

Universidad Siglo 21



Trabajo Final de Grado – Plan de Intervención
Licenciatura en Psicología
“Promoción y prevención del suicidio adolescente”
Sanatorio “Prof. León S. Morra”
Autor: Jeremías Rodríguez Fuentes
Legajo: PSI03763
Docente Director: Dr. Y Mgter. Rubén M. Pereyra
Córdoba, Diciembre, 2020

Índice.

Resumen.....	4
Introducción.....	5
Definición de la línea estrategia de intervención.....	7
Síntesis de la organización seleccionada.....	9
Delimitación de la problemática o necesidad objetivo de intervención.....	15
Objetivos.....	18
Justificación.....	19
Marco teórico.....	21
Intenciones suicidas y suicidio: una problemática cada vez más presente en el mundo actual.....	21
Adolescencia: una etapa vital y decisiva en el desarrollo del sujeto.....	24
El suicidio.....	30
El dispositivo grupal como elemento central de la intervención.....	35
Plan de acción.....	39
Aspectos metodológicos.....	39
Actividades.....	42
Diagrama de Gantt.....	58
Recursos.....	59

Presupuesto.....	61
Evaluación.....	62
Resultados esperados.....	63
Conclusión.....	64
Referencias.....	66
Anexos.....	73
Anexo I: Dear Man.....	73
Anexo II: Mindfulness de los pensamientos.....	78
Anexo III: STOP.....	79
Anexo IV: Escala ISO – 30.....	80

Resumen.

El presente plan de intervención corresponde al Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Siglo 21. Luego de un análisis exhaustivo acerca de las problemáticas que presenta en la actualidad la institución elegida, se ha decidido centrar el presente trabajo en la prevención del suicidio adolescente, ya que es una problemática que presenta mayores ingresos en el Sanatorio “Prof. León S. Morra”. Se toma como objetivo general poder prevenir el suicidio en adolescentes y adultos jóvenes hospitalizados en el Sanatorio Morra a través de la implementación de grupos de reflexión en los que se trabajará para el fortalecimiento de las habilidades sociales, fomentación de los vínculos de apoyo y la mejora de la calidad de vida. Se han planificado un total de 6 encuentros con frecuencia de dos por semana, desarrollando en cada uno de ellos actividades tendientes a cumplir con los objetivos específicos propuestos. Se utilizará la escala ISO – 30 (inventario de orientación suicida) tanto al inicio como en la finalización del plan de acción para poder corroborar y valorar los resultados obtenidos y el impacto de dicho plan.

Palabras clave: Prevención, Suicidio, Adolescentes, Grupo de reflexión, Habilidades sociales, Calidad de vida.

Introducción.

El presente plan de intervención toma para su desarrollo como línea estratégica la vulnerabilidad y las conductas de riesgo en la actualidad, enmarcando dentro de esta, la problemática del suicidio adolescente. El suicidio es una de las decisiones más difíciles y trágicas que puede tomar una persona en su vida, y a su vez conlleva consecuencias devastadoras para aquellos familiares y amigos cercanos de la víctima. El fenómeno del suicidio ha existido desde siempre, pero en las últimas décadas tuvo un aumento notable y escalofriante. De acuerdo a las cifras que expone la OMS (2020), más de 800.000 personas se suicidan cada año, lo que representa una muerte cada 40 segundos; a su vez, el suicidio es la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años.

Es importante tener en cuenta que, de acuerdo a lo expuesto por Villardón Gallego (2013), el suicidio además de ser un fenómeno poco común, es un fenómeno «único» (Motto, 1989), en el sentido de que cada sujeto posee unos indicadores de riesgo propios y personales. Es por esto que la experiencia clínica debe complementarse con un conocimiento profundo de la persona.

En la actualidad, y debido a las exigencias cada vez más hostiles que promulga la sociedad, la población que se encuentra más vulnerable a este fenómeno es la de los adolescentes, conteniendo dentro de dicho constructo a aquel grupo de sujetos que se encuentran en el rango de entre los 14 y los 25 años aproximadamente. La adolescencia es una etapa decisiva y de vital importancia para el desarrollo del sujeto humano y de su identidad, que a su vez está atravesada por una multitud de cambios tanto a nivel físico, social y psicológico que exigen al adolescente un trabajo psíquico exhaustivo y muchas veces doloroso. El ámbito psicológico del adolescente está caracterizado por una

constante confusión, impulsividad, susceptibilidad, angustia y pasajes al acto. En correlación directa con esto, tomando a Barón (2000), se dice que:

El intento de suicidio en el adolescente traduce, la mayoría de las veces, la expresión de un deseo de cambio, de poner fin a una situación en la cual se encuentra, de dejar de sentir lo que se está sintiendo; se puede afirmar que es una forma de reacción ante el sentimiento de impotencia para cambiar una situación que se ha hecho insoportable.

Este Trabajo Final de Grado consiste en el desarrollo de un Plan de Intervención a realizar en el Sanatorio “Prof. León S. Morra”, que, a través del dispositivo de Grupos de Reflexión, tendrá como objetivo prevenir el suicidio en adolescentes y jóvenes adultos hospitalizados en dicha institución por medio del desarrollo de diferentes actividades tendientes a fortalecer las habilidades sociales y el fortalecimiento de sus vínculos de apoyo.

Entre los beneficios que se espera lograr con este Plan de Intervención se cuenta el poder prevenir y disminuir el riesgo suicida en la población adolescente. También se busca que los pacientes puedan mejorar su calidad de vida recuperando el disfrute de la misma a través de la implementación de actividades mencionadas anteriormente.

Definición de la línea estratégica de intervención.

Para el desarrollo de este trabajo final de grado se ha decidido tomar como línea estratégica de intervención la vulnerabilidad y las conductas de riesgo en la actualidad. Esta línea de intervención va a ser aplicada y contextualizada específicamente en la población adolescente.

Se entiende por vulnerabilidad:

La vulnerabilidad puede definirse como una capacidad disminuida de una persona o colectivo para anticiparse, hacer frente y resistir ante los efectos o consecuencias de un peligro natural causado por la actividad específicamente humana y/o para recuperarse de las consecuencias del mismo. (Arévalo, Enrique Jorge, 2015, p.1)

Tal como señala Borrás Santisteban, Tania (2014), la adolescencia es realmente un período vulnerable para la aparición de conductas de riesgo, las cuales pueden encontrarse por sí solas o concurrir y traer consecuencias para la salud, económicas y sociales. Se requiere de programas que garanticen información y servicios, además de, potenciar los factores protectores para reducir las mencionadas conductas (p.2).

Se entiende por conductas de riesgo:

Las conductas de riesgo son todas aquellas acciones que ponen o pueden poner en peligro el equilibrio de la salud (física o mental) de la propia persona (Universidad Siglo 21, 2019).

Rosabal Garcia (2015) señala con respecto a la adolescencia que, en este periodo son particularmente intensas las conductas de riesgo en los adolescentes; que son aquellas acciones voluntarias o involuntarias, realizadas por el individuo o comunidad, que pueden llevar a consecuencias nocivas.

Síntesis de la organización seleccionada.

Se decide, teniendo en cuenta el tema y la línea estratégica de intervención elegida del presente trabajo final de grado y luego de investigar y leer acerca de las instituciones ofrecidas para poder realizarlo, que este programa de intervención se llevará a cabo en el Sanatorio “Prof. León S. Morra” ya que se pudo identificar, a través de una entrevista que se realizó al Dr. León S. Morra, una necesidad relacionada con el tema a tratar. Morra en la entrevista especifica que una de las patologías que mayores ingresos tiene en el sanatorio es la de intento de suicidio e ideaciones suicidas. A continuación, se mostrará una síntesis de la organización para la cual se tomará como referencia la información brindada en la lectura acerca de esta institución que se encuentra en la plataforma “Canvas” de la Universidad Siglo 21 y en el sitio web propio de la institucion.

El Sanatorio Morra es una institución privada de salud mental fundada en 1927 por el profesor León Sebastián Morra. Al comienzo abordó las enfermedades neuropsiquiátricas en la modalidad de internación, tal como lo demandaban las prácticas profesionales de la época. Cuenta María Inés Díaz, trabajadora social, responsable del Departamento de Coordinación Profesional, con 25 años de trayectoria en la institución, que, “al fundarse, tuvo como objetivo, básicamente, ser una clínica de reposo, con un poco de especialización en patologías de alcoholismo y neuropsiquiátricas” (entrevista realizada, diciembre de 2018).

Recién en 1960 se incorporaron consultorios externos que, inicialmente, funcionaban en el centro de la ciudad de Córdoba. Más tarde, con el fin de centralizar la atención, se trasladaron al predio original, ubicado en Av. Sagrada Familia, esquina

Nazaret, a orillas del emblemático río Suquía, en la zona que hoy se conoce como barrio Urca de la ciudad de Córdoba (Universidad Siglo 21, 2019)

Visión.

Es importante, para poder comprender la visión de la institución, comentar algunos aspectos que hacen a la persona del profesor León S. Morra:

Primero se graduó como farmacéutico y luego como médico cirujano en la Universidad Nacional de Córdoba (UNC). Se desempeñó en el cargo de profesor suplente de Psiquiatría en la Facultad de Ciencias Médicas de la UNC, donde más tarde ejerció como profesor titular y consejero. Entre 1924 y 1928, llegó al puesto máximo de rector de la universidad más antigua de Argentina, posición que ocupó nuevamente entre 1945 y 1946 (Universidad Siglo 21, 2019).

León S. Morra quiso eliminar el calificativo de “alienados”, dicha terminación se utilizaba para hacer referencia a los pacientes que sufrían trastornos psiquiátricos. En el año 1915 brindó una conferencia en el Circulo Médico de Córdoba en la cual postuló una serie de aspectos que debía tener en cuenta una legislación que reformara las condiciones con que eran tratados y considerados aquellos pacientes; estos aspectos son los siguientes:

- ❖ Es indispensable y urgente en nuestro país una legislación sobre alienados.
- ❖ Debe ella referirse a la organización, reglamentos y control de los establecimientos tanto públicos como particulares para alienados.
- ❖ Debe reglamentar la inspección y vigilancia de los mismos como también de los alienados atendidos en sus propios domicilios por medio de comisiones honorarias y de médicos inspectores especialistas.

- ❖ Debe reglarse el internamiento de los insanos, obligando al Estado a hacerlo de oficio, con las garantías judiciales convenientes, en aquellos enfermos abandonados, peligrosos, sin medios materiales de vida o deficientemente atendidos, etc. es conveniente la intervención del poder judicial en todas las reclusiones de simple participación al ministerio de incapaces en los internamientos de observación y por sentencia en forma de los tribunales de primera instancia, en los definitivos.
- ❖ Debe presentarse preferente atención, siquiera sea con medidas científicas y humanitarias provisorias al problema de los alienados criminales y de los criminales vueltos alienados durante el cumplimiento de su pena.
- ❖ Debe fomentarse y organizarse, para mayores garantías en los procedimientos, los estudios y la especialidad de la medicina legal. (Morra, 1915).

La ley actual de salud mental de la Provincia de Córdoba, N.º 9848, promulgada en 2010, toma varias de las propuestas de Morra en torno al respeto, dignidad y derechos de las personas con padecimiento mental (Universidad Siglo 21, 2019).

Al año siguiente de la conferencia que sentó las bases del tratamiento de los y las pacientes, Morra asumió la titularidad de la cátedra de Psiquiatría y, al mismo tiempo, se convirtió en el director del hasta entonces Asilo de Dementes, que dependía de la Facultad de Medicina de la UNC (Universidad Siglo 21, 2019).

Luego de este momento se generó una transformación fundamental en la institución, el Dr. León S. Morra presentó los siguientes propósitos y objetivos:

- ❖ Eliminar “los medios violentos para dominar los agitados y peligrosos” (Loudet, 1977), con lo que el chaleco de fuerza se reemplazó por psicofármacos y psicoterapia.
- ❖ Brindar servicio asistencial de acuerdo con los parámetros científicos de la época. “Clasificó las enfermas según las formas clínicas de las dolencias y multiplicó las salas para los tratamientos más adecuados” (Loudet, 1977).
- ❖ Se pasó a pensar a las pacientes como personas con necesidades terapéuticas específicas y no como un cúmulo de personas “dementes” depositadas en un asilo (Universidad Siglo 21, 2019).

Misión.

La misión del Sanatorio Morra se encuentra plasmada en el siguiente pronunciamiento, extraído de su sitio web (www.morrasanatorio.com). Desde su creación:

lleva adelante la tarea de generar una mejor calidad de vida para sus pacientes desde la prevención, el tratamiento y la asistencia; para su recuperación personal y su reinserción en los distintos ámbitos. Las principales herramientas de esta institución son el compromiso con la persona, la capacitación junto a la investigación constante y el compromiso humano de sus profesionales, todo enmarcado en un entorno contenedor. (Sanatorio Morra, s. f., <https://goo.gl/RBmDPN>).

Los servicios que ofrece el sanatorio en la actualidad son los siguientes:

- ❖ Atención ambulatoria interdisciplinaria.
- ❖ Consultorios externos.
- ❖ Atención Programada a Domicilio Multidisciplinaria.
- ❖ Atención Domiciliaria de Urgencia Interdisciplinaria.
- ❖ Atención Ambulatoria en el territorio provincial bajo su área de influencia.
- ❖ Hospital de Día en todas sus modalidades.
- ❖ Internación de pacientes agudos, internación breve para pacientes en crisis, e internación de pacientes crónicos sin posibilidades de reinserción comunitaria por falta de continente socio- familiar y afectivo y limitación por el curso de su patología propia de base.
- ❖ Servicio de Acompañantes Terapéuticos. (Sanatorio Morra, s. f., <https://goo.gl/RBmDPN>).

Organigrama.

Por último, el organigrama con el que cuenta la institución es el siguiente:

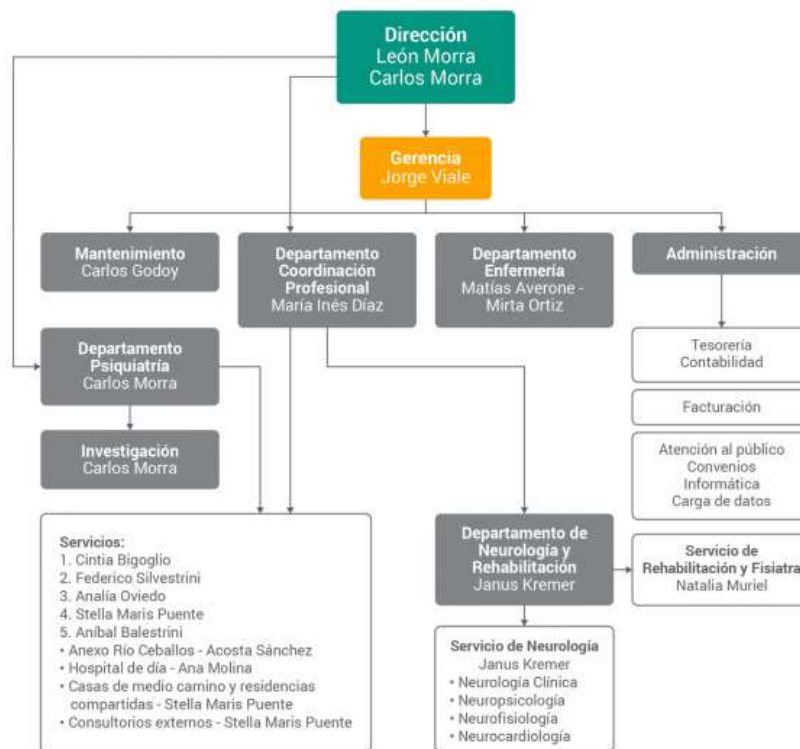


Gráfico 1: Fuente: Sanatorio Morra, s.f.; Canvas 2019.

Delimitación de la problemática o necesidad objetivo de intervención.

Para empezar, es necesario, en primer lugar, definir qué es una necesidad, para ello se utilizan dos definiciones que se amoldan a la intervención planteada:

❖ “Discrepancia entre lo que es y lo que debería ser, es decir la diferencia entre la situación actual y la situación deseada” (Carrión Rosende y Berasategi Vitoria, 2010, p.22)

❖ “Algo que se presenta como conveniente o imprescindible” (Carrión Rosende y Berasategi Vitoria, 2010, p.22).

Dentro de la información presentada por la Universidad Siglo 21 acerca del Sanatorio León S. Morra se ha identificado que, dentro de las psicopatologías que aparecen con mayor demanda en la actualidad, se encuentran:

- ❖ Adicciones.
- ❖ Depresión.
- ❖ Intentos de suicidio.

De acuerdo a lo inferido en una entrevista realizada por la Universidad Siglo 21 al Dr. León S. Morra, éste expresa que la mayor preocupación de los médicos es la de recuperar algunos aspectos de la persona. Morra comenta que lo primero que pierde una persona que sufre alguna enfermedad neuropsiquiátrica es la funcionalidad, éste es el eje sobre el que se realizan intervenciones y el que más preocupa en primer lugar.

El punto más preocupante es la pérdida de la calidad de vida de la persona. La persona que presenta un cuadro psiquiátrico normalmente suele tener problemas para llevar una vida completa en donde disfrute las cosas, donde este la alegría en su vida diaria (entrevista realizada en 2019).

Se plantea la necesidad de realizar una intervención en la problemática del suicidio por la siguiente razón: como bien se expuso anteriormente, los pacientes con intentos de suicidio son uno de los que mayor recepción tienen en el Sanatorio y, a pesar de contar con diferentes áreas especializadas en distintas psicopatologías, no se cuenta con un dispositivo grupal de prevención/promoción específico para la problemática de las ideaciones suicidas, problemática que está enmarcada dentro de la línea estratégica de intervención elegida: la vulnerabilidad y las conductas de riesgo. Como señala Pérez Barrero (1999) “la mortalidad por suicidio entre los adolescentes y jóvenes está incrementándose, particularmente en los varones, por lo que se hace impostergable su prevención eficaz”.

Se elige como población/objeto de análisis a la población adolescente/adultos jóvenes ya que, según datos estadísticos, es donde hay una mayor incidencia y prevalencia de las conductas suicidas. A través de la implementación de este dispositivo se busca tanto la prevención del suicidio como así también el desarrollo de las fortalezas individuales y sociales de los pacientes, logrando de esta forma cumplir con el primer eje de preocupación del Sanatorio, el cual es que la persona pueda recuperar al máximo su calidad de vida.

El suicidio ocupa un lugar entre las primeras 10 causas de muerte en las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud. Se considera que cada día se suicidan en el mundo al menos 1 110 personas y lo intentan cientos de miles, independientemente de la geografía, cultura, etnia, religión, posición socioeconómica, etcétera. (Revista Cubana de Medicina General Integral, 1999, p.1).

De acuerdo a lo expresado en el artículo “Revista Cubana de Medicina General Integral”, publicado por Pérez Barrero (1999), en Cuba existe desde 1989 un Programa de Prevención de la Conducta Suicida cuyos objetivos principales son: evitar el primer intento suicida, su repetición y la consumación. En este programa, enmarcado en el ámbito de Atención Primaria de Salud de Cuba, se llevaron a cabo las siguientes acciones:

- ❖ Se realizó un análisis sobre los aspectos fundamentales que debe incluir la prevención de la conducta suicida con el objetivo de perfeccionar la calidad de la estrategia de enfrentamiento a este problema de salud.
- ❖ Se analizaron los principales mitos sobre el suicidio y cómo modificarlos o eliminarlos.
- ❖ Se valoró cómo utilizar las instituciones educativas en la prevención de este comportamiento.
- ❖ Se identificaron las principales señale de peligro suicida en la conducta de las personas, enseñándole a los agentes sanitarios y voluntarios qué hacer (Guibert Reyes, Wilfredo, 2002, p.1).

Se tomará este programa y otros relacionados con la temática, como antecedentes que se tendrán en cuenta en el momento de idear el programa de intervención propuesto.

Objetivos.

Objetivo general:

- ❖ Prevenir el suicidio en adolescentes y adultos jóvenes hospitalizados en el Sanatorio Morra a través de la implementación de grupos de reflexión.

Objetivos específicos:

- ❖ Fortalecer las habilidades sociales.
- ❖ Mejorar la calidad de vida.
- ❖ Fomentar los vínculos de apoyo.

Justificación.

Esta intervención se lleva a cabo porque se cree que es necesario dejar de ver la problemática del suicidio como un efecto colateral de un trastorno psicológico, como puede ser el caso de un trastorno límite de personalidad (en el cual una de sus características principales son las autolesiones y la impulsividad conductual) o un trastorno depresivo, y empezar a darle a la problemática la misma centralidad e importancia que el trastorno en sí mismo, ya que es mucho más que un efecto colateral o una posible consecuencia de un trastorno; se está hablando de la vida de un sujeto.

En una nota realizada en el año 2019 por el diario “El Litoral” a Federico Daray, quien es un investigador del Conicet especializado en psiquiatría, se expone que en Argentina hay un gran aumento de los suicidios en la población adolescente; Daray explica: “En los últimos 15 años se produjo un crecimiento sostenido de la tasa de suicidios en jóvenes de 15 a 24 años. En 2014, del total de muertes por suicidio, casi un tercio ocurrieron en este grupo, Esta representa la segunda causa de muerte en este grupo etario (después de los accidentes de tránsito)”; por último, se expone que hay una demora de las autoridades para una adecuada implementación de medidas preventivas. Hoy en día si bien hay muchos programas y planes de intervención para la prevención del suicidio, estos no están a un fácil alcance de toda la población, por lo que se ve importante y de una extrema necesidad el acercamiento y facilitación de estos programas a todas las personas que lo necesiten, ya que, como bien se sabe, el suicidio no distingue raza, edad o clase social; es una acción que la puede llevar a cabo cualquier persona que esté en una situación de vulnerabilidad ante la misma.

El Sanatorio “Prof. León S. Morra”, como ya bien se ha dicho en la descripción de la problemática, actualmente presenta una gran cantidad de ingresos relacionados con intenciones suicidas; y si bien posee varios grupos terapéuticos destinados a tratar sobre distintas problemáticas, aun no se ha implementado uno específico para tratar el tema de ideaciones e intentos de suicidio. El hecho de que el sanatorio ya implementa distintos grupos terapéuticos y de apoyo para sus pacientes otorga la posibilidad de que sea muy viable y de gran relevancia la creación de un grupo de reflexión sobre la temática propuesta ya que se cree y espera que se podrá obtener resultados muy beneficiosos sobre los pacientes ingresados.

Todo lo mencionado anteriormente se encuadra y se apoya en el objetivo fundamental mencionado por el director de la institución, el cual es que los pacientes puedan recuperar su calidad de vida y el disfrute del día a día, lo cual es la mayor motivación para la creación del presente plan de intervención.

Marco teórico.

Intenciones suicidas y suicidio: una problemática cada vez más presente en el mundo actual.

De acuerdo a lo expuesto en el artículo “Figuras de la vida dañada: modalidades de conducta suicida” (2019), según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el suicidio constituye un problema de salud pública mundial. Cada año se suicidan entre 800.000 personas y 1.000.000 de personas, lo que supone una muerte cada 40 segundos y una tasa de 11.4 personas por cada 100.000 habitantes. Además, estas cifras no incluyen las tentativas de suicidio que pueden ser hasta 20 veces más frecuentes que el suicidio consumado (OMS, 2019).

Para el caso de Argentina, se tomarán en cuenta los índices estadísticos expuestos en una investigación realizada por Sebastián Ezequiel Sustas (Instituto de Investigaciones Gino Germani, FSOC-UBA) y Hernán Manzelli (CENEP), publicada durante el año 2019 a través de la organización Unicef. De acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación se pueden extraer las siguientes conclusiones:

- ❖ Se observan importantes diferencias por sexo en la mortalidad por suicidio entre adolescentes de 10 a 19 años en el período 2014-2016. Mientras los varones presentan una tasa de mortalidad por suicidio de más de 8 cada 100.000 adolescentes, en el caso de las mujeres la tasa llega a 3,32 muertes cada 100.000 adolescentes. En la población del total del país los varones tienen aproximadamente 3 veces más chances de morir por suicidio que las mujeres.

Tasa de suicidio adolescente cada 100.000 varones en Argentina durante los años 1990 – 2016:

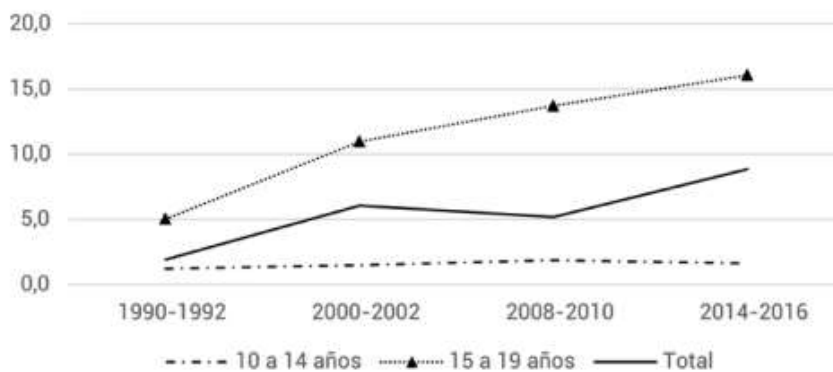


Gráfico 2: Fuente: El suicidio en la adolescencia. Situación argentina.; Unicef 2019.

Tasa de suicidio adolescente cada 100.000 mujeres en Argentina durante los años 1990 – 2016:

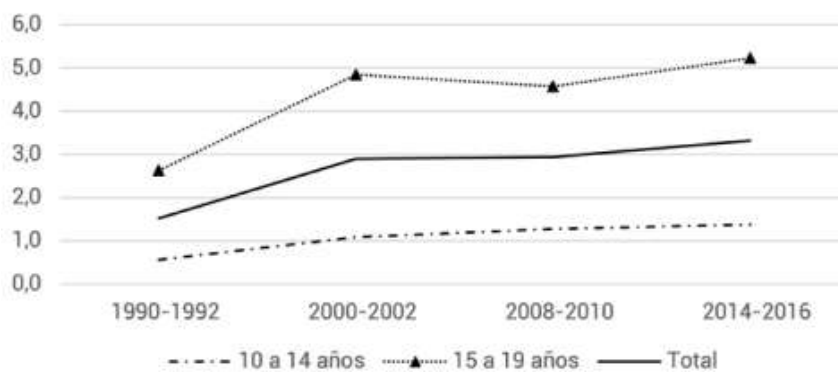


Gráfico 3: Fuente: El suicidio en la adolescencia. Situación argentina.; Unicef 2019.

- ❖ La presencia de intentos previos es uno de los indicadores usuales que se consideran en cuanto al riesgo de posibilidad de suicidio. Sin embargo, el

81% de los que consumaron un suicidio en la muestra seleccionada no habían pasado por esta circunstancia.

Es de gran importancia hacer una pausa en este resultado obtenido, aquí se puede dilucidar que no siempre hay señales o intentos previos en el intermedio del pasaje al acto del suicidio. Esto da una razón más que valida al presente proyecto para trabajar en la prevención propiamente dicha aun cuando se trate solo de pensamientos sobre el suicidio, ya que no es seguro que haya un intento previo a la consumación misma.

Intentos previos	Mujeres	Varones	Total
No	11	11	22
Sí	1	4	5
Total	12	15	27

Gráfico 4: Fuente: El suicidio en la adolescencia. Situación argentina.; Unicef 2019.

- ❖ Las tipologías para la tentativa de suicidio adolescente más frecuentes son:
 - Adolescentes que atravesaron situaciones de inexistencia o de pérdida de soportes, paliadas por adultos o instituciones que desempeñaron un rol protector.
 - Adolescentes que sufrieron o temen sufrir desfasajes entre sus expectativas y sus logros, pero con los que una figura o las instituciones intervinientes cumplieron, aunque sea parcialmente sus cometidos como protectoras.
 - Adolescentes que interiorizaron esquemas valorativos rígidos, que no admiten ser confrontados por situaciones que implican valores

contrarios, y por lo tanto son vividas como hechos traumáticos no procesables, pero con los que las instituciones cumplieron, aunque sea parcialmente un rol protector.

- Adolescentes en los que existe un componente de enfermedad mental, con los que las instituciones cumplieron, aunque sea parcialmente un rol protector.

Todo lo expuesto anteriormente sirve para tener en consideración que, aunque no sea de muy de público conocimiento, el suicidio es algo que está presente y cada vez de mayor forma en la población argentina. Es de necesaria urgencia tomar conocimiento de esto y tomar medidas efectivas para poder prevenir la consumación del mismo; para la realización del presente plan de intervención se tendrá en cuenta la información expuesta en este apartado, tales como sexo, edad, factores condiciones y parámetros conductuales presentes en la conducta suicida, para un correcto desarrollo del mismo y que resulte con la mayor efectividad y alcance posible.

Adolescencia: una etapa vital y decisiva en el desarrollo del sujeto.

“La adolescencia es el primer momento de la vida en que descubrimos que tenemos algo terrible que esconder a la gente que amamos”.

Autor anónimo

Si bien muchos procesos y funcionamientos psíquicos se desarrollan e instauran durante la etapa de la infancia y la niñez, se toma la adolescencia como la etapa más importante en el desarrollo de la persona ya que posiblemente sea en donde el sujeto experimente una mayor vulnerabilidad tanto hacia los factores externos, tales como la salida exogámica al mundo que va acompañada con nuevas amistades, nuevas reglas y

una nueva experimentación de la sociedad y la cultura a la que pertenece el adolescente, entre otros; y hacia los factores internos que le son propios, tanto los cambios físico – biológicos y los psicológicos. Es en la etapa de la adolescencia en donde el sujeto, a través de una serie de procesamientos y cambios psicológicos, va a formar su identidad que lo va a definir por el resto de su vida, si bien es posible que luego aparezcan algunos cambios o fluctuaciones en la misma durante la adultez media o tardía, la verdadera identidad se formara durante esta etapa y la adultez temprana.

Por todo lo dicho anteriormente, es importante destacar que, tal como señala Griffa y Moreno (2005):

La adolescencia no puede describirse como una mera adaptación a las transformaciones corporales, sino como un periodo decisivo del ciclo vital, en el que se alcanzan tanto la autonomía psicológica y espiritual, como se logra la inserción en el mundo social, pero ya sin la mediatización de la familia.

Anteriormente, hasta finales del siglo XX se veía a la adolescencia como un periodo sin mucha importancia caracterizado como la antesala al mundo adulto (Griffa y Moreno, 2005), tomando a la adultez como el periodo más importante en la vida del sujeto. Hoy en día este panorama claramente ha cambiado y hasta se ha extendido la prolongación de la adolescencia en cuanto a edad cronológica, la mayoría de los autores la extienden más allá de los 21 años, y otros, toman en cuenta diversos logros que sirven como puerta al mundo de la adultez, tales como la independización de los padres a través de la obtención de un trabajo estable, la convivencia con una pareja, el matrimonio, el nacimiento de un hijo, etc.

Durante la adolescencia hay una interrelación continua y bidireccional entre el mundo personal y el mundo social adolescente, y de acuerdo a como se de esta relación van a ser múltiples las posibles consecuencias que pueden ser favorecedores como destructivas para la psiquis del adolescente. Son varias las problemáticas a las que debe hacer frente el adolescente, tomaremos al grupo del adolescente como posible factor desencadenante (entre otros) de situaciones que pueden llegar a ser catastróficas, tales como la conducta suicida.

Como bien menciona Mauricio Knobel (1976), el fenómeno grupal adquiere una importancia trascendental en esta etapa vital; el grupo constituye la transición necesaria en el mundo externo para lograr la individualización adulta (Knobel, 1976). Para la creación de su identidad, en un principio, el adolescente tomará al grupo como referente y por lo general se produce lo que Knobel define como una “sobreidentificación masiva”, en la cual todos se identifican con cada uno. Es en el fenómeno grupal en donde el adolescente buscará apoyo cuando lo necesite, este grupo actúa como factor condicionante y reforzante en las cogniciones y conductas del adolescente, este intentará parecerse lo más que pueda al mismo.

Es importante aclarar que, durante esta etapa aún se está desarrollando el pensamiento crítico y reflexivo y el consiguiente paso de poder expresar y poner en palabras los pensamientos y sentimientos; debido a esto es muy probable que durante la adolescencia haya un mayor predominio de conductas impulsivas sin un correcto procesamiento racional y crítico precedente de las mismas. El grupo puede actuar como factor de protección o factor de riesgo en el adolescente y este puede guiar sus conductas y cogniciones tanto buenas como malas.

Se toma en cuenta lo expuesto por Barón B. (2000) acerca del adolescente:

En el ámbito psicológico, es impulsivo, hipersensible, susceptible, emotivo, impaciente, apasionado. Se puede afirmar que el adolescente está constantemente en desequilibrio y en estado de conflicto, lo que es normal debido a los múltiples e intensos cambios que está viviendo. Todos estos cambios generan un grado de angustia que varía de un adolescente a otro.

Por último, y no por ello menos importante si no que, todo lo contrario, se abordará el tema de la conformación de la identidad en el adolescente. Por todo lo mencionado anteriormente, se puede decir que “la adolescencia es una realidad compleja en la que, aparte de los muchos cambios y transformaciones físicos, culturales y familiares, no se pueden olvidar los cambios realizados en el área de la personalidad” (Aguirre Baztán, A, 2009, p. 173). Estos cambios originados por la búsqueda de identidad en la que se ve involucrado el adolescente, podrán determinar y consolidar su psiquismo.

De acuerdo a lo expuesto por Coleman (2013), la adolescencia:

Es una época en la que el individuo lucha para determinar la naturaleza exacta de su yo, y para consolidar una serie de elecciones en un todo coherente que constituya la esencia de su persona, claramente distinta de los padres y otras influencias formativas. Sin este proceso hacia la individualidad, el joven puede experimentar despersonalización.

En este proceso de individualización el adolescente puede adoptar ciertas conductas o modos de pensamiento que, sacados fuera de contexto, puedan verse como patológicas, pero dentro del periodo de la adolescencia son esperables y hasta sería

preocupante que no sucedieran. Es frecuente que en algunas situaciones el adolescente actué con rasgos antisociales, rasgos límites, depresivos, entre otros.

El problema aparece cuando estos rasgos que se traducen en conductas y cogniciones se transforman en algo estable. En este punto, ya se deja de hablar de una “normal anormalidad”, como diría Knobel (1976), y ya se plantearía la posibilidad de que se esté desarrollando un trastorno psicológico; el mismo puede surgir como consecuencia de problemáticas derivadas tanto de la esfera social como de la familiar entre otras.

Se coincide con Coleman (2013) en que la mayor parte de los problemas de salud mental diagnosticados tienen su comienzo en la adolescencia. Por esto mismo, no es sorprendente que en las descripciones diagnósticas categoriales de la mayoría de los trastornos psicológicos se exponga que estos inician durante la adolescencia o la adultez joven como edad promedio; tal es el caso, por ejemplo, de los siguientes:

- ❖ Trastorno límite de la personalidad.
- ❖ Trastorno antisocial de la personalidad.
- ❖ Trastornos de desregulación emocional.

También se observa una prevalencia de casos en adolescentes de trastornos de la conducta alimentaria, tales como la anorexia o la bulimia, los cuales coinciden justamente con el elevado desarrollo físico del cuerpo en la etapa adolescente y la inconformidad con el mismo que muchas veces es derivada por los estigmas y modelos sociales acerca de cómo debe ser un cuerpo correcto.

En definitiva, todos los trastornos mencionados anteriormente tienen una gran probabilidad de aparición de acuerdo al tipo de relación que establece el adolescente con su mundo externo y a su grado de vulnerabilidad para verse afectado por el mismo. La

aparición de alguno de los trastornos mencionados se puede generar cuando las problemáticas del adolescente superan su umbral de tolerancia al estrés y éste queda indefenso ante las mismas.

Tres tipos amplios de factores generadores de estrés se han asociado con problemas de salud mental en este grupo de edad (Hodgson y Abbasi, 1995), estos incluyen:

- ❖ El estrés normal o normativo, como el cambio a una escuela nueva;
- ❖ El estrés no normativo grave, como, por ejemplo, el divorcio de los padres, y,
- ❖ El estrés crónico grave, que se ejemplificaría por vivir en condiciones de pobreza seria (Coleman, 2013, p. 141).

Todos estos factores causales de trastornos psicológicos en el periodo de la adolescencia tienen una asociación indirecta, pero a la vez relacionada y de gran intensidad con la problemática abordada en el proyecto, el suicidio. En estos trastornos anteriormente mencionados hay un gran predominio de la conducta impulsiva, frecuente en el periodo adolescente, pero que se torna desadaptativa y disfuncional, la misma puede encausar a la provocación de autolesiones y/o conductas que pueden significar un peligro para el propio adolescente o para su entorno.

De acuerdo a todo lo mencionado, se puede concluir en que, las crisis de identidad, el complejo desarrollo corporal y sexual, la salida al mundo exogámico, la consecuente aparición del fenómeno grupal combinada con la posible vulnerabilidad psíquica del adolescente y la falta de recursos sociales y psicológicos para hacer frente a estos constructos pueden tener como consecuencia la conformación de un trastorno emocional,

conductual o de la personalidad, como alguno de los mencionados con anterioridad, con su consecuente deterioro significativo en la calidad de vida y el funcionamiento en las diferentes áreas de la vida cotidiana del sujeto.

El suicidio.

“Si supiera que estos son los últimos minutos que te veo diría «te quiero» y no asumiría, tontamente, que ya lo sabes”.

Gabriel García Márquez

¿Qué se entiende por suicidio? ¿Es lo mismo el suicidio que las ideas suicidas? ¿Y los actos suicidas? ¿Qué lleva a una persona a cometer un suicidio? ¿Qué siente y piensa la persona? Estos son algunos de los interrogantes que se plantearon y se trataran de esclarecer a lo largo del presente capítulo.

Para empezar, es importante aclarar que, desde un punto de vista y una perspectiva personal, se entiende que nadie sabe más de suicidio que la persona que lo piensa, que lo intenta o que lo realiza. Lo que se presenta en este apartado son algunas aproximaciones esclarecedoras para poder comprender las dimensiones abarcativas del constructo, pero sin dejar de perder de vista esta creencia que se mantendrá presente y será uno de los pilares fundamentales del proyecto a llevar a cabo.

En primer lugar, es importante hacer una serie de distinciones entre lo que implica el concepto de comportamiento o conducta suicida y el fenómeno del suicidio. Con respecto a este último, Rocamora Bonilla 2013 expone que:

Concluimos con Vega Piñero et al. (2002) que el fenómeno suicida es “toda aquella conducta, generalmente consciente, que va encaminada

hacia la autodestrucción –por acción u omisión– del propio sujeto, aunque sea difícil comprobar la intencionalidad e independientemente de que la persona sepa o no el móvil de su conducta suicida”.

Por último, dentro de lo que respecta a la conducta suicida Rocamora Bonilla (2013) explica que:

El gesto suicida o parasuicidio es el conjunto de conductas donde el sujeto de forma voluntaria e intencional se produce daño físico, cuya consecuencia es el dolor, desfiguración o lesión de alguna función y/o parte de su cuerpo, sin la intención aparente de matarse. Incluimos en esta definición las autolaceraciones (como cortes en las muñecas), los autoenvenenamientos (o sobredosis medicamentosas) y las autoquemaduras. La finalidad, pues, no es la muerte, sino conseguir algo a cambio: más cariño, un empleo o que no se rompa la pareja etc.

La OMS (1986) define el suicidio como “un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados”. En el contexto actual esta primera definición propuesta por la OMS queda algo pobre y acotada en comparación con el constructo que se pretende describir, por esto mismo se tomaran algunas otras definiciones de diferentes autores:

En un artículo publicado por De Bedout Hoyos (2008), se remarcan las diferencias teóricas principales entre las teorías sociológicas y las psicoanalíticas y su forma de concebir al suicidio de la siguiente manera:

La suicidología nos ofrece dos tendencias principales en la interpretación del fenómeno autoquérico: la sociológica, representada por Durkheim y sus seguidores (Durkheim, 1897/1971), que le transfiere la culpa a la sociedad; y la psicológica, representada por Freud y sus discípulos, que ven al suicidio como expresión de una carga inconsciente de hostilidad dirigida contra el objeto amado previamente introyectado (Freud, 1917/1975b).

Rocamora Bonilla (2017) desde un punto de vista humanista – existencial explica:

El suicidio, como los sueños, tiene una lógica propia, no es racional, sino consecuente con estar en otra dimensión. La persona con comportamientos suicidas se sitúa en un círculo hermético (otros autores lo han llamado “la lógica suicida” o “mente suicida”) que cualquier acontecimiento por simple que parezca (conflicto con la pareja, pérdida de trabajo, etc.) le puede precipitar al abismo de la muerte. Lo importante, pues, no es el factor desencadenante sino la situación que vive la persona.

Por último, Rocamora Bonilla (2017) determina que:

Podemos afirmar que el suicidio es toda conducta humana impregnada de fantasías, deseos e ideas de muerte. Es un amplio espectro que va desde la simple ideación sobre la autodestrucción, hasta la decisión firme de morir, el intento frustrado de muerte, o el mismo suicidio consumado. Podemos, pues, definir el suicidio como la manifestación de no querer vivir, que lleva consigo la disposición a la muerte (Rojo Sierra, 1971).

Esta definición pone el acento únicamente en el deseo y en la intencionalidad de morir. Si bien esto último es frecuente que esté presente en las personas con intenciones suicidas, no siempre es así, algunos especialistas hablan de que en muchos casos detrás de este deseo manifiesto de morir y dejar todo atrás se encuentra una razón que va más allá de este impulso y se trata del sentimiento de la persona de no poder más con el mundo en el que vive, lo cual no implica necesariamente el deseo de no querer vivir, sino más bien el hecho de no querer vivir en las condiciones que actualmente están presentes en la vida del sujeto. Para poder pensar este encuadre y comprender de forma más integrativa el fenómeno del suicidio es necesario tomar otros factores, como los contextuales, sociales y personales del individuo; de esta forma es más probable que se obtenga un abanico más amplio de los posibles acontecimientos influyentes en esta dinámica.

Puede ocurrir que algunas de las definiciones propuestas a lo largo de la historia acerca del suicidio estén impregnadas por algunos sesgos correspondientes acerca del constructo, los mismos pueden aparecer como consecuencia de los mitos que giran en torno a la idea que pueden tener los sujetos acerca del suicidio. Con respecto a esto, Villardón Gallego (2013) señala que “alrededor del concepto de suicidio giran una serie de «mitos» o concepciones erróneas creadas y alimentadas por la cultura y sociedad actual que obstaculizan tanto el avance del conocimiento científico sobre el tema como las labores de prevención (Shneidman et al., 1976)” (p. 32).

Estas son algunas de las concepciones erróneas sobre el suicidio más extendidas:

- ❖ La gente que comete suicidio siempre deja notas.
- ❖ La gente que comete suicidio es psicótica o enferma mental.
- ❖ La gente que habla sobre el suicidio sólo trata de llamar la atención.

- ❖ La gente que realmente comete suicidio no habla de ello.
- ❖ Si alguien ha decidido suicidarse, no hay nada que hacer para detenerlo.
- ❖ Una persona que ha sido suicida una vez, es suicida para siempre.
- ❖ Si una persona sobrevive a un intento de suicidio, probablemente no lo volverá a intentar.
- ❖ La mejora después de una crisis suicida significa que el riesgo de suicidio ha pasado.
- ❖ El suicidio es hereditario.
- ❖ El método de suicidio más común es la sobredosis.
- ❖ La mayoría de los suicidios ocurren por la noche.
- ❖ Los niños no cometen suicidio, especialmente por debajo de los 15 años.
- ❖ Todo el mundo que se suicida está deprimido.
- ❖ La gente que se suicida raramente acude en busca de ayuda médica.
- ❖ Las personas con enfermedad terminal son más propensas a cometer suicidio.
- ❖ Hablar con una persona deprimida sobre suicidio puede empujarlo al suicidio.
- ❖ Las personas que están acudiendo a un psiquiatra (psicólogo o consejero) raramente se suicidan.
- ❖ La medición del riesgo de suicidio es algo que se debería dejar en manos de los profesionales de la salud.

Es importante dar cuenta de la existencia de estos mitos o percepciones erróneas que mucha gente presenta con respecto al tema del suicidio, ya que algunas ellas tales como la tan famosa de “la gente que realmente se quiere suicidar no habla del tema”

pueden impedir que el sujeto con ideación suicida hable al respecto de sus pensamientos y sentimientos, y, a su vez, que pueda recibir ayuda de las personas que lo rodean.

Por último, se cree de vital importancia mencionar y reflexionar la siguiente información que brinda en su libro Ramos Ramos (2015):

Aunque recientes estudios (Fleischmann, 2008; Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (IASP), 2008; OMS, 2006) concluyen que la prevención del suicidio es posible, la mayor parte de los países carecen de estrategias específicas para abordar esta situación. Las razones que justifican dicha situación vienen determinadas por la falta de conciencia sobre suicidio como un problema de salud pública importante debido al tabú que supone en muchas sociedades el hablar acerca de este tema que produce que las estadísticas de mortalidad por esta causa no sean muy eficaces ni fidedignas como medidas de resultado, aunque bien es cierto, que en los últimos décadas la OMS y otras entidades (IASP) trabajan junto a los gobiernos de algunos países para garantizar que esta conducta ya no esté estigmatizada, criminalizada o penalizada y así poder plantear programas de prevención que puedan reducir las tasas de suicidios.

Esto último se tomará como motivación para una correcta y efectiva realización del presente proyecto de intervención, capaz de impactar en todas aquellas personas que lo necesiten.

El dispositivo grupal como elemento central de la intervención.

Como bien se mencionó al principio del trabajo, se hará uso del dispositivo grupal para llevar a cabo la intervención planteada. Se confía que a través de este dispositivo se

lograra un elevado nivel de efectividad en cuanto al tratamiento de la problemática identificada, ya que uno de los objetivos principales y específicos del plan es reforzar las habilidades de comunicación y sociabilización de los pacientes, lo cual se verá facilitado con la posibilidad de interacción e interrelación continua que ofrece el uso de la dinámica grupal.

Para enmarcar teóricamente la utilización del dispositivo grupal en este capítulo se detallarán las definiciones y principales características y funciones del mismo. Se trabajará buscando complementar algunos aspectos característicos de los denominados grupos de reflexión con otros aspectos de los grupos de sensibilización. A continuación, se brindará información acerca de estos.

Grupos de reflexión:

Tomando a Vilaseca (1993), los grupos de reflexión son:

Un ejercicio participativo donde se pretende facilitar el encuentro de cada participante consigo mismo en espacios acondicionados intelectual y emocionalmente para ello, de modo que sea viable compartir ahí mismo angustias o miedos, deseos o proyectos, a fin de que esta fraternidad posibilite la reflexión y la puesta en común de soluciones a los asuntos allí tratados.

Al tratar una problemática sensible de hablar como lo es el suicidio, se hará hincapié en lograr la mayor comodidad posible en el espacio de grupo para que cada paciente pueda hablar sin ataduras de lo que le sucede, sus pensamientos, sentimientos y creencias relacionadas a la ideación suicida; no solamente eso, sino también que pueda

verlos desde una perspectiva de afuera para poder cuestionarlos, racionalizarlos y tratarlos. Esto se relaciona con lo expuesto por Di Yorio (2005) acerca de que:

El grupo de reflexión se usa para pensar, dramatizar e indagar lo dramatizado, esclareciendo al mismo tiempo los vínculos entre las ideas y resolviendo las dificultades de aprendizaje provocadas por los conflictos subyacentes, relacionando todo con los conocimientos teóricos que posean sus integrantes sobre los fenómenos allí pensados o dramatizados.

Es decir, a través de la creación del espacio grupal se busca que los pacientes indaguen acerca del porqué de su situación, cuales son las causas posibles o conflictos que los llevaron a pensar y/o realizar determinadas conductas relacionadas con el suicidio. Se trata de que ellos mismos puedan buscar y dar una visión alternativa o contrapuesta acerca de su padecimiento.

Estos elementos presentados acerca de los grupos de reflexión son los que se tomaran y utilizaran para la realización del proyecto, se aclara esto para que se tenga en cuenta que el dispositivo grupal a implementar no cuenta con todas las características de un grupo de reflexión clásico como el hecho de que no se elige un tema específico a tratar o que el coordinador tiene más bien un rol pasivo en este grupo. Para el dispositivo grupal que se llevará a cabo se tomará un tema específico a tratar a lo largo de las sesiones, en este caso, el suicidio, y el coordinador tomará un papel activo al dirigir las sesiones y las tareas y actividades a realizar en cada una de ellas.

Por último, en cuanto a los grupos de sensibilización se tomarán y tendrán en cuenta los siguientes elementos:

- ❖ Grupo centrado en problemas de tipo afectivos.

❖ Objetivos:

- El entendimiento de sí mismos.
- El ser sensitivos a los otros.
- El ser capaz de escuchar y comunicar. (González Núñez, Monroy de Velasco y Kupferman Silberstein, 1998)

Estas características de los grupos de sensibilización se tendrán en cuenta para la cumplimentación de los objetivos específicos ya mencionados de fortalecer las habilidades sociales de los pacientes y fomentar los vínculos de apoyo. Se busca innovar a través de la implementación de un dispositivo grupal que incluya elementos de ambos tipos de grupos que ayuden y aumenten al máximo la posibilidad de desarrollo, crecimiento y fortalecimiento de los pacientes.

Plan de Acción.

Aspectos metodológicos.

En lo relacionado al presente plan de intervención y ya estando definido el dispositivo a utilizar en el mismo, es de crucial importancia aclarar, en primer lugar, como estarán conformados los grupos de reflexión. Los grupos estarán divididos de acuerdo al índice de gravedad de riesgo de suicida que presenta en el momento de la admisión cada uno de los pacientes que conformarán dichos grupos. Esta decisión se fundamenta, principalmente, por el bienestar de los participantes; ya que puede ocurrir que aquellos participantes de riesgo bajo/moderado se vean influenciados de forma negativa por aquellos de riesgo alto, y, como consecuencia, se agraven los síntomas.

Para poder evaluar adecuadamente este índice se hará uso de un instrumento psicométrico: inventario de orientación suicida – ISO – 30 (ver anexo). De acuerdo a Fernández y Casullo (2006) esta escala:

Fue diseñada por King y Kowalchuk (1994) y adaptada para ser empleada en adolescentes de Buenos Aires, Argentina (Casullo, 1997). Evalúa la orientación suicida del examinado y, en virtud de su brevedad y sensibilidad se vuelve una herramienta útil para el despistaje o screening de la presencia de riesgo suicida.

La misma está compuesta por 30 ítems formulados en forma positiva y negativa (directos e inversos) que se responden según una escala likert de cuatro posiciones:

❖ 0: totalmente en desacuerdo.

- ❖ 1: en parte en desacuerdo.
- ❖ 2: en parte de acuerdo.
- ❖ 3: totalmente de acuerdo. (Fernández y Casullo, 2006).

La puntuación total que arroja permite clasificar al paciente en tres categorías diferentes de acuerdo a la gravedad de riesgo suicida que presenta:

- ❖ Riesgo suicida bajo.
- ❖ Riesgo suicida moderado.
- ❖ Riesgo suicida alto.

En conclusión, de acuerdo a los resultados obtenidos por los pacientes en dicha escala, los grupos estarán divididos de la siguiente forma:

- ❖ Grupo de riesgo alto: Compuesto por aquellos pacientes que se encuentran en la categoría de riesgo suicida alto y, que a su vez muestran mayor tendencia e ideación suicida, con autolesiones, varios intentos no consumados, etc. Se analizará en cada caso en particular la necesidad de contar con asistencia psicológica y/o psiquiátrica, de ser necesario, siendo de carácter obligatorio su asistencia, pero fuera del marco grupal propuesto. Cada grupo estará conformado por 10 participantes aproximadamente.
- ❖ Grupo de riesgo moderado: Compuesto por aquellos pacientes que se encuentran en la categoría de riesgo suicida moderado y que al mismo tiempo ya llevan un periodo considerable de tiempo manteniendo esta ideación suicida, pero, o no han llegado a provocarse daños físicos o, de haberlo hecho fueron leves o episodios esporádicos. Tanto éste como el de

riesgo bajo también contarán con asistencia del equipo multidisciplinar de la institución en caso de necesitarlo. Estos grupos estarán conformados por 12 participantes aproximadamente.

- ❖ Grupo de riesgo bajo: Compuesto por aquellos pacientes que se encuentran en la categoría de riesgo suicida y que por otra parte el periodo de tiempo en el que han estado presentes pensamientos e ideaciones suicida es relativamente limitado. Estos grupos estarán conformados por 15 participantes aproximadamente.

Actividades.

Para el abordaje de la problemática de los intentos e ideaciones suicidas se decidió implementar grupos de reflexión. Estos grupos tendrán una duración de 6 encuentros, contando con una frecuencia de 2 encuentros por semana debido a que la problemática a tratar es de carácter inmediato; la duración aproximada de los mismos será de entre una hora y media y dos horas. Dentro de los mismos se realizarán diversas actividades organizadas de acuerdo a los objetivos propuestos dentro del presente plan de intervención, recopilando, los mismos son:

- ❖ Fortalecer las habilidades sociales.
- ❖ Mejorar la calidad de vida.
- ❖ Fomentar los vínculos de apoyo.

Para poder cumplimentar los objetivos descriptos anteriormente gran parte de las actividades propuestas dentro de cada encuentro tomaran como punto de referencia presupuestos y postulados de la terapia dialéctico conductual (DBT). Cabe destacar que el responsable de llevar a cabo estas actividades será un licenciado en psicología.

A continuación, se describirá de manera específica en qué consistirá cada encuentro y las actividades que se llevaran a cabo en ellos.

Encuentro Nro. 1.

Tema: presentación y espacio de reflexión.

Objetivo general del encuentro: dar un primer acercamiento al grupo y exponer los temas a tratar en los siguientes encuentros.

En este encuentro se llevarán a cabo actividades tendientes a la presentación de cada uno de los integrantes que conforman el grupo como así también del coordinador psicólogo.

Actividad 1: conocerme y conocerlos.

Materiales: una silla por participante, fichas de diferentes colores hechas con cartulina.

Tipo de estrategia: presentación grupal.

Tiempo estimado: 1 hora.

Instrucciones para el coordinador:

- El coordinador invitará a cada uno de los miembros del grupo a tomar asiento en una ronda.
- Se repartirá a cada uno de los miembros una ficha de forma circular de un determinado color.
- Se les indicará que luego de ver su color deberán guardar la ficha en su bolsillo o tenerla en la mano, pero de forma tal que los demás no puedan verla.
- Cada miembro del grupo dirá un color distinto al suyo y el que tenga la ficha de ese color deberá presentarse diciendo su nombre, describiéndose con unas pocas palabras y especificando alguna emoción que siente en ese momento.
- Cuando todos los miembros del grupo hayan podido presentarse se procederá a la siguiente actividad.

Actividad 2: un nuevo comienzo. Punto 0.

En esta actividad el coordinador planteará de manera general cómo se desarrollarán los siguientes encuentros y los objetivos que se perseguirán en los mismos, a su vez se preguntará quienes están dispuestos a continuar y generar un nuevo comienzo.

Materiales: una silla por participante.

Tipo de estrategia: puesta en común.

Tiempo estimado: 30 minutos.

Instrucciones para el coordinador:

- Se realizará una reflexión sobre las emociones expresadas por los miembros del grupo.
- A modo de cierre se explicará por qué están ahí y qué objetivos se persiguen dentro del encuadre grupal.
- Se les dirá que aquellos que estén de acuerdo con la propuesta que levanten la mano.
- Se finalizará el encuentro expresando que esto es el principio de un nuevo comienzo para cada uno de ellos.

Aclaración: Aquellos que no levanten la mano manifestando no están de acuerdo con el encuadre del dispositivo grupal no quedaran exentos de la asistencia al mismo, sino que se utiliza esta estrategia para tener en cuenta con cuales de los miembros se tendrá que trabajar más.

Encuentro Nro. 2.

Tema: habilidades sociales.

Objetivo general del encuentro: enseñar y poner en práctica la estrategia “DEAR MAN”.

En este segundo encuentro se ha dispuesto llevar a cabo 2 dinámicas. En la primera el coordinador expondrá una estrategia propia de la terapia dialectico conductual llamada “DEAR MAN” (ver anexo) a través de una presentación de Power Point en donde estarán explicados cada uno de los aspectos técnicos y conceptuales de la estrategia planteada; a su vez, el coordinador brindara ejemplos de la vida cotidiana en los cuales se pueden poner en práctica los postulados de la presente estrategia. Por último, se pedirá a los miembros del grupo que formen una ronda con las sillas y se sienten en las mismas y luego que cada uno exponga una situación de su vida personal en la que cree podría serle útil el uso de esta estrategia.

Actividad 1: “DEAR MAN”

Materiales: una silla por participante, una computadora, conexión a internet y un proyector portátil.

Tipo de estrategia: psicoeducación sobre habilidades sociales.

Tiempo estimado: 1 hora.

Instrucciones para el coordinador:

- Abrir la presentación de Power Point y conectar la computadora al proyector para que de esta manera esté al alcance visual de todos.
- Indicar a los miembros del grupo que se deberán sentar mirando a la presentación.

- Se comenzará explicando que se les va a presentar una estrategia innovadora que servirá para que la utilicen en su vida diaria para poder mejorar sus habilidades de comunicación y expresar todo aquello que necesitan.
- Se mostrarán todas las características de la estrategia, dando varios ejemplos genéricos de aplicación de la misma.
- Se preguntará si hay dudas acerca de la estrategia y el material presentado, de ser así se las aclarará y se pasará a la siguiente actividad.

Actividad 2: poniendo el pecho a lo que venga.

Materiales: una silla por participante.

Tipo de estrategia: exposición oral.

Tiempo estimado: 1 hora.

Instrucciones para el coordinador:

- Finalizada la presentación se les indicara los miembros del grupo que cambien la disposición de sus sillas de forma tal que se forme un círculo entre ellos.
- Se les propondrá que expongan de forma oral un ejemplo de una situación de su vida personal en la que pondrían en práctica la estrategia aprendida.
- Luego, se les pedirá que reflexionen y comenten como creen que esta estrategia los puede ayudar con la problemática que los trae al grupo.
- Para finalizar, el coordinador realizará una conclusión sobre los ejemplos y la temática trabajada en el encuentro y dará una breve explicación acerca

de cómo y cuándo utilizar el “DEAR MAN” tanto en relación a la problemática tratada como en los diferentes ámbitos de la vida.

Encuentro Nro. 3.

Tema: reconocimiento y resolución de conflictos.

Objetivo general del encuentro: enseñar y poner en práctica formas de identificar y resolver conflictos.

Este tercer encuentro continua con el lineamiento del anterior, poniendo en práctica técnicas y estrategias para reforzar las habilidades sociales tales como el “DEAR MAN”; este encuentro estará conformado por 2 dinámicas. La primera consistirá en una puesta en común y exposición sobre situaciones interpersonales conflictivas en las que los participantes del grupo se vieron envueltos y que conllevaron a un pensamiento o conducta suicida. Por último, se volverán a poner en práctica las estrategias aprendidas a través de la actuación y representación en grupo de alguna de las situaciones expuestas al principio.

Actividad 1: desmenuzando la cebolla.

Materiales: una silla por participante, una pizarra, 2 marcadores de pizarra (azul y negro).

Tipo de estrategia: exposición de situaciones conflictivas.

Tiempo estimado: 45 minutos.

Instrucciones para el coordinador:

- Se les indicara a los miembros del grupo que se sienten formando una ronda entre todos.
- Se les pedirá que cada uno comente, en pocas palabras, una situación que crean conflictiva y que les ha llevado a tener pensamientos o conductas suicida.
- Se irá anotando de manera resumida en la pizarra, las diferentes situaciones comentadas.
- Se procederá a la explicación de la siguiente actividad.

Actividad 2: el otro día me contaron.

La presente actividad está ideada a partir de actividades propuestas en el Manual Operativo para Grupos de Adolescentes Promotores de la Salud.

Materiales: una silla por participante.

Tipo de estrategia: actuación teatral.

Tiempo estimado: 1 hora.

Instrucciones para el coordinador:

- El coordinador pide al grupo que formen equipos.
- A cada uno de los equipos se le solicitará que escojan alguna de las situaciones expuestas anteriormente.
- Una vez asignado, se reunirá cada equipo por separado y tendrán que representar en una obra de teatro, cómo se resuelve un conflicto teniendo en cuenta la estrategia enseñada en el encuentro Nro. 2.
- Cada equipo representará su obra.

- Una vez concluidas las representaciones volverán a sus lugares formando un círculo para reflexionar acerca de cómo se sintieron durante la actuación.

Encuentro Nro. 4.

Tema: Reforzamiento de vínculos de apoyo.

Objetivo general del encuentro: Dar cuenta a los miembros de aquellos vínculos presentes en sus vidas con los que pueden contar para recibir ayuda cuando la necesitan.

El presente encuentro versa sobre uno de los objetivos específicos propuestos en el presente plan de intervención, el reforzamiento de los vínculos de apoyo de los miembros del grupo. Para esto se llevarán a cabo 2 actividades tendientes a dar cuenta acerca del beneficio que trae para los pacientes poder contar con estos vínculos y lo fundamental que es su presencia para avanzar en el tratamiento.

Actividad 1: codo a codo.

Materiales: de los siguientes materiales se necesitarán uno por cada participante:

- Sillas.
- Hojas A4.
- Lapiceras.

Tipo de estrategia: exposición y puesta en común.

Tiempo estimado: 30 minutos.

Instrucciones para el coordinador:

- El coordinador repartirá una hoja y una lapicera a cada miembro del grupo.

- Se presentará la consigna de la actividad: escribir en la hoja entregada los nombres de cada persona de tu entorno cercano a las cuales les tengas aprecio y confianza.
- Una vez finalizada la actividad, se les pedirá a los miembros del grupo que cuenten a que personas recordaron y escribieron y expliquen por qué son personas de su confianza.
- Se procede a la siguiente actividad.

Actividad 2: Un primer acercamiento.

Materiales: una silla por participante.

Tipo de estrategia: reflexión y puesta en práctica.

Tiempo estimado: 1 hora.

Instrucciones para el coordinador:

- Se les pedirá a los miembros del grupo que reflexionen y comenten como creen que estas personas que tuvieron en cuenta para la actividad anterior podrían ayudarlos con su problemática o, de lo contrario, por qué creen que no pueden hacerlo.
- Se discutirá sobre el tópico del suicidio y los mitos que circulan acerca del mismo para luego ponerlos a prueba con su debida refutación.
- Por último, se les dará a los miembros del grupo la consigna de realizar un primer acercamiento a una de las personas que tuvieron en cuenta para las actividades de este encuentro; en el mismo se podrá charlar sobre cualquier temática o tópico con el que el paciente se sienta más cómodo y que sea lo

menos ansiogeno posible, aclarando que no necesariamente tiene que tratarse sobre la problemática del suicidio.

- Esta actividad se deberá realizar entre los días que hay entre el presente encuentro y el siguiente.
- Se aclarará que en el próximo encuentro se hará una puesta en común sobre cómo les fue.

Encuentro Nro. 5.

Tema: habilidades sociales y su relación con los vínculos de apoyo.

Objetivo general del encuentro: puesta en común de la actividad del encuentro pasado y psicoeducación acerca de una nueva estrategia de afrontamiento de situaciones de crisis.

Este penúltimo encuentro se iniciará con una puesta en común de la actividad que quedo pendiente de realización del encuentro anterior, continuando con la presentación de una nueva estrategia para fomentar las habilidades en situación de crisis y tolerancia al malestar, esta estrategia llamada “STOP” (ver anexo) se enmarca dentro de las habilidades propuestas por la terapia dialectico conductual (DBT).

Actividad 1: juntando orejas.

Materiales: una silla por participante.

Tipo de estrategia: puesta en común.

Tiempo estimado: 30 minutos.

Instrucciones para el coordinador:

- En primer lugar, se les solicitará a los miembros del grupo que coloquen sus sillas de manera tal que formen un círculo entre todos.
- Se dará inicio al nuevo encuentro haciendo una recopilación de los temas y actividades tratadas en el encuentro anterior.
- Se prosigue a que cada uno de los miembros del grupo compartan y comenten cómo les fue con la actividad que les fue asignada en el encuentro anterior, haciendo hincapié en aquello que les movilizó, emociones que sintieron, ansiedades e inquietudes posibles.

Actividad 2: entre la espada y la cabeza.

Materiales: una silla por participante, pizarra, proyector portátil, computadora con conexión a internet, presentación de Power Point.

Tipo de estrategia: psicoeducación a través de la exposición de una estrategia.

Tiempo estimado: 1 hora.

Instrucciones para el coordinador:

- El coordinador presentará a través del proyector una presentación de Power Point donde se mostrarán características y puntos clave de la técnica “STOP”.
- Se expondrán ejemplos de cada uno de los conceptos que se presenten.
- Se preguntará a los miembros del grupo si tienen alguna duda con respecto a la estrategia.

- Se les pedirá a los participantes que den algún ejemplo de alguna situación que consideran como crisis en la cual puedan implementar la estrategia aprendida.
- Se finalizará el encuentro haciendo un resumen y una puesta en común tanto de la estrategia planteada como de los ejemplos aportados por cada uno de los miembros del grupo.

Encuentro Nro. 6.

Tema: Reflexión, compromiso y cierre grupal.

Objetivo general del encuentro: reflexionar acerca de lo aprendido dando un cierre con actividades tendientes a mejorar la calidad de vida de los participantes.

Este último encuentro será el de mayor duración de todos ya que dará cuenta de todo el proceso realizado los miembros del grupo, consolidando el mismo a través de la implementación de tres dinámicas, dos de ellas basadas en la terapia dialectico conductual (DBT). En primer lugar, se llevará a cabo un ejercicio de mindfulness; luego se expondrá una estrategia de reflexión y cuestionamiento de los propios pensamientos, y, por último, se procederá al cierre del encuentro haciendo una reflexión sobre todo lo aprendido, dando cuenta del proceso y el crecimiento de cada uno de los participantes a lo largo de los encuentros, solicitando en una última instancia a cada uno de ellos el compromiso de que todo lo aprendido se continúe trabajando y poniendo en práctica en cada situación o circunstancia de la vida cotidiana en que lo crean necesario.

Actividad 1: experimentando sentimientos y sensaciones.

Materiales: una silla por participante, equipo de música o parlante, cd de música de relajación.

Tipo de estrategia: mindfulness.

Tiempo estimado: 30 minutos.

Instrucciones para el coordinador:

- Se les solicitará a los miembros del grupo que se sienten en sus respectivas sillas, de la manera en que lo deseen o se sientan cómodos.
- El coordinador encenderá el equipo de música y, al mismo tiempo que la música empiece a sonar les pedirá a los participantes que cierren sus ojos.
- Luego, con la música sonando y los participantes con sus ojos cerrados, el coordinador recitará lo siguiente:

“Quiero que cierren los ojos, o los posen en algo a un metro de distancia sobre el piso. Quiero que pongan su espalda recta, como si un hilo tirara desde el centro de su cabeza, y mantengan la espalda erguida. Quiero que pongan ambos pies en el piso, y que lleven gentilmente su atención a la respiración a cómo entra el aire entra por su nariz o por su boca. Quiero que cuenten respiraciones, de uno a diez. Uno inspiro, dos expiro, tres inspiro... y así hasta diez. Cuando lleguen a diez quiero que vuelvan a uno. No se trata de cambiar la manera en la que respiran, sino simplemente de observar la respiración tal cual es, en el momento presente, sin forzar nada, solo observar. Quiero que se observen si su atención se va hacia algún otro lado, a sus pensamientos, o alguna emoción, quiero que se percaten de que su atención se desvió, y gentilmente, sin juzgar, vuelvan a traerla a su respiración. Uno inspiro, dos expiro, tres inspiro, y así hasta diez. Cuando lleguen a diez quiero que

vuelvan a uno. Si en algún momento se dan cuenta de que se pasaron, quiero que se den cuenta de que se pasaron. Once, doce, trece, catorce, y vuelven a traer gentilmente, sin juzgar, su atención a la respiración. Uno inspiro, dos expiro, tres inspiro, y así hasta diez (Boggiano y Gagliesi, 2020, p.327).

- Al finalizar, se parará la música y se les solicitará a los participantes que vuelvan a abrir los ojos.
- El coordinador preguntará a los participantes cómo se sintieron con el ejercicio y dará lugar a cualquier comentario referido al mismo; se procederá a continuar con la siguiente actividad.

Actividad 2: mindfulness de los pensamientos.

Materiales: una silla por participante.

Tipo de estrategia utilizada: psicoeducación y puesta en práctica de lo aprendido.

Tiempo estimado: 45 minutos.

Instrucciones para el coordinador:

- Esta actividad se inicia con la siguiente indicación por parte del coordinador: pensar y reflexionar acerca de los pensamientos que han tenido acerca de la muerte o el suicidio y también de todos aquellos pensamientos que los llevaron a los primeros. Se darán 3 minutos para completar esta consigna.
- Luego, el coordinador explicara brevemente a los miembros del grupo en qué consiste el mindfulness de los pensamientos (ver anexo).

- Se enseñarán los cuatro pasos que suponen observar los pensamientos actuales:
 1. Observar los pensamientos.
 2. Adoptar una mente curiosa sobre los pensamientos.
 3. Recordar que uno no es sus pensamientos.
 4. Tratar de no bloquear ni suprimir los pensamientos (Boggiano y Gagliesi, 2020).
- El coordinador dará uno o dos ejemplos sobre pensamientos relacionados con la ideación suicida y los analizará siguiendo los cuatro pasos propuestos anteriormente.
- Se les pedirá a los participantes que traten de adaptar esta estrategia aprendida a los pensamientos que se propusieron como primera indicación al comienzo de la actividad.
- Para finalizar, el coordinador dará lugar a dudas o preguntas acerca de la utilización de la estrategia.

Actividad 3: como estaba, como estoy.

Materiales: una silla por participante, pizarra, dos marcadores de pizarra, una hoja A4 y una lapicera por participante.

Tipo de estrategia: reflexión personal y grupal.

Tiempo estimado: 1 hora.

Instrucciones para el coordinador:

- Se solicitará a los miembros del grupo que coloquen sus sillas de manera tal que formen una ronda.
- El coordinador planteará la siguiente pregunta: ¿Qué cambios ven tanto en el ámbito personal como en el social comparando cómo estaban en el primer encuentro a como están ahora?
- Se dará lugar a que cada uno de los miembros del grupo comente su experiencia de manera libre.
- El coordinador resumirá tanto de manera escrita en la pizarra como oral todo lo aprendido y reforzado a lo largo de los encuentros dando cuenta del proceso de crecimiento en cada uno de ellos.
- El coordinador repartirá una hoja y una lapicera que irá rotando uno por uno de los participantes; en esta hoja estarán escritos cada uno de sus nombres y al lado un lugar para su firma que deberán complementar. El coordinador explicará que el hecho de poner su firma allí dará cuenta de su compromiso a continuar trabajando y seguir poniendo en práctica en su vida cotidiana todo lo aprendido a lo largo de estos seis encuentros.
- Se finalizará el encuentro ofreciendo lugar a los participantes de conclusiones o sensaciones que quieran compartir tanto de algún aspecto específico de los encuentros como de manera general.
- El coordinador se despedirá cordialmente de los miembros del grupo.

Diagrama de Gantt.

ENCUENTROS	Actividades	SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3
Encuentro Nro. 1	Conocerme y conocerlos.			
	Un nuevo comienzo. Punto 0.			
Encuentro Nro. 2	Dear Man.			
	Ponerle el pecho a lo que venga.			
Encuentro Nro. 3	Desmenuzando la cebolla.			
	El otro día me contaron.			
Encuentro Nro. 4	Codo a codo.			
	Un primer acercamiento.			
Encuentro Nro. 5	Juntando orejas.			
	Entre la espada y la cabeza.			
Encuentro Nro. 6	Experimentando sentimientos y sensaciones.			
	Mindfulness de los pensamientos.			
	Como estaba, como estoy.			

Gráfico 5: Fuente: Elaboración propia.

Recursos.

Recursos humanos:

- ❖ Un (1) licenciado en psicología.

Recursos materiales/técnicos:

- ❖ Un (1) proyector portátil.
- ❖ Una (1) computadora.
- ❖ Dos (2) marcadores de pizarra blanca (azul y negro).
- ❖ Una (1) pizarra.
- ❖ Veinte (20) sillas.
- ❖ Un (1) escritorio.
- ❖ Un (1) espacio grande iluminado.
- ❖ Un (1) espacio amplio con buena iluminación.
- ❖ Una (1) resma de hojas A4
- ❖ Veinte (20) lapiceras de color negro.
- ❖ Conexión a internet.
- ❖ Un (1) equipo de música o parlante.
- ❖ Un (1) cd de música de relajación.
- ❖ Veinte (20) cartulinas de diferentes colores.
- ❖ Dos (2) tijeras.

Recursos de contenido:

- ❖ Tres (3) presentaciones de Power Point acerca de los siguientes temas:
DEAR MAN, STOP y Mindfulness de Pensamientos.

- ❖ Un (1) libro: “Terapia dialéctico conductual: introducción al tratamiento de consultantes con desregulación emocional” – Juan Pablo Boggiano y Pablo Gagliesi.

Presupuesto.

RECURSOS	CATEGORÍA	DESCRIPCIÓN DEL RECURSO	COSTO EN \$
Humanos	Profesional	Lic. en Psicología	\$410 por integrante
Materiales	Librería	1 resma hojas A4	\$ 380
	Librería	2 marcadores de pizarra blanca	\$160
	Librería	20 cartulinas	\$420
	Librería	20 lapiceras	\$400
	Librería	2 tijeras	\$110
	Librería	1 pizarra blanca	\$6000
	Librería	1 libro: terapia dialéctico conductual (Boggiano, Gagliesi)	\$1400
	Tecnología	1 computadora	\$30000
	Tecnología	1 proyector	\$17000
	Tecnología	1 equipo de música	\$8000
	Tecnología	1 cd de música	\$240
	Inmueble	20 sillas	\$16500
	Inmueble	1 escritorio	\$7000

Gráfico 6: Fuente: Elaboración propia.

Evaluación.

Para determinar si se pudieron lograr tanto los objetivos específicos como el objetivo general propuesto en el presente plan de intervención se utilizará la escala psicométrica ISO – 30 (ver anexo), mencionada anteriormente en los aspectos metodológicos del plan de acción, que mide la gravedad de riesgo suicida en los pacientes. Se les aplicara por segunda vez a los participantes de los grupos de intervención la escala ISO – 30 y se compararan los resultados arrojados en esta última con los de la primera vez realizados antes de comenzar la intervención.

De esta forma, se podrá visualizar si la implementación del plan tuvo los efectos esperados y si se cumplió con los objetivos trazados.

Resultados esperados.

Con la implementación llevada a cabo del presente plan de intervención se espera: haber podido disminuir el riesgo suicida que presentaban los pacientes de manera previa a la implementación de los grupos de reflexión, así como también un incremento, fortalecimiento y un uso beneficioso de sus habilidades interpersonales en la vida cotidiana; haber podido fomentar y estrechar la relación de los pacientes con sus afectos cercanos y, por último, y lo más importante y clave de este plan de intervención, haber logrado una mejora en la calidad de vida de los pacientes.

Se espera que los mismos puedan haber recuperado el goce y disfrute de la vida como consecuencia de haber aprendido y practicado habilidades para poder ser más funcionales en la vida diaria.

Conclusión.

Una vez finalizada la elaboración del Plan de Intervención, es posible concluir en que una de las partes que más reflexión y trabajo demandó, fue la creación de las actividades planteadas para cada uno de los seis encuentros propuestos; esto así ya que el constructo y la problemática elegida, el suicidio, al ser tan delicada y limite en la vida de una persona, es una problemática para nada fácil de tratar y que requiere una intervención inmediata ya que el tiempo apremia. La creación de cada actividad planteada demandó mucho tiempo, ya que era necesario pensar bien cada una teniendo en cuenta el porqué de las mismas, es decir, saber delimitar de manera concreta el objetivo de cada una de ellas. Fue necesario un correcto entrenamiento en la selección de los instrumentos más adecuados para dichas actividades y también una extensa búsqueda bibliográfica acerca del constructo y las formas más efectivas de poder prevenirlo.

La principal limitación encontrada, y que a su vez fue sorprendente topar con ella, fue el acotado desarrollo que presenta la población argentina acerca de la problemática elegida, siendo de lo más impactante el hecho de que en el país sólo cuenta con dos instrumentos validados para medir el constructo de riesgo suicida. Se cree que es de gran urgencia poder tomar cartas en el asunto y buscar y crear nuevos métodos, técnicas y/o instrumentos para poder tratar el constructo. Se cree que si en un futuro próximo se logra un incremento de información y desarrollo teórico - práctico entorno a la problemática elegida, es posible poder realizar ajustes y mejoras en el presente plan de intervención para aumentar su efectividad.

En cuanto a las fortalezas de dicho trabajo, fue de vital importancia poder contar con las estrategias y técnicas de la Terapia Dialectico Conductual (DBT), terapia que está

especializada y empíricamente validada en la temática del suicidio. Fue de gran ayuda poder acceder a información acerca de la misma que sirvió para el desarrollo de muchas de las actividades planteadas.

Por último, y a modo de cierre, se recomienda a futuros abordadores de la temática elegida, tener en cuenta los desarrollos de la Terapia Dialectico Conductual para el desarrollo de la misma, y poder ahondar en posibles instrumentos que cuenten con la validez y efectividad necesaria para poder medir de manera adecuada el índice de riesgo suicida, de manera tal que las actividades propuestas para la disminución de dicho riesgo tengan una mayor probabilidad de efectividad.

Referencias.

Aberastury, A y Knobel M. (1976). *La adolescencia normal*. Buenos Aires: Paidós.

Aguirre Baztán, Á. (2009). *Psicología de la adolescencia*. Barcelona, España: Marcombo. Recuperado de <https://elibro.net/es/ereader/biblioues21/45894?page=186>.

Arvelo, Enrique Jorge. (2015). La protección jurídica a las personas en situación de vulnerabilidad y el respeto a la autonomía de la voluntad. *Revista IUS [online]*. Vol.9(36), 61-88. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-21472015000200061&lng=es&tlng=es.

Barón B., Olga Patricia (2000). Adolescencia y suicidio. *Psicología del Caribe*. Vol.1(6), 48 – 69. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/213/21300605.pdf>

Barrio Martínez, S., García Haro, J., García Pascual, H., García Pascual, J. y González González, M. (2019). *Figuras de la vida dañada: modalidades de conducta suicida*. *Apuntes de Psicología*. Vol.37(2), 101 – 108. Recuperado de <http://apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/808/533>

Boggiano, Juan Pablo y Gagliesi Pablo. (2020). *Terapia dialéctico conductual: Introducción al Tratamiento de Consultantes con Desregulación Emocional*. Buenos Aires: Edulp.

Borrás Santisteban, Tania. (2014). Adolescencia: definición, vulnerabilidad y oportunidad. *Correo Científico Médico*, Vol.18(1), 05-07. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000100002&lng=es&tlng=es.

Casullo, María Martina y Fernández Liporace, Mercedes. (2006). Validación factorial de una escala para evaluar riesgo suicida. *Revista iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica*, Vol. 1(21), 9-22. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/4596/459645448002.pdf>.

Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia. (2018). *Manual Operativo para Grupos de Adolescentes Promotores de la Salud GAPS*. México.

Coleman, J. C. (2013). *Psicología de la adolescencia* (4a. ed.). Madrid, España: Ediciones Morata. Recuperado de <https://elibro.net/es/ereader/biblioues21/51799?page=60>

Di Yorio, F. (2005). *Grupo de Reflexión para enfermeros en neuropsiquiátricos*. Sanatorio “Prof. León S. Morra” S.A (Tesis de grado). Universidad Empresarial Siglo 21. Córdoba, Argentina. Recuperado de <https://repositorio.uesiglo21.edu.ar/handle/ues21/12375>

“En Argentina hay más suicidios que homicidios” (10 de septiembre de 2019). “*El Litoral*”. Recuperado de https://www.ellitoral.com/index.php/id_um/207901-en-argentina-hay-mas-suicidios-que-homicidios-estadisticas-nacionales.html

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2019): *El suicidio en la adolescencia.*

Situación en la Argentina. Buenos Aires, Argentina: UNICEF.

González Núñez, J., Monroy de Velasco, A. y Kupferman Silberstein, E. (1999).

Dinámica de grupos. México: Editorial Pax.

Griffa, M.C., Moreno J.M. (2005). *Claves para una psicología del desarrollo.* Buenos

Aires: Lugar Editorial.

Guibert Reyes, Wilfredo. (2002). Prevención de la conducta suicida en la APS. *Revista*

Cubana de Medicina General Integral, 18(2), 149-154. Recuperado de

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-

[21252002000200009&lng=es&tlng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000200009&lng=es&tlng=es)

Pérez Barrero, Sergio Andrés. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(2), 196-217. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000200013&lng=es&tlng=es.

Ramos Ramos, P. (2015). *Intervención psicológica en la conducta suicida (2a. ed.)*. Málaga, España: Editorial ICB. Recuperado de <https://elibro.net/es/ereader/biblioues21/113239?page=64>.

Rocamora Bonilla, A. (2013). *Intervención en crisis en las conductas suicidas*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer. Recuperado de <https://elibro.net/es/ereader/biblioues21/115456?page=43>.

Rocamora Bonilla, A. (2017). *Cuando nada tiene sentido: reflexiones sobre el suicidio desde la logoterapia*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer. Recuperado de <https://elibro.net/es/ereader/biblioues21/127692?page=46>.

Rosabal García, Enrique, Romero Muñoz, Nancy, Gaquín Ramírez, Keyla, & Hernández Mérida, Rosa A. (2015). Conductas de riesgo en los adolescentes. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 44(2), 218-229. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01386557201-5000200010&lng=es&tlng=es.

Universidad Siglo 21. (2019). *Líneas temáticas estratégicas*. Recuperado de <https://siglo21.instructure.com/courses/9721/pages/plan-de-intervencion-modulo-0>.

Universidad Siglo 21. (2019). *Sanatorio “Prof. León S. Morra”*. Recuperado de <https://siglo21.instructure.com/courses/9721/pages/plan-de-intervencion-modulo-0#org5>.

Vilaseca, G. (1993). Varones: Grupos de reflexión de varones: Un espacio privilegiado para profundizar en aspectos de la crítica de la vida cotidiana. *Revista Temas de*

Psicología Social. Nro. 11. Recuperado de <https://psicolog.org/titulo-varones-grupos-de-reflexin-de-varones-un-espacio-privile.html>

Villardón Gallego, L. (2013). *El pensamiento de suicidio en la adolescencia.* Bilbao, España: Publicaciones de la Universidad de Deusto. Recuperado de <https://elibro.net/es/ereader/biblioues21/34095?page=33>.

Anexos.

Anexo I: Dear Man.

Fuente: Terapia dialéctico conductual: Introducción al Tratamiento de Consultantes con Desregulación Emocional - Boggiano, Juan Pablo y Gagliesi Pablo. (2020).

El DEAR MAN es un acróstico para recordar cada una de las habilidades necesarias para ser más efectivo al lograr mis objetivos cuando le pido algo a una persona o le digo que no. DEAR nos recuerda cómo ser más efectivo a la hora de plantear un problema al otro, MAN sobre cómo comportarse luego de que ya realice el pedido. La habilidad no se trata solo de hacer el pedido, sino cómo comportarse durante la interacción que le sigue al mismo. Ya es bastante difícil pedir un cambio de conducta sin ser agresivo, pero aún lo es más mantener las formas y ser efectivo una vez que el otro se niega o se pone defensivo.

La “D” de DEAR es de “*Describir*” y nos recuerda que si queremos que el otro escuche nuestro pedido debemos evitar utilizar un lenguaje juicioso, y en cambio apegarnos a un lenguaje descriptivo. Describir el problema apegándonos a los hechos, sin juzgar.

La “E” es de “*Expresar*” enseña a expresar los pedidos como necesidades y no como quejas, o críticas, con frases como *yo quiero o yo necesito* más que *deberías*. Esta habilidad es común a cualquier modelo de manejo de conflictos, basta mirar las habilidades de manejo de conflictos de cualquier terapia de pareja cognitivo conductual.

La “A” es de “*Ser Asertivo*”, no basta decirle al otro aquello que no nos gusta de una situación, también debemos decirle con la mayor precisión posible qué es lo que

queremos. Parece obvio, pero la mayoría de nosotros lo olvidamos cuando hacemos un pedido. Decimos: *“Cuando estamos en una reunión te pones distante conmigo”* y olvidamos pedirle al otro lo que realmente necesitamos: *“Quisiera que te quedes un rato en la reunión sentado conmigo y me abrases, después si quieres te puedes ir a hablar con tus amigos”*.

La “R” es de *“Reforzar”* y nos recuerda que podemos adelantarle al otro qué cosas buenas pasarían si accede a cumplir aquello que le pedimos. La mayoría de nosotros se saltea este paso y va directamente al castigo. Anticipar los refuerzos es una buena idea, sin embargo, muchas veces también será necesario adelantar castigos.

Esta primera parte del acróstico (DEAR) está centrada en cómo minimizar la probabilidad de que el otro se ponga defensivo cuando uno le realiza un pedido, y es una habilidad importante en cualquier relación. Gottman (1999) demostró que cuando alguien hace un pedido crítico en una pareja, la posibilidad de que el otro no se ponga defensivo y que la discusión escale es muy baja. Los comienzos “duros”, como los llama él, permiten predecir el curso de la discusión. Con solo ver el primer minuto de una charla y evaluar cómo se plantea el problema en la pareja es posible predecir cómo va a seguir la discusión, y solo en el 4% de los casos se revierte la tendencia inicial.

Sin embargo, es cierto que cuándo uno hace un pedido, aunque lo haga efectivamente, es difícil que el otro no se ponga defensivo, o esquivo. Quizás no nos guste que el mundo sea de esta forma, pero las cosas son así. Si uno hace un planteo de un problema de forma no crítica, igual existen muchas posibilidades de que el otro se ponga defensivo o esquivo. La defensividad puede tomar muchas formas, pero una muy común es que la persona a la que se le está pidiendo un cambio de conducta nos recuerde una

conducta que le molesta de nosotros: “... *y cuando llegas tarde cada vez que quedamos en algo*” cuando estábamos hablando de cómo queremos que se comporte cuando vamos a una fiesta. O esquivo como cuando un amigo que siempre llega tarde y nos dejó esperándolo por décima vez nos contesta “*sí, sí, tienes razón, disculpa*”, para volver a dejarnos plantados en la siguiente cita. Es por esto que para ser habilidoso es preciso contar con un conjunto de habilidades mayor que el de hacer un pedido no crítico, y para eso está el “MAN” del “DEAR MAN”.

La “M” es de “*Mantiene tu posición*”, para lo que son necesarias dos habilidades: *Aceptar las críticas* y *Disco rayado*.

Aceptar las críticas supone que si uno se *engancha* en la crítica que hace el otro defensivamente el destino de la charla está echada, no llegaremos a ningún lado y terminaremos más confundidos y aturridos que otra cosa. La próxima vez lo pensaremos muy bien antes de hacerle otro pedido a esa persona. *Aceptar las críticas* es un antídoto contra la escalada que genera la posición defensiva del otro. Si contestamos al contrataque la conversación pierde su curso y perdemos de vista nuestro objetivo. *Aceptar las críticas* toma la forma de “*es verdad que llego tarde algunas veces, si quieres hablamos de eso después, pero ahora yo quiero hablar de cómo hacemos para que no me sienta tan mal en las fiestas*”.

Disco rayado nos recuerda que para ser efectivo debemos volver a nuestro punto de partida, es decir expresar nuestra necesidad, una y otra vez. Si el otro me critica cuando le hago un pedido, acepto la crítica y vuelvo a mi pedido. La función que tiene el aumento de la expresión emocional es muchas veces un intento de subrayar lo importante que el problema es para nosotros y la necesidad que tenemos de que el otro lo entienda. Cuando

uno practica *Disco rayado* puede percatarse de lo poderoso que es que alguien no se enganche en los contra – ataques (*aceptar las críticas*) y vuelva sobre su punto.

La “A” es de “*Aparenta*”, y supone el ser capaz de observar la parte no verbal del pedido y modificarla de ser necesario, aunque no se condiga con nuestra emoción del momento. Si tiendo a ser inhibido puede que mi tono de voz sea bajo, que no mire a los ojos, o que de muchas vueltas y pida disculpas. Si soy agresivo puede que no sea consciente de que mi pedido, aunque sea expresado correctamente, va acompañado con señales no verbales de juicio y enojo, como el ceño fruncido, la mandíbula apretada, o alguna señal de desprecio en el tono de voz. *Aparenta* entonces recuerda que debemos estar atentos a este aspecto y hacer *Acción Opuesta*. No se trata de no sentir miedo, sino que con miedo y todo puedo pedir las cosas con un todo adecuado, no se trata de no sentir enojo sino de aprender a relajar los músculos de la cara y adecuar el tono verbal.

La “N” es de “*Negocia*” y supone un conjunto de habilidades: *apégate a la demanda, está dispuesto a dar para recibir y dar vuelta la mesa*.

Apegarse a la demanda supone que uno no acumule faltas (el enojo muchas veces nos empuja a hacerlo), sino que mantenga en su mente el pedido inicial, no continúe la discusión una vez que logró un avance en este punto y no sume nuevos puntos mientras transcurre la discusión.

Estar dispuesto a dar para recibir parece contradictorio con *Disco rayado*, pero en verdad forma parte de la dialéctica, o el dilema de cualquier discusión, es necesario mantener los objetivos, pero también estar dispuesto a dar aquello que nos pide el otro.

Dar Vuelta la mesa supone pedir a la otra persona que se haga responsable de la solución del problema. Podemos preguntar: *¿Qué piensas que debemos hacer? No estoy*

diciendo que sí, y parece que quieres que yo lo haga ¿Qué podemos hacer? ¿Cómo podemos resolver este problema?

Anexo II: Mindfulness de los pensamientos.

Fuente: Terapia dialéctico conductual: Introducción al Tratamiento de Consultantes con Desregulación Emocional - Boggiano, Juan Pablo y Gagliesi Pablo. (2020).

El *Mindfulness* de los pensamientos actuales es observar los pensamientos como pensamientos más que como hechos sobre el mundo, de tal manera que observar los pensamientos se vuelva similar a observar cualquier otra conducta. La investigación muestra que intentar suprimir los pensamientos en verdad los empeora. El tratamiento para las preocupaciones excesivas o los pensamientos obsesivos supone exponerse a los pensamientos más que intentar controlarlos. El objetivo es cambiar la relación que se tiene con los pensamientos negativos o dolorosos más que cambiar los pensamientos en sí mismos.

Observar los pensamientos actuales supone cuatro pasos:

- Observar los pensamientos.
- Adoptar una mente curiosa sobre los pensamientos.
- Recordar que uno no es sus pensamientos.
- Tratar de no bloquear ni suprimir los pensamientos.

Anexo III: STOP.

Fuente: Terapia dialéctico conductual: Introducción al Tratamiento de Consultantes con Desregulación Emocional - Boggiano, Juan Pablo y Gagliesi Pablo. (2020).

La primera habilidad necesaria para sobrevivir a una crisis, sin empeorar la situación, es la habilidad de reconocer el impulso y refrenar las conductas impulsivas.

Stop es un acróstico que recuerda la siguiente secuencia:

- Detenerse (*stop*): reconocer que las emociones están por tomar el control y detenerse, no mover un musculo, congelarse por un momento para no actuar aquello que la emoción nos empuja a hacer.
- Dar un paso atrás (*take a step back*): dar un paso atrás en la mente o físicamente, tomar un tiempo para calmarse y pensar. Respirar profundamente para reducir a la mente emocional rápidamente y volver a estar en control. No dejar que las emociones decidan qué es lo que uno va a hacer.
- Observar (*observe*): observar qué es lo que sucede alrededor y dentro de uno, para tomar decisiones efectivas es importante no saltar rápidamente a las conclusiones. Observar los hechos sin juzgarlos para poder saber cuáles son las opciones disponibles.
- Proceder de manera *Mindful* (*Proceed Mindfully*): preguntarme por mis objetivos ¿qué es lo que quiero de esta situación? ¿Cuáles son mis metas? ¿Qué elección hará que las cosas empeoren y cuál hará que mejoren? Preguntarle a la *Mente* *sabía* cómo enfrentar el problema.

Anexo IV: Escala ISO – 30.

I S O – 30 (Adaptación Facultad de Psicología – UBA).

Instrucciones: El propósito de este cuestionario es poder tener una idea aproximada de cómo ves ciertas áreas importantes de tu vida. Trata de contestar con la mayor sinceridad, pensando en cómo te sentiste estos últimos seis meses. Ahora lee cuidadosamente cada frase. Usa una birome o lápiz para circular la respuesta, por ejemplo: 0 1 2 3. Si decidís cambiar una respuesta, tacha con una cruz la respuesta original y circulá la nueva respuesta, por ejemplo: 0 1 2 3.

Las opciones de respuesta son:

- 0: totalmente en desacuerdo
- 1: en parte en desacuerdo
- 2: en parte de acuerdo
- 3 totalmente de acuerdo.

1)	0	1	2	3	Yo debo ser un soñador/a ya que estoy siempre esperando cosas que no resultan.
2)	0	1	2	3	Hay muchas posibilidades para mí de ser feliz en el futuro.
3)	0	1	2	3	Generalmente pienso que aún los peores sentimientos desaparecerán.
4)	0	1	2	3	Ante un fracaso, confío en que las personas con las que me relaciono no perderán las esperanzas en mí.
5)	0	1	2	3	Aquellas personas con las que me relaciono, no me necesitan en absoluto
6)	0	1	2	3	Mientras crecía me hicieron creer que la vida podría ser justa. Siento que me mintieron, ya que no es justa en absoluto.
7)	0	1	2	3	Mi vida se ha desarrollado mayormente en las direcciones que yo elegí.

8)	0	1	2	3	Yo debería ser capaz de hacer que duren los buenos momentos, pero no puedo.
9)	0	1	2	3	Creo que causo problemas a la gente que está a mi alrededor.
10)	0	1	2	3	Creo que seré incapaz de encontrar suficiente coraje como para enfrentar a la vida.
11)	0	1	2	3	Tengo las cualidades personales que necesito para que me guíen hacia una vida feliz.
12)	0	1	2	3	Cuando me pasa algo malo siento que mis esperanzas de una vida mejor son poco reales.
13)	0	1	2	3	Aún cuando estoy muy enojado/a por algo, puedo forzarme a mí mismo a pensar claramente si lo necesito.
14)	0	1	2	3	Generalmente creo que las personas que son importantes para mí comprenden mis sentimientos bastante bien.
15)	0	1	2	3	Para impedir que las cosas empeoren, creo que suicidarse es la solución.
16)	0	1	2	3	Cuando veo a alguien que logró lo que yo no tengo, siento que es injusto.
17)	0	1	2	3	Aun cuando me siento sin esperanzas, sé que las cosas eventualmente pueden mejorar.
18)	0	1	2	3	Cuando mi vida no transcurre fácilmente estoy dominado por una confusión de sentimientos.
19)	0	1	2	3	Siento como que no pertenezco a ningún lado.
20)	0	1	2	3	Pienso en morirme como una forma de resolver todos mis problemas.
21)	0	1	2	3	Solía pensar que podía ser alguien especial, pero ahora veo que no es verdad.
22)	0	1	2	3	Siento que tengo control sobre mi vida.
23)	0	1	2	3	Cuando tengo emociones fuertes mi cuerpo se siente fuera de control, domina mi carácter y no puedo pararlo.
24)	0	1	2	3	Cuando fracaso, quiero esconderme, desaparecer.
25)	0	1	2	3	Para no sentirse mal o solo/a, pienso que la solución es morirse.
26)	0	1	2	3	Nadie me amaría si realmente me conociese bien.
27)	0	1	2	3	Es posible que me convierta en la clase de persona que quiero ser.
28)	0	1	2	3	Nunca sentí que estuviera a punto de hacerme pedazos (quebrarme).
29)	0	1	2	3	Los buenos sentimientos que la gente tiene acerca de mí son un error. Es cuestión de tiempo, los voy a defraudar.

30)	0	1	2	3	Los buenos sentimientos que la gente tiene acerca de mí son un error. Es cuestión de tiempo, los voy a defraudar.
-----	---	---	---	---	---