



**Universidad  
Europea CANARIAS**

# Propuesta de Intervención Psicológica para Personas en Riesgo de Conducta Suicida

---

Trabajo fin de Máster

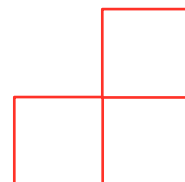
---

Autores: Adalberto González Martín

Matías Rodríguez Rodríguez

Tutor/a: Francisco Luis Rivero Pérez

08/02/2024





**Universidad**  
**Europea** CANARIAS

## Resumen

Las cifras de suicidios en el mundo no paran de subir, situándose como la primera causa de muerte no natural, llegando a las 800.000 personas al año. Esta problemática es aun peor en España, y Canarias se encuentra entre las 3 comunidades autónomas con mayores tasas de suicidio del país.

Es por esto que se propone un protocolo de intervención en pacientes en riesgo de conducta suicida, para aquellos que manifiesten ciertas señales de alarma y/o den puntuaciones altas en instrumentos específicos.

La intervención consta de tres bloques: el primero es de corte Cognitivo Conductual. En él, se dotará a las personas de herramientas para afrontar de manera adaptativa la conducta suicida, a través del manejo de contingencias y reestructuración de creencias desadaptativas. Otro bloque estará basado en las terapias contextuales (Terapia de Aceptación y Compromiso y Terapia Dialéctico Conductual principalmente). En este, se busca que la persona tenga una vida significativa a largo plazo, más allá de intentar evitar la conducta suicida. Por último constará de otro bloque complementario, de carácter telemático y centrado en prevenir el suicidio consumado a través de un protocolo de seguridad y basado en la terapia breve.

Se evaluará la efectividad de este programa comparando las medidas pre y post intervención y su medida de cambio respecto a otras terapias no específicas para la conducta suicida. Las corrientes, técnicas, ejercicios e instrumentos empleados han sido seleccionados en base a la evidencia actual de efectividad, y pretenden dar una respuesta adecuada, acorde con la gravedad de esta problemática.

**Palabras clave:** Conducta suicida. Suicidio. Intención suicida. Desesperanza. Intervención. Ideación suicida.

## **Abstract**

The number of suicides in the world continues to rise, becoming the leading cause of unnatural death, reaching 800,000 people a year. This problem is even worse in Spain, and the Canary Islands leads these figures among the autonomous communities.

This is why we propose an intervention protocol for patients at risk of suicidal behaviour for those who show certain warning signs and/or give high scores on the Columbia Scale for the Assessment of Suicidal Risk or the Beck Hopelessness Scale.

The intervention consists of three blocks: a Cognitive Behavioural block. In it, the person will be provided with tools to cope adaptively with suicidal behaviour, through contingency management and restructuring of maladaptive beliefs. Another block will be based on contextual therapies (ACT and DBT). In this, the aim is for the person to have a meaningful life in the long term, beyond trying to avoid suicidal behaviour. Finally, another complementary block, telematically, focused on preventing suicide through a safety protocol, based on brief therapies.

Effectiveness will be evaluated by comparing pre- and post-intervention measures and this change with respect to other non-specific therapies for suicidal behaviour. The currents, techniques, exercises and instruments used have been selected on the basis of current evidence of effectiveness and are intended to provide a response commensurate with the severity of this problem.

**Keywords:** Suicidal behaviour. Suicide. Suicidal intent. Hopelessness. Intervention. Suicidal thoughts

## 1. Introducción

El suicidio es un problema de salud pública global que causa la muerte de más de 800.000 personas cada año. Esto equivale a una persona que se suicida cada 40 segundos. Además, el suicidio supone la segunda causa de muerte en jóvenes entre 15 y 29 años (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021). En España, el suicidio es la principal causa de muerte no natural (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2020), y Canarias se sitúa como la tercera comunidad autónoma con mayor número de suicidios en el país (INE, 2022).

Conceptualizando el término que nos ocupa, podemos distinguir algunas definiciones de importancia para la comprensión del tema. En primer lugar, hablamos de intención de suicidio. Esta se define como la seriedad y/o intensidad con el que una persona desea terminar con su vida, es un constructo útil ya que se puede relacionar con la probabilidad existente de intento de suicidio y/o suicidio consumado (Martínez-Leal et al., 2018). Pasando a un plano más cognitivo, la ideación suicida son todos aquellos pensamientos que tienen como contenido el hecho de finalizar con la propia vida. Estos se pueden presentar con mayor o menor frecuencia e intensidad. Por último hablamos sobre el concepto de intento de suicidio, que es todo acto o conducta autolesiva relacionada con un individuo que quiere de manera voluntaria terminar con su vida. Existen diversas clasificaciones dependiendo del método y de la letalidad.

El Manual de diagnóstico sobre los desórdenes mentales DSM-V recoge el Trastorno de comportamiento suicida, especificando 5 criterios: Debe haber un intento de suicidio en los últimos 24 meses (1), esta acción no es compatible con la autolesión no suicida. Es decir, debe tener como finalidad clara la finalización de la vida (2). Esto no se debe aplicar a la ideación o actos preparatorios, si no al intento consumado (3). El intento no tuvo lugar mientras el sujeto estaba sufriendo un síndrome confusional (4) y, por último, el intento no se debió exclusivamente a un acto de protesta o tuvo una finalidad política o religiosa (5).

Cuando se habla de suicidio se deben abordar los factores de riesgo que están relacionados, pues permiten conocer mejor ciertas características relevantes. En general, como la mayoría de conductas complejas, el suicidio es multifactorial, pero se nombrarán a continuación los principales factores que se han relacionado desde la investigación.

Con respecto a los trastornos psicológicos, se han relacionado algunos (sobre todo por ciertas características de estos, más que por el trastorno en sí mismo). En relación a la depresión y la ansiedad, se observa un aumento de la probabilidad de suicidio de hasta 20 veces más en los casos de depresión mayor (Fergusson et al., 2005). Por otro lado, los trastornos de ansiedad se han relacionado a los intentos de autolesión (los datos refieren que un 20% aproximadamente de pacientes con trastorno de ansiedad realizarán al menos un intento autolítico en su vida).

En los pacientes con trastorno bipolar aumenta la probabilidad de intentos autolíticos (entre un 25% y un 50% de estos los llevan a cabo). Existe mayor nivel de riesgo al comienzo del trastorno, aumentando aún más en la fase depresiva y en la mixta (Bostwick y Pankratz, 2000).

De igual manera, otros trastornos presentan un riesgo relacionado con el suicidio. El trastorno psicótico (Hawton et al., 2005), el trastorno de la conducta alimentaria, especialmente la anorexia nerviosa (Preti et al., 2011), el trastorno adaptativo (Harris y Barraclough, 1997) y algunos trastornos de la personalidad, como el trastorno límite y el antisocial son algunos de ellos (Beautrais y Collings, 2005).

Se pueden extraer ciertos factores psicológicos que se han relacionado, como la impulsividad, el pensamiento dicotómico, rigidez, escasas capacidades para resolver problemas, y la desesperanza (O'Connor, 2007; Brown et al., 1991). La relación de ciertos trastornos psicológicos con el suicidio es más por estas características psicológicas que por el trastorno en sí mismo, por lo que se deben tener en cuenta estas variables, tanto en la evaluación como en el tratamiento psicológico.

Con respecto al consumo de drogas, se ha relacionado el abuso de alcohol como claro

factor de riesgo de suicidio, observándose una probabilidad de intento de 6 veces mayor con respecto a la población que no abusa (OMS, 2020; Conner y Duberstein, 2004). También se ha visto relación con el cannabis y la cocaína (Artenie et al., 2015).

En cuanto a la edad, se ha observado que hay dos periodos donde aumenta significativamente el aumento de la tasa de suicidios, la adolescencia y la edad avanzada (McIntyre et al., 2003; Beautrais y Collings, 2005; Carney et al., 1994).

También está profundamente reportado en la literatura el factor de género. Ser hombre se relaciona con una mayor probabilidad de sufrir un suicidio consumado, y ser mujer se relaciona con mayor número de intentos y con una menor letalidad en los mismos. Esto se relaciona directamente con ciertas diferencias en los métodos utilizados, siendo más letales en los casos de los hombres y menos letales en los de las mujeres (Kan et al., 2000; Lejoyeux et al., 1994).

Por otro lado, se han reportado factores neurobiológicos que también afectan a la conducta suicida. Por ejemplo, se ha encontrado una relación entre la disfunción del sistema serotoninérgico, cuando produce una disminución de los niveles de serotonina en el cerebro, con la conducta suicida (Underwood et al., 1999). También se ha hallado una relación con la conducta suicida a nivel genético, entre el polimorfismo en el gen de la enzima triptófano-hidroxilasa-TPH y también en el gen del receptor 5-HT<sub>2A</sub> (Crisafulli et al., 2010).

Los factores contextuales y sociofamiliares también muestran relación y pueden ser tanto factores protectores como de riesgo (Morton, 1993). La literatura recoge acontecimientos vitales y elementos potencialmente estresantes. Por ejemplo, la pérdida de seres queridos, enfermedades, separación, conflictos interpersonales, problemas financieros, entre otros (Heikkinen, 1992).

El desempleo y los bajos niveles de estudios muestran una relación significativa, también influyen el nivel socioeconómico (García-Resa et al., 2002). De igual manera, se observan relaciones con el divorcio y la viudedad, especialmente en hombres (Duberstein et al., 1998).

Por último, el intento autolítico es el predictor más potente de riesgo de reintento y de

suicidio consumado. Los pacientes con antecedentes de intento previo tienen un mayor riesgo de repetir el intento en el futuro. De hecho, se observa que la mitad de los pacientes que han consumado suicidio habían cometido algún intento previamente. Esto lo convierte en el principal factor a tener en cuenta a la hora de evaluar el riesgo que un paciente que llegue a consulta tiene para cometer un intento de suicidio (Bobes-García et al., 2011).

Al igual que es importante mencionar los factores de riesgo asociados a la problemática del suicidio, es necesario realizar un breve repaso sobre aquellos factores protectores, que son aquellos elementos que disminuyen la probabilidad de que una persona realice conducta suicida.

Es importante comenzar con las actitudes y valores positivos sobre la vida, la muerte y el suicidio, ya que aquellas personas que tienen actitudes y valores positivos son menos propensas a considerar el suicidio como una opción (Sánchez-Cervantes et al., 2015). Otro factor que aparece relacionado son las habilidades de afrontamiento eficaces (Oquendo et al., 2004; Elliot y Frude, 2001).

Otros elementos psicológicos que han mostrado disminuir la probabilidad de realizar un acto suicida son: la flexibilidad cognitiva y el autocontrol de la impulsividad y manejo de la ira. La impulsividad es un factor desencadenante para realizar la conducta suicida, por lo que se ha observado que tener la capacidad de gestionar adecuadamente las emociones, identificarlas y a partir de esto generar estrategias de afrontamiento y respuestas acordes a la situación, supone un factor protector muy importante (Bobes-García et al., 2011).

El apoyo social, como el que se recibe de la familia, los amigos y la comunidad, puede ayudar a las personas a hacer frente a los problemas y situaciones estresantes, lo que deriva en mejores estrategias de afrontamiento y una reducción de la angustia y sentimientos negativos (Sánchez-Cervantes et al., 2015).

Con respecto a la evaluación de la persona con conducta suicida, se ha intentado evaluar históricamente el riesgo de realizar la conducta en base a factores de riesgo. Sin embargo, dado que



la conducta suicida es un proceso dinámico, multifactorial y complejo deben usarse además otros indicadores, con el objetivo de realizar predicciones de riesgo más precisas, que puedan ajustarse al proceso real del paciente y a la probabilidad de efectuar la conducta (Large et al., 2017; McHugh et al., 2019).

Como apoyo a la evaluación psicológica de esta problemática, existen diversas escalas de interés para la conducta suicida. La primera, es la Escala Columbia para la Evaluación de Riesgo Suicida. Esta es una entrevista semiestructurada para evaluar la frecuencia y la gravedad de las ideas e intenciones suicidas y demás pensamientos que guardan relación con esta. Ha sido validada en España en el 2016 por Al-Habalí y colaboradores.

Otra escala de interés es la Escala de Desesperanza de Beck. Mide dos constructos: la desesperanza y el pesimismo. La desesperanza es definida como la existencia de unas expectativas negativas tanto de la situación presente como de la futura. El pesimismo, por su parte, consiste en la creencia de que el resultado de acontecimientos, conductas y todo tipo de sucesos van a ser negativos. Ambos han demostrado ser variables que se relacionan con la conducta suicida de manera significativa, llegando a ser útiles en la predicción de la misma (Beck y Steer, 1988).

Por último, cabe mencionar el ítem 9 del Beck Depression Inventory (BDI). En el contexto de la conducta suicida, se usa para obtener datos sobre el nivel de ideación suicida. Es una prueba breve y de fácil administración. Esto la hace una opción adecuada para incluir en el protocolo de evaluación, también dada su proporción costo-beneficio, prediciendo tanto el suicidio consumado como los intentos autolíticos (Hom et al., 2018).

Más allá de las escalas o instrumentos, es necesario una evaluación individual de cada persona. Esto se debe a que el suicidio es multifactorial y complejo, y no se debe reducir a una suma de criterios que se cumplen o no. Cada persona cuenta con unas respuestas específicas y una funcionalidad determinada en su conducta, por lo que se debe hacer un análisis de la conducta suicida, y reconocer los motivos personales de creación y mantenimiento de esta. Debiendo

preguntarnos de manera concreta los motivos por los que esa persona podría querer quitarse la vida (Al-Halabí y García-Haro, 2021; Stanley y Brown, 2012).

Con respecto a los programas de intervención se ha observado que, por lo general, no hay un elevado número de programas específicos para la conducta suicida, y los que existen precisan de mayor validación. De manera general, estos programas tienen dos formas de entender el suicidio. La primera es comprenderlo como una conducta que se debe tratar de manera específica; y la segunda lo entiende como la consecuencia de una serie de conductas problema, y que se deben tratar esas conductas para que, de manera indirecta, la conducta suicida no se dé. Sin embargo, la investigación muestra que aquellos que son específicos para la conducta suicida sí que muestran mejores resultados que aquellos que tratan el suicidio como algo indirecto (Pompili, 2018).

Las corrientes que muestran mayor nivel de evidencia son la terapia cognitivo conductual (TCC) y la terapia cognitiva (TC), independientemente del diagnóstico del paciente (Al-Halabí y García-Haro, 2021). Mientras que, para pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad se ha observado que la Terapia Dialéctico Conductual (TDC) ha resultado efectiva de manera significativa (Beautrais y Collings, 2005). Aunque es necesaria más investigación, también han mostrado resultados positivos las terapias breves en formato telemático, centradas en reducir la intensidad durante una crisis (Stanley y Brown, 2012). Otro aspecto que parece mostrar eficacia es que los pacientes graben o escriban lo experimentado durante una crisis suicida, hablando en términos de desencadenantes de la crisis y la respuesta emocional y conductual que generó. Estas han demostrado tener eficacia comparando estas con el tratamiento habitual, sobre todo en la reducción de las tentativas de suicidio (Gysin-Maillart et al., 2016) y en generar estrategias de afrontamiento más adaptativas (Gysin-Maillart et al., 2020).

En conclusión, la conducta suicida es un problema que está afectando cada vez más a la sociedad, y especialmente en Canarias, por lo que se justifica la creación y validación de intervenciones que aborden esto de manera específica. Estas deben estar centradas en: reducir la

sintomatología y los factores de riesgo, en dotar a las personas de herramientas útiles y en que éstas encuentren una vida significativa y que merezca la pena ser vivida.

El objetivo general de esta intervención es reducir el riesgo de conducta suicida en los pacientes que reciban el protocolo, reduciendo las puntuaciones en los constructos de ideación suicida y desesperanza.

Como objetivos específicos, se pretende dotar a la persona de habilidades que le permitan enfrentar la ideación y el impulso suicida. De igual manera, también se busca promover la aceptación del estado actual, tanto de la situación externa como interna, y fomentar que la persona actúe en base a unos valores relevantes para ella. Por último, también se busca que la persona tenga una vida significativa a largo plazo, más allá de intentar evitar la conducta suicida en todo momento.

## **2. Intervención**

### *Participantes*

Esta guía debe usarse cuando ante un paciente se registren una serie de características previas:

1. Se manifiestan conductas autolesivas, o se observan de manera evidente.
2. Puntuaciones de riesgo en escalas relacionadas con la conducta suicida (Escala Columbia para la Evaluación de Riesgo Suicida, Escala de Desesperanza de Beck, Ítem 9 del Beck Depression Inventory (BDI)).
3. Manifestación conductual-verbal de indicadores de riesgo (ideación suicida, desesperanza, sufrimiento psicológico, incapacidad para encontrar sentido a la vida, rigidez cognitiva, estrategias de afrontamiento disfuncionales, etc).
4. Valorar especialmente la evaluación del usuario y aplicación de esta guía si existe un

historial previo familiar o personal.

En el programa de intervención solo se abordarán los elementos propios de la conducta suicida. Por lo tanto, se debe complementar con una intervención que aborde el resto de la problemática del paciente en aquellos casos en los que sea necesario.

Por lo general, la ideación y conducta suicida son concurrentes con una elevada carga ambiental, llena de elementos estresantes para la persona. A esto hay que sumarle la incapacidad para afrontarlos. Es por ello por lo que, con frecuencia, el paciente presentará trastornos psicológicos y conductas problemáticas desadaptativas que deberán ser tratadas, más allá de la conducta suicida específicamente. Aunque esto no siempre es así, existe el mito de que solo las personas con trastornos psicológicos realizan la conducta suicida.

Estos objetivos y este trabajo terapéutico deberán complementarse con la intervención específica sobre la conducta suicida, en aquellos casos en los que sea necesario.

Se pueden dar dos situaciones distintas en la que se pueda implementar el tratamiento:

La primera es que a lo largo de una intervención terapéutica (que no tenga como objetivo reducir o prevenir la conducta suicida) se detecten las características anteriormente descritas. En este caso no es necesario ahondar de manera tan pormenorizada en la evaluación (sobre todo en la parte histórico-descriptiva). Es necesario definir adecuadamente los aspectos relacionados con la conducta suicida, su análisis funcional, y la evaluación de los factores de importancia anteriormente descritos y que pueden estar influyendo directamente (sufrimiento psicológico, desesperanza, formas de afrontamiento, etc.).

La segunda es que solo se dará intervención en prevención de la conducta suicida, y no en otros problemas psicológicos, implementando tan solo el protocolo de intervención. Esto puede ser por diversos motivos (deseos de la persona, existencia de recursos públicos o privados solo para este caso, derivación de otro centro/entorno sanitario, etc). En este caso sí se deberá realizar evaluación

de los apartados anteriormente propuestos para poder ajustarse a las características personales.

De igual manera, se debe especificar el protocolo en el caso de detectar ciertos desencadenantes que hagan que sea muy probable que la persona vaya a cometer una conducta suicida y, por lo tanto, su vida corra peligro o esté en especial riesgo. A esta situación a partir de ahora la denominaremos crisis. En este caso se tiene que derivar a la unidad de psiquiatría de centros primarios si se cumplen algunas de las siguientes características:

-Manifestación directa de querer cometer la conducta suicida, expresando una incapacidad para evitar estos deseos o pensamientos (“no poder no hacerles caso”).

-Completar el protocolo de seguridad hasta el paso 5 sin éxito (se explicará posteriormente).

### ***Desarrollo del Programa de Intervención***

#### **Contenidos y Actividades.**

De manera general, dada la peligrosidad de la conducta y la enorme dificultad de predecirla, en esta tarea se opta por una evaluación sensible. Es decir, que falle más hacia la detección y a decisión de tratamiento que al descarte de la misma. Es necesario reducir al máximo los casos en los que una persona, necesitando la intervención, no sea propuesta para la misma. Para consultar el protocolo de evaluación específico se puede consultar el anexo 1. A modo de resumen, se ahonda en las principales áreas de interés para poder intervenir posteriormente en la conducta suicida. Se puede observar en la siguiente tabla:

#### **Tabla 1**

*Resumen de las sesiones, contenidos y objetivos propuestos en la fase de evaluación*

Sesión	Contenido	Objetivos
1	Contexto psicopatológico. Contexto social-familiar. Domicilio o lugar de habitación. Contexto terapéutico.	Evaluar el estado psicoemocional del paciente. Valorar los factores protectores actuales.
2	Características psicológicas: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ideación.</li> <li>- Intención de suicidio.</li> <li>- Desesperanza.</li> <li>- Sufrimiento psicológico.</li> <li>- Incapacidad para encontrar sentido a la vida.</li> </ul>	Evaluar la conducta suicida, su naturaleza, origen y riesgo de autolesión.
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hipótesis de suicidio desde el análisis funcional.</li> <li>- Estrategias de afrontamiento de la persona.</li> <li>- Creencias nucleares desadaptativas</li> </ul>	Evaluar la funcionalidad de la conducta suicida Valorar las habilidades de afrontamiento y factores protectores actuales.

A continuación, se especifica el contenido de las sesiones. Es importante resaltar que estas deben ajustarse a la situación y la persona, con sus características propias, por lo que debe servir como guía más que como unas pautas estáticas. Queda al criterio clínico del terapeuta cualquier posible cambio o adaptación.

Se establece que, de manera óptima, la intervención tendrá una duración de 12 sesiones. Siempre teniendo en cuenta la gravedad del paciente y su capacidad para poder integrar los elementos trabajados en terapia. Esto es debido a que la duración media que tienen las intervenciones exitosas es de 11 sesiones, según un meta-análisis de Leavey y Hawkins (2017). Mientras que otros estudios aportan rangos de entre 9 y 18, dependiendo de la gravedad de los síntomas (Beck, 2011).

La intervención consta de 3 bloques. Un bloque de sesiones cognitivo-conductuales, que se compone de las 6 primeras. Un segundo bloque basado en terapias contextuales, que consta de las siguientes 6 sesiones. Y un tercer bloque de terapia telemática, que servirá de apoyo a toda la

intervención, especialmente para gestionar las crisis que puedan surgir. Se presenta en la siguiente tabla de forma muy esquemática:

**Tabla 2**

*Protocolo de intervención resumido.*

<b>Bloques de la intervención</b>	<b>Sesiones</b>
Bloque de sesiones cognitivo-conductuales	De la 1 a la 6
Bloque de sesiones basado en terapias contextuales	De la 6 a la 12
Terapia telemática	Complementaria y para prevenir crisis

## **BLOQUE DE SESIONES COGNITIVO-CONDUCTUALES**

En primer lugar, se propone un bloque en la intervención de corte Cognitivo Conductual. En este, el objetivo es que la persona posea habilidades que le permitan enfrentar la ideación y el impulso suicida.

La terapia cognitivo-conductual es adecuada ya que tienen una duración reducida, es relativamente sencilla de aplicar y, sobre todo, porque la literatura respalda la eficacia de esta para el tratamiento de las conductas suicidas. Es por ello, que se han seleccionado en la intervención herramientas, contenidos y actividades propias de la terapia cognitivo conductual y cognitiva adaptándolas a la conducta suicida.

Los objetivos terapéuticos se pretenden lograr a través del manejo de contingencias (antecedentes y consecuentes), reconocimiento de señales desencadenantes y establecimiento de nuevas estrategias conductuales. También, se le da especial importancia al análisis funcional de la conducta suicida. Además de esto, en la parte más cognitiva, se pretende desestabilizar la veracidad percibida de las creencias nucleares desadaptativas, sobre todo, aquellas compatibles

con la conducta suicida.

En la **primera sesión**, se deberán establecer los objetivos terapéuticos. También, se deberá realizar psicoeducación de la conducta suicida, para que el paciente entienda la situación que está viviendo, mitos, realidades, etc. Es igualmente importante empezar a introducir el protocolo de derivación, y comentar de manera clara y transparente bajo qué condiciones se derivará.

En las **siguientes dos sesiones**, se establecerán recursos de apoyo y emergencia.

Para estas sesiones se ha tomado como referencia el Safety Planning Intervention o SPI (Stanley y Brown, 2012), un protocolo de intervención breve con eficacia probada para reducir la peligrosidad durante las crisis en la conducta suicida (Samhsa, 2015; Stanley y Brown, 2015; Stanley et al., 2018). Esta adaptación se explicará en terapia cara a cara, pero también se usará a través de medios telemáticos (que se explicarán posteriormente).

Se busca que la persona entienda adecuadamente el proceso a seguir en el caso de que ocurra una crisis, en la que la ideación y la intención de suicidio sean tan elevadas que el paciente considere que su vida corre peligro. Todo ello, para que en el caso de que sea necesario, la persona pueda implementar el protocolo.

En primer lugar, se debe enseñar a la persona las señales de alarma, tanto las comunes en este tipo de casos como las personales. Primero, identificándolas e imaginando escenarios en los que podrían darse esas señales de alarma, para comprobar que el concepto ha sido comprendido correctamente.

Esto debe realizarse de manera detallada para que la persona pueda identificarlas claramente, teniendo en cuenta que, en el caso de una crisis, el proceso va a ser más costoso y exigente cognitivamente debido a la sobrecarga. Por lo tanto, en una situación estable o de calma deben ser fácilmente identificables.

Posteriormente, se debe realizar un análisis funcional de la conducta sobre situaciones de ideación y en los que la persona perciba que ha sentido mayores impulsos de realizar la conducta



suicida. Se debe realizar de al menos 4 situaciones diferentes (aunque esto dependerá de cada persona y de las situaciones que disparan esos pensamientos), especificando:

1. La detección de pensamientos automáticos.
2. Las situaciones que generan o que suelen generar esos pensamientos negativos.
3. La consecuencia, tanto a modo de respuesta emocional como conductual.
4. También, se debe intentar identificar el conjunto de creencias asociadas a estos pensamientos, para poder empezar a registrarlas y poder reestructurar esos pensamientos en las sesiones posteriores.

Una vez identificados los pensamientos automáticos, se deben realizar asociaciones que permitan relacionar esos pensamientos con conductas más fácilmente cuantificables y tangibles, para que le sea más sencillo al paciente identificar el pensamiento a medida que está teniendo lugar. Es preferible que el elemento a asociar sea conductual, físico y visible (como unir el dedo pulgar con el meñique, tocarse el dorso de la mano, etc), aunque la conducta concreta quedará a elección del paciente, para hacer más sencillo y probable la efectividad de esta asociación.

Posteriormente, se deben realizar entrenamientos estructurados (estos consistirán en autoinstrucciones con respecto a la conducta suicida) para reforzar la adquisición de la asociación entre los pensamientos y el elemento conductual, el proceso será el siguiente:

1. El terapeuta dice en voz alta el pensamiento (de una serie de pensamientos que haya dicho el paciente antes para poder realizar este paso) y el paciente realiza la conducta de asociación.
2. El terapeuta susurra de manera muy leve pero audible para el paciente el pensamiento (de una serie de pensamientos que haya dicho el paciente antes para poder realizar este paso) y el paciente realiza la conducta de asociación.
3. El paciente dice en voz alta el pensamiento y realiza la conducta de asociación.
4. El paciente susurra o vocaliza el pensamiento y realiza la conducta de asociación.

5. El paciente realiza de manera interna el pensamiento y realiza la conducta de asociación.

Tras este entrenamiento, resulta más sencillo para la persona identificar esos pensamientos automáticos relacionados con la conducta suicida, por lo que es más sencillo establecer un umbral (a acordar con el paciente) para iniciar el protocolo de seguridad de asistencia telemática.

Para establecer el umbral, se pueden usar herramientas que ayuden a parametrizar o a cuantificar la frecuencia y la fuerza de esos pensamientos, como adjudicar a los pensamientos una puntuación del 0 al 10 (donde 0 significa pensamientos inexistentes y sin ninguna fuerza, y el 10 unos pensamientos automáticos muy frecuentes, negativos y que sean prácticamente imposibles de evitar o ignorar). También, se pueden usar colores, formas o cualquier herramienta que pueda ayudar a la persona a identificar la gravedad de la ideación suicida.

Una vez creado, se deben poner situaciones que sirvan de referencia, para poder anclar ciertos niveles de gravedad a la forma de parametrizar y que resulte más sencillo estimar el nivel para el paciente. Lo ideal es que quede definido de manera detallada al menos en 4 puntos de la escala que se emplee, especificando la situación que podría generar (o ha generado, si el proceso ha tenido lugar ya anteriormente) el flujo de pensamientos. Definiendo también, al igual que en el análisis funcional, las consecuencias emocionales y conductuales de esos pensamientos.

De esta manera, queda una escala ordenada y estructurada que sirve al paciente para identificar los niveles y la gravedad de la ideación suicida. Esta escala es personal y subjetiva y tan solo sirve para el paciente con la que se ha realizado.

Una vez hecho esto, se debe especificar y consensuar entre el terapeuta y el paciente, en qué punto de la escala se deberían realizar los siguientes actos del protocolo. Estos deben explicarse, definirse y consensuarse entre el paciente y el terapeuta:

1. Usar las estrategias de afrontamiento que tenga la persona (autoinstrucciones,

actividades distractoras, técnicas de relajación, etc.), estas estrategias se han sondeado previamente durante el proceso de evaluación.

2. Empleo de la red de apoyo social para poder enfocar la atención en otros elementos no relacionados con la conducta suicida.
3. Contactar con personas cercanas y de confianza para el paciente, las que puedan ayudar a reducir la frecuencia y gravedad de la crisis. Designación de personas de emergencia y establecimiento de situaciones claras y concretas en las que llamar o acudir a las personas de emergencia.
4. Contactar con un profesional o con instituciones especializadas para evitar la conducta crisis suicidas (entendida como un estado en el que la persona corre un peligro inminente y va a realizar la conducta suicida). Psicoeducación en recursos públicos (112, teléfono de la esperanza o acudir a urgencias).

Están especificados por orden de gravedad inverso. Es decir, la máxima puntuación de la escala anteriormente definida debe corresponderse con el 4, y la mínima puntuación de esta con el 1. Por lo tanto, a medida que la persona vaya empeorando debe iniciar actos que ayuden a reducir la gravedad, y, en última instancia, contactar con unidad de emergencias o atención primaria en el caso de que la conducta suicida sea inminente.

En el caso de que se de una crisis, la persona debe grabar su experiencia, definiendo la situación que tuvo lugar y que desencadenó los pensamientos automáticos, también las consecuencias emocionales y conductuales. Es importante que se termine explicando las estrategias de afrontamiento que entraron en juego y los recursos empleados. Estas grabaciones serán usadas en sesiones posteriores para redefinir el análisis funcional que ya se ha realizado en la evaluación, y poder generar conocimientos que ayuden, tanto al terapeuta en la elaboración de herramientas y recursos como al paciente.

Todo este trabajo llevará unas dos o tres sesiones, dependiendo de las características de cada persona.

En la **cuarta sesión**, se deben elaborar posibles cambios para evitar los eventos desencadenantes, en base al análisis funcional de las situaciones previas. Una vez se conozcan estos eventos, valorando su frecuencia e importancia en relación con la problemática del paciente, se entrenará al paciente para que los identifique efectiva y velozmente cuando aparezcan en su vida cotidiana. Para lograr este entrenamiento, existen distintas técnicas: solicitar al paciente llevar un registro diario de sus pensamientos desadaptativos o que se han trabajado en la consulta, y asociar pensamientos concretos a estímulos nuevos que introduce activamente el paciente (Ej: Cada vez que pienses que no vales nada, dí “¡Basta!”),

En la **quinta y sexta sesión**, se realizará reestructuración cognitiva sobre las creencias disfuncionales de la persona, que ya se han identificado de manera general durante el protocolo de evaluación. Estas creencias es probable que sean compatibles con la conducta suicida, por lo que se deben buscar unas creencias más funcionales.

Se puede observar el protocolo hasta la sexta sesión en la siguiente tabla:

**Tabla 3.**

*Bloque de sesiones cognitivo-conductuales.*

Sesión	Contenido	Objetivos
1	Establecimiento de objetivos terapéuticos.	Establecer las condiciones necesarias para comenzar la terapia
2	Establecimiento de recursos de apoyo y emergencia: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Psicoeducación sobre señales de alarma.</li> <li>- Entrenamiento en detección de señales de alarma.</li> <li>- Entrenamiento mediante técnicas de asociación de pensamientos.</li> </ul>	Prevención de situaciones de riesgo inminente o de la consumación del propio suicidio
3	*Continuación establecer recursos de apoyo y emergencia: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Establecimiento de un umbral para iniciar el protocolo.</li> <li>- Definición y asignación de los pasos del protocolo de prevención de crisis.</li> </ul>	Asegurar la adecuación de la aplicación del programa Valorar la necesidad de derivación o solicitud de apoyo terapéutico externo
4	Manejo de contingencias en base al análisis funcional de la conducta suicida.	Entender la forma en la que funciona, se crea y se mantiene la ideación y conducta suicida en el paciente. Proporcionar y mejorar los recursos del paciente para prevenir y gestionar la conducta suicida, a partir del contexto psicoemocional que rodea a esta y las habilidades que el paciente ya posee.
5	Reestructuración cognitiva a unas creencias nucleares adaptativas e incompatibles con la conducta suicida.	Acotar en profundidad el origen de la ideación y la conducta suicida.  Promover creencias nucleares más adaptativas.

---

Sesión	Contenido	Objetivos
6	Reestructuración cognitiva a unas creencias nucleares adaptativas e incompatibles con la conducta suicida.	Acotar en profundidad el origen de la ideación y la conducta suicida Promover creencias nucleares más adaptativas

---

## BLOQUE DE SESIONES CONTEXTUALES

Este segundo bloque de sesiones tiene como objetivo promover la aceptación del estado actual, tanto de la situación externa como interna, y fomentar que la persona actúe en base a unos valores relevantes para ella. De igual manera también se busca que la persona tenga una vida significativa a largo plazo, más allá de intentar evitar la conducta suicida en todo momento.

Aunque el título se refiera a terapias de tercera generación, que son de mayor duración que esta intervención, es necesario aclarar que se trata de una adaptación de la terapia contextual a la conducta suicida. Ya se han trabajado en el bloque anterior muchos de los elementos que se trabajan al inicio de las terapias contextuales (reestructuración cognitiva, estrategias de afrontamiento, protocolo de seguridad en el caso de crisis, manejo de contingencias, etc.).

Como ya se ha trabajado anteriormente el análisis funcional y el manejo de las contingencias, será más sencillo para el paciente comprender la diferencia entre la conducta que ha sido reforzada a lo largo de su vida y se ha mantenido (aquella que le ha acercado a la conducta suicida), y las consecuencias a largo plazo que tiene este patrón de respuesta disfuncional.

En la **séptima sesión**, se pretende que el paciente entienda que, hasta el momento, ha realizado conductas de evitación, y que dichas conductas no son una solución a largo plazo contra el problema. Explicándole que por ello, deben buscarse (y se encontrarán) otras alternativas que hagan que tenga una vida con sentido y significativa. Esto a través de aceptar el sufrimiento y los sentimientos de pesimismo y desesperanza, y realizando conductas que realmente sean

significativas para la persona “a pesar de” este sufrimiento.

Se pueden usar metáforas, actividades y ejercicios conductuales, para ayudar al paciente a entender esto, adaptándolas a él. El objetivo es que el paciente elabore una conducta distinta a las anteriores que ha realizado en su intento por evitar el malestar.

En la **octava sesión**, se busca que el paciente entienda que el lenguaje ejerce una gran influencia en cómo definimos y entendemos el mundo, y la importancia de separar claramente lo que decimos y la realidad.

Las actividades y ejercicios que se trabajen aquí, van a ser bastante parecidas a la reestructuración cognitiva que ya se ha trabajado uniendo las creencias nucleares y los pensamientos con el soporte verbal del paciente.

En la **novena sesión** se busca que el paciente entienda la diferencia entre él, entendido como la entidad que realiza la acción, y los pensamientos, emociones, recuerdos, intenciones, etc. que experimenta. Es decir, que la persona adquiera una identidad más allá de su ideación o conducta suicida, diferenciando ambos elementos. Para ello, se puede recurrir a metáforas y ejercicios que ayuden a diferenciar esto.

Se puede ayudar a que la persona no juzgue sus conductas internas como negativas o positivas a través de la atención plena o mindfulness, lo que se retroalimenta con las sesiones anteriores. Se explica que, como alternativa a la conducta de evitación, puede realizar otras conductas que le resulten significativas más allá de evitar continuamente sus pensamientos y emociones. Son útiles las mediaciones y ejercicios de atención plena.

Hasta el momento en este bloque, se ha trabajado la aceptación de los pensamientos y emociones negativas y se ha entendido que las conductas de evitación no son la solución a largo plazo. Ahora, como alternativa a ese patrón desadaptativo, se debe enfocar al paciente en otra forma de actuar y dirigir su comportamiento.

Para esto, en las **próximas dos sesiones** (aunque depende del nivel de integración de los

conocimientos del bloque cognitivo-conductual, ya que primero se debe consolidar estos conocimientos), se deben analizar los valores del paciente, entendidos como todos aquellos actos que la persona realiza que están dirigidos a cumplir con un objetivo importante en su vida. Se debe realizar psicoeducación sobre los valores, ya que es un elemento complejo y que puede ser malentendido por el paciente. El terapeuta se podrá apoyar en cuestionarios de identificación de valores, que permiten tenerlos en cuenta de una forma más concreta, y que el paciente valore la importancia que quiere que cada uno tenga en su vida, incluso estableciendo metas concretas encaminadas a trabajar sobre esos valores.

En la **última sesión**, se trabajarán las metas concretas que el paciente puede realizar para vivir acorde con esos valores relevantes. Es decir, se reevaluarán los objetivos terapéuticos específicos para alinearlos con las motivaciones y objetivos vitales del paciente, y lograr un progreso personal, o habilidades relevantes para el mismo, que proporcionen un estado de equilibrio cognitivo y emocional al paciente en su vida diaria.

Se puede observar el bloque de sesiones contextuales de manera resumida en la siguiente tabla:

**Tabla 4.**

*Bloque de sesiones contextuales.*



Sesión	Contenido	Objetivos
7	Psicoeducación sobre estrategias de afrontamiento disfuncionales (Desesperanza creativa)	Proporcionar una base de psicoeducación sobre la que trabajar de forma más profunda y efectiva con el paciente en estrategias de afrontamiento alternativas a las conductas autolesivas o que se asocien a estas (o a otras conductas desadaptativas)
8	Deslateralización del lenguaje	Debilitar el soporte interno del paciente y que mejore su forma de ver la conducta problema
9	Diferenciar del “yo como contenido” del “yo como contexto”	Abordar la posible influencia de la necesidad de control del paciente
10	Desarrollo y definición de valores personales	Promover el desarrollo de una identidad personal separada de la conducta suicida
11	Desarrollo y compromiso hacia los valores	Promover el desarrollo de una identidad y una conducta incompatible con la conducta suicida
12	Compromiso hacia los valores	Aumentar el compromiso hacia metas significativas (e incompatibles con la conducta suicida).

De igual manera, se deben seguir trabajando en la medida en la que sean necesarios, a lo largo de este segundo bloque, la reestructuración de las creencias nucleares y el manejo de los antecedentes y consecuentes, ya que son objetivos importantes, y dependerá de la mejora de cada paciente puede destinarse parte de la sesión a reforzar esto, y otra parte a los valores.

Con el bloque de las técnicas más cognitivo-conductuales, se busca dotar a la persona de herramientas para afrontar de manera adaptativa la conducta suicida, y las crisis que esta puedan derivar. Sin embargo, es relevante un pensamiento integral y más a largo plazo, por lo que se

proponen este segundo bloque en el que, más allá de paliar o dar herramientas, se pretende que la persona pueda afrontar mejor las situaciones estresantes en su vida y pueda encaminarse a tener una vida que merezca la pena vivir, más allá del sufrimiento o las experiencias negativas que pueda atravesar puntualmente. Con este bloque, se pretende inclinar la balanza hacia la vida de manera más estable.

De manera general, se puede resumir la intervención con la siguiente tabla:

**Tabla 5.**

*Protocolo de intervención completo.*

Sesión	Contenido	Objetivos
1	Establecimiento de objetivos terapéuticos.	Establecer las condiciones necesarias para comenzar la terapia
2	Establecimiento de recursos de apoyo y emergencia: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Psicoeducación sobre señales de alarma.</li> <li>- Entrenamiento en detección de señales de alarma.</li> <li>- Entrenamiento mediante técnicas de asociación de pensamientos.</li> </ul>	Prevención de situaciones de riesgo inminente o de la consumación del propio suicidio
3	Continuación establecer recursos de apoyo y emergencia: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Establecimiento de un umbral para iniciar el protocolo.</li> <li>- Definición y asignación de los pasos del protocolo de prevención de crisis.</li> </ul>	Asegurar la adecuación de la aplicación del programa Valorar la necesidad de derivación o solicitud de apoyo terapéutico externo
4	Manejo de contingencias en base al análisis funcional de la conducta suicida.	Entender la forma en la que funciona, se crea y se mantiene la ideación y conducta suicida en el paciente. Proporcionar y mejorar los recursos del paciente para prevenir y gestionar la conducta suicida, a partir del contexto psicoemocional que rodea a esta y el trabaja y habilidades que el paciente ya posee sobre el mismo
5	Reestructuración cognitiva a unas creencias nucleares adaptativas e incompatibles con la conducta suicida.	Acotar en profundidad el origen de la ideación y la conducta suicida  Creencias nucleares más adaptativas

Sesión	Contenido	Objetivos
6	Reestructuración cognitiva a unas creencias nucleares adaptativas e incompatibles con la conducta suicida.	Acotar en profundidad el origen de la ideación y la conducta suicida  Creencias nucleares más adaptativas
7	Psicoeducación sobre estrategias de afrontamiento disfuncionales (Desesperanza creativa)	Proporcionar una base de psicoeducación sobre la que trabajar de forma más profunda y efectiva con el paciente en estrategias de afrontamiento alternativas a las conductas autolesivas o que se asocien a estas (o a otras conductas desadaptativas)  Debilitar el soporte interno del paciente y que mejore su forma de ver la conducta problema
8	Deslateralización del lenguaje	Abordar la posible influencia de la necesidad de control del paciente
9	Diferenciar del yo como contenido del yo como contexto	Promover el desarrollo de una identidad personal separada de la conducta suicida
10	Desarrollo y definición de valores personales	Promover el desarrollo de una identidad y una conducta incompatible con la conducta suicida
11	Desarrollo y compromiso hacia los valores	Aumentar el compromiso hacia metas significativas (e incompatibles con la conducta suicida).
12	Compromiso hacia los valores	Aumentar el compromiso hacia metas significativas (e incompatibles con la conducta suicida).

## INTERVENCIÓN TELEMÁTICA

En este bloque se realizarán intervenciones breves por medio de la aplicación de un pequeño pack de terapia que sirva para emplearse en situaciones de crisis.

Debido a que la ideación suicida y los sentimientos de desesperanza tienen un componente

muy fluctuante a lo largo de la semana, del día o incluso a través de las distintas horas del día, se propone la implementación de pequeñas estrategias de intervención que la persona puede seguir fuera de la consulta terapéutica. Esto es debido a que las crisis pueden desatarse por diversos desencadenantes que varían de persona a persona, dependiendo de sus características ambientales y personales. Por ello, se debe implementar un protocolo de actuación para que el paciente pueda recibir herramientas que le ayuden a gestionar esa crisis (y que permitan reducir el riesgo de suicidio a unos valores que no sean inminentemente peligrosos para la vida del paciente). En la mayoría de crisis es probable que no se disponga de la posibilidad de acudir a terapia.

El objetivo de esta intervención telemática es el de enfocar a una conducta de ayuda específica, para que el paciente valore los problemas y eventos personales que están relacionados a la conducta suicida y pueda dirigir su conducta a pedir ayuda.

Las conductas ya se han definido en la parte de protocolo de seguridad, en las sesiones cara a cara. En esta intervención se propone la creación de una aplicación móvil en la que la persona pueda poner la información de cada paso, ayudando a la realización, consulta y utilización en caso de crisis. Se puede observar la interfaz general y los apartados en los anexos (anexo 2, 3 y 4). Esta aplicación puede ser descargada en el smartphone o dispositivo móvil, ya que hoy en día casi todas las personas tienen acceso a uno. De esta forma el paciente tendrá acceso a apoyo psicológico, aunque lo necesite en horarios donde no pueda recibir la atención directa del profesional.

Para descargar esta aplicación será necesario que el gabinete psicológico o la unidad hospitalaria facilite un código al paciente, para que solo se la descarguen personas que estén recibiendo esta intervención (y sus coterapeutas). Seguirá el mismo esquema que el protocolo de seguridad explicado en terapia:

1. Usar las estrategias de afrontamiento que tenga la persona: en este apartado de la aplicación debe poner las que el paciente utiliza. La ventaja es que, a medida que se

vayan trabajando en la terapia, el paciente puede ir añadiéndolas, con un formato atractivo e intuitivo que facilite, tanto incluirlas, como los ejercicios para casa que se puedan mandar.

2. Empleo de la red de apoyo social para poder enfocar la atención en otros elementos no relacionados con la conducta suicida: en este apartado la persona puede añadirlas manualmente, designado la información que considere relevante sobre cada una de las personas que añade.
3. Contactar con personas cercanas y de confianza para el paciente, las que puedan ayudar a reducir la frecuencia y gravedad de la crisis. Esto se realizará eligiendo a estas personas previamente en terapia. Estas deberán acudir y recibir instrucciones, funcionando como coterapeutas. Se deben establecer también situaciones claras y concretas en las que llamar o acudir a las personas de emergencia (anexo 6).  
Además de especificar estas personas, ellas también pueden descargarse la aplicación y les puede llegar un aviso cuando la persona está en la fase 3, para que ya estén alerta y puedan intervenir, haciendo de puente. Más allá de esto, también es interesante que, en la medida en la que las personas quieran (ya que es información muy sensible, tabú en nuestro país y que depende de que la persona lo autorice) salga información de voluntarios que quieran designarse como personas de emergencia, quedar con el paciente, conocerlo y poder ayudar si se diera la situación.

Como se ha mencionado antes, esto solo para aquellos pacientes que hayan pasado por esta intervención, estén en proceso terapéutico y quieran voluntariamente compartir esta información. En el caso de que no, se puede usar tan solo con personas designadas por la persona cercanas a esta, que se les haya citado y avisado previamente y que, tras explicárselo, también quieran tener la aplicación,

funcionando como coterapeutas. En el caso de que no, se puede realizar de manera más rudimentaria en sesión, con una libreta o en un documento digital en el que figure la información.

4. Contactar con un profesional o con instituciones especializadas para evitar el desencadenamiento de la conducta suicida. En este paso la aplicación es especialmente relevante, pues es aquí donde los recursos, tanto públicos y privados de intervención en crisis suicida pueden entrar en juego. Existiendo un directorio donde la persona tiene acceso visual, inmediato y en tiempo real de los recursos que tiene a su alcance, y puede contactar con ellos fácilmente, es más probable que se logre evitar la conducta suicida (anexo 8).

También, sería interesante que estos recursos tuvieran la información de las personas con riesgo y vean en tiempo real si iniciaron el protocolo, y en qué fase están. Como un centro de vigilancia del suicidio, y al detectar que están en la fase 4 contactar con ellos directamente.

La aplicación también contaría con esquemas de análisis funcional (autoregistro), donde la persona puede ir registrando situaciones, analizando antecedentes y consecuentes y establecer reflexiones. Plantillas de reestructuración cognitiva, donde puede ir rellenando aquellas creencias disfuncionales que se trabajan en terapia y sobre las que trabajar. Psicoeducación que refuercen los temas que se tratan (anexo 9).

De esta manera, más allá de una terapia telemática del tipo videollamada, esta modalidad realmente es un complemento que ayuda al paciente a entender su proceso y ayudarlo a volcar la información que éste considere. Y, sobre todo, a ayudar en el protocolo de seguridad, para evitar el suicidio consumado.

### **Temporalización de las Sesiones.**

La temporalización de las sesiones de manera específica, con número de sesión, y semana correspondiente se puede consultar en la siguiente tabla, para relacionar el número de la sesión con el contenido y objetivos se puede consultar la tabla 5.

**Tabla 6.**

*Temporalización del protocolo de intervención por semana.*

Temporalización de la Intervención												
Sesión	Semana											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	■											
2		■										
3		■										
4			■									
5				■								
6					■							
7						■						
8							■					
9								■				
10									■			
11										■		
12											■	

### *Evaluación de la Intervención*

Ya se ha especificado el protocolo a realizar de manera individual para evaluar a los pacientes previo al inicio de la intervención. Para valorar el cambio y el nivel de mejoría de estos al finalizar la intervención, se propone un protocolo similar. En este, se volverá a realizar la entrevista y a administrar los mismos instrumentos, esperando mejores puntuaciones. Se puede valorar el cambio pre-post tratamiento con el Índice de Cambio Fiable (ICF) para tener una puntuación cualitativa de la mejoría del paciente.

Sin embargo, para tener criterios claros de mejoría se deben registrar cambios en los instrumentos que impliquen puntuaciones fuera de peligro por los autores. En la entrevista, se



debe observar un cambio en las contingencias relacionadas con la conducta suicida, y que se cuenta con herramientas que permiten reducir la gravedad y frecuencia de las crisis.

A nivel general, para valorar la efectividad de la intervención a nivel poblacional, se usarán varios indicadores para comparar con población en riesgo que no recibe el tratamiento.

En primer lugar, la puntuación en las pruebas propuestas, que se suelen usar en el territorio español. En este sentido, se espera que la intervención reduzca las puntuaciones en los constructos que evalúan (desesperanza, ideación suicida y pesimismo). Más allá de las puntuaciones, también se deben usar índices de suicidio consumado, donde se espera que la terapia mixta presencial + telemática prevenga la conducta suicida en más personas que la ausencia de este tipo de protocolos de manera significativa.

### **3. Conclusiones**

Se espera que tras implementar el programa de intervención, los pacientes en riesgo de suicidio mejoren, obteniendo puntuaciones más bajas en los test administrados y en la entrevista. Mas allá de esto, se espera que realmente puedan lidiar con la problemática del suicidio, pues habrán adquirido herramientas útiles y adaptativas. Estas les permitirán gestionar sus sucesos vitales estresantes.

Una de las fortalezas de este programa es que combina tres formas de terapia que han mostrado evidencia. La terapia breve (aplicada en forma telemática) para reducir las crisis, su gravedad y letalidad. La terapia cognitiva-conductual, para dotar de herramientas, estrategias de afrontamiento y pautas específicas. Y las terapias contextuales, que se espera que doten a los pacientes de motivos para una vida a largo plazo más allá de la terapia, haciendo que perciban una vida significativa y que merezca la pena ser vivida.

Todo esto concentrado en un protocolo específico para la conducta suicida, que puede

implementarse de varias formas: como protocolo específico, como complemento a una terapia que se iniciara previamente, como inicio a una terapia de mayor duración, etc.

La parte telemática, más que ser una terapia por videollamada o por mensajería, realmente aporta y es un elemento más de terapia, pues sirve como refuerzo a la terapia presencial y también para reducir los suicidios consumados durante las crisis. Al ser una aplicación que se tiene instalada en el móvil es una herramienta que puede ser usada en cualquier lugar, algo de lo que carecen los modelos totalmente presenciales.

Sin embargo, también son varias las debilidades. Una de ellas es que es necesario desarrollar la aplicación, puesto que esta es una propuesta y no la presentación finalizada de la misma. Otra debilidad es el tema de la privacidad, ya que son datos sanitarios muy sensibles, y la aplicación debe tener una inversión de recursos elevada para poder soportar estos datos sin peligro de hackeo de ningún tipo. Con respecto a la duración, el ser 12 sesiones hace complicado que se pueda implementar en instituciones públicas, pues normalmente no se cuentan con los recursos de personal que permiten realizar intervenciones tan largas.

Un aspecto muy importante es la medición de los datos de eficacia. Debido a que se conocerán los datos de eficacia de manera general tras impartir el protocolo, pero no se podrán aislar las distintas formas de terapia, no pudiendo valor adecuadamente si fue por las terapias Cognitivo-conductuales, si fue por las contextuales o por la telemática el éxito o fracaso del protocolo. Por lo que se hace complicado la implementación de mejoras en base a los datos que se recojan. Se hace necesario la elaboración de instrumentos de recogida de información específicos para cada parte de la terapia, y mediciones más repetidas antes y después de pasar cada bloque, para poder establecer mejores relaciones causales.

Como conclusión, el suicidio es un problema de salud pública, y más aun, según datos del INE, en Canarias, por lo que se hace necesario la creación de protocolos de intervención efectivos y que realmente aborden esta problemática como un fenómeno complejo, fluctuante y multifactorial.

Esta intervención auna las terapias con mayor evidencia científica para el tratamiento del suicidio, buscando que la problemática se aborde de una manera adecuada y se puedan reducir las cifras.

#### 4. Referencias

- Al-Habali, S. Sáiz, P.A., Burón, P., Garrido, M., Benabarre, A., Jiménez, E., Cervilla, J., Navarrete, M. I., Díaz-Mesa, E. M., García-Álvarez, L., Muñiz, J., Posner, K., Oquendo, M. A., García-Portilla, M.P. y Bobes, J. (2016). Validación de la versión en español de la Columbia-Suicide Severity Rating Scale (Escala de Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio) *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 9(3), 134-142
- American Psychiatric Association., (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana. (p. 258)
- Antón-San-Martín, J. M., Sánchez-Guerrero, E., Pérez-Costilla, L., Labajos-Manzanares, M. T., de-Diego-Otero, Y., Benítez-Parejo, N. y López-Calvo, A. (2013). Factores de riesgo y protectores en el suicidio: un estudio de casos y controles mediante la autopsia psicológica. *Anales de Psicología*, 29(3), 775-785.
- Artenie, A.A., Bruneau, J., Zang, G., Lespérance, F., Renaud, J., Tremblay, J., Jutras-Aswad, D., (2015). Associations of substance use patterns with attempted suicide among persons who inject drugs: can distinct use patterns play a role? *Drug Alcohol Dependence*, 147:208-14. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2014.11.011.
- Beautrais, A.L., Collings, S.C.D., (2005). *Suicide Prevention: A review of evidence of risk and protective factors, and points of effective intervention*. Wellington: Ministry of Health.
- Beck, A. T., Weissman, A., & Trexler, L. (1974). *The measurement of pessimism: The hopelessness scale*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 861-865.
- Beck, A y Steer, R. (1988). *Beck Hopelessness Scale. Manual*. The psychological corporation Harcourt Brace Jovanovich, Inc.
- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The scale for suicide ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 343–352. <https://doi.org/10.1037/0022006X.47.2.343>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Ranieri, W. F. (1988). Scale for suicide ideation: Psychometric properties of a self-report version. *Journal of Clinical Psychology*, 44, 499–505. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(198807\)44:4<499::AID-JCLP22704440404>3.0.CO;2-6](https://doi.org/10.1002/1097-4679(198807)44:4<499::AID-JCLP22704440404>3.0.CO;2-6)
- Beck, A., Schuyler, D., & Herman, I. (1974). *Development of suicidal intent scales*. Charles Press Publishers.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., y Erbaugh, J. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry*, 4:561-571. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>
- Beck, J. (2011). *Cognitive behaviour therapy, second edition: Basics and beyond*. Nueva York: Guilford Press.

- Bobes-García, J., Giner-Ubago, J., Saiz-Ruiz, J., (2011). *Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida*. Tricastela. Madrid.
- Bostwick, J. M., y Pankratz, L. D., (2000). Affective disorders and suicide risk: A meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 177(4), 353-359.
- Brown, L.K., Overholser, J., Spirito, A., Fritz, G.K., (1991). The correlates of planning in adolescent suicide attempts. *Journal of American Academy of Children and Adolescent Psychiatry*, 30:95-9.
- Carney, S.S., Rich, C.L., Burke, P.A., (1994). Suicide over 60: the San Diego study. *Journal of American Geriatrics Society*, 42:174-80.
- Conde López C, Usero Serrano E. Escala de depresión de Beck. (1975). *Revisión Psiquiátrica y Psicología Médica*. 12:218-36.
- Conner, K.R., Duberstein, P.R., (2004). Predisposing and precipitating factors for suicide among alcoholics: empirical review and conceptual integration. *Alcohol Clinical and Experimental Research*. doi: 10.1097/01.alc.0000127410.84505.2a.
- Crisafulli, C., Calati, R., Ronchi, D., Sidoti, A., D'Angelo, R., Amato, A., Serretti, A.. (2010). Genetics of suicide, from genes to behavior. *Clinical Neuropsychiatry Journal of Treatment Evaluation*, 7:141-8.
- Duberstein, P.R., Conwell Y., Cox. C., (1998). Suicide in widowed persons. A psychological autopsy comparison of recently and remotely bereaved older subjects. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 6(4):328-34.
- Elliott, J.L., Frude, N., (2001) Stress, coping styles, and hopelessness in self-poisoners. *Crisis*, 22(1):20-6. doi: 10.1027//0227 5910.22.1.20
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., y Beautrais, A. L. (2005). The epidemiology of suicidal behavior in young people: A 15-year cohort study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(10), 1185-1196.
- García-Resa, E., Braquehais, D., Blasco, H., Ramírez, A., Jiménez, L., Díaz-Sastre, C., Baca-García, E., (2002). Sociodemographic features of suicide attempts. *Actas Españolas Psiquiátricas*, 30:112-9.
- Gysin-Maillart, A., Schwab, S., Soravia. L., Megert, M. y Michel, K. (2016). A novel brief therapy for patients who attempt suicide: A 24-month follow-up randomized controlled study of the attempted suicide short intervention program (ASSIP) *PLoS Medicine*, 13, e1001968
- Gysin-Maillart, A., Soravia. L., Schwab, S. (2020). Attempted suicide short intervention program influences coping among patients with a history of attempted suicide. *Journal of Affective Disorders*, 264, 393-399.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 23(1), 56-62. <https://doi.org/10.1136/jnnp.23.1.56>
- Harris, E.C., Barraclough, B., (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 170:20528. doi: 10.1192/bjp.170.3.205.

- Hawton, K., Sutton, L., Haw, C., Sinclair, J., Deeks, J.J., (2005). Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. *British Journal of Psychiatry*, 187:9-20. doi: 10.1192/bjp.187.1.9.
- Heikkinen, M., Aro, H., Lönnqvist, J. (1992). The partners' views on precipitant stressors in suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85(5):380-4. doi: 10.1111/j.1600-0447.1992.tb10323.x.
- Hermida, J. R. F. (2021). Manual de Tratamientos Psicológicos: Adultos, de Eduardo Fonseca Pedrero (Coord.), Editorial Pirámide, 720 pp., año 2021. *Clínica y Salud*, 32(2), 93–94. <https://doi-org.accedys2.bbt.ull.es/10.5093/clysa2021a18>.
- Herrell, R., Goldberg, J., True, W.R., Ramakrishnan, V., Lyons, M., Eisen, S., Tsuang, M.T., (1999). Sexual orientation and suicidality: a cotwin control study in adult men. *Archives of Genetic Psychiatry*, 56(10):867-74. doi: 10.1001/archpsyc.56.10.867.
- Hom, M.A., Stanley, I. H., Rogers, M. L., Gallyer, A. J., Dougherty, S. P., Davis, L. y Joiner, T. E. (2018). Investigating the iatrogenic effect of repeated suicidal ideation screening on suicidal and depression symptoms: A staggered sequential study. *Journal of Affective Disorders*, 232, 139-142.
- Instituto Nacional de Estadística (INE) (2020) *Defunciones por suicidios*. <http://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=5453&capsule=5454>.
- Kann, L., Kinchen, S.A., Williams, B.I., Ross, J.G., Lowry, R., Grunbaum, J.A., (2000). *Youth risk behavior surveillance*, 70:271-85.
- Large, M., Galletly, C., Myles, N., Ryan, C. J. y Myles, H. (2017). Known unknowns and unknown unknowns in suicide risk assessment: Evidence from meta-analyses of aleatory and epistemic uncertainty. *BJP Psych Bulletin*, 42, 160-163.
- Leavey, K. y Hawkins, R. (2017). Is cognitive behavioural therapy effective in reducing suicidal ideation and behaviour when delivered face-to-face or via e-health? A systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 46, 353-482.
- Lejoyeux, M., Léon, E., Rouillon, F., (1994). Prévalence et facteurs de risque du suicide et des tentatives de suicide [Prevalence and risk factors of suicide and attempted suicide]. *Encephale*, 5:495-503.
- Martínez-Leal, J., García-Leiva, A., y García-Martín, M. (2018). La intención de suicidio como predictor de riesgo de intento y suicidio consumado en personas con trastornos de personalidad. *Revista de Personalidad y Psicología Clínica*, 22(2), 79-89.
- McHugh, C.M., Corderoy, A., Ryan, C. J., Hickie, I. B y Large, M.M. (2019). Association between suicidal ideation and suicide: Meta-analyses of odds ratios, sensitivity specificity and positive predictive value. *BJPsych Open*, 5, e18.
- McIntyre, J.S., Sara-Charles, C.C., Daniel-Anzia V., Cook, I.A., Finnerty, M.T., Johnson, B.R., (2003). Suicidal Behaviors - American Psychiatric Association Steering Committee on Practice Guidelines.
- Morton, M.J., (1993). Prediction of repetition of parasuicide: with special reference to unemployment. *International Journal of Social Psychiatry*, 39(2):87-99. doi:

10.1177/002076409303900202.

- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, E., Kessler, R. C., y Lee, S. (2008). Suicide and Suicidal Behavior. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 303-326.
- O'Connor, R.C., (2007) The relations between perfectionism and suicidality: a systematic review. *Suicide Life Threat Behaviour*, 37(6):698-714. doi: 10.1521/suli.2007.37.6.698.
- Oquendo, M. A., Baca-García, E., Mann, J. J., & Giner, J. (2004). Factores de riesgo del comportamiento suicida: el papel de la impulsividad-agresividad. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 27(1), 59-66.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2021). <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Organización Mundial de la Salud. (1997). *CIDI-auto Version 2.1: Administrator's guide and reference*.
- Pompili, M. (2018), The increase of suicide rates: The need for a paradigm shift. *Lancet*, 392, 474-475.
- Posner, K., Brown, G. K., Stanley, B., Brent, D. A., Yershova, K. V., Oquendo, M. A., Currier, G. W., Melvin, G. A., Greenhill, L., Shen, S., & Mann, J. J. (2011). The Columbia–Suicide severity rating scale: Initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *American Journal of Psychiatry*, 168, 1266–1277. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10111704>
- Preti, A., Rocchi, MB., Sisti, D., Camboni, M.V., Miotto, P., (2011). A comprehensive meta-analysis of the risk of suicide in eating disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124(1):6-17. doi: 10.1111/j.1600-0447.2010.01641.x
- Roy, A., Segal, N.L., Centerwall, B.S., Robinette, C.D., (1991). Suicide in twins. *Archives of General Psychiatry*, 48(1):29-32. doi: 10.1001/archpsyc.1991.01810250031003.
- Roy, A., Segal, N.L., Sarchiapone, M., (1995). Attempted suicide among living co-twins of twin suicide victims. *American Journal of Psychiatry*, 152(7):1075-6. doi: 10.1176/ajp.152.7.1075.
- Rudd, M. D., Joiner, T. E., Jr., y Rajab, M. H. (2001). The incremental validity of hopelessness for predicting suicidal ideation and behavior: A meta-analytic review. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31(2), 203-212.
- Sakinofsky, I., (2007). Treating suicidality in depressive illness. Part I: Current Controversies. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 52(6):71S-84S.
- SAMHSA, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2015). *Suicide prevention resource center American foundation for suicide prevention best practices registry for suicide prevention*. Waltham, MA: SAMSHA.
- Sánchez-Cervantes, A., Hernández-Sánchez, M., & García-Maldonado, G. (2015). Factores de riesgo y protectores del suicidio en adolescentes. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 2(3), 151-156.

- Stanley, B. y Brown, G.K. (2012). Safety planning intervention: A brief Intervention to mitigate suicide risk. *Cognitive and Behavioural Practise*, 19, 256-264.
- Stanley, B. y Brown, G.K. (2015). Collaborative safety planning to reduce risk in suicidal patients: A key component of zero suicide model. Recuperado de [http://suicideprevention-icrc-s.org/sites/default/files/sites/default/files/events/17\\_7\\_26\\_icrc-sslides.pdf](http://suicideprevention-icrc-s.org/sites/default/files/sites/default/files/events/17_7_26_icrc-sslides.pdf).
- Stanley, B., Brown, G. K., Brenner, L. A., Galfalvy, H. C., Currier, G. W., Knox, K. L., ... Green, K. L. (2018). Comparison of the safety planning intervention with follow-up vs. usual care of suicidal patients treated in the emergency departament. *JAMA Psychiatry*, 75, 894-900.
- Underwood, M.D., Khaibulina, A.A., Ellis, S.P., Moran, A., Rice, P.M., Mann, J.J., Arango, V., (1999). Morphometry of the dorsal raphe nucleus serotonergic neurons in suicide victims. *Biological psychiatry*, 46:473-483.
- World Health Organization., (2020). *World Report on Violence and Health*. Ginebra.



## 5. Anexos

### Anexo 1.

#### *Protocolo completo de evaluación*

A nivel individual se realizará el siguiente protocolo de evaluación:

Se dividirá la evaluación entre las áreas de exploración y los métodos de recogida de datos, con respecto a las áreas de evaluación:

#### **ÁREAS DE EXPLORACIÓN EN LA EVALUACIÓN**

Se debe extraer el contexto psicopatológico del paciente, especificando todos aquellos acercamientos previos a la terapia psicológica, como el número de sesiones que lleva en consulta, el motivo de consulta, el perfil médico, etc. También el tipo de recurso al que ha asistido (Terapia psicológica sanitaria en gabinete privado. Terapia psicológica clínica en seguridad social. Asistencia psicológica específica mediante algún recurso social (Asociación o similar). Terapia psicológica sanitaria en recurso asistencial. Intervención puntual de emergencia. Derivación profesional, etc). La frecuencia de consulta: Semanal, bisemanal, mensual, eventual, etc. De igual manera, se deben conocer los objetivos de la terapia actual en el caso de que estuviera realizando, con el fin de no interferir con dichos objetivos y con la posibilidad de reunirse y coordinarse.

También se debe ahondar en el contexto social-familiar del paciente, registrando las personas que viven con él/ella, la red de apoyo, su calidad, el acceso del paciente a esta red, la interacción, etc. Relacionado con esto también se debe registrar si estudia, trabaja o participa en actividades con otras personas habitualmente.

Se deben registrar cambios realizados por el paciente en su contexto social o familiar a raíz de la terapia, tanto si son positivos como negativos. Tanto los éxitos como los fracasos, y también los cambios propuestos que no han encajado con el paciente y el motivo.

Con respecto al domicilio, se debe registrar si habita un domicilio estable, si es propio, o si

es compartido, reseñando el grado de estabilidad y seguridad con la que tiene asegurado el domicilio. Se debe responder a la siguiente pregunta: ¿El domicilio o lugar de habitación es un contexto estable para el paciente? ¿En qué grado? ¿Cuenta con espacio para la intimidad o el desarrollo de sus necesidades psicológicas básicas? De igual manera, se deben valorar factores protectores y de riesgo en su domicilio.

Pasando a la evaluación de la accesibilidad a recursos de emergencia, se debe ahondar en el centro sanitario más cercano, acceso a teléfono, etc.

Por último, se debe ahondar en el análisis de sus características psicológicas que guardan relación y relevancia con la conducta suicida: la ideación suicida, la intención de suicidio, la desesperanza y el sufrimiento psicológico.

También se debe elaborar una hipótesis de suicidio desde el análisis funcional: definiendo en cada caso el sentido, por qué y para qué el paciente desea (o podría desear) quitarse la vida. Es de gran importancia evaluar la experiencia directa de la persona, su historia y características personales. En este caso es probable que la terapia de prevención de la conducta suicida deba retroalimentarse de la terapia específica del paciente, para no incurrir en una terapia genérica y despersonalizada, con una eficacia limitada. Sin embargo, hay evidencia de que el tratamiento específico de la conducta suicida obtiene mejores resultados que aquellos tratamientos que asumen que la conducta suicida es consecuencia de otros trastornos psicológicos, y abordan la conducta suicida como algo indirecto, por lo que se reafirma la importancia de tratamientos específicos que aborden las razones específicas por las que el paciente desea morir antes que vivir, más allá del diagnóstico previo o de los posibles trastornos mentales que ya tenga (Pompili, 2018).

También se deben conocer las estrategias de afrontamiento de la persona (sobre todo en estrategias evitativas disfuncionales y las agravantes de la conducta suicida)

## **INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE DATOS**

Con respecto a la forma de extracción de los datos de la evaluación, se debe combinar la

entrevista con los autoinformes, pues recogen información complementaria y, en ciertos casos, los pacientes pueden estar más predispuestos a desvelar información en uno de los dos formatos, por lo que no se puede centrar la extracción de la información únicamente en una modalidad.

Comenzando por la entrevista, se hace especialmente importante las habilidades terapéuticas, en un proceso dinámico y fluctuante como lo es la conducta suicida. El paciente en riesgo está continuamente fluctuando entre continuar viviendo o realizar el acto suicida, por lo que se debe manejar adecuadamente el sufrimiento y esta ambivalencia, para que la experiencia de evaluación no se perciba como una mayor fuente de problemas o puedan suponer un esfuerzo añadido para la persona. En este sentido, se busca un balance entre querer ayudar y querer promover la autonomía de la persona, en querer conocer el pasado histórico y biográfico de la persona y conocer las características presentes. Más que una evaluación, se busca una devolución, un entendimiento y una comprensión de su problema de manera empática, para poder empezar a intervenir desde esa comprensión (Hermida, 2021).

Con respecto a las escalas, se proponen las siguientes:

La Escala Columbia para la Evaluación del Riesgo Suicida (C-SSRS) es una herramienta de evaluación clínica que se utiliza para medir la gravedad de la ideación y la conducta suicidas. Fue desarrollada por investigadores del Centro de Neurociencias de las Enfermedades Mentales del Instituto Psiquiátrico de Columbia en Nueva York.

Escala de Desesperanza de Beck

Ítem 9 del Beck Depression Inventory (BDI)

Anexo 2. Visión general de la aplicación (para registrarse la primera vez)





**VIDA**  
INTERVENCIÓN  
PSICOLÓGICA

Recordarme [¿Olvidaste tu contraseña?](#)

**Regístrate**

[¿No tienes una cuenta? Crea una cuenta](#)

Anexo 3. Visión del menú



Anexo 4. Protocolo de seguridad

The image shows a mobile application interface for a security protocol. At the top, there is a red header with a white back arrow on the left and a white hamburger menu icon on the right. Below the header, the title "PROTOCOLO DE SEGURIDAD" is displayed in large, bold, white capital letters. The main content area has a light gray background and contains a red rounded rectangle with the question "¿Cuál es tu nivel de riesgo?". Below this question are five white rounded rectangular buttons, each containing a risk level in red capital letters: "MUY ALTO", "ALTO", "MEDIO", "BAJO", and "MUY BAJO".

**PROTOCOLO DE SEGURIDAD**

¿Cuál es tu nivel de riesgo?

**MUY ALTO**

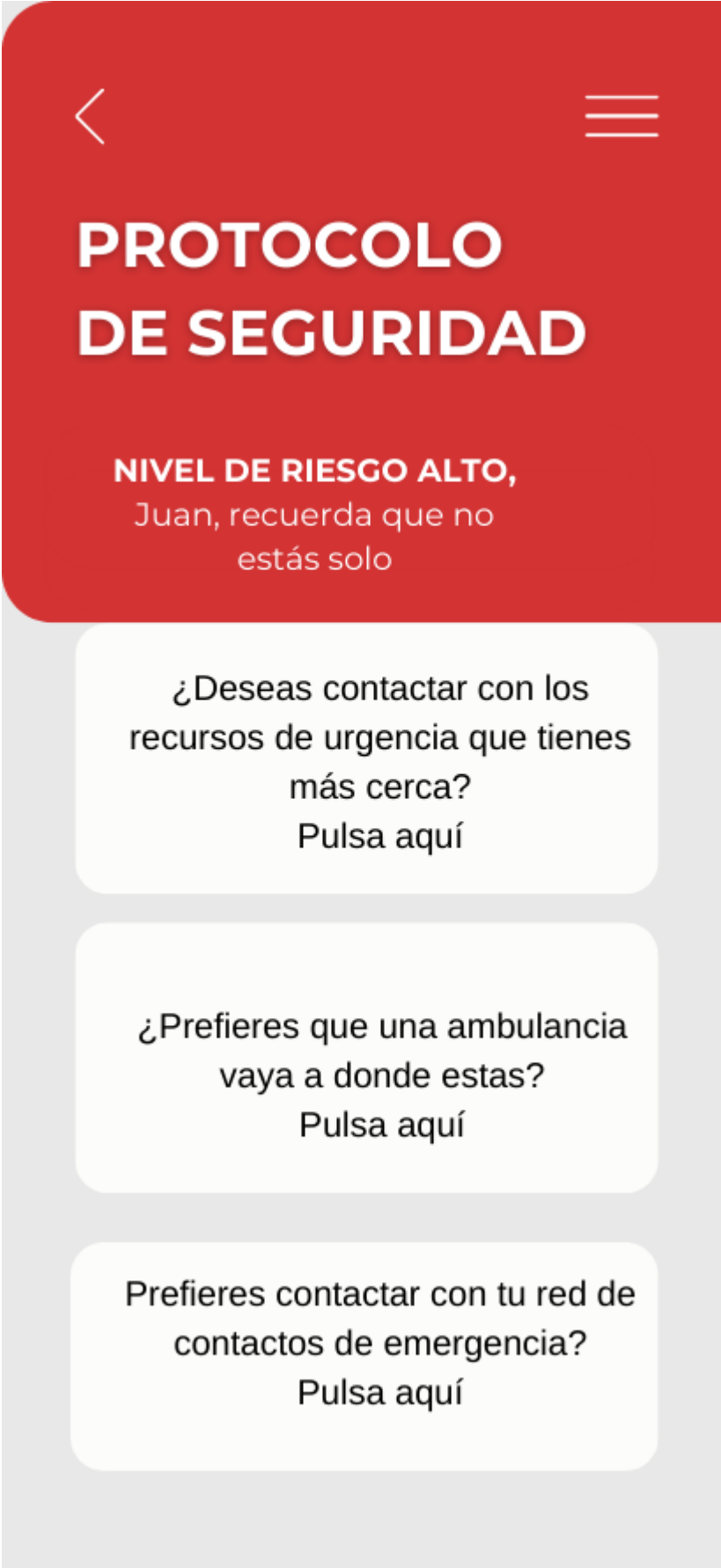
**ALTO**



**MEDIO**

**BAJO**

**MUY BAJO**

Anexo 5. Protocolo de seguridad (seleccionando nivel de riesgo muy alto)



# PROTOCOLO DE SEGURIDAD

**NIVEL DE RIESGO ALTO,**  
Juan, recuerda que no  
estás solo

¿Deseas contactar con los  
recursos de urgencia que tienes  
más cerca?  
Pulsa aquí

¿Prefieres que una ambulancia  
vaya a donde estas?  
Pulsa aquí

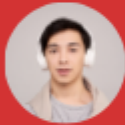
Prefieres contactar con tu red de  
contactos de emergencia?  
Pulsa aquí

Anexo 6. Contactos de emergencia

# Contactos de emergencia



Papa



Pedro R.



Luisa



dr. Alfredo





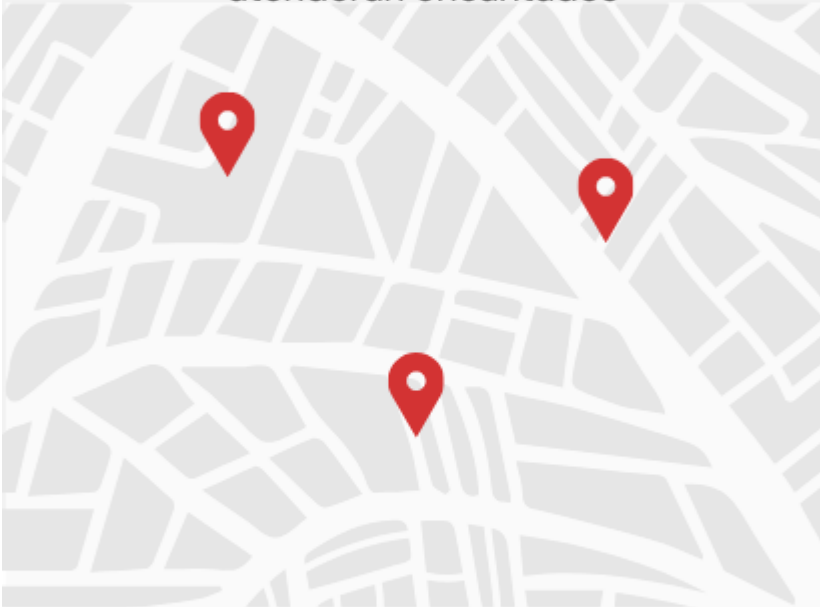
Anexo 7. Contactos de emergencia (seleccionando a uno de ellos)



# Recursos de emergencia

## Resultados

Estos centros están especializados, todos tienen servicio 24 horas y te atenderán encantados



## Centros



**CENTRO MÉDICO SAN BENITO**



**HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS**

# Aprendo sobre mí

**Practica**

**Artículos**

## **Creencias nucleares y suicidio**

Las creencias nucleares son unos esquemas mentales, como una especie de "mandamientos" que nos dan las instrucciones para interpretar el mundo a nuestro alrededor.

El ser humano, para simplificar su mundo, le pone normas a lo que ocurre a su alrededor. Por ejemplo, veo a alguien pidiendo en la calle y pienso, "que se ponga a trabajar, yo no le voy a dar nada porque es un gandul". De ese pensamiento, se podría extraer la creencia nuclear de "la gente que se esfuerza tiene éxito, y si eres pobre y desgraciado es porque no te has esforzado". No vamos a reflexionar si esta creencia en concreto es verdad o no, todas las creencias son subjetivas. Sin embargo, tenemos que preguntarnos ¿Esta creencia ayuda a esta persona a esforzarse cada día? ¿Y a ayudar a los más necesitados?

Pues bien, no hay creencias verdaderas o falsas, pero si creencias adaptativas y que te ayudan a vivir tu vida satisfactoriamente, y creencias que pueden causarte sufrimiento a largo plazo.

**Sigue leyendo**