

# Psicologia:

Técnicas e instrumentos de  
acesso à mente humana



Ezequiel Martins Ferreira  
(Organizador)

**Atena**  
Editora  
Ano 2022

# Psicologia:

Técnicas e instrumentos de  
acesso à mente humana



Ezequiel Martins Ferreira  
(Organizador)

**Atena**  
Editora  
Ano 2022

**Editora chefe**

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

**Editora executiva**

Natalia Oliveira

**Assistente editorial**

Flávia Roberta Barão

**Bibliotecária**

Janaina Ramos

**Projeto gráfico**

Camila Alves de Cremo

Daphynny Pamplona

Gabriel Motomu Teshima

Luiza Alves Batista

Natália Sandrini de Azevedo

**Imagens da capa**

iStock

**Edição de arte**

Luiza Alves Batista

2022 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2022 Os autores

Copyright da edição © 2022 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição-Não-Comercial-Não-Derivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

**Conselho Editorial****Ciências Humanas e Sociais Aplicadas**

Prof. Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva – Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí

Prof. Dr. Alexandre de Freitas Carneiro – Universidade Federal de Rondônia

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná

Prof. Dr. Américo Junior Nunes da Silva – Universidade do Estado da Bahia

Profª Drª Ana Maria Aguiar Frias – Universidade de Évora

Profª Drª Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa



Prof. Dr. Antonio Carlos da Silva – Universidade Católica do Salvador  
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais  
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília  
Prof. Dr. Arnaldo Oliveira Souza Júnior – Universidade Federal do Piauí  
Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense  
Prof. Dr. Crisóstomo Lima do Nascimento – Universidade Federal Fluminense  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Cristina Gaio – Universidade de Lisboa  
Prof. Dr. Daniel Richard Sant’Ana – Universidade de Brasília  
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Dilma Antunes Silva – Universidade Federal de São Paulo  
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá  
Prof. Dr. Elson Ferreira Costa – Universidade do Estado do Pará  
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima  
Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros  
Prof. Dr. Humberto Costa – Universidade Federal do Paraná  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice  
Prof. Dr. Jadilson Marinho da Silva – Secretaria de Educação de Pernambuco  
Prof. Dr. Jadson Correia de Oliveira – Universidade Católica do Salvador  
Prof. Dr. José Luis Montesillo-Cedillo – Universidad Autónoma del Estado de México  
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense  
Prof. Dr. Kárpio Márcio de Siqueira – Universidade do Estado da Bahia  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal do Paraná  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Lucicleia Barreto Queiroz – Universidade Federal do Acre  
Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros  
Prof. Dr. Lucio Marques Vieira Souza – Universidade do Estado de Minas Gerais  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Marianne Sousa Barbosa – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
Prof. Dr. Miguel Rodrigues Netto – Universidade do Estado de Mato Grosso  
Prof. Dr. Pedro Henrique Máximo Pereira – Universidade Estadual de Goiás  
Prof. Dr. Pablo Ricardo de Lima Falcão – Universidade de Pernambuco  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador  
Prof. Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares – Universidade Federal do Piauí  
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa Ribeiro Simon Cavalcanti – Universidade Católica do Salvador  
Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins



## Psicologia: técnicas e instrumentos de acesso à mente humana

**Diagramação:** Camila Alves de Cremo  
**Correção:** Bruno Oliveira  
**Indexação:** Amanda Kelly da Costa Veiga  
**Revisão:** Os autores  
**Organizador:** Ezequiel Martins Ferreira

### Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

P974 Psicologia: técnicas e instrumentos de acesso à mente humana / Organizador Ezequiel Martins Ferreira. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2022.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5983-911-7

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.117220703>

1. Psicologia. I. Ferreira, Ezequiel Martins (Organizador). II. Título.

CDD 150

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

**Atena Editora**  
Ponta Grossa – Paraná – Brasil  
Telefone: +55 (42) 3323-5493  
[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)  
contato@atenaeditora.com.br



**Atena**  
Editora  
Ano 2022

## DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.



## DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.



## APRESENTAÇÃO

A coletânea *Psicologia: Técnicas e instrumentos de acesso à mente humana*, reúne neste volume dezoito artigos que abordam algumas das possibilidades metodológicas do saber psicológico.

Ao longo da história da humanidade várias tentativas foram feitas em torno da discussão sobre a mente humana. Dos humores na Grécia, da Consciência no Iluminismo, ao inconsciente na modernidade, várias são as influências que a Psicologia herda para se tratar no psiquismo humano.

Com tantas influências, o que podemos esperar é uma grande variedade de visões sobre o humano, o que concorda com a própria diversidade subjetiva, em se tratando de personalidades humanas.

Essa Coletânea apresenta algumas dessas visões, a partir da concepção psicanalítica, cognitiva-comportamental, terapia familiar, social, entre outras perspectivas.

Espero que pela leitura dos textos que se seguem, uma abertura crítica sobre a diversidade das possibilidades de uma leitura psicológica surja para cada leitor.

Uma boa leitura a todos!

Ezequiel Martins Ferreira



## SUMÁRIO

### **CAPÍTULO 1..... 1**

#### A LÓGICA DO INCONSCIENTE NO NÓ BORROMEU

Ivanisa Teitelroit Martins

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.1172207031>


### **CAPÍTULO 2..... 7**

#### CONVERSÇÕES NA ESCOLA E A CLÍNICA PSICANALÍTICA

Claudio Ramos Peixoto

Joyce de Paula e Silva


Shala de Souza Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.1172207032>

### **CAPÍTULO 3..... 18**

#### TRAUMA, VULNERABILIDADE E MEMÓRIA: CAMINHOS PARA UMA RESIGNIFICAÇÃO

Sonia Maria Gomes Siulva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.1172207033>

### **CAPÍTULO 4..... 32**

#### COMPETÊNCIAS SOCIOEMOCIONAIS: UMA REFLEXÃO A PARTIR DA IMPLANTAÇÃO EM UMA ESCOLA PÚBLICA MUNICIPAL

Maria de Fátima de Jesus Miranda


Alessandro Miranda Coelho

Leuzete Sousa de Oliveira Miranda Coelho

Gracimary de Jesus Godinho Bastos

Antonio Luis Nunes Bastos

Luzimary de Jesus Ferreira Godinho Rocha

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.1172207034>

### **CAPÍTULO 5..... 46**


#### TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E ADOLESCÊNCIA: O SOFRIMENTO INVISIBILIZADO

Kamila Andressa Rabuske

Amanda Angonese Sebben

William Gemelli

Naiana Priscila Kessler Amancio


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.1172207035>







### **CAPÍTULO 6..... 55**


#### TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL EM ADOLESCENTES

Eliza Regina Guilhem Gentilin

Mara Ilce Lopes Bedendo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.1172207036>


<b>CAPÍTULO 7</b> .....	<b>60</b>
RELACIONAMIENTO ABUSIVO: O CICLO DE APRISIONAMENTO E DEPENDENCIA EMOCIONAL	
Viviane Soares Carvalho Talita Maria Machado de Freitas	
 <a href="https://doi.org/10.22533/at.ed.1172207037">https://doi.org/10.22533/at.ed.1172207037</a>	
<b>CAPÍTULO 8</b> .....	<b>70</b>
PRÁCTICAS PEDAGÓGICAS DE LAS DOCENTES QUE PROMUEVEN VOCACIONES CIENTÍFICAS EN LAS ESTUDIANTES	
Alba Esperanza García López Pamela Viñas Lezama	
 <a href="https://doi.org/10.22533/at.ed.1172207038">https://doi.org/10.22533/at.ed.1172207038</a>	
<b>CAPÍTULO 9</b> .....	<b>80</b>
A TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL: IDENTIFICAÇÃO DAS CRENÇAS, PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS E O ESTABELECIMENTO DA ALIANÇA TERAPÊUTICA	
Paulo Tadeu Ferreira Teixeira	
 <a href="https://doi.org/10.22533/at.ed.1172207039">https://doi.org/10.22533/at.ed.1172207039</a>	
<b>CAPÍTULO 10</b> .....	<b>95</b>
CONVERSACIONES DE SESIÓN ÚNICA ANTE EL SUICIDIO	
María Luisa Plasencia Vilchis Luz de Lourdes Eguiluz	
 <a href="https://doi.org/10.22533/at.ed.11722070310">https://doi.org/10.22533/at.ed.11722070310</a>	
<b>CAPÍTULO 11</b> .....	<b>105</b>
PROCESOS INTERDISCIPLINARIOS EN LA FORMACIÓN DE TERAPEUTAS FAMILIARES	
Martha Elena Silva Pertuz	
 <a href="https://doi.org/10.22533/at.ed.11722070311">https://doi.org/10.22533/at.ed.11722070311</a>	
<b>CAPÍTULO 12</b> .....	<b>123</b>
A IMPORTÂNCIA DA REDE SECUNDÁRIA NA TERAPIA FAMILIAR E NO PROCESSO DE MUDANÇA PARA AS FAMÍLIAS	
Cristina Cruz Goreti Mendes Helena Ventura Sofia Ferreira	
 <a href="https://doi.org/10.22533/at.ed.11722070312">https://doi.org/10.22533/at.ed.11722070312</a>	
<b>CAPÍTULO 13</b> .....	<b>131</b>
PROGRAMA DE TUTORÍAS: OPINIÓN DE ESTUDIANTES Y TUTORES DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA	
Irma Rosa Alvarado Guerrero Ana Elena Del Bosque Fuentes María Luisa Cepeda Islas	

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.11722070313>

**CAPÍTULO 14..... 144**

**A IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO DA PSICOLOGIA COM MOVIMENTOS SOCIAIS:  
REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA**


Anderson dos Santos Furtado  
Camilly Aline Mesquita Rodrigues  
Janilce Guiomar Pinto  
Jéssica Almeida Cruz  
Ingrid Larissa Pinheiro da Silva  
Karlene Souza dos Santos Costa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.11722070314>

**CAPÍTULO 15..... 155**

**ATUAÇÃO DO PSICOLOGO NO CAPS-AD: REFLEXOS NA GESTÃO DA SAÚDE MENTAL**

Enio Dioquene Luiz Filho

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.11722070315>

**CAPÍTULO 16..... 168**

**ENTREVISTA MOTIVACIONAL NO TRATAMENTO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS  
NO CAPS-AD, BAGÉ-RS**

Enio Dioquene Luiz Filho

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.11722070316>

**CAPÍTULO 17..... 176**

**TRANSBORDAMENTO DE VIDA ANTE A FINITUDE: A CLÍNICA PSICOLÓGICA NA  
ASSISTÊNCIA A PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS IRREVERSÍVEIS**


Danielle de Andrade Pitanga  
Margarida Maria Florêncio Dantas  
Gilclécia Oliveira Lourenço  
Maria Cristina Lopes de Almeida Amazonas

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.11722070317>

**CAPÍTULO 18..... 189**

**A IMPORTÂNCIA DA ROTINA NO DESENVOLVIMENTO DA APRENDIZAGEM E  
COMUNICAÇÃO DO ALUNO COM TEA**

Sara Alves Oliveira e Silva  
Ezequiel Martins Ferreira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.11722070318>

**SOBRE O ORGANIZADOR..... 203**

**ÍNDICE REMISSIVO..... 204**

# CAPÍTULO 10

## CONVERSACIONES DE SESIÓN ÚNICA ANTE EL SUICIDIO

*Data de aceite: 01/03/2022*

**María Luisa Plasencia Vilchis**

**Luz de Lourdes Eguiluz**

UNAM, FES-Iztacala

**RESUMEN:** El espacio terapéutico ofrece la posibilidad de co-crear conversaciones que permitan generar alternativas viables para el consultante. En el caso del suicidio, se podría pensar que contar con una sesión puede no ser suficiente, ni marcar una diferencia importante para quien ha optado por la muerte. Sin embargo, el trabajo clínico realizado con jóvenes (estudiantes de entre 18 y 25 años) que están pensando en el suicidio ha demostrado lo contrario (Eguiluz & Plasencia, 2011). Siguiendo los presupuestos de la terapia centrada en soluciones (Lipchik, 2002) y la psicología positiva (Lyubomirsky, 2008) es posible que una hora de conversación dialógica marque una diferencia para quien consulta. La atención de sesión única ha mostrado tener un impacto favorable en diversos centros de atención y con diversos motivos de consulta (Silve & Bobele, 2011). A través de este trabajo deseamos compartir nuestra experiencia en el empleo de estos nuevos modelos con temas como el suicidio.

**PALABRAS CLAVE:** Suicidio, enfoque centrado en soluciones, psicología positiva, sesión única.

**ABSTRACT:** The therapeutic space offers the possibility of co - create conversations that allow viable alternatives for the consultant. In the case

of suicide, may think that having a session not be sufficient, or make an important difference for those who opted for the death. However, in the clinical work with young people (students aged 18 to 25) who are thinking about suicide, they have shown us otherwise (Eguiluz & Plasencia, 2011). Following the budgets of solutions centered therapy (Lipchik,2002)- and positive psychology (Lyubomirsky, 2008) it is possible to use an hour of conversation Dialogic that mark a difference to whom consultation. The attention of single session has shown to have a positive impact in different care settings and with different reasons for consultation (Silve & Bobele, 2011). Through this work we wish to share our experience in the use of these new models with themes like suicide.

**KEYWORDS:** Suicide, solution focused, positive psychology, unique session.

### INTRODUCCIÓN

El suicidio es un tema que comúnmente genera reacciones de diversas índoles, involucra emociones, relaciones y cuestiona las creencias y certezas. Más allá de lo personal, existe una realidad que ha ido creciendo en el mundo: el suicidio ha aumentado hasta alcanzar cifras que lo han convertido en un problema de salud pública. Esto plantea la necesidad de realizar acciones a nivel gubernamental para su prevención, atención para quienes lo intentan y para los que quedan cuando alguien se suicida.

Desde la Organización Mundial de la Salud (OMS) se han dictado líneas en relación

a la prevención y se estableció el 10 de septiembre como el día mundial de la prevención del suicidio; también se realizan investigaciones que derivan en estrategias de intervención y se implementa el enlace entre diversos sectores de la salud involucrados en el tema, mismos que permiten un mejor entendimiento del problema, sus soluciones.

Al año se estima que se suicidan alrededor de un millón de personas, lo que representa un 16% por cada 100,000 o lo que es igual, una muerte cada 40 segundos; razón por la que es considerada la tercera causa de muerte en las personas entre los 15 y 45 años, y en algunos países la segunda en jóvenes entre 10 y 24 años. A estos datos duros es necesario sumar el hecho de que por cada persona que muere se considera que hay 20 más en tentativa de suicidio, y que esta causa de muerte tiene un impacto en por lo menos seis personas. Si continuamos sumando, la depresión ha pasado a ser una de las enfermedades mentales con mayor incidencia, por lo que su presencia aumenta el riesgo de ideación suicida en la población. La enfermedad mental se ha asociado con factores ambientales, por lo que el riesgo aumenta ante la inseguridad, la violencia, desesperanza y problemas de salud física.

México no ha sido la excepción, en los últimos 20 años se han llevado a cabo investigaciones y proyectos de prevención a lo largo del territorio nacional; se crearon asociaciones, páginas web, y se han abierto espacios para el diálogo, la reflexión, la investigación, la atención y la prevención. Poco a poco se ha ido diluyendo la prohibición de hablar sobre la muerte auto-infligida. El suicidio es un problema complejo que, como se comentará más adelante, ha generado diversas acciones que conllevan el objetivo de disminuir su incidencia en los jóvenes universitarios.

## LA SALUD MENTAL

El asunto del suicidio reúne de forma única los temas de la enfermedad mental y de la salud mental positiva al ser un acto totalmente consciente e intencional que busca como resultado final producir la propia muerte (Durkheim, 1974). ¿Qué hace que alguien elija esta acción? y ¿qué hace que abandone tal idea? La decisión de morir por mano propia ¿se toma acompañada de la enfermedad mental? o ¿alguien saludable mentalmente es capaz de elegir tal opción? Esta última posibilidad no es compatible con la definición de Salud Mental que se establece desde la Organización Mundial de la Salud (OMS):

*...un estado de bienestar en el cual se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productivamente y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (OMS 2001).*

Sin embargo, ésta ha sido fuertemente cuestionada por la psicología positiva y sus principales representantes como M. Seligman (2006), porque no incluye los aspectos que caracterizan a la salud mental; es más, consideran que se sabe poco en relación a los

indicadores de salud mental, entendida como algo distinto a la ausencia de enfermedad mental (Ryff, 1989; Keyes 2005); tanto la salud como la enfermedad mental han sido asociadas a factores ambientales. En el caso de la enfermedad mental el riesgo aumenta ante la inseguridad, la violencia, desesperanza y problemas de salud física: Los trastornos afectivos, aspectos socioeconómicos y familiares (Tabla 1) son algunos de los factores que se asocian con el suicidio.

- 
- Los trastornos psiquiátricos.
  - Enfermedades físicas, afecciones crónicas.
  - Problemas interpersonales con amigos, pareja.
  - Bullying escolar.
  - Problemas familiares.
  - Sensación de rechazo. Relaciones ambivalentes.
  - Estilo cognitivo:  
Ambivalencia, impulsividad, rigidez.
- 

Tabla 1 - Factores de riesgo

Adaptado de OMS (2000).

De igual forma, se han podido señalar diversos factores protectores ante el suicidio en jóvenes (Tabla 2), como el ambiente familiar positivo y contar con buenas habilidades sociales.

- 
- Familia: buena relación con los miembros de la familia, apoyo de parte de la familia.
  - Habilidades sociales.
  - Autoestima alta, confianza en sí mismo.
  - Integración social: participar en actividades deportivas, sociales, culturales, clubs.
  - Buena relación con compañeros.
  - Buena relación con profesores y otros adultos
- 

Tabla 2 - Factores protectores

Adaptado de OMS (2000).

Comúnmente se parte de la idea de que la persona que desea para sí mismo la muerte se encuentra mal psicológicamente; no es posible concebir que alguien sano desee dejar de vivir. Sin embargo el dilema lleva a considerar aspectos como la libertad y la autonomía a la que tiene derecho cada persona, aspectos de los que la bioética se ha ocupado para contribuir a un diálogo sobre temas de salud...

*al ser una praxis filosófica que busca la realización de los valores morales en las prácticas relacionadas con las ciencias vidas y las profesiones de la*

El suicidio es un tema que puede generar dilemas éticos (Alonso, 2007) en los profesionales de la salud involucrados si estos le consideran un acto contra la naturaleza o la voluntad de Dios, un crimen o consecuencia de una enfermedad mental. Estas concepciones conllevan una determinada desición que finalmente afecta a quien presenta ideación suicida, o bien a la familia que ha perdido a un miembro por suicidio.

En las conversaciones psicoterapéuticas es importante considerar tanto los factores protectores como de riesgo. También lo es incluir el tema del dolor y de la muerte, dejarlas de lado puede dificultar el diálogo y provocar en quien consulta la sensación de falta de comprensión y empatía: hablar de la vida implica hablar de la muerte y viceversa. Como parte del modelo que se enseña para la atención a crisis se incluyen las recomendaciones de la Guía Bioética (Mondragon, 2010), por ejemplo que el profesional de la salud no debe regañar, amenazar o burlarse del paciente, sino preservar la dignidad de la persona; el profesional debe mantener una escucha atenta al discurso del paciente durante todo el procesos terapéutico, así como reconocer las emociones que provoca en él/ella una persona que ha intentado suicidarse. Y siempre debe respetar las creencias y valores de los pacientes.

## LOS NÚMEROS EN MÉXICO

Las estadísticas muestra una realidad que para muchos es alarmante, sobre todo cuando se piensa que detrás de cada número hay un ser humano, siendo los adolescentes y jóvenes entre 15 y 29 años los que mayormente intentan o logran quitarse la vida. Las cifras muestran que de 1997 a 2007 hubo un incremento de 275% en la tasa de suicidios. El Estado de México, Ciudad de México y Veracruz registraron mayor número de casos (México Sano, 2010). Para el año 2012 los estados con mayor incidencia entre los jóvenes fueron Yucatán, Quintana Roo, Campeche y Baja California.

El Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Información señaló que se comenten más suicidios en zonas urbanas que en las rurales (INEGI, 2020), y reporta como principales causas los disgustos familiares, problemas amorosos, dificultades económicas, enfermedades terminales y enfermedades mentales. En México se pasó en 20 años, de 1990 al 2010, de un 2.3 a un 4.5 suicidios por cada 100 mil habitantes; y aunque las cifras son bajas comparadas con otros países, el índice de fallecidos se ha duplicado, lo que hace que el problema demande atención urgente. Por otro lado, en relación al intento suicida, los datos se vuelven confusos, ya que no es obligatorio reportarlo y muchos hospitales e instituciones de salud optan por informar otro tipo de ingresos que no incluyan la autolesión (Borges, 2010).

## LAS INSTITUCIONES UNIVERSITARIAS

Las investigaciones sobre suicidio realizadas en diversas universidades, bachilleratos y secundarias, muestran diferencia entre los diversos grupos de estudiantes y nos permite observar cómo se mueve a lo largo de los años. En un análisis realizado (Borges, 2010), se encontró que la prevalencia de “alguna vez en la vida” en conductas suicidas va disminuyendo al pasar del grupo de los adolescentes (12 a 17 años) con 4.26%, al de 18 a 29 años con 3.75%, y luego al de 30 a 65 años, con 2.61%. En la encuesta (González-Forteza, 2000) del año 2000 en la Ciudad de México con estudiantes de educación media superior se encontró que:

El motivo más frecuente, tanto en varones como en mujeres, fue por los problemas familiares (global: 58.8% y 56.2%, respectivamente), y en particular se refieren a problemas con los papás: por maltrato, violencia, humillaciones, castigos, etc.

En cuanto a los estudiantes universitarios (Gonzalez-Forteza, 1996), se encontró que la autoestima es un factor protector para la ideación suicida tanto en varones como en mujeres; el estrés en las relaciones familiares y de pares, y la falta de respuestas de enfrentamiento eficaces, son dos factores de riesgo. Por otro lado, en relación a la idea de querer morir o desear morir (Córdova, Eguiluz & Rosales, 2011) reportan que una universidad del centro del país obtuvo una incidencia de 9.7% en hombres y 16.5% en mujeres, datos que no difieren mucho de lo encontrado en otras poblaciones también del centro del país. En la categoría “pensar en suicidarse” se halló una incidencia de 5.2% en hombres y de 7.8% en mujeres. La última categoría estudiada en esta investigación “creo o siento que mi muerte podría ser una solución a los problemas en mi vida” estuvo dirigida a evaluar la creencia, desde la perspectiva cognitivo-conductual, de que el suicidio es una solución a los problemas. En ésta se encontró un incidencia del 5.7% en hombres y 12.3% en las mujeres.

En otras universidades del país se reportan datos como: prevalencia de ideación suicida en el 15.8% y un 7.3% de intento suicida; también se consideró la presencia de violencia, con mayores índices en violencia física, verbal y sexual hacia las mujeres, con lo que se confirma el señalamiento de que la violencia doméstica se ejerce con más predominancia hacia las mujeres. Así mismo, se reporta una fuerte asociación entre la conducta suicida y la percepción de violencia doméstica, destacando la asociación de la presencia de violencia verbal con la ideación suicida y el suicidio (Espinoza-Gómez & Cols, 2010)

Esta realidad ha llevado a investigar lo que sucede en planteles universitarios en los que se imparten carreras de la salud como medicina, odontología, psicología y enfermería, que son consideradas carreras de riesgo al implicar contacto con el dolor humano.

Para en el año 1996 se realizó una encuesta con jóvenes estudiantes (Eguiluz, 1996)



en la que se encontró que el 27% de los jóvenes había pensado alguna vez en el suicidio; el 11% lo había intentado al menos en una ocasión y el 78% conocía a alguien que lo había intentado; el 52% consideró que el suicidio era una forma viable de salir de los problemas. En el 2003 (Alcántara, Chávez, & Eguiluz) encontraron en una muestra de estudiantes de psicología que 51% de los encuestados pensó al menos una vez durante la semana anterior en suicidarse. Las investigadoras resaltan que se hizo la encuesta antes de finalizar el semestre, lo que pudo haber influido en el resultado. Para el 2004 (Olivares & Sánchez) se realizó otra investigación con estudiantes de las carreras de odontología, medicina, psicología y enfermería, ahí se encontró que el 23% de los jóvenes habían pensado alguna vez en quitarse la vida, siendo más alto el número de casos en alumnos de medicina. Para el 52% una de las razones expresadas era poner fin a los problemas o escapar de ellos y un 22% dijo que sí podría llevar a cabo el acto. En ese mismo año se investigó sobre la relación entre depresión e ideación suicida en los estudiantes universitarios, encontrándose una correlación significativa entre las variables ( $r=0.569$ ), por lo que la depresión se encuentra relacionada con la ideación suicida en la muestra estudiada.

En otro estudio realizado en el 2010 (Eguiluz, Cuenca & Campos, 2010), con el objetivo de explorar la relación entre depresión e ideación suicida en estudiantes de licenciaturas de la salud, se encontró que un 41% de los estudiantes presentaron depresión leve, 13.5% depresión moderada y 0.5% depresión grave; en cuanto a la ideación suicida, el 16.5% presentó síntomas. Los datos mostraron que la depresión se encuentra relacionada con la ideación suicida en la muestra estudiada. La presencia de ideación suicida y de intentos no ha disminuido, en los últimos estudios realizados el 21% de la población presentó ideación suicida y un 30% presentó depresión de moderada a severa (Eguiluz & Plasencia, 2004).

Estos datos se unen a la cotidianidad que enfrentan tanto los estudiantes como los docentes universitarios. La tristeza, el bajo rendimiento académico, la deserción o la frustración conviven con la esperanza, los sueños, los objetivos, los logros y los ideales, envueltos en un contexto social donde la desesperanza y la violencia parecen imperar, borrando, el optimismo, la perseverancia o la alegría (Eguiluz & Plasencia, 2011).

De este panorama surgieron dos propuestas que a su vez forman parte de un proyecto mayor: contar con un espacio de atención psicológica para los estudiantes con el objetivo de brindarles atención inmediata cuando se considera presentan una emergencia. Está puede ser haber sido víctimas de un asalto en el trayecto a la universidad, problemas familiares, con la pareja, escolares o de cualquier índole que ponga al estudiante en crisis, entendiendo las crisis como “acontecimientos graves que paralizan, quebrantan y afectan nuestra vida y la percepción de nosotros mismos hasta el punto de que perdemos la capacidad de seguir adelante con normalidad” (O’Hanlon, 2005). Esto conlleva la necesidad de tener psicólogos con una preparación adecuada para manejar este tipo de situaciones, lo que motivó la creación de un curso de capacitación que se denominó Terapia Breve para casos de Emergencia (Eguiluz & Plasencia, 2011), y que es requisito para prestar atención

en el servicio psicológico establecido dentro de la universidad.

El consultorio psicológico ha dado servicio en los últimos seis años, proporcionando un acercamiento con los jóvenes estudiantes que facilita conocer desde otro ángulo la realidad de aquellas situaciones que provocan los estados de crisis, ansiedad o de sufrimiento que pueden llevarlos a la depresión o a la ideación suicida. Ha permitido también indagar sobre las soluciones que utilizan, los recursos y fortalezas con las que cuentan, las redes de apoyo y, en general, de las experiencias que contribuyen a su bienestar y desarrollo; esta información se suma a la que se obtiene a través de la investigación cuantitativa, permitiendo desarrollar mejores estrategias de prevención y de atención.

## EL MODELO

La atención psicológica que se brinda, como se mencionó antes, ha ido enriqueciéndose con los datos obtenidos en las investigaciones, con la experiencia de los psicólogos que atienden el servicio, y con la de los jóvenes que acuden al mismo.

Los primeros tres años de trabajo mostraron que un porcentaje importante de la población que utiliza el servicio asiste solo a una sesión, otro tanto acude entre tres y cuatro (Eguiluz & Plasencia, 2011); el máximo es de ocho sesiones. Las principales situaciones por las que suspenden los jóvenes el servicio han sido:

1- A decir de los jóvenes:

- Cambios de horario que les impiden acudir en el tiempo asignado.
- Problemas económicos que les impiden disponer de tiempo.
- Se sienten mejor y consideran que ya no necesitan asistir.

2- Son remitidos a otro servicio de atención psicológica.

3- En conjunto, terapeuta y cliente deciden que las sesiones concluyan.

4- No se sabe.

Esta situación ha llevado a buscar la mejor forma de lograr una diferencia importante para la persona, actuar, como dice O'Hanlon (2005), como si fuera la única sesión con la que se cuenta. La idea de una única sesión puede asustar a muchos o parecer superficial para otros; sin embargo la investigación en psicoterapia concluye que las terapias de tiempo ilimitado son tan eficaces como las de tiempo limitado (Orlinsky, Tunnestad y Willutsky, 2004). El reto incluyó mantener la visión sistémica, de terapia breve, y lograr la mayor eficacia posible ante las crisis, no solo en la conversación con los clientes, sino desde la formación de los psicólogos que atienden el servicio, de tal manera que hubiera congruencia entre el curso de Terapia breve para casos de emergencia y la práctica clínica.

Para cumplir con esto se consideró necesario implementar una estrategia de atención en una sola sesión. Para ello, se tomaron las ideas desarrolladas por Talmon y Hoyt (1990, 1992), mismas que son utilizadas por Slive & Bobele (2011) en su propuesta

de sesión única para clientes de atención inmediata.

Una diferencia importante con la propuesta de Slive & Bobele es el trabajo en equipo durante la sesión, misma que no ha podido ser implementada; sin embargo, se cuenta con un espacio grupal de supervisión semanal al que los terapeutas tienen que asistir.

En este sentido, ha sido importante generar “la mentalidad” como la llaman Slive & Bobele (2011) en los terapeutas participantes sobre la fe en la efectividad de la terapia breve, ya que esto tiene efectos sobre la conducción de la sesión. Compartimos las premisas de la terapia breve establecidas por O’Hanlon & Weiner-Davis (1989) y que sirven de base al trabajo de sesión única:

- 
1. En la experiencia humana, el cambio rápido no solo es posible, sino común.
  2. Las expectativas de los terapeutas se comunican de manera explícita e implícita en relación con la velocidad y la cantidad de cambio que se puede esperar.
  3. No hay correlación directa entre la duración de la dolencia y la duración del tratamiento.
  4. Necesitamos saber menos sobre la historia de la dolencia y la persona de lo que creemos
  5. La mayor oportunidad de cambio llega en las etapas más tempranas de la terapia
- 

Tabla 3 - Premisas de la Terapia Breve.

Adaptado de Slive & Bobel (2011).

Estas premisas guían el trabajo clínico, incluida la relación terapéutica, que es relevante al ser utilizada como un factor protector. Hacer énfasis en la empatía, la aceptación y reconocimiento de la experiencia de los clientes, es base para el desarrollo de la sesión. Otro eje es recordar que una sesión es una terapia completa y los responsables del cambio son los clientes, por lo tanto es importante tener claro qué es lo que quieren. Retomamos las preguntas de Slive & Bobele (2011): ¿qué tiene que ocurrir en nuestro tiempo juntos que te hará sentir que valió la pena venir hoy? ¿Qué esperas obtener de la reunión de HOY? ¿Por qué elegiste venir hoy? Parecen preguntas fáciles y comunes desde los modelos de terapia breve, sin embargo, en la práctica, escuchar al cliente y aprender lo que quiere demanda mantenerse enfocado en la conversación colaborativa. El “resto de la sesión se trata de darle eso al cliente” (Slive & Bobele, 2011).

Los autores sugieren poner atención en dos aspectos más: por un lado entender el problema. ¿Cómo es que esto es un problema para quien consulta? ¿Qué beneficios habría en tu vida, si el problema desapareciera? ¿Cómo afecta el problema tus relaciones?

El otro aspecto relevante es el de los recursos del cliente. En este sentido conversar sobre las excepciones al problema, es decir, los momentos en la vida del cliente donde el problema no se ha presentado y los factores que intervienen para que eso suceda; así como la descripción del futuro que la persona desea sin el problema, permiten poner el foco en las fortalezas y recursos con que cuenta. Esto facilita la agencia personal y, por ende, abre posibilidades a la construcción de soluciones y al cambio, aún con temas como

el suicidio. La investigación en psicología positiva ha permitido definir, establecer y utilizar indicadores de salud mental, mismos que han enriquecido las conversaciones sobre la vida y la muerte cuando de suicidio e ideación suicida se trata.

El objetivo final es que en ese encuentro se abra la posibilidad de que quien consulta obtenga algo de lo que necesita para continuar construyendo opciones hacia la vida a la que aspira. Así, la puerta de la terapia suele quedar abierta para cuando decida entrar.

## REFERENCIAS

Alonso, A. (2007). El problema Bioético del suicidio. *Revista Digital Proteo: diálogos sobre ética y Bioética*. UNAM. En Red: <http://www.dialogos.unam.mx/Alonso-biosuic.pdf> .

Borges, G.; Orozco, R.; Benjet, C. & Medina-Mora, M.L. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Pública*, 52, 292-304.

Córdova, M; Eguiluz, L.L. & Rosales, J.C. (2011). Pensamientos suicidas en estudiantes universitarios del estado de Tlaxcala (México). *Enseñanza e investigación en psicología*, 16(1), 155-164.

Eguiluz, LL., & Plasencia, ML. (2011). Atención psicológica para casos de emergencia: experiencias y herramientas. En Cháves, & Betancourt, *Abordajes Multidisciplinares sobre el suicidio en México*. México: Asociación Mexicana de Suicidología.

Eguiluz, L.L. (2003). Ideación suicida en los jóvenes: Prevención y asistencia. *Revista Perspectivas Sistémicas*, 15(78), 3-6.

Espinoza-Gómez, F.; Zepeda-Pamplona, V.; Bautista-Hernández, V.; Hernández-Suárez, C.M.; Newton-Sánchez, O.A. & Plasencia-García, G.R. (2010). Violencia doméstica y riesgo de conducta suicida en universitarios adolescentes. *Salud pública de México*, 52(3), 213-219.

Ferrer, J. (2009). La bioética como que hacer filosófico. *Acta Bioethica*, 15(1), 35-41. <http://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v15n1/art04.pdf> .

González-Forteza, C.; Villatoro, J.; Alcántar, I.; Mediana-Mora, M.E.; Fleiz, C.; Bermúdez, P. & Amador, N. (2000). Prevalencia de intento suicida en estudiantes de la Ciudad de México: Medición 2000. *La Psicología Social en México*, 9.

González-Forteza, C.; García G.; Medina Mora, E. y Sánchez, M. A. (1998). Indicadores psicosociales predictores de ideación suicida en dos generaciones de estudiantes universitarios. *Salud Mental*, 21(3), 1-10.

González-Forteza, C. & Jiménez Tapia, A. (2003). Veinticinco años de investigación sobre suicidio en la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional De Psiquiatría Ramón de la Fuente. *Salud Mental*, 26(6).

González-Forteza, C.; Borges, G.; Gómez, C. & Jiménez, A. (1996) Los problemas psicosociales y el suicidio en jóvenes. Estado actual y perspectivas. *Salud Mental*, 19.

Instituto Nacional de Keyes, C.L.M. (2005). Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3). 539-548. DOI: 10.1037/0022-006X.73.3.539.

Lipchik, E. (2002). *Terapia centrada en soluciones*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Mondragón, L., Ito, M.E., Monroy, Z., Netza, C., Ocampo, R., Rodríguez, E., Larios, N., Lolas, F., Lara, C. & Bórquez, B. (2010). *Guía bioética para el tratamiento clínico de pacientes que han intentado suicidarse*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Secretaría de Salud.

O'Hanlon, W. (2005). *Crecer a partir de las crisis*. México, Paidós.

Olivares, A. y Sánchez, A. (2004). El suicidio en estudiantes del área de la salud. Tesis para obtener el grado de licenciado en Psicología, FES-Iztacala, UNAM, México.

Seligman, M. (2006). *La auténtica felicidad*. Barcelona: Ediciones B.

Silve, A. & Bobele, M. (2011). *When one hour is all you have*. USA: Zeig, Tucker & Theisen, Inc.

Rodríguez, N.Y.; Ríos, M.R.; Lozano, L.R. & Álvarez, M.A. (2009). Percepción de jóvenes universitarios respecto a su salud: conductas y contexto de riesgo. *Enseñanza e investigación en psicología*, 14(2), 245-260.

## ÍNDICE REMISSIVO

### A

Adoecimento 46, 47, 65, 85, 89, 176, 177, 178, 183, 187

Adoecimento psíquico 46, 47, 65

Adolescentes 7, 8, 9, 10, 12, 46, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 59, 65, 68, 98, 99, 103, 145, 202

Aprendizagem 9, 22, 23, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 43, 44, 45, 84, 89, 189, 191, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201

Atuação dos Psicólogos no CAPS-AD 155

Autocuidado 56, 60, 66, 117, 118

### B

Bullying 40, 46, 47, 51, 53, 54, 97

### C

Clínica psicológica 176, 177, 178, 184, 185

Competências 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 57, 89, 93, 123, 125, 129

Conversação 7, 10, 11, 12

### D

Dependência química 155, 168, 169, 170, 172

### E

Embodiment 18, 19, 26, 27

Emoções 20, 21, 23, 24, 29, 31, 32, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 83, 84, 88

Enfoque centrado en soluciones 95

Entrevista motivacional 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175

Escola 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 32, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 48, 51, 52, 53, 123, 125, 146, 147, 149, 156, 189, 190, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202

Escuta 7, 9, 10, 15, 16, 27, 171, 177, 179, 180, 186

### F

Família 9, 37, 42, 44, 46, 48, 50, 52, 54, 62, 63, 64, 65, 68, 123, 124, 125, 126, 127, 129, 149, 156, 159, 163, 170, 172, 173, 174, 183, 186, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 196, 198, 199, 200, 201

Finitude 176, 177, 179, 186

Formação profissional 70, 131, 132, 133, 136

## **G**

Gestão em Saúde Mental 155

## **I**

Inconsciente 1, 2, 4, 5, 10, 12, 15, 21, 24, 52, 83, 84, 85, 203

Interés por la carrera científica 70, 72, 75

Intervenção psicológica 60

## **L**

Lacan 1, 2, 3, 4, 5, 6, 13, 15, 16

Literatura 60, 67, 94, 124, 144, 165

## **M**

Memória 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 28, 30, 83, 148, 173, 195, 196

Morrer 176, 180, 186

Movimentos sociais 144, 145, 146, 149, 150, 151, 152, 153, 154

Mudança 12, 21, 28, 67, 68, 123, 124, 125, 128, 129, 149, 164, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 189

## **O**

O novo 7, 9, 10, 22

## **P**

Pedagogía crítica 70, 73, 75, 78, 79

Pedagogía feminista 70, 72, 74, 76, 79

Políticas públicas 5, 51, 52, 53, 60, 78, 151, 153, 155, 156, 157, 160, 162, 166, 168, 174, 187

Práctica docente 70, 72, 74

Psicanálise 2, 3, 4, 5, 7, 9, 12, 14, 15, 16, 92, 203

Psicología positiva 95, 96, 103

Psicologia social 144, 145, 146, 147, 148, 149, 151, 152, 153, 154

## **R**

Rede secundária 123, 124, 128, 129, 130

Relações abusivas 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 68, 69

Relações de poder 60, 63, 64, 65, 152

Rezago universitario 131

## S

Saúde pública 53, 54, 94, 155, 159, 160, 168, 169, 174

Sessão única 95, 102

Suicídio 95, 96, 97, 98, 99, 100, 103, 104

Sujeito 1, 2, 4, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 19, 20, 33, 57, 61, 62, 63, 65, 66, 67, 88, 145, 148, 152, 159, 168, 172, 174, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187

## T

Terapia cognitivo comportamental 55, 58, 60, 80, 81, 83, 88, 89, 92

Terapia familiar 108, 109, 110, 113, 116, 117, 121, 123, 124, 125, 130

Transtorno de ansiedade social 55, 56, 58, 59

Transtornos mentais comuns 46, 47, 53

Tratamento 18, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 49, 52, 55, 57, 58, 59, 80, 81, 83, 84, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 158, 160, 163, 165, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 176, 177, 179, 180, 184, 185, 186, 192, 196, 198

Trauma 18, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 31

Tutorias 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 142, 143

## V

Violência 9, 14, 40, 43, 50, 53, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 124, 129, 158



# Psicologia:

Técnicas e instrumentos de  
acesso à mente humana



[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)



[contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)



[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)



[www.facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br)

**Atena**  
Editora

Ano 2022

# Psicologia:

Técnicas e instrumentos de  
acesso à mente humana



 [www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)  
 [contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)  
 [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)  
 [www.facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br)

**Atena**  
Editora  
Ano 2022