicación de la técnica de relajación (20 minutos aproximadamente).

3. Ejercicio de práctica de la relajación completa (40 minutos aproximadamente).

4. Discusión y retroalimentación (10 minutos aproximadamente).

5. Resumen y asignación de técnica como actividad para la casa (10 minutos aproximadamente).

### **Recursos**

Aula o salón adecuados

Tablero, marcadores

Cartelera

Grabadora

### **Sesión tres**

#### **Reestructuración cognitiva**

Identificando pensamientos

#### **Objetivo**

Identificación de pensamientos automáticos negativos.

#### **Actividades**

1. Revisión de la actividad para la casa (15 minutos aproximadamente).
2. Introducción y explicación de la técnica cognitiva (20 minutos aproximadamente).
3. Entrenamiento en auto observación y registro de pensamientos disfuncionales las cuatro primeras columnas (20 minutos aproximadamente).
4. Discusión y retroalimentación (10 minutos).
5. Resumen y asignación del primer registro como tarea (10 minutos aproximadamente).
6. Relajación (15 minutos aproximadamente).

#### **Recursos**

Aula o salón adecuados

Tablero, marcadores

Cartelera

Fotocopias de registro de pensamientos disfuncionales

Grabadora

### **Sesión cuatro**

Confrontando la realidad de los pensamientos

#### **Objetivo**

Analizar y someter a prueba de realidad los pensamientos automáticos negativos contenidos en los esquemas.

### **Actividades**

1. Revisión de actividades para la casa. (15 minutos aproximadamente).
2. Tema: “Examen de las evidencias a favor y en contra de los pensamientos automáticos” (10 minutos aproximadamente).
3. Inicio con el grupo el uso de estrategias cognitivas que refuten los pensamientos automáticos (cuestionar pruebas, descatastrofizar, exageración y paradoja) (30 minutos aproximadamente).
4. Discusión y retroalimentación (10 minutos aproximadamente).
5. Resumen y asignación de actividades de práctica de estas estrategias en sus propias creencias y pensamientos automáticos, continuar con los registros. (10 minutos aproximadamente).
6. Relajación (15 minutos aproximadamente).

### **Recursos**

Aula o salón adecuados

Tablero, marcadores

Cartelera

Grabadora

## **Sesión cinco**

Modificando distorsiones cognitivas

### **Objetivo**

Identificar y modificar distorsiones cognitivas.

### **Actividades**

1. Revisión de la actividad para la casa (15 minutos aproximadamente).
2. Tema: “Los pensamientos distorsionados” (15 minutos aproximadamente).
3. Se elige una distorsión cognitiva para ser representada junto con el comportamiento problemático que provoca y mediante el juego de roles el terapeuta modela cogniciones mas adecuadas. (10 minutos aproximadamente).
4. Discusión y actividad grupal en un registro de doble columna, los integrantes anotan su distorsión y plantean una más funcional. A partir de este momento se llena el diario de pensamientos disfuncionales con las dos columnas restantes, respuesta racional y resultados (15 minutos aproximadamente).
5. Resumen y asignación de actividades, llenar completamente el registro ensayando la respuesta racional y observando los resultados (10 minutos aproximadamente).
6. Relajación (15 minutos aproximadamente).

### **Recursos**

Aula o salón adecuados

Tablero, marcadores

Cartelera

Grabadora

### **Sesión seis.**

Identificando y contrarrestando la tríada cognitiva

### **Objetivo**

Identificar, examinar, evaluar y contrarrestar los elementos que conforman la tríada cognitiva.

### **Actividades**

1. Revisión de la actividad para la casa (15 minutos aproximadamente).

2. Tema: Visión de sí, los demás, y el futuro, implicaciones cognitivas con pensamientos depresivos y autodestructivos (15 minutos aproximadamente).
3. Evaluación de las interpretaciones de la tríada y utilización de la técnica de ensayo cognitivo (15 minutos aproximadamente).
4. Discusión y actividad. Se solicita a los participantes realicen una lista de actividades que dominen y les produzca placer calificándolas de 0 a 10 y se hace entrega del registro semanal de actividades explicando a los participantes que deben realizar las actividades escogidas por ellos mismos en los horarios que consideren (10 minutos aproximadamente).
5. Resumen y asignación de actividad completando en la semana el registro de actividad (10 minutos aproximadamente).
6. Relajación (15 minutos aproximadamente).

### **Recursos**

Aula o salón adecuados.

Tablero, marcadores.

Cartelera.

Fotocopias registro de actividades semanal.

Grabadora

### **Sesión siete.**

Enfrentando los pensamientos intrusos

### **Objetivo**

Brindar elementos útiles para manejar y controlar pensamientos disfuncionales intrusos relacionados con ideas autodestructivas.

### **Actividades**

1. Revisión de actividad para la casa (15 minutos aproximadamente).
2. Tema: “Manejo de pensamientos intrusos” Explicación de técnicas como bloqueo de pensamientos, focalización y autoinstrucción (15 minutos aproximadamente).
3. Identificación de pensamientos de difícil control y de ideación suicida (15 minutos aproximadamente).
4. Ejercicio de práctica de las técnicas (20 minutos aproximadamente).
5. Resumen y retroalimentación. Asignación de práctica para la casa (10 minutos aproximadamente).
6. Relajación (15 minutos aproximadamente).

### **Recursos**

Aula o salón adecuados

Tablero, marcadores

Cartelera

Grabadora

## **Sesión ocho.**

### **Resolución de problemas**

Revisión, práctica y ensayo de estrategias en resolución de problemas.

### **Objetivo**

Enseñar la técnica en resolución de problemas

### **Actividades**

1. Socialización de actividades para la casa (15 minutos aproximadamente).
2. Tema: “Manejando los problemas” instrucción ejemplificada sobre la técnica de resolución de problemas (20 minutos aproximadamente).

3. Actividad grupal, el terapeuta presenta una serie de situaciones problema relacionados con conductas autodestructivas a través del ensayo de conducta se le pide a los integrantes del grupo que representen una de estas situaciones y den una solución siguiendo la metodología de la técnica en resolución de problemas, el terapeuta proporciona feedback sobre la ejecución y se modela las soluciones mas efectivas (30 minutos aproximadamente).
4. Resumen y retroalimentación. Asignación de práctica, de la técnica en la semana en un problema que ellos escojan (10 minutos aproximadamente).
5. Relajación (15 minutos aproximadamente).

### **Recursos**

Aula o salón adecuados

Tablero, marcadores

Cartelera

Grabadora

### **Sesión nueve**

Revisión, práctica y ensayo de estrategias en resolución de problemas

### **Objetivos**

1. Continuar con el entrenamiento en la técnica de resolución de problemas

### **Actividades**

1. Revisión de las actividades para la casa verificando y corrigiendo áreas del proceso que presenten dificultades (20 minutos aproximadamente).
2. Actividad intragrupal en juego de roles, representando diferentes situaciones problema relacionadas con conductas autodestructivas (40 minutos aproximadamente).
3. Resumen y retroalimentación (10 minutos aproximadamente).

4. Relajación (15 minutos aproximadamente).

**Recursos**

Aula o salón adecuados

Tablero, marcadores

Grabadora

**Sesión diez**

Sesión de cierre

**Objetivo**

Resumen y retroalimentación del programa en técnicas cognitivo conductuales.

**Actividades**

1. Resumen de las técnicas manejadas a lo largo del programa y entrega del material de texto (30 minutos aproximadamente).
2. Socialización de la experiencia vivida por cada participante en el programa (30 minutos aproximadamente).
3. Cierre y agradecimiento (5 minutos aproximadamente).

**Recursos**

Aula o salón adecuado

Material en fotocopia del resumen de las técnicas utilizadas en el programa.