



**Universidad
Europea** MADRID

Caso clínico: abordaje de la ideación suicida desde una perspectiva conductual

Máster de Psicología General Sanitaria

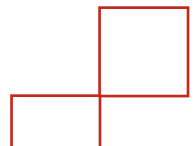
Autor/a Inmaculada Morcillo Barrientos

Tutor/a Concepción Serrador Diez

Fecha de realización del trabajo: 28 de febrero de 2022

Campus Villaviciosa de Odón
Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón
28670 Madrid
universidadeuropea.com

Campus Alcobendas
Avenida Fernando Alonso, 8
28108 Madrid



Agradecimientos

Es de agradecer el esfuerzo, dedicación y apoyo que he sentido por parte de mis tutores, Concepción Serrador Diez y María Recuenco Lain. No habría sido posible la realización del trabajo sin su seguimiento.

Quiero agradecer a todos los profesores que he tenido a lo largo del Máster por habernos formado profesional y personalmente. A nivel personal me ha enriquecido enormemente esta experiencia.

Resumen

El suicidio es considerado uno de los problemas más graves de salud en la actualidad. Según la Organización Mundial de la Salud, alrededor de 800.000 personas intentan quitarse la vida cada año. Estos datos se han visto incrementados a raíz de la Covid-19, en concreto durante la pandemia se ha producido un aumento de las conductas suicidas entre los jóvenes. Teniendo en cuenta estos datos, es fundamental que este tipo de conductas sean prevenidas y atendidas. El siguiente estudio de caso, relata la historia de una mujer joven de 28 años. Busca ayuda en una clínica privada de asistencia psicológica en Madrid, especializada en terapia de conducta. Acude por recurrentes ideas suicidas y bajo estado de ánimo. Se realiza un análisis funcional de las conductas problemas de la paciente, a través de entrevistas semiestructuradas, autoinforme, autorregistros. Se trata de un estudio en el que se muestra la intervención psicológica en este tipo de problemática abordada desde una perspectiva conductual. No llega a finalizar el tratamiento, solo llevaba ocho sesiones en el momento de realizar el trabajo. Actualmente la paciente sigue en proceso terapéutico. El objetivo del trabajo es poder visibilizar el suicidio, dar pautas para poder detectar y conocer los signos de alerta, poder intervenir en la problemática. Se pretende que dentro del personal sanitario se profundice más sobre esta problemática, poder dar visibilidad ya que no existen suficientes publicaciones que la evalúen, serían necesarios más estudios replicables y específicos sobre el tema.

Palabras clave: estudio de caso, ideación suicida, terapia de conducta.

Abstract

Suicide is considered one of the most serious health problems today. According to the World Health Organization, around 800,000 people attempt suicide each year. These data have been increased as a result of Covid-19, specifically during the pandemic there has been an increase in suicidal behavior among young people. Taking these data into account, it is essential that this type of behavior be prevented and addressed. The following case study tells the story of a 28-year-old young woman. She seeks help at a private psychological assistance clinic in Madrid, specializing in behavior therapy. She comes for recurring suicidal ideas and low mood. A functional analysis of the patient's problem behaviors is carried out, through semi-structured interviews, self-reports, and self-records. This is a study that shows the psychological intervention in this type of problem approached from a behavioral perspective. She did not finish the treatment, she had only had eight sessions at the time of doing the work. The patient is currently undergoing treatment. The objective of the work is to be able to make suicide visible, to give guidelines to be able to detect and know the warning signs, to be able to intervene in the problem. It is intended that within the health personnel this problem be deepened, to be able to give visibility since there are not enough publications that evaluate it, more replicable and specific studies on the subject would be necessary.

Keywords: case study, suicidal ideation, behavior therapy.

Índice

1.	Introducción	6
2.	Identificación del paciente y motivo de consulta	16
3.	Estrategias de evaluación	19
4.	Formulación clínica del caso	23
4.1.	Identificación de las variables disposicionales	24
4.2.	Hipótesis de origen	24
4.3.	Hipótesis de mantenimiento.....	25
5.	Tratamiento	29
6.	Valoración del tratamiento	33
7.	Discusión y conclusiones	38
8.	Referencias bibliográficas	44
9.	Anexos	49

IDEACIÓN SUICIDA DESDE UNA PERSPECTIVA CONDUCTUAL

1. Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012) el suicidio es un fenómeno social complejo y una práctica generalizada. Además, es reconocido también como un problema de salud pública y mental, cuya prevalencia y morbilidad en población general ha incrementado, especialmente en la población adolescente y joven. Según la Organización Mundial de la Salud, alrededor de 800.000 personas en todo el mundo intentan quitarse la vida cada año. En 2017 la tasa de suicidio en España fue más de 3.500 muertes, superando a las muertes por accidentes de tráfico (Agra et al., 2019). Representa una ratio anual de 11.4 suicidios por cada 100.000 habitantes, en concreto, 15 hombres por cada 8 mujeres, manifestando el 50% de muertes violentas en hombres y el 71% en las mujeres, a nivel mundial (Navarro, 2017). Se calcula que por cada suicidio consumado hay entre 10 y 20 intentos (OMS, 2004).

El suicidio se ha convertido en una prioridad de la salud pública a la que se está tratando de dar respuesta a nivel internacional. Como mencionan Agra y colaboradores (2019), existe un Plan de Acción de Salud mental de la OMS con fecha de 2013-2020, que tiene intención de apoyar a aquellos países y así poder reforzar los programas de prevención del suicidio. Como objetivo de la Organización de Naciones Unidas es poder reducir en 2030 aquellas muertes que se produzcan por enfermedades no transmisibles y que sirvan como indicador para poder medir la tasa suicidio.

Si se analizan las tasas de suicidio por comunidades y ciudades autónomas de defunción, sexo y medio empleado, según el Instituto Nacional de Estadística (2017), encontramos 3.679 suicidios; la tasa más elevada se encuentra en Andalucía, 702 suicidios, seguida de Cataluña con

IDEACIÓN SUICIDA DESDE UNA PERSPECTIVA CONDUCTUAL

519 muertes y Comunidad Valenciana, 407 suicidios. Las tasas más bajas se encuentran en Melilla, 2 muertes, seguida de Ceuta con 4 muertes y La Rioja, 23 muertes. En relación a la franja de edad, donde existe una tasa más elevada de suicidio es entre los 30 y 39 años. Por otro lado, aunque existe una mayor tasa de suicidio en esa franja de edad, también está presente en el grupo de edad de entre los jóvenes de 15 y 29 años, siendo la segunda causa de defunción en jóvenes, se ha vinculado con experiencias traumáticas, estresantes, acoso escolar, historias familiares, a todo ello hay que sumarle la carencia de factores personales que presentan en ese momento, como sería la desesperanza, capacidad de resolución de problemas, viendo así la conducta suicida como única solución a sus problemas (Mora, 2018).

Con respecto a los medios empleados más utilizados, según el Instituto Nacional de Estadística (2017), son los siguientes: hombres y mujeres coinciden en el ahorcamiento, estrangulamiento y sofocación con un total de 1684 personas, seguido de saltar al vacío con 890 muertes como los más utilizados, y el tercer método en el que coinciden es en la exposición a otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas, 255 suicidios. Sin embargo, el cuarto medio más utilizado en el sexo masculino es el disparo de armas de fuego, mientras que en el sexo femenino el cuarto medio es la lesión autoinfligida intencionalmente por medios no especificados.

Hay estudios que muestran como la conducta suicida durante la pandemia ha aumentado en comparación a los dos años previos, en concreto en la ciudad de Barcelona, aumentando significativamente la aparición de ideas de suicidio en especial, en jóvenes menores de edad (Jerónimo et al., 2021). Según (Benítez, 2021), ha habido un incremento en llamadas solicitando

IDEACIÓN SUICIDA DESDE UNA PERSPECTIVA CONDUCTUAL

ayuda psicológica conforme han ido avanzando los meses. Por lo que, no cabe duda que la Covid-19 ha tenido un gran impacto en la salud mental, en concreto en las muertes autoprovocadas. Existen otros estudios, según March (2021) que demuestran como durante la pandemia se ha producido un aumento de las conductas suicidas entre los jóvenes. Algunas de las razones de estas conductas pueden ser debido a la falta de información, concienciación y visualización de esta problemática.

En la población sigue siendo sorprendente, como el suicidio es una de las primeras causas de mortandad en los jóvenes. Estadísticamente se configura entre las primeras causas de muerte en el mundo. Como en cualquier conducta siempre hay que tener en cuenta las variables disposicionales del entorno y las del individuo que facilitan o probabilizan los comportamientos para poder describirla, hay multitud de variables que explican la ideación suicida, el intento o la consumación (Martín, 2016). En este tipo de comportamiento interfieren diferentes variables, tanto de riesgo como de protección, en las que se involucran diferentes aspectos, en concreto, intrínsecos, sociales y comunitarios del individuo (Domínguez et al., 2016). Entre ellas se puede destacar, tener una baja autoestima, entendida como la percepción global que el sujeto tiene de su persona (Rosenberg, 1986). Desde una perspectiva psicológica clínica cognitivo-conductual se ha considerado que las personas con ideaciones suicidas cuando mantienen una perspectiva pesimista sobre su futuro, entorno y ellos mismos, determinan la aparición y el funcionamiento de la ideación y conducta suicida (de la Torre, 2013). Es importante hacer referencia al 40% de aquellos individuos que han llegado a consumir el suicidio o han tenido intentos, han visitado previamente la semana anterior un servicio psiquiátrico (Beck et al., 1983).

IDEACIÓN SUICIDA DESDE UNA PERSPECTIVA CONDUCTUAL

Según manifiestan Sánchez y colaboradores (2018), se han encontrado estudios que demuestran que la detección y control de variables psicosociales y clínicas reducen las tentativas suicidas y como consecuencia el suicidio consumado.

Como factores de protección se pueden destacar el nivel de habilidades sociales, ya que influye de manera decisiva en la salud mental de las personas, por lo que, un alto nivel en habilidades sociales puede prevenir la tentación de tentativas suicidas, a través de la creación y mantenimiento de estructuras sociales protectoras (Sánchez et al., 2018). En la misma línea, la inteligencia emocional juega un papel importante, puede definirse como conjunto de factores emocionales, sociales y personales que influyen en la adaptación de los individuos frente a las demandas y presiones del ambiente y así poder enfrentarse a situaciones estresantes (Mamani-Benito, 2018). Se ha encontrado también que las personas que practican algún tipo de religión funcionan como factor protector. Existe una mayor tasa de suicidio en personas ateas (Navarro, 2017).

Sin embargo, a veces la ideas acerca de la muerte y el suicidio, surge como última opción a una situación personal que consideran no poder aguantar más, en cambio, otras veces surgen como solución a los problemas que su estado ocasiona a los que le rodean. Desde una perspectiva cognitivo-conductual, las ideas acerca de la muerte, la ideación suicida, hacen referencia a la aparición de aquellos pensamientos cuyo contenido está relacionado con dar por finalizada a la propia existencia (de la Torre, 2013).

IDEACIÓN SUICIDA DESDE UNA PERSPECTIVA CONDUCTUAL

Por otro lado, es importante mencionar la conducta del terapeuta durante la evaluación, ante todo, no debe temer afrontar un tema delicado y conflictivo, ya que va a impedir que afronte el tema con objetividad y con la suficiente lucidez para detectar aquellos indicadores que el paciente le esté dando. Por lo que, es necesario poder afrontarlo de forma franca y directa, sin mantener un discurso moralizante y sin hacer intentos de convencer al paciente de aquello inadecuado de su conducta (Froján-Parga, 2006). El terapeuta debe ser capaz de comprender por qué los sentimientos del paciente le llevan a intentar experimentar y suicidarse, es decir, la desesperación del individuo (Beck et al., 1983).

Dentro esta problemática, juega un papel importante la activación conductual (AC), se puede considerar como una de las terapias más eficaces para la depresión y otras problemáticas (Pérez, 2007). Se puede definir como un tratamiento teóricamente fundamentado y establecido como una terapia, la cual representa hoy en día para los terapeutas, una de las alternativas que se puede considerar contrastada frente a la intervención cognitiva propuesta desde el modelo fundado por Beck (Barraca, 2016). Los estudios empíricos, exponen como una intervención desde perspectivas cognitivo-conductuales y conductuales, mantienen resultados a largo plazo, por lo que se puede demostrar el valor empírico de este tipo de terapia (Hollon & Dimidjian, 2009). La activación conductual, consiste en producir cambios en el contexto, para poder incrementar las interacciones del ambiente con la persona y así fomentar nuevas fuentes de reforzamiento y nuevos comportamientos alternativos (Bianchi y Muñoz-Martínez, 2014). El objetivo de la activación conductual, no se reduce en la programación de actividades agradables para el paciente, no es solo la disminución de los síntomas que presenta sino es la reducción de aquellos comportamientos incompatibles, es decir, consiste en que la persona bajo un control

IDEACIÓN SUICIDA DESDE UNA PERSPECTIVA CONDUCTUAL

apetitivo vaya realizando los objetivos planteados tanto a corto como a largo plazo. La programación de realización de actividades, se considera el elemento mayormente característico de la activación conductual (González-Terrazas y Campos, 2021). Por lo que, la hipótesis de la activación hace referencia a poder producir en los pacientes activación y que tomen contacto con los posibles factores ambientales beneficiosos para ellos (Pérez, 2007). Hay que señalar que la activación conductual no solo trata de aumentar las actividades agradables, consiste en hacer algo funcional para el paciente. El objetivo es que identifique las consecuencias relacionadas con su estado de ánimo que tienen las acciones realizadas, es fundamental que relacionen lo que les pasa con las circunstancias de su vida. Por otro lado, es importante señalar que la activación conductual enseña a que el cliente actúe en función de sus objetivos y no se deje llevar por el estado de ánimo que presenta (Pérez, 2007). La AC, ha demostrado ser una opción para poder aumentar las fuentes de reforzamiento en los pacientes, a través de la implicación de los mismos en la realización y programación de actividades (González-Terrazas y Campos, 2021).

Las reglas verbales juegan un papel importante en la AC, en concreto, poder clarificar o crear una regla verbal puede influir de forma positiva en los comportamientos deseables en el paciente, permite aumentar los mismos, es decir, todo ello bajo un control apetitivo que se establece a través del contacto con las consecuencias verbales que ejercen un reforzamiento positivo sobre esta clase de respuestas (González-Terrazas y Campos, 2021). Por ejemplo, una persona con constantes ideas suicidas “ojalá poder morirme”, “ya me queda menos”, “estoy cerca de quitarme la vida”, adquieren dicha función, debido al aprendizaje que depende de las reglas verbales.

IDEACIÓN SUICIDA DESDE UNA PERSPECTIVA CONDUCTUAL

Teniendo presente todo lo mencionado anteriormente de la activación conductual, la conducta operante se puede considerar como una conducta flexible, es decir, permite que el sujeto se pueda comportar de una manera amplia y adaptativa, incluso estando presentes eventos privados desagradables y dejando de realizar ciertas actividades con la presencia de eventos agradables, produciendo el cambio de estos como un beneficio de la activación (Martell et al., 2013).

El tratamiento escogido para la intervención en el siguiente caso clínico ha sido la Terapia de Conducta. La Terapia de Conducta, trata de afrontar los problemas clínicos, como problemas de interacción, es decir, aquellas dificultades psicológicas que muestran las personas y que presentan dificultades de adaptación en su vida cotidiana (Froján-Parga y Santacreu, 1999). Desde la perspectiva de la Terapia de Conducta, el objetivo es aprender una nueva serie de comportamientos, aprovechar los recursos que muestra tanto la persona como en el contexto en el que se encuentra, cambiando el contexto para que pueda favorecer el bienestar del paciente (Froján-Parga y Santacreu, 1999).

Para la realización del siguiente Trabajo de Fin de Máster, me he basado en la herramienta clínica básica de toda terapia psicológica, el Análisis Funcional, cuyo objetivo es explicar el mantenimiento del comportamiento. El Análisis Funcional ayuda a identificar las relaciones existentes entre las respuestas de la persona y las variables del contexto (Zanón et al., 2016). Desde el Análisis Funcional, según (de la Torre, 2013), el concepto de ideación de suicidio hace referencia a aquellos pensamientos o verbalizaciones de los mismos, referidos a valoraciones sobre el riesgo del contexto, el análisis de las consecuencias del intento o el logro

IDEACIÓN SUICIDA DESDE UNA PERSPECTIVA CONDUCTUAL

del suicidio, el procedimiento y los instrumentos para poder llevarlo a cabo. Por lo que, teniendo en cuenta todos estos elementos, “el terapeuta puede hipotetizar la función que tiene en este caso el comportamiento del paciente, poder estimar el riesgo del suicidio y poder anticiparse ante cualquier tipo de comportamiento con una ejecución con éxito” (de la Torre, 2013, p. 13).

Los principales elementos del Análisis Funcional según Froxán-Parga y colaboradores (2020), son los siguientes, por un lado, se encuentran los estímulos (E) definidos como cualquier evento que provoca una reacción en un organismo, esta reacción puede ser de cualquier tipo. Los estímulos pueden ser antecedentes y consecuentes, por otro lado, las respuestas (R). Cuando se habla de estímulos antecedentes hace referencia a aquello que se produce antes de elicitar la respuesta y como consecuencia está relacionada con ella. Dentro de los diferentes tipos de estímulos que intervienen en cada tipo de aprendizaje encontramos lo siguiente: en el condicionamiento clásico puede aparecer tanto el estímulo incondicionado (EI), es aquel que de forma innata, elicita o desencadena una respuesta incondicionada en la persona, por otro lado, se encuentra el estímulo condicionado (EC) definido como estímulo que se considera desde el inicio como un estímulo neutro, es decir, que no provoca ninguna respuesta incondicionada en la persona, pero una vez que se empareja con un estímulo incondicionado (EI) o también puede condicionarse con otro estímulo condicionado genera una respuesta incondicionada (Zanón et al., 2016). Según los tipos de respuestas que intervienen en cada tipo de aprendizaje, en el condicionamiento clásico se encuentra la respuesta incondicionada (RI), definida como una respuesta no aprendida, innata y persistente, es aquella que es elicitada por un estímulo incondicionado (EI). También se encuentra la respuesta condicionada (RC), la cual se considera

IDEACIÓN SUICIDA DESDE UNA PERSPECTIVA CONDUCTUAL

el resultado final de la asociación, es similar a la respuesta incondicionada (RI) (Zanón et al., 2016).

Por otro lado, dentro del condicionamiento operante se encuentran los siguientes elementos, estímulo discriminativo y estímulo consecuente (Froxán-Parga et al., 2020). El estímulo discriminativo informa de la disponibilidad de un consecuente ante una conducta determinada, es decir, si a un comportamiento determinado le seguirá un consecuente determinado (Zanón et al., 2016). Estímulo consecuente hace referencia tanto a los reforzadores como a los castigos. Dentro de los reforzadores se encuentra el reforzamiento positivo, y reforzamiento negativo. El reforzamiento positivo aumenta la probabilidad de aparición de una respuesta, añadiendo que la contingencia R-C es positiva. Sin embargo, se entiende por reforzamiento negativo, el incremento de la probabilidad de aparición de respuesta, siendo en este caso la contingencia R-C negativa. Como se ha mencionado antes, dentro del condicionamiento operante se encuentran los estímulos consecuentes, ya se ha hablado de los reforzadores, por lo que quedan los castigos. Existen dos tipos de castigos, positivo y negativo. El castigo positivo es aquel que disminuye la probabilidad de aparición de respuesta, siendo la contingencia R-C positiva. El castigo negativo, disminuye la probabilidad de aparición de respuesta, siendo en este caso negativa la contingencia R-C (Froxán-Parga et al., 2020). Todo ello se puede observar de forma resumida en la Tabla 1.

Tabla 1

Tipos de Condicionamiento Operante

	Estímulo apetitivo	Estímulo aversivo
Se aplica	R+	C+
Se elimina	C-	R-

IDEACIÓN SUICIDA DESDE UNA PERSPECTIVA CONDUCTUAL

Nota. R+ (Reforzamiento positivo), R- (Reforzamiento negativo), C+ (Castigo positivo) y C- (Castigo negativo).

Estos principios descritos anteriormente son los que forman parte de las variables funcionales que explican el comportamiento de la persona. A parte de estas variables funcionales, encontramos en la misma línea las variables disposicionales, tal y como mencionan Froxán-Parga y colaboradores (2020), las cuales se pueden definir como variables que no se encuentran dentro de la secuencia funcional, pero favorecen que se den unas conductas u otras. A pesar de no estar dentro de las secuencias funcionales, son importantes porque tienen un papel importante en el comportamiento del paciente. Son condiciones de la persona y del contexto, que pueden favorecer o dificultar que una relación funcional tenga lugar.

El trabajo que se presenta tiene como objetivo reducir el riesgo de ideación suicida en la paciente, proporcionando ciertas técnicas que cuentan con evidencia empírica, que se desarrollarán posteriormente. Especialmente resaltando el papel del Análisis Funcional durante la intervención. Para finalizar, este estudio de caso tiene como objetivo poder servir de ayuda a otros profesionales y poder ofrecer una mayor visibilidad a este tipo de problemática, que actualmente es configurada como uno de los mayores problemas en salud.

2. Identificación del paciente y motivo de consulta

Para introducir la identificación de la paciente, han sido cambiado los datos de la usuaria para así poder asegurar el anonimato de la misma. Se utilizará la inicial J. para hacer referencia a la consultante. La paciente cumplimentó un documento de consentimiento informado para la protección de datos ver en Anexo A.

El sujeto que ha recibido tratamiento es una mujer, actualmente de 28 años. La paciente no tiene hijos, su estado civil es soltera. En la actualidad, tiene una pareja con la que lleva un año de relación. Tiene un nivel socioeconómico medio. Con nacionalidad española y habita en un pueblo de Barcelona. Actualmente, convive con sus padres, tiene una hermana, sin embargo, la misma se encuentra independizada en otra localidad por motivos laborales. La convivencia que tienen en casa no es especialmente buena, existen varios factores que hacen que sea complicada, más adelante se irán mencionando. En lo referente a la formación académica, graduada en Enfermería y estudiante de Máster. La usuaria se encuentra sin trabajo, aunque previamente ha trabajado como dependienta para una firma.

Acude por primera vez por iniciativa propia, en mayo de 2021, a un centro privado de asistencia psicológica, con objetivo de mejorar su estado emocional. J. presenta lo siguiente, según su autoinforme realizado durante la evaluación: ideas suicidas, apatía, tristeza, disociaciones y problemas sexuales.

En ese momento refiere padecer un importante malestar clínico que interfiere de manera significativa en su vida cotidiana, de ahí a que decida necesitar ayuda profesional.

IDEACIÓN SUICIDA DESDE UNA PERSPECTIVA CONDUCTUAL

La paciente manifiesta que lleva desde los 12 años con malestar. La frecuencia de este malestar general es casi todos los días. La paciente describe en consulta que es debido a ella misma y a la relación con su padre.

En cuanto a la sintomatología, según la historia biográfica de J. informa padecer los siguientes síntomas: dolores de cabeza, dolores de estómago, alteración del apetito, tristeza/apatía, mareos/desmayos, alteración del sueño, ataques de pánico, fatiga, dificultades para disfrutar, tensión muscular, dificultades de concentración, ideas de suicidio, temblor, pensamientos negativos repetitivos, miedos.

En relación a tratamientos anteriores, J. estuvo recibiendo tratamiento psicológico y psiquiátrico con 16 años. Actualmente se encuentra medicada con dosis de xeristar y gabapentina.

En cuanto a la valoración del nivel del riesgo del suicidio, hay que destacar que presenta un riesgo medio-alto debido a los siguientes factores: problemas de ansiedad, desesperanza, intentos previos de suicidio. En concreto, tuvo un ingreso en el área de psiquiatría durante dos meses, le hicieron un lavado de estómago, debido al consumo de sustancias tóxicas, en concreto, veneno para ratas. De hecho, actualmente tiene una elaboración de la ideación suicida, “se de qué manera lo haría”, concretamente cuando su madre no se encontrase en casa, pasar un tiempo específico sin hablar con su pareja y amigos, cuando su familia se encuentre de vacaciones para que no relacione el suceso con ellos y así no lo sientan culpabilidad por el suceso. Por otro lado, otro factor de riesgo es el abuso sexual previo que sufrió su mejor amiga. Respecto a la historia

IDEACIÓN SUICIDA DESDE UNA PERSPECTIVA CONDUCTUAL

familiar, cabe destacar, que la madre amenaza con irse de casa constantemente. Es importante mencionar que existen otros episodios que han sido aversivos en la vida de la paciente, en concreto, intentos previos de suicidio de personas cercanas, por parte de su padre, estuvo ingresado en el hospital. Por lo que, hay un modelado en el contexto familiar y social, por parte de su padre. Para finalizar, es necesario hacer hincapié en que hay otros sucesos del pasado que hace que aumente la ideación suicida, en concreto cuando tenía 6 años sufrió acoso escolar.

3. Estrategias de Evaluación

Para comenzar el tratamiento, son necesarias varias sesiones de evaluación, por lo general, es conveniente entre 3 y 4 sesiones de evaluación para poder recoger toda la información necesaria antes de la intervención terapéutica. De esta manera, se puede hacer una organización e información de los resultados recogidos (conductas problemas, motivo de consulta, objetivos del usuario/a, situaciones del día a día que le resultan difíciles, entre otros), para posteriormente hacer una planificación de la intervención y una valoración y seguimiento de la misma.

Para el siguiente caso, los instrumentos de evaluación (ver Tabla 2) utilizados son los siguientes, por un lado, una entrevista semiestructurada con el objetivo de recoger la máxima información posible en la primera sesión. La elección de este instrumento se basa en la validez de la misma, permiten al entrevistador adaptarse a los contenidos más relevantes de cada persona. La entrevista semiestructurada fue complementada con un Autoinforme (ver Tabla 4), mandado a la paciente en la primera sesión, ver Anexo B. En este mismo, se recoge el motivo de consulta descrito con palabras de la usuaria, frecuencia de los síntomas, problemas de carácter médico que puedan interferir en las dificultades actuales, hace referencia a tratamientos anteriores, tanto psicológicos como médicos, consumo de sustancias, expectativas sobre la terapia y datos familiares. Todo ello con el objetivo de poder ampliar la información obtenida en la primera sesión con la entrevista semiestructurada.

Por otro lado, otro instrumento de evaluación utilizado es el autorregistro (ver Tabla 3). En este caso se ha utilizado un Autorregistro de situaciones de malestar, con el objetivo de poder recoger de forma más específica aquellos pensamientos, situaciones que le generan malestar para

IDEACIÓN SUICIDA DESDE UNA PERSPECTIVA CONDUCTUAL

poder intervenir posteriormente en ellos. Esta herramienta consta de los siguientes apartados: día, hora, situación, qué pienso, qué siento, qué hago después y el grado de malestar (0-10) que le genera, de esta manera se puede conocer qué es lo que ocurre tanto antes como después de dicho estímulo.

En cuanto a los instrumentos utilizados durante el tratamiento (ver Tabla 2), se ha utilizado la aplicación Daylio, permite tener un diario privado y poder seguir el estado de ánimo que presenta el usuario/a. Funciona de la siguiente manera: hay que elegir el estado de ánimo que tienes en ese momento y añadir las actividades que has estado haciendo durante el día. Con el objetivo de tener un registro de todo lo que haces cada día junto al estado de ánimo del mismo. En la segunda sesión la terapeuta aplica otro instrumento de evaluación, el contrato de prevención de suicidio, ver en Anexo C.

Tabla 2

Instrumentos utilizados en la Evaluación Inicial y durante el Tratamiento.

Instrumentos de evaluación inicial	Entrevista clínica semiestructurada.	Autoinformes	Autorregistro de situaciones de malestar.
Instrumentos durante el tratamiento	Daylio	Contrato de prevención de suicidio	

Tabla 3

Autorregistro de Situaciones de Malestar

Día	Hora	Situación	Qué pienso	Qué siento	Qué hago después	Grado de malestar (0-10)
-----	------	-----------	------------	------------	------------------	--------------------------

Tabla 4

IDEACIÓN SUICIDA DESDE UNA PERSPECTIVA CONDUCTUAL

Fragmentos del Autoinforme

Trata de describir con tus palabras qué dificultad o dificultades tienes y cómo afectan a tu vida

Actualmente tengo muchas dificultades, pero las que más preocupan son aquellas relacionadas con tener ideas de suicidio, no tener ganas de vivir, estar sin motivación. No tener ganas de nada, incluso ni ganas de ducharme, levantarme de la cama.

¿Con qué frecuencia te ocurre aproximadamente (mensual, semanal, diaria...)?

De forma diaria constantemente.

En la actualidad, ¿qué crees que puede estar causando tus dificultades?

La interacción con mi familia y por otro lado todo lo que llevo arrastrando desde hace años.

¿Hay factores que inician o empeoran? (Describelos)

Momentos del día: No hay un momento del día en concreto.

Lugares: Mi casa

Situaciones: A veces por una discusión con mi padre, ámbito académico como hacer un examen, no saber afrontar un cambio.

Señala las manifestaciones que experimentas actualmente:

Dolores de cabeza, dolores de estómago, alteración del apetito, tristeza/apatía, mareos, alteración del sueño, ataques de pánico, fatiga, dificultades para disfrutar, tensión muscular, pesadillas, dificultades de concentración, ideas de suicidio, temblor, pensamientos negativos repetitivos, ahogos, miedos.

¿Qué interés tiene para ti seguir un tratamiento psicológico en este momento?

Pienso que ahora mismo es una de mis mayores esperanzas para poder estar mejor.

¿Qué desearías cambiar en tu vida?

Desearía cambiar la situación actual con mi familia y por otro lado, aspectos de mí misma.

¿Hay alguien de tu entorno que te esté ayudando a superar tus dificultades? ¿De qué forma lo está haciendo?

Sí, mi familia y mi pareja.

¿A qué tipo de colegio y/o instituto fuiste? ¿Cómo fueron tus resultados académicos?

He estado toda mi vida en un colegio público. Siempre he tenido buenos resultados académicos, excepto en el instituto.

IDEACIÓN SUICIDA DESDE UNA PERSPECTIVA CONDUCTUAL

¿Qué aspiraciones laborales tienes?

Me gustaría dedicarme a la enfermería

Fuente: Froxán-Parga y colaboradores (2020)

4. Formulación clínica del caso.

4.1. Identificación de las variables disposicionales

Las variables disposiciones se pueden clasificar tal y como sugieren Froxán-Parga y colaboradores (2020) de la siguiente manera; por un lado, se encuentran las variables disposiciones del organismo y por otro lado, las variables disposicionales del ambiente. Dentro de las variables del organismo, están las variables biológicas y psicológicas. De la misma manera, las variables del ambiente están compuestas por variables físicas y estructurales y por factores sociales y culturales del entorno tanto lejano como cercano.

Tras las sesiones de evaluación de J. Se han encontrado las siguientes variables disposicionales que juegan un papel fundamental en la explicación funcional del problema de la usuaria.

- **Experiencia previa en terapia:** Comenzó a ir cuando era adolescente, ha pasado por varios psicólogos. Según manifiesta, no han sido buenas experiencias.
- **Contexto familiar:** Discusiones frecuentes con su padre por cualquier temática. El domicilio familiar se encuentra condicionado aversivamente. El padre tiene constantes cambios de humor.
- **Ámbito académico:** La paciente ha estado compatibilizando trabajo y estudios de Máster hasta hace relativamente poco. Actualmente, se encuentra estudiando con niveles altos de sobrecarga de asignaturas actuales y pendientes de otros años, junto con las tareas respectivas a las diferentes materias.

IDEACIÓN SUICIDA DESDE UNA PERSPECTIVA CONDUCTUAL

- Historia de experiencias negativas (familia, amigos, pareja, estudios): Respecto a sus amigos, ha tenido experiencias cercanas negativas, como el abuso sexual a su mejor amiga. En cuanto a parejas, ha tenido una ruptura dolorosa.
- Reglas verbales: La paciente verbaliza una serie de reglas verbales sobre cómo debe actuar en diferentes situaciones, como “tengo que sacar buenas notas y cuidar de mi familia”.

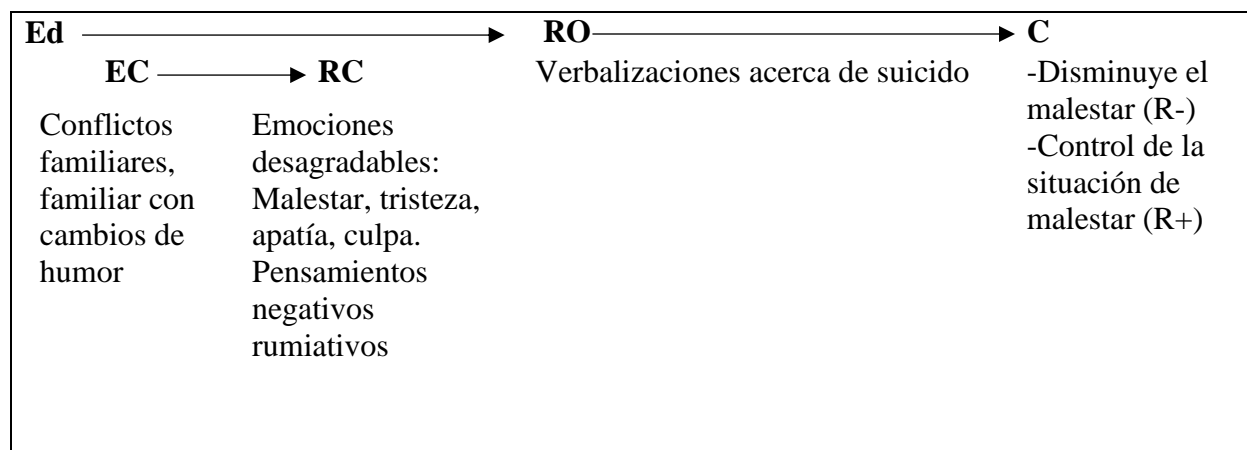
4.2. Hipótesis de origen

Existen diferentes fuentes de malestar asociadas a diferentes contextos. Su padre presenta distintos cambios de humor, que fluctúan mucho. Esto genera en la paciente ciertas sensaciones desagradables como malestar, apatía, culpa, por lo que el contexto familiar se ha condicionado de forma aversiva. Las verbalizaciones emitidas por la paciente J., acerca del suicidio se consideran como única fuente de alivio de malestar como evitación a un contexto. Por lo que la usuaria, en ese momento evita estudiar, lo que le genera refuerzo negativo (alivio de malestar) y refuerzo positivo (control). Dentro de las variables que agravan esta situación, se encuentra un aumento de la carga académica que es incompatible con la gestión de los estudios y otras situaciones por lo que no accede a ningún tipo de reforzador y aparece un aumento de ideación suicida. Existe, por lo tanto, un aumento del nivel de malestar en diferentes áreas por lo que considera que la única solución a sus problemas es quitarse la vida. Todo ello puede verse reflejado en la Figura 1.

Figura 1

Análisis Funcional: Hipótesis de Origen

IDEACIÓN SUICIDA DESDE UNA PERSPECTIVA CONDUCTUAL



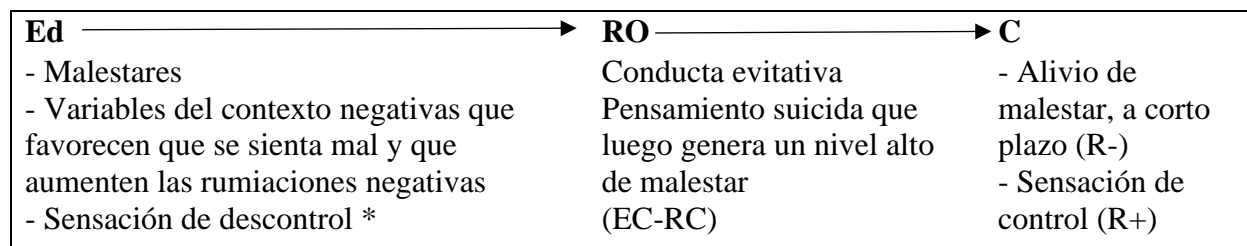
Nota: Ed: Estímulo discriminativo, RO: Respuesta operante, C: Consecuente, VD: variables disposicionales, EC: Estímulo condicionado, RC: Respuesta condicionada, R-: Reforzador negativo, R+: Reforzador positivo.

4.3. Hipótesis de mantenimiento

A continuación, se va a explicar las conductas problemas de la paciente J, y el mantenimiento de las mismas, a través de las siguientes figuras (ver Figura 2, Figura 3 y Figura 4). Las conductas problemas de la usuaria aparecen reflejadas en diferentes contextos de su vida. Para ello, la formulación del caso será mediante el Análisis Funcional, como se mencionó anteriormente.

Figura 2

Análisis Funcional: Hipótesis de Mantenimiento de Pensamientos de Ideación Suicida.



Nota: Ed: Estímulo discriminativo, RO: Respuesta operante, C: Consecuente, EC: Estímulo condicionado, RC: Respuesta condicionada, R-: Reforzador negativo, R+: Reforzador positivo

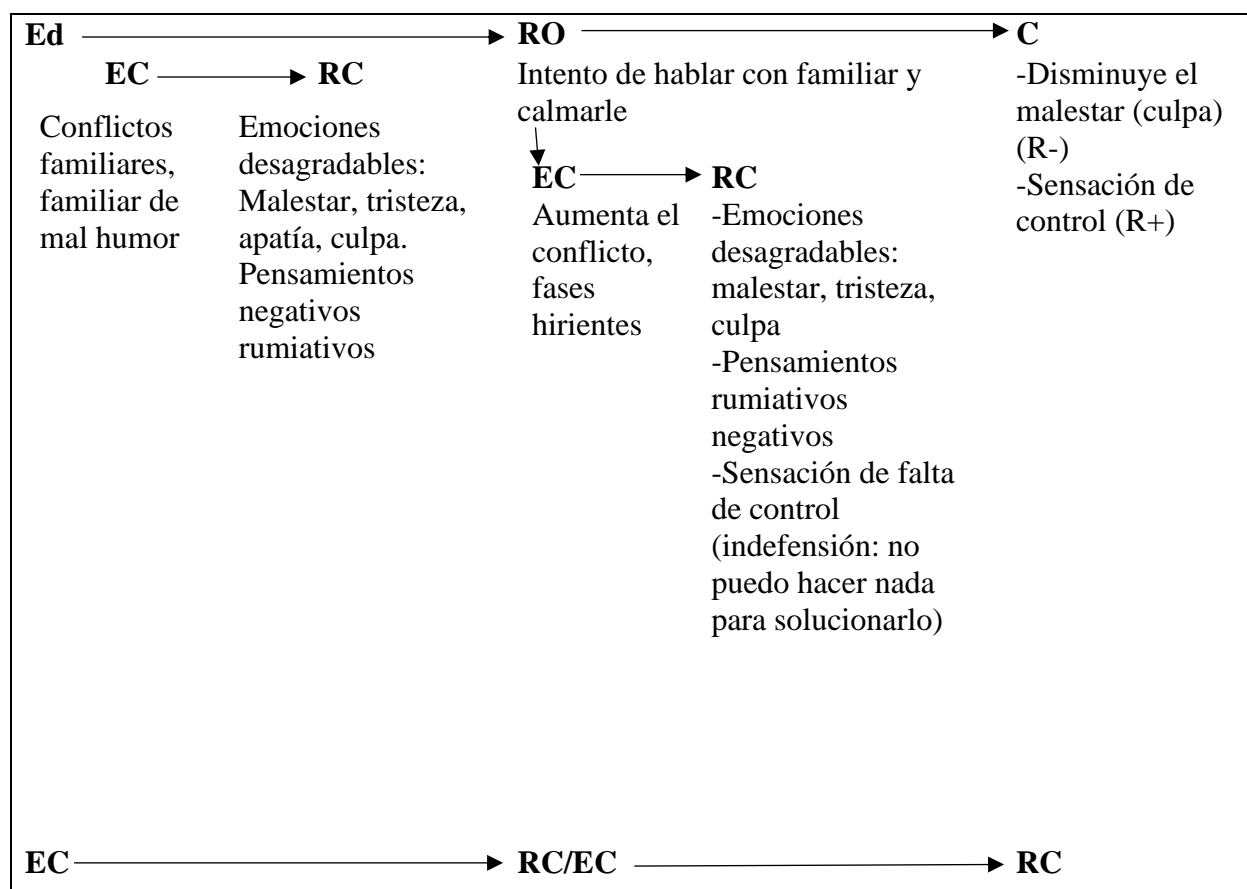
IDEACIÓN SUICIDA DESDE UNA PERSPECTIVA CONDUCTUAL

* Todos estos estímulos discriminativos producen una gran activación basal, aumento de ansiedad y episodios de disociación. Cuando se hace referencia a ED de ideación suicida, un ejemplo específico, sería el siguiente: discusión en casa, situación negativa en el área familiar.

Como se puede observar, los pensamientos de ideación suicida de la paciente J, tienen como funcionalidad el escape (reforzamiento negativo) ante situaciones que le generan malestar.

Figura 3

Análisis Funcional: Hipótesis de Mantenimiento Área Familiar



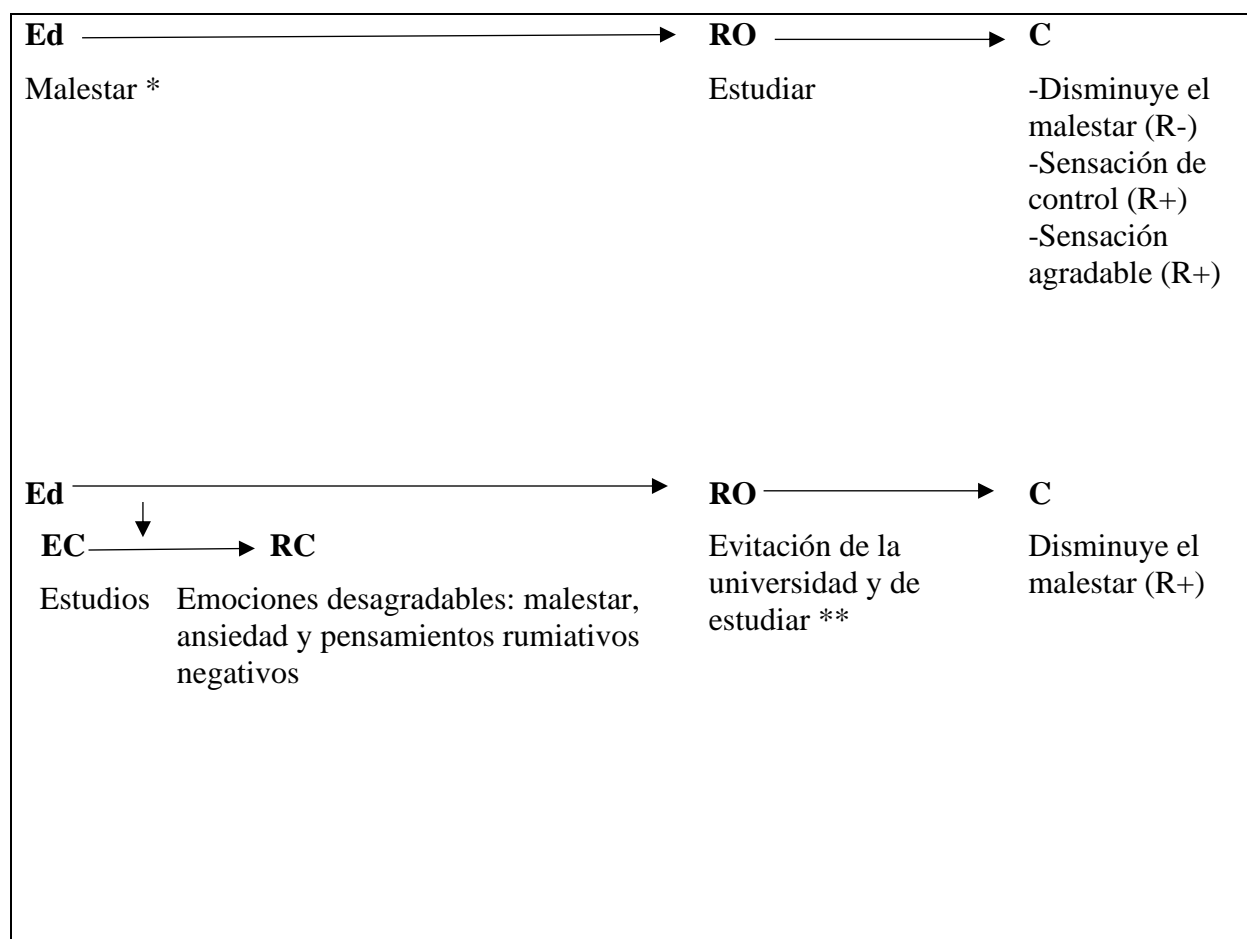
IDEACIÓN SUICIDA DESDE UNA PERSPECTIVA CONDUCTUAL

Anticipación de problema familiares	-Emociones desagradables: malestar, tristeza -Anticipación de problemas familiares (“cuando estoy bien mi madre se enfada”)	-Emociones desagradables: malestar, tristeza, culpa -Pensamientos rumiativos, negativos -Sensación de falta de control
-------------------------------------	--	--

Nota: Ed: Estímulo discriminativo, RO: Respuesta operante, C: Consecuente, VD: variables disposicionales, EC: Estímulo condicionado, RC: Respuesta condicionada, R-: Reforzador negativo, R+: Reforzador positivo

Figura 4

Análisis Funcional: Hipótesis de mantenimiento Área Académica



IDEACIÓN SUICIDA DESDE UNA PERSPECTIVA CONDUCTUAL

Nota: Ed: Estímulo discriminativo, RO: Respuesta operante, C: Consecuente, EC: Estímulo condicionado, RC: Respuesta condicionada, R-: Reforzador negativo, R+: Reforzador positivo

* Las cosas comienzan a ir un poco mejor en casa. Ya no se siente con tanta obligación de cuidar de la familia y se desmorona. Por lo que deja de poder estudiar y a ello se le suma la falta de concentración, por otro lado, aumenta la presión en el contexto académico (bachiller) y aumenta la ansiedad.

** El malestar favorece un patrón evitativo, esto hace que suspenda las asignaturas y aumenta la carga aversiva. Se siente más “inútil” (“en lo único que era útil”).

Como puede verse reflejado, la paciente J., deja de estudiar porque antes utilizaba el estudio cuando había un contexto aversivo en casa, pero en el momento que todo empieza a mejorar, "conecta consigo misma" y es consciente que no está bien, por lo que se desmorona. Los estudios que eran hasta bachiller eran fuente de control, de bienestar. De repente empieza a fallar en los estudios porque está desbordada, empiezan pensamientos rumiativos “no soy valida, soy inútil”, aumenta entonces el nivel de malestar. Antes cuando tenía malestar estudiar lo que hacía era disminuir las sensaciones desagradables presentadas en el momento. Aumentan las ganas de estudio, aumentan las sensaciones desagradables en casa. Por lo que está condicionado de forma aversiva. Entonces, cuando se quiere poner a estudiar no puede, por lo que acaba evitando, se ha convertido así en un estímulo aversivo y hay reforzamiento negativo.

5. Tratamiento

Hasta el momento, el número de sesiones que lleva la paciente es un total de 8 sesiones. Todas ellas han tenido una duración de entre 50 y 60 minutos, exceptuando dos, con una duración de 1 hora y media. Cabe señalar que todas las sesiones han tenido lugar en el centro de atención psicológica de forma presencial.

Como se ha mencionado anteriormente, la intervención psicológica se ha llevado a cabo desde una perspectiva conductual. El estudio de caso representa una propuesta, un planteamiento de intervención debido a que no se han podido visualizar el resto de las sesiones. Actualmente el tratamiento sigue en curso. El objetivo del estudio de caso es disminuir el riesgo de ideación suicida y disminuir el estado de ánimo depresivo, a través de las técnicas llevadas a cabo por la terapeuta, las cuales van a ser descritas a continuación.

Como se puede observar en la siguiente tabla (ver tabla 5), el proceso terapéutico sigue la siguiente organización, las primeras sesiones son de evaluación, es decir, conocer a la paciente, explorar el motivo de consulta, áreas problema, situaciones difíciles para la usuaria, sesión informativa sobre cómo trabaja el centro, corriente psicológica, establecer una evaluación de forma general. En concreto, la evaluación ha durado un total de cinco sesiones. Posteriormente, tiene lugar la devolución de la problemática a través del Análisis Funcional, para intervenir y hacer un seguimiento del proceso terapéutico.

Tabla 5*Registro de las Sesiones*

N.º Sesión	Objetivo	Estrategias de evaluación	Tareas ente sesiones	Observaciones
1	Fomentar la alianza terapéutica, condicionar apetitivamente el ir a terapia, intentar que el psicólogo se convierta en estímulo positivo. Conocer al usuario, evaluación de forma general, explorar motivo de consulta, objetivos y expectativas, situaciones difíciles para ella, explorar áreas relevantes. Informar cómo trabaja el centro (orientación de la corriente psicológica, etapas del proceso terapéutico). La función principal de la terapeuta es discriminar, preguntar y reforzar aquello relacionado con la problemática.	Entrevista semiestructurada Operación de establecimiento y refuerzo de verbalizaciones proterapéuticas para hacer el autorregistro "esto es importante, nos va a servir mucho para localizar estas situaciones, momentos de malestar" "esto es una información muy valiosa".	Autorregistro de situaciones de malestar. Autoinforme: Historia Biográfica General.	Según comenta su psicólogo, tiene una verborrea constante, el contacto visual es nulo, no mira a los ojos.
2	Evaluación área por área. Se explora: ideación suicida, contexto familiar, ansiedad.	Se establece contrato terapéutico de prevención de suicidio.	Autorregistro de situaciones de malestar. Autoinstrucciones respecto a la	Continua con verborrea constante.

 IDEACIÓN SUICIDA DESDE UNA PERSPECTIVA CONDUCTUAL

		Escucha activa, utilizar las propias verbalizaciones de la paciente, emitirlas realizando preguntas. Explicación funcional de los pensamientos suicidas	funcionalidad ante momentos de malestar y pensamientos suicidas.	
3	Se continúa explorando el ambiente familiar, académico, social. Se profundiza en el tema pareja. Condiciona de forma apetitiva la terapia.	Validación emocional, reforzamiento de ciertas verbalizaciones y conductas. Escucha activa.	Autorregistro de situaciones que generan malestar.	La usuaria hace referencia a un acontecimiento importante en su vida, casi al finalizar la sesión (abuso sexual a su mejor amiga).
4	Trabajan situaciones que han sido difíciles esta semana para la usuaria. Se profundiza en el tema laboral y académico.	Verbalizar nivel de ansiedad al principio de la sesión. Validación emocional.	Autorregistro de situaciones de malestar.	No hace la tarea de la sesión anterior (autorregistro). Menciona intento de suicidio que tuvo su padre, lo hace de forma muy superficial.
5	Trabajan autorregistro mandado como tarea para casa, situación por situación.	Continúa preguntando por nivel de ansiedad al principio de la sesión	Autorregistro de situaciones de malestar.	
6	Devolución de la problemática de la paciente a través del Análisis Funcional con función informativa.	Se intenta asociar todas las conductas antiterapéuticas con emociones y consecuencias desagradables, con función de operación de abolición.	Pensar en análisis funcional para poder evaluar en la siguiente sesión.	Según la psicóloga, la paciente comienza a tener un mayor contacto visual en sesión.

IDEACIÓN SUICIDA DESDE UNA PERSPECTIVA CONDUCTUAL

		Asociar conductas intraterapéuticas con emociones positivas y consecuencias agradables, con función de operación de establecimiento, motivadora. Escucha activa	
7	Explicación de la parada de pensamiento, reestructuración cognitiva. Sesión con función informativa.	Parada de pensamiento Reestructuración cognitiva, moldeamiento verbal. Activación conductual.	Autorregistro a través de la aplicación "Daylio"
8	Explora los niveles de malestar en los diferentes ámbitos de su vida (académico, familiar, social). Se evalúan y ajustan pautas anteriores.	Validación emocional. Escucha activa. Reestructuración cognitiva, moldeamiento verbal.	

6. Valoración del tratamiento

A continuación, se presentan los resultados obtenidos. Aunque como se ha mencionado anteriormente no ha finalizado el tratamiento, se ha podido observar una evolución en la paciente tanto en las verbalizaciones acerca de la ideación suicida como un aumento en activación conductual.

Por un lado, en la Tabla 6, se pueden apreciar las múltiples verbalizaciones emitidas por la paciente J. acerca de la ideación suicida y estado de ánimo durante el proceso terapéutico. Se observa cómo han ido evolucionando a lo largo de las sesiones, es decir, la usuaria J, conforme iban avanzando, iba emitiendo cada vez más verbalizaciones positivas. Las primeras verbalizaciones positivas aparecen en la sesión tres, aunque existen altibajos como se puede apreciar de la sesión seis a la sesión siete. Así, existen en mayor medida, verbalizaciones negativas en las sesiones de evaluación (uno a cinco). Hay que mencionar que en las primeras sesiones la protagonista es la paciente y da a conocer sus problemas, dificultades, en este caso la terapeuta apenas puede intervenir, por lo que, puede llegar a justificar en mayor medida este número de verbalizaciones negativas. De forma contraria, el porcentaje más alto de verbalizaciones positivas se da a partir de la sesión seis, incluyendo aquellas emitidas en relación con activación conductual.

No cabe duda, que ha habido una evolución favorable en lo referente a las ideaciones suicidas y estado de ánimo, como se puede reflejar en las verbalizaciones positivas emitidas por la paciente.

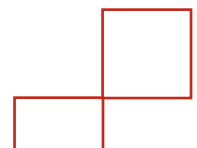
Tabla 6

Verbalizaciones de la usuaria registradas a lo largo del Proceso Terapéutico

Campus Villaviciosa de Odón
Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón
28670 Madrid

Campus Alcobendas
Avenida Fernando Alonso, 8
28108 Madrid

universidadeuropea.com



Verbalizaciones registradas en sesión	
Primeras sesiones	Últimas sesiones
<p>Sesión 1:</p> <p>“Todo es una montaña rusa”</p> <p>“Me encuentro siempre muy mal”</p> <p>“Siento tanto malestar que siento que me voy a desmayar”</p> <p>“No sé si esto puede llegar a tener una solución”</p> <p>“Nada me motiva”</p> <p>“Siento que soy una carga para mis seres queridos”</p> <p>Sesión 2:</p> <p>“Se me viene a la cabeza que la única forma para poder gestionar esa ansiedad, tristeza, es suicidarme”</p> <p>“El hecho de saber que existe esa posibilidad me genera tranquilidad”</p> <p>“Mínimo una vez al día se me vienen a la cabeza esas ideas suicidas”</p> <p>“No puedo parar porque me siento fatal”</p> <p>“No sirvo para nada”</p> <p>“Sé de qué manera lo haría”</p> <p>Sesión 3:</p> <p>“Me siento fatal”</p> <p>“A veces pienso, ¿pero acaso voy a llegar al momento? “No sé, espero”</p> <p>“En terapia es cuando menos me cuesta contar mis cosas”</p> <p>“¿Y si no sirvo para nada?”</p>	<p>Sesión 5:</p> <p>“Esta semana ha ido sin más”</p> <p>“Intento ser más consciente”</p> <p>“Todo es una mierda”</p> <p>“Me siento más estable que antes”</p> <p>Sesión 6:</p> <p>“Me siento más tranquila y motivada”</p> <p>“Me ha ayudado a entender mis pensamientos”</p> <p>“Cuando me pasa cualquier tontería en la vida, me tranquiliza tener esa opción”</p> <p>Sesión 7:</p> <p>“Estoy mejor”</p> <p>“Me divierte ver series”</p> <p>Sesión 8:</p> <p>“He sentido que no podía controlarme”</p> <p>“He intentado retomar la lectura”</p>

Sesión 4:

“Algunos días he estado mejor y otros algo igual”

“A veces no puedo levantarme ni de la cama”

“Necesito encontrarme mejor para poder independizarme”

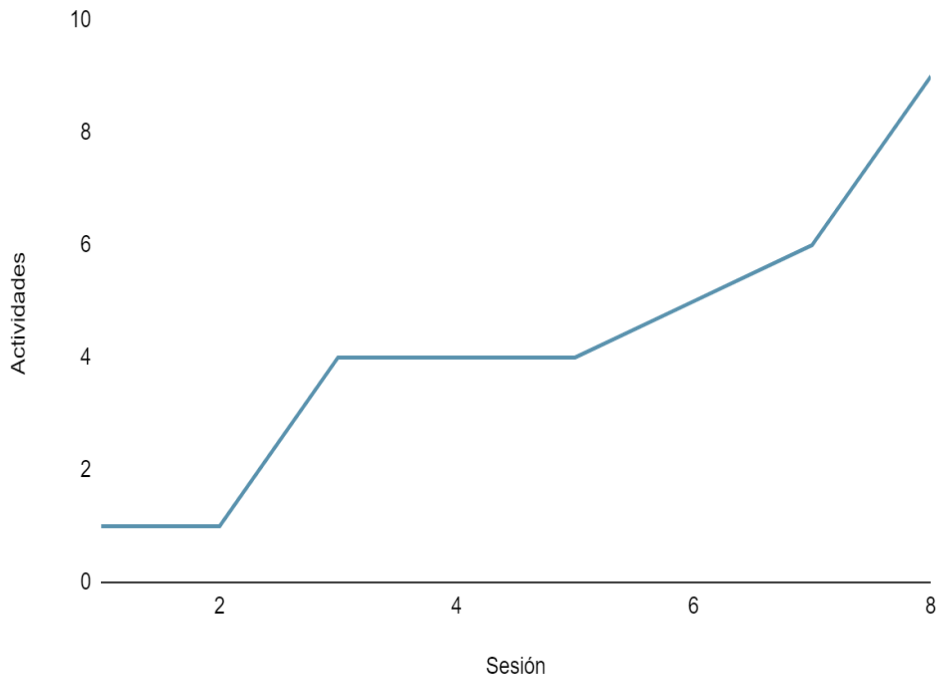
Por otro lado, en la Figura 5, podemos observar la evolución a lo largo de la terapia que ha tenido la paciente J en cuanto a la realización de actividades. En la sesión uno y sesión dos, la única actividad que estaba realizando en aquel momento era acudir a la universidad de manera ocasional. En la sesión tres, se mantiene lo mencionado anteriormente y se suman dos nuevas actividades, dar un paseo y tomar algo con una amiga. En la sesión número cuatro, se mantienen las actividades citadas. En la sesión cinco, como en la sesión cuatro no realiza ninguna nueva actividad. Sin embargo, en la sesión siete se incorpora a las mencionadas anteriormente, ver una serie. Hay que señalar que, al inicio de la terapia, la paciente verbalizaba lo siguiente acerca de las series “no me interesan”, por lo que parece ser un dato significativo en cuanto a la predisposición de realización de actividades. Por último, en la sesión número ocho, a parte de las actividades citadas en las sesiones anteriores, se añaden viajar, retomar la lectura y salir con sus amigos.

Como podemos ver en las últimas sesiones ha habido un incremento de activación conductual respecto a las primeras sesiones de terapia.

Figura 5

Registro de la Activación Conductual en Sesión

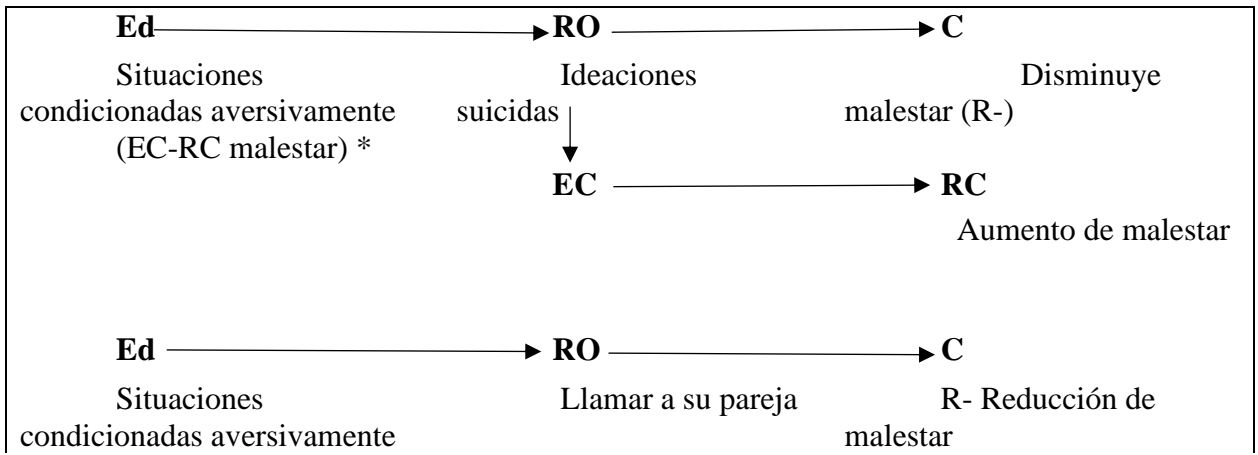
IDEACIÓN SUICIDA DESDE UNA PERSPECTIVA CONDUCTUAL



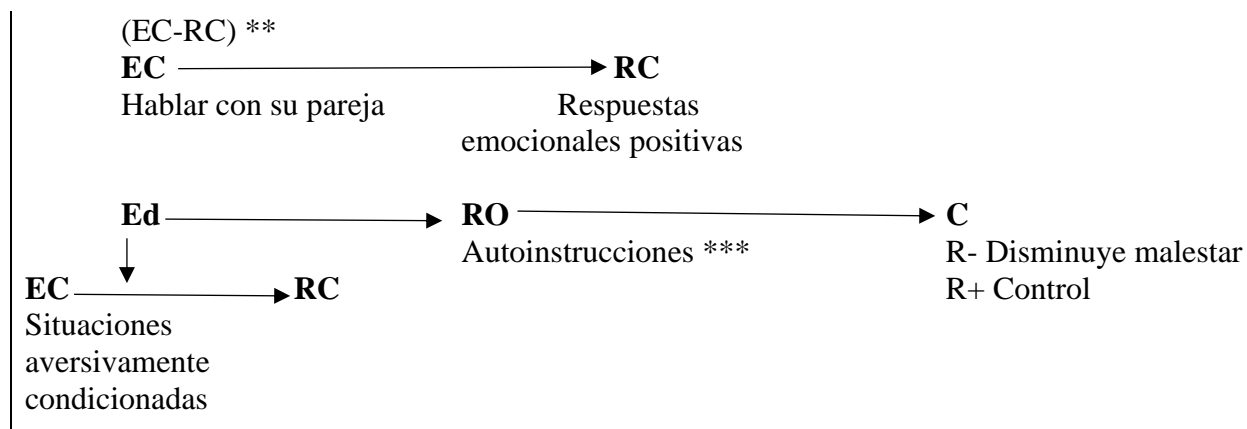
Para finalizar con el apartado de resultados, se puede apreciar como la paciente J, ha mostrado una cierta mejoría en las estrategias de afrontamiento empleadas. Tal y como se puede observar en la Figura 6.

Figura 6

Análisis funcional: Estrategias de afrontamiento ante situaciones de malestar e ideación suicida



IDEACIÓN SUICIDA DESDE UNA PERSPECTIVA CONDUCTUAL



Nota: Ed: Estímulo discriminativo, RO: Respuesta operante, C: Consecuente, VD:

variables disposicionales, EC: Estímulo condicionado, RC: Respuesta condicionada, R-:

Reforzador negativo, R+: Reforzador positivo

* Se han condicionado aversivamente varias situaciones en el día (discusiones con su familia, problemas en el ámbito laboral y académico).

** La paciente J., cuando tiene ideaciones suicidas le producen a corto plazo alivio, tranquilidad, pero inmediatamente estas ideaciones suicidas (EC) producen un aumento de malestar, que actuarían como RC.

*** Se le pauta a la paciente que en el momento en el que no pueda llamar a su pareja como estaba haciendo en las últimas ocasiones, tenga otro recurso como por ejemplo dar un paseo. Se le dan estas pautas para poder disminuir ese malestar y la ideación suicida.

7. **Discusión y conclusiones**

Como se ha mencionado en la introducción, el suicidio se ha convertido en un fenómeno social con consecuencias de alta tasa de mortalidad, siendo la segunda causa de defunción en grupos de edad de entre 15 y 29 años (OMS, 2012). Desde 1960, ha habido un incremento de un 60% en suicidio, convirtiéndose así en una de las mayores problemáticas a nivel familiar, social y de salud (Corcuera y Osorio, 2015). Pardo Angarita y colaboradores (2004), plantean la adolescencia como una etapa de cambios, estado evolutivo, en el que existe un alto nivel de riesgo de ideación o conductas suicidas, ya que existen cambios a nivel cognitivo, físico, emocional, cambios en las relaciones interpersonales sociales y familiares, entre otros.

En función de los resultados obtenidos hasta el momento, ya que el proceso terapéutico aún no ha finalizado. Se pueden afirmar las siguientes conclusiones que se van a exponer, en base a la literatura científica descrita anteriormente.

En primer lugar, los tratamientos que han demostrado ser más eficaces en esta temática, son los que utilizan terapia de conducta y terapia cognitivo conductual, basado en sesiones individuales (Echeburúa, 2015). Como se muestra anteriormente, algunas de las técnicas empleadas como reestructuración cognitiva, activación conductual, identificación de pensamientos desadaptativos, entre otras, como menciona (Chu, 2021) en su revisión sistemática, han resultado ser efectivas tanto en la reducción de pensamientos como tentativas suicidas. Cabe destacar, la aplicación y explicación del Análisis Funcional con respecto a la problemática de la paciente J., como se puede observar una vez explicado el análisis funcional, la paciente verbaliza “me ha ayudado a entender mis pensamientos”. La explicación de esta problemática utilizando el análisis funcional ha permitido que la terapeuta pueda operativizar aquellas conductas y

IDEACIÓN SUICIDA DESDE UNA PERSPECTIVA CONDUCTUAL

pensamientos que estaban produciendo una problemática en la paciente, como se ha mencionado anteriormente el objetivo del mismo, según Kaholokula y colaboradores (2013), es poder integrar aquellas variables y las relaciones causales con la problemática que tiene la usuaria. Así, puede ayudar a que la paciente pueda comprender las causas del por qué ha llegado a sentir, pensar o actuar de esa manera y poder normalizar el malestar en función a lo que vive en relación a su contexto (de la Torre, 2013). En la misma línea, a partir de la sesión seis, una vez explicado el análisis funcional, según la terapeuta la usuaria tiene un mayor contacto visual con ella, es decir, en ocasiones se dirige a ella con la mirada, ya que en la mayoría de las sesiones la paciente tiene un contacto visual nulo, la mirada siempre hacia abajo. Por otro lado, una variable que ha influido en la mejora de la clienta ha sido la predisposición e interés por entender el Análisis Funcional.

Como se menciona en la introducción, la activación conductual es entendida no solo como la programación de actividades que genere en el paciente un cierto nivel de placer, sino es la suma de lo dicho anteriormente junto con el establecimiento de metas que a largo plazo irán aumentando tanto en frecuencia como en duración, así se podrán reducir los síntomas en el paciente y poder emitir comportamientos alternativos al estado de ánimo (González-Terrazas y Campos, 2021). Como se ha comprobado en el apartado de resultados, pese al escaso número de sesiones de intervención, se ha observado un cambio favorable en la paciente, pasando de una actividad (acudir a la universidad ocasionalmente) a la realización de seis actividades junto a la citada anteriormente. Es evidente como la activación conductual genera resultados positivos posteriormente a su implementación, debido al contacto con reforzadores positivos. Existen evidencias de que la activación conductual es un tratamiento especialmente efectivo en depresión

IDEACIÓN SUICIDA DESDE UNA PERSPECTIVA CONDUCTUAL

y otras problemáticas, el cual cuenta con evidencia empírica, por lo que demuestra que es un tratamiento eficaz en términos de coste-beneficio (Pérez, 2007).

Por otro lado, en cuanto a las verbalizaciones emitidas por la paciente J., se puede apreciar una mejoría desde las primeras sesiones a las últimas. Este cambio puede ser debido a las técnicas empleadas por la terapeuta en sesión y el trabajo de la paciente fuera de terapia. Las estrategias empleadas, las cuales han sido entre otras muchas, reestructuración cognitiva, parada de pensamiento, operaciones de establecimiento, análisis funcional, o contrato terapéutico de prevención de suicidio, todas ellas cuentan con resultados favorables en el uso de las mismas. Es fundamental entregar a los pacientes el contrato de prevención de suicidio en las primeras sesiones, donde quedan reflejadas las medidas de seguridad, como el teléfono de la esperanza, una serie de pautas que puede realizar en momentos donde quiera la paciente llevar a cabo conductas suicidas o incluso pensamientos recurrentes de suicidio. Hay que señalar entre las mencionadas anteriormente, la reestructuración cognitiva ya que ha sido una de las más utilizadas. Como mencionan Froján-Parga y Calero-Elvira (2011), la reestructuración cognitiva se puede considerar un proceso de moldeamiento verbal, en el cual el psicólogo castiga y refuerza aquellas verbalizaciones emitidas por la paciente que se alejan de los objetivos terapéuticos. Se ha podido llegar a comprobar que la reestructuración cognitiva puede entenderse en base a principios de condicionamiento operante (Pardo, 2019). Se ha comprobado que la paciente ha llegado a emitir en las primeras sesiones “nada me motiva”, “no puedo parar porque me siento fatal” a en las últimas sesiones llegar a tener las siguientes verbalizaciones “me siento más tranquila y motivada”, “me siento más estable que antes”. Como puede observarse, ha habido un cambio en las verbalizaciones de la paciente en sesión, gracias al empleo de las técnicas mencionadas anteriormente.

IDEACIÓN SUICIDA DESDE UNA PERSPECTIVA CONDUCTUAL

La primera de las limitaciones encontradas dentro de la terapia, ha sido el contexto en el que se encontraba la paciente, es decir, el contexto familiar. Esta variable, ha influido de forma negativa en la mejora de la paciente J. Todo ello junto con las discusiones con su padre y la falta de reforzadores en su día a día, ha hecho que los resultados en la intervención tengan altibajos.

Otra de las limitaciones encontradas ha sido no haber podido finalizar las visualizaciones del caso. El proceso terapéutico sigue aún en proceso, por lo que todavía no se han podido alcanzar los objetivos planteados al inicio de la terapia. Actualmente la paciente se encuentra recibiendo tratamiento terapéutico. Al no haber finalizado el tratamiento, no se pueden observar a largo plazo la eficacia de las técnicas y cambios de las mismas, puesto que no hay un seguimiento del proceso terapéutico.

Siguiendo con las limitaciones, otra podría ser el tipo de trabajo, es decir, realización de estudio de caso. No existe literatura científica para poder comparar con otros estudios de caso sobre ideación suicida y así poder saber si la intervención llevada a cabo ha sido la más correcta.

Para finalizar con el apartado de limitaciones, no existe suficiente literatura científica que aborde el suicidio desde una perspectiva conductual. La mayoría de las publicaciones encontradas lo hacen desde la combinación del abordaje cognitivo-conductual.

Según las cifras expuestas a lo largo del trabajo se ha comprobado que el suicidio supone un problema en la adolescencia. Como mencionan Constanza y colaboradores (2018), a menudo, las conductas suicidas en adolescentes pasan desapercibidas por la familia y profesionales de la salud, por lo que sería primordial hacer necesaria la prevención del suicidio en los adolescentes, principalmente mediante la observación y prestando atención a todas aquellas señales de

IDEACIÓN SUICIDA DESDE UNA PERSPECTIVA CONDUCTUAL

comportamiento suicidas entre la juventud. Como futura línea de investigación sería interesante poder abordar el suicidio desde la etapa escolar, no tratándolo como tema tabú y dándole la importancia que realmente merece. Como menciona Navarrete y colaboradores (2019), todo ello podría realizarse a través de intervenciones psicoeducativas en centros escolares, divulgación responsable mediante campañas publicitarias como hacen con los accidentes de tráfico, desestigmatizar y poder darle visión. Siguiendo en la misma línea, debería ser necesario profundizar más en este campo, sería fundamental que exista una mayor cantidad de investigaciones para poder comprobar la eficacia de las técnicas utilizadas en conducta suicida, tanto a corto como a largo plazo y poder tener de esta manera literatura científica para poder comparar (Mora, 2018). Así poder dar visibilidad a esta problemática ya que no existen suficientes publicaciones que la evalúen, serían necesarios más estudios replicables y específicos sobre el tema. De la misma manera, sería fundamental el papel como psicólogos sanitarios asumiendo la responsabilidad de la explicación del suicidio y de la realización de protocolos claros para este tipo de problemática (de la Torre, 2013), aunque para ello sería primordial fomentar la ayuda de los profesionales de psicología.

Como se ha mencionado, la activación conductual ha sido mayormente estudiada en depresión, pero existen evidencias de estudios de caso de ansiedad, personalidad límite, estrés postraumático donde se demuestra la eficacia de la activación conductual (Pérez, 2007). Sin embargo, existe una relación estrecha entre el suicidio con problemas de depresión, la mayoría de las personas que se suicidan previamente han sido diagnosticadas de depresión y aquellas que presentan ideación suicida, prácticamente la mitad parecen estar deprimidas (de la Torre, 2013). Por lo que, sería interesante que existiesen estudios acerca del suicidio relacionado

IDEACIÓN SUICIDA DESDE UNA PERSPECTIVA CONDUCTUAL

directamente con AC, debido a que la gran mayoría de estudios como se ha mencionado anteriormente son acerca de depresión junto con activación conductual.

Referencias bibliográficas

Agra, Y., Suárez, A., López, M. A., y Latasa, P. (2019). Día mundial para la prevención del suicidio. Trabajando juntos por su prevención. *Revista española de salud pública*, 93, 105.

Barraca, J. (2016). La Activación Conductual en la práctica: técnicas, organización de la intervención, dificultades y variantes. *Análisis y modificación de conducta*, 42 (165-166), 15-33. <http://dx.doi.org/10.33776/amc.v42i165-66.2792>

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Brouwer.

Benítez, É. (2021). Suicidio: el impacto del Covid-19 en la salud mental. *Revista de Medicina y Ética*, 32(1), 15-39. <https://doi.org/10.36105/mye.2021v32n1.01>

Bianchi, J., y Muñoz-Martínez, A. (2014). Activación conductual: revisión histórica, conceptual y empírica. *Psychologia: avances de la disciplina*, 8(2), 83-93. <http://dx.doi.org/10.21500/19002386.1223>

Chu, S. (2021). Eficacia de la intervención cognitivo conductual en la disminución de la tendencia suicida en estudiantes. Una revisión sistemática. Recuperado de <https://hdl.handle.net/20.500.12692/78818>

Constanza, S., Castaño, J. J., Mosquera, A. M., Nieto, L. M., Orozco, M., y Giraldo, W. F. (2018). Propuesta de intervención educativa para la prevención de la conducta suicida en adolescentes en la ciudad de Manizales (Colombia). *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 14(1), 27-40. <https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2018.0001.02>

IDEACIÓN SUICIDA DESDE UNA PERSPECTIVA CONDUCTUAL

Corcuera, E. E., y Iglesias, N. (2015). Intervención cognitiva conductual en el abordaje terapéutico en la depresión como factor de riesgo en el suicidio de adolescentes. Universidad Católica de Pereira (Artículo de Grado). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10785/3298>.

De la Torre, M. (2013). Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida. Centro de Psicología Aplicada. Universidad Autónoma de Madrid.

Díaz, M., Ruiz, M., & Villalobos, A. (2012). Historia de la terapia cognitivo conductual. Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales.

Domínguez, D. L., Hermosillo, A. E., y Vacio, M. (2016). Efecto de los factores de protección y de riesgo sobre el comportamiento suicida en estudiantes de *Psicología*.

Investigación y Ciencia, 24(69), 73-80. Recuperado de:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67449381010>

Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia psicológica*, 33(2), 117-126. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082015000200006>

Froján-Parga, M.X y Santacreu, J. (1999). Qué es un tratamiento psicológico. Editorial Biblioteca Nueva, S.L., Madrid.

Froján-Parga, M. X. (2006). Tratando... depresión: Guía de actuación para el tratamiento psicológico. Pirámide.

Froján-Parga, M. X., y Calero-Elvira, A. (2011). Guía para el uso de la reestructuración cognitiva como un procedimiento de moldeamiento [Guide to use cognitive restructuring as a

IDEACIÓN SUICIDA DESDE UNA PERSPECTIVA CONDUCTUAL

shaping procedure]. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual: Revista Internacional Clínica y de la Salud*, 19(3), 659–682.

Froxán-Parga, M.X. (Coord.) (2020). Análisis funcional de la conducta humana. Pirámide.

González-Terrazas, R., y Campos, M. D. G. (2021). Activación conductual (programación de actividades) y depresión: Una mirada analítica-conductual. *Acta Comportamental: Revista Latina de Análisis del Comportamiento*, 29(4), 175-195.

Hollon, S. D., & Dimidjian, S. (2009). Cognitive and behavioral treatment of depression. En I. H. Gotlib y C. L. Hammen (Eds.). *Handbook of depression*. Nueva York: Guilford, 586-603.

Instituto Nacional de Estadística (INE). (2017). Tasas de suicidio por comunidades y ciudades autónomas de defunción, sexo y medio empleado. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. Recuperado de: <https://www.ine.es/>

Jerónimo, M. A., Piñar, S., Samos, P., González, A. M., Bellsolà, M., Sabaté, A., León, J., Aliart, X., Martín, L. M., Aceña, R., Pérez, V., y Córcoles, D. (2021). Intentos e ideas de suicidio durante la pandemia por COVID-19 en comparación con los años previos. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2021.11.004>

Kaholokula, J. K., Godoy, A., Haynes, S. N., y Gavino, A. (2013). Análisis funcional en evaluación conductual y formulación de casos clínicos. *Clínica y Salud*, 24(2), 117-127. <https://dx.doi.org/10.5093/cl2013a13>

IDEACIÓN SUICIDA DESDE UNA PERSPECTIVA CONDUCTUAL

Mamani-Benito, O. J., Brousett-Minaya, M. A., Ccori-Zúñiga, D. N., y Villasante-Idme, K. S. (2018). La inteligencia emocional como factor protector en adolescentes con ideación suicida. *Duazary*, 15(1), 39-50. <https://doi.org/10.21676/2389783X.2142>

March, J. C. (2021). Salud mental en tiempos de pandemia para tiempos sin pandemia. *Revista Española de Enfermería de Salud Mental*, (14).<http://doi.org/1035761/reesme.2021.14.01>

Martell, C. R., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (2013). Activación conductual para la depresión Una guía clínica. Desclée de Brouwer.

Martín, V. (2016). Conducta suicida. Protocolo de intervención. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 233-250. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2016.n1.v2.298>

Mora, M.P (2018). Prevención de la Conducta Suicida en Jóvenes y Adolescentes: Una Revisión desde 1997. *Revista de psicoterapia*, 29(109), 203-226.

Navarrete, E. M., Herrera, J., y León, P. (2019). Los límites de la prevención del suicidio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39(135), 193-214. <https://doi:10.4321/S0211-57352019000100011>

Navarro-Gómez, N. (2017). El suicidio en jóvenes en España: cifras y posibles causas. Análisis de los últimos datos disponibles. *Clínica y Salud*, 28(1), 25-31. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2016.11.002>

IDEACIÓN SUICIDA DESDE UNA PERSPECTIVA CONDUCTUAL

Organización Mundial de la Salud (2004). El suicidio un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible, según la OMS. Recuperado de:

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/>

Organización Mundial de la Salud (2012). Prevención de suicidio. Recuperado de:
https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/estimates/en/

Pardo, G., Sandoval D., A., y Umbarila Z., D. (2004). Adolescence and depression. *Revista Colombiana de Psicología*. 13(1), 13-28. Recuperado de
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80401303>

Pardo, R. (2019). El debate en reestructuración cognitiva: análisis de los mecanismos terapéuticos de cambio clínico. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid.

Pérez, M. (2007). La activación conductual y desmedicalización de la depresión. *Papeles del Psicólogo*, 28(2), 97-110. <http://www.cop.es/papeles>

Rosenberg, M. (1986). Self-concept from middle childhood through adolescence. En J. Suls y A.G. Greenwald (Eds), *Psychological perspectives on the self*, 3, 107-136. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Sánchez-Teruel, D., Muela-Martínez, J. A., & García-León, A. (2018). Variables de riesgo y protección relacionadas con la tentativa de suicidio. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 23(3), 221-229. <http://doi.org/10.5944/rppc.vol.23.num.3.2018.19106>

Zanón, I., Matías, T., Luque, A., Moreno-Agostino, D., Aranda, E., Morales, C., García, M., y Márquez-González, M. (2016). Guía para la Elaboración de un Análisis Funcional del Comportamiento Humano.

IDEACIÓN SUICIDA DESDE UNA PERSPECTIVA CONDUCTUAL

Anexo

Anexo A



**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
PROTECCION DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL**

Expediente: _____

Madrid ____ / ____ / ____

A fin de dar cumplimiento a las obligaciones derivadas del Reglamento 2016/679 de la UE de 27 de abril de protección de datos de carácter personal y la Ley Orgánica 3/2018 de protección de datos y garantías de los derechos digitales, le informamos de que:

- ITACO (Instituto terapéutico de análisis de la conducta), con NIF B-86013091 y domicilio social en c/General Díaz Porlier 103, esc int, bajo izq (Madrid-28006) para poder prestar el servicio terapéutico solicitado y proceder a su facturación, necesita que el usuario le proporcione los siguientes datos personales:

Nombre: _____ Apellidos _____

DNI: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Provincia: _____ CP _____

Nº de teléfono: _____ Email: _____

Firma manuscrita para control de asistencia a sesiones terapéuticas

- Los datos de carácter personal recabados en este documento se utilizarán por ITACO para los siguientes fines:
 - o **Prestación del servicio (1)**
 - Ficheros y bases de datos para la identificación del usuario y expediente
 - Prestación del servicio terapéutico, con apertura de expediente físico en soporte papel/digital, donde se incluirán los datos confidenciales aportados por el propio usuario que serán de exclusivo uso del terapeuta asignado, el cual se encuentra sujeto a la confidencialidad de los mismos por secreto profesional. No se realizará ningún tratamiento adicional de los mismos.
 - Medio de contacto con el usuario para la realización de comunicaciones relacionadas con el servicio.
 - Control de asistencia a las sesiones terapéuticas.
 - o **Comunicaciones comerciales (2):** actividades, formación, cursos y news letters
 - o **Elaboración de estadísticas (3)**
 - o **Uso de la grabación de voz de un registro audiovisual (4):** manteniendo el anonimato, para investigación y/o formación de los alumnos en prácticas del centro.
- La licitud del tratamiento de base en el consentimiento del usuario y en la ejecución del contrato de prestación del servicio terapéutico por parte de ITACO S.L.P (Art. 6.1.a y b del Reglamento 2016/679/UE de 27 de abril). En caso de no facilitarlos no podrá prestarse el servicio.

IDEACIÓN SUICIDA DESDE UNA PERSPECTIVA CONDUCTUAL



- Los datos se mantendrán el tiempo que dure la prestación de servicio. Finalizado éste se conservarán durante 3 años naturales. Pasado ese plazo se procederá al archivo y sellado de los datos manteniéndolos a los efectos de cumplimiento normativo obligatorio (facturación/contabilidad) y solicitud de autoridades competentes conforme plazos legales.
- ITACO garantiza la seguridad adecuada de los datos personales y confidenciales proporcionados por el usuario en todas las fases del tratamiento.
- El responsable del tratamiento de datos es ITACO, Instituto terapéutico de análisis de la conducta S.L.P.
- En cualquier momento podrá solicitar al responsable del tratamiento el acceso a sus datos, su rectificación o supresión, así como la limitación u oposición a su tratamiento conforme a lo establecido en el Reglamento 2016/679 de la UE, para ello deberá dirigirse a ITACO S.L.P mediante correo electrónico dirigido a info@itacopsicologos.es. También, en cualquier momento, podrá retirar el consentimiento prestado, dirigiéndose la petición al mismo correo electrónico, sin que ello afecte a la licitud del tratamiento antes de su retirada.
- Los datos no serán objeto de transferencias internacionales a terceros países u organizaciones, ni servirán para la elaboración de perfiles.
- Asimismo, le asiste el derecho a presentar una reclamación, por el tratamiento de sus datos personales, ante la autoridad de control competente: Agencia estatal de protección de datos

Leída la información anterior, D^o/D^a _____, haciéndose responsable de la veracidad de los datos y comprometiéndose a comunicar a ITACO S.L.P cualquier modificación de los mismos, consiente el tratamiento de sus datos personales conforme a los términos anteriormente expresados para

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Prestación de servicios (1) | <input type="checkbox"/> Comunicaciones comerciales (2) |
| <input type="checkbox"/> Elaboración de estadísticas (3) | <input type="checkbox"/> Grabación de voz anónima (4) |

Firma:

IDEACIÓN SUICIDA DESDE UNA PERSPECTIVA CONDUCTUAL

INSTITUTO TERAPÉUTICO DE ANÁLISIS DE CONDUCTA (ITACO)



Consentimiento explícito para el tratamiento de datos (PACIENTES)

CONSENTIMIENTO EXPLÍCITO PARA EL TRATAMIENTO DE IMÁGENES

MADRID,

INSTITUTO TERAPÉUTICO DE ANÁLISIS DE CONDUCTA (ITACO) es el **Responsable del tratamiento** de los datos personales del **Interesado** y le informa de que estos datos se tratarán de conformidad con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril (GDPR), la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre (LOPDGDD), y la Ley (ES) 1/1982 de protección civil, derecho al honor, intimidad personal y familiar y a la propia imagen, por lo que se le facilita la siguiente información del tratamiento:

Fines y legitimación del tratamiento: grabación de la voz de pacientes para el desarrollo de las sesiones terapéuticas y de investigación llevadas a cabo por el Responsable del tratamiento, mediante videollamada como medio de comunicación de terapia online, o bien, las desarrolladas de manera presencial (por consentimiento del interesado, art. 6.1.a GDPR).

Criterios de conservación de los datos: se conservarán durante no más tiempo del necesario para mantener el fin del tratamiento o mientras existan prescripciones legales que dictaminen su custodia y cuando ya no sea necesario para ello, se suprimirán con medidas de seguridad adecuadas para garantizar la anonimización de los datos o la destrucción total de los mismos.

Comunicación de los datos: no se comunicarán los datos a terceros sin su consentimiento, salvo obligación legal. El Interesado puede autorizar o no el tratamiento señalando con una «x» en la casilla correspondiente de SÍ (doy el consentimiento) o NO (no doy el consentimiento) para las siguientes categorías de destinatarios:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AUTORIZACIÓN PARA COMUNICAR LOS DATOS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consiento la grabación mediante videollamada
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consiento la grabación observada y presencial
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consiento la publicación de las consultas grabadas en revistas científicas

Derechos que asisten al Interesado:

- Derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento.
- Derecho de acceso, rectificación, portabilidad y supresión de sus datos y de limitación u oposición a su tratamiento.
- Derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (www.aepd.es) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente.

Datos de contacto para ejercer sus derechos: INSTITUTO TERAPÉUTICO DE ANÁLISIS DE CONDUCTA (ITACO). CALLE GENERAL DIAZ PORLIER, 103 ESC. INTERIOR B1 UO - 28006 MADRID (Madrid). Email: ITACOPSICOLOGOS@GMAIL.COM

El **Interesado** o su representante legal consiente el tratamiento de sus datos en los términos expuestos:

Nombre, con NIF

Firma:

INSTITUTO TERAPÉUTICO DE ANÁLISIS DE CONDUCTA (ITACO)
CALLE GENERAL DIAZ PORLIER, 103 - ESC. INTERIOR B1 UO 28006 MADRID (Madrid)

NORMAS DEL CENTRO:

Así mismo, para garantizar un buen funcionamiento de la terapia, ésta se rige por las siguientes normas:

- La forma de abonar las sesiones puede realizarse por **sesión o por bonos**. Las sesiones se podrán abonar en **efectivo** o a través de **transferencia bancaria**. Los pagos se realizarán al finalizar cada sesión en recepción, en caso de abonarse en efectivo, o en caso de ser transferencia bancaria tendrán que realizarse antes de la cita. Es preciso hacer llegar al centro el justificante de pago: en caso contrario no podrá realizarse la sesión.
Los bonos tendrán una validez de 6 meses.
- **Tras dos sesiones sin abonar con anterioridad** se cancela temporalmente la prestación de servicios quedando a la espera del ingreso.
- Cada sesión finaliza a la hora indicada y tiene una **duración aproximada de 55 minutos**. Por ello se ruega a los clientes puntualidad con objeto del máximo aprovechamiento posible de cada tratamiento.
- En caso de dificultad para asistir a una sesión confirmada, deberá avisarlo con **al menos 24 horas** de antelación llamando al 91 576 00 87. En ausencia de aviso se cargará el 50% del valor de la sesión. Si el motivo es por enfermedad, habrá que presentar justificante médico y no se procederá al cargo.

¿Cómo ha conocido el centro?

- ✓ A través de recomendación
- ✓ Redes sociales
- ✓ Página web
- ✓ Otros: _____

Nombre y Apellidos:

Leído y conforme,

IDEACIÓN SUICIDA DESDE UNA PERSPECTIVA CONDUCTUAL

Anexo B

**HISTORIA BIOGRÁFICA GENERAL**

Nº Exp: _____

Fecha: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Trata de describir con tus palabras qué dificultad o dificultades tienes y cómo afectan a tu vida.

¿Hace cuánto tiempo tienes estas dificultad/es? ¿A qué edad estimas que se iniciaron?

¿Con qué frecuencia te ocurre aproximadamente (mensual, semanal, diaria...)?

En la actualidad, ¿qué crees que puede estar causando tus dificultades?

¿Hay factores que las inician o **empeoran**?

(Descríbelos)

- Momentos del día

- Personas

- Lugares

¿Hay factores que las amortiguan o **mejoran**?

(Descríbelos)

- Momentos del día

- Personas

- Lugares

IDEACIÓN SUICIDA DESDE UNA PERSPECTIVA CONDUCTUAL



- Situaciones

- Situaciones

¿Quién te aconsejó venir?

¿Tienes algún problema de carácter médico que pueda interferir, contribuir y/o intensificar tus dificultades actuales?

 SÍ (especifique cuál): _____

 NO

Señala los síntomas que padeces actualmente (rodea el número):

1. Dolores de cabeza	7. Ataques de pánico	13. Ideas de suicidio
2. Dolores de estómago	8. Fatiga	14. Temblor
3. Alteración del apetito (aumento / disminución)	9. Dificultades para disfrutar	15. Pensamientos negativos /repetitivos
4. Tristeza y/o apatía	10. Tensión muscular	16. Ahogos
5. Mareos y/o desmayos	11. Pesadillas	17. Miedos
6. Alteración del sueño (aumento / disminución)	12. Dificultades de concentración	18. Tics

19. Otros: _____

IDEACIÓN SUICIDA DESDE UNA PERSPECTIVA CONDUCTUAL

**REFERENCIA A TRATAMIENTOS****ANTERIORES**

¿Has buscado tratamiento psicológico, psiquiátrico o médico anteriormente?

- SÍ** (especifique de qué tipo): psicológico psiquiátrico médico
- NO**

*En caso de que hayas buscado tratamiento anteriormente, escribe en orden cronológico la especialidad profesional de quien te atendió (endocrinología, psiquiatría, cardiología...) y el tratamiento que te prescribió:

Fecha	Especialidad	Tratamiento

Actualmente, ¿tomas alguna medicación?

- SÍ** (especifique cuál): _____
- NO**

Especifica tu consumo, pasado y actual, de las siguientes sustancias:

° Alcohol: Pasado _____ Actual _____

° Tabaco: Pasado _____ Actual _____

IDEACIÓN SUICIDA DESDE UNA PERSPECTIVA CONDUCTUAL

**INFORMACIÓN ACADÉMICA**

¿A qué tipo de colegio y/o instituto fuiste? ¿Cómo fueron tus resultados académicos?

¿Cómo te adaptaste a la situación escolar?

¿Cuál es tu formación después de los estudios obligatorios?

INFORMACIÓN PROFESIONAL

¿Trabajas en la actualidad? Describe tus funciones.

¿Tienes dificultades en tu entorno laboral (relaciones con compañeros, jefes, carga de trabajo...)?

¿Cuáles son los aspectos que **más** te gustan y los que **menos** de tu trabajo actual?

¿Qué aspiraciones laborales tienes?

IDEACIÓN SUICIDA DESDE UNA PERSPECTIVA CONDUCTUAL

**ASPECTOS SOCIALES E****INTERESES**

¿Qué te gusta hacer en tus **días libres**? ¿Cómo te gusta **divertirte**?

¿Qué grado de facilidad tienes para **conocer gente y relacionarte** con los demás?

¿Tienes dificultades para **profundizar o mantener** las relaciones de amistad?

¿Hay actualmente alguna persona de tu entorno social con la que tengas problemas o **interfiera en tu vida** de alguna forma?

¿Hay alguien de tu entorno que te esté ayudando a **superar tus dificultades**? ¿De qué forma lo está haciendo?

Indica tu grado de satisfacción con tus **relaciones sociales**:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Pertenece a alguna confesión religiosa? ¿Cuál?

IDEACIÓN SUICIDA DESDE UNA PERSPECTIVA CONDUCTUAL

RELACIÓN DE PAREJA / SEXUALIDAD

¿Tienes pareja estable?

- SÍ** (fecha de inicio de la relación): _____
- NO**

¿Convives con tu pareja?

- SÍ** (¿desde cuándo?): _____
- NO**

Indica la edad y describe el carácter y la relación con tu pareja:

¿Consideras que su vida erótica/sexual (en pareja o de forma individual) se ha visto afectada por tu problema?

- SÍ** (¿en qué?): _____
- NO**

Indica el grado de satisfacción con tus relaciones eróticas/sexuales **antes** de que se iniciase el problema que te trae a terapia:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Indica el grado de satisfacción con tus relaciones eróticas/sexuales en la **actualidad**:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

IDEACIÓN SUICIDA DESDE UNA PERSPECTIVA CONDUCTUAL

DATOS FAMILIARES

Indica la edad de cada uno de tus familiares y describe el carácter y la relación con cada uno de ellos:

Edad	Descripción del carácter	Relación
Padre:		
Madre:		
Hermanos:		
Hijos:		
Otros:		

¿Cómo fue el ambiente familiar durante tu infancia?

¿Qué personas viven contigo en el hogar actualmente?

¿Piensas que el origen de tus dificultades está relacionado, en algún aspecto, con tu ambiente familiar?

- SÍ*** especifica
- NO**

IDEACIÓN SUICIDA DESDE UNA PERSPECTIVA CONDUCTUAL

**EXPECTATIVAS SOBRE LA
TERAPIA Y MOTIVACIONES**

¿Qué interés tiene para ti seguir un tratamiento psicológico en este momento?

¿Te ha costado mucho decidirte a acudir a un/a psicólogo/a?

Después de una primera entrevista, ¿crees que la terapia te puede servir?

¿En qué crees que puede ayudarte?

¿Cuánto tiempo estimas que puede durar la terapia?

¿Qué desearías cambiar en tu vida? ¿Qué crees que puede impedirte cambiar?

IDEACIÓN SUICIDA DESDE UNA PERSPECTIVA CONDUCTUAL

Anexo C

Contrato terapéutico:

Fecha:

Validez del contrato hasta la fecha:

Yo..... acuerdo con el psicólogoque en el caso de sentirme muy mal o aparecer pensamientos suicidas no voy a hacerme daño o suicidarme. En este caso haré lo siguiente:

- Hacer algo físico (Ej: dar una vuelta o pasear, hacer ejercicio, etc) como lo siguiente:

- Hacer algo que me resulta o resultaba agradable (tanto si te parece agradable ahora mismo como si no) como lo siguiente:

- Llamar y hablar con un amigo y otra persona, como con (lista de nombres y teléfonos):

Emergencias: 112 (SAMUR, SUMMA)

Servicio telefónico de ayuda:

- Teléfono de la Esperanza de Madrid (91 459 00 50)
- Centro de Escucha "San Camilo" (91 533 52 23)
- Federación Madrileña de Asociaciones Pro Salud Mental (FEMASAM) (91 47298 14)
- Asociación de Investigación, Prevención e Intervención del Suicidio (AIPIS). www.redaipis.org

Centro psicológico ÍTACO (91 576 00 87) para adelantar la cita

Otros:

IDEACIÓN SUICIDA DESDE UNA PERSPECTIVA CONDUCTUAL

Yo he sido informado/a por con número de colegiado..... de la necesidad inmediata de acudir al hospital de referencia debido al riesgo que presento para autolesionarme con finalidad de muerte. Entiendo los términos de la información que he recibido y asumo toda la responsabilidad de no seguir las indicaciones que me han dado