UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CIUDAD JUÁREZ
Instituto de Ciencias Sociales y Administración
Departamento de Ciencias Sociales
Maestría en Psicoterapia Humanista y Educación para la Paz
Programa Nacional de Posgrados de Calidad CONACYT

"Propuesta de proceso de psicoterapia humanista para adultos con intento suicida"

Tesina que para obtener grado de
Maestro en Psicoterapia Humanista y Educación para la Paz

Por

Hector Yenier Ruíz Arzalluz
Becado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología

Dirección
Dr. Alberto Castro Valles

Ciudad Juárez, Chihuahua 9 de marzo de 2021

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CIUDAD JUÁREZ
Instituto de Ciencias Sociales y Administración
Departamento de Ciencias Sociales
Maestría en Psicoterapia Humanista y Educación para la Paz
Programa Nacional de Posgrados de Calidad CONACYT

"Propuesta de proceso de psicoterapia humanista para adultos con intento suicida"

Tesina que para obtener grado de
Maestro en Psicoterapia Humanista y Educación para la Paz
LGAC: Psicoterapia Humanista

Por

Hector Yenier Ruíz Arzalluz
Becado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología
Matric 194439 CVU 1012033 ORCID 0000-0002-0169-0985

Dirección
Dr. Alberto Castro Valles
Investigador Nacional SNI-1 CVU 91724
ORCID 0000-0001-6589-0073

Comité Tutoral
Dra. María Nieves González Valles
ORCID 0000-0002-9478-8366
Dra. Marta Luz Muñoz Escobar

Ciudad Juárez, Chihuahua 9 de marzo de 2021

Dedicatoria

...A mi pequeña familia por haber confiado en mí en estos largos años de espera ...

... A todos los que con su vida me han enseñado el valor y significado de las pequeñas cosas ....

... Solamente aquel que construye el futuro,

tiene derecho a juzgar el pasado ...

Friedrich Nietzsche

Agradecimientos

Sirvo mis agradecimientos al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (*CONACYT*) por haberme permitido la oportunidad de venir a este hermoso país y acceder a mi crecimiento profesional y como persona, brindándome el apoyo económico para que este nuevo camino se hiciera realidad.

A la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, que me abrió sus puertas y me ofreció las herramientas necesarias para mi formación.

A mi madre, esposa y mis hijos por confiar en mí y tener paciencia en este duro y largo camino.

Al Dr. Alberto Castro Valles, la Dra. María Nieves Gonzáles Valles y la Dra. María Elena Vidaña Gaytán, por haberme dado la oportunidad de ser parte de la Maestría en Psicoterapia Humanista y Educación para la Paz.

A mi director de tesis el Dr. Alberto Castro Valles y la Dra. María Nieves Gonzáles Valles**,** mis más sinceros reconocimientos por su ayuda, asesoría y orientación en la elaboración de esta tesina, para obtener el grado de máster.

A todos los maestros que nos brindaron sus conocimientos, nos ofrecieron parte de su tiempo y de sus experiencias.

A Silvia Aguirre Lomelí, la directora del Centro Familiar para la Integración y el Crecimiento AC (CFIC), por las oportunidades que me ofreció como terapeuta en mis prácticas profesionales de la maestría y a todos mis pacientes que depositaron confianza en mí.

El agradecimiento a los que compartieron este camino y pasaron a formar parte de una experiencia excelente en mi vida personal y profesional, a todos y todas

¡Muchas Gracias!

Resumen

El objetivo del presente trabajo ha sido diseñar una propuesta de intervención psicoterapéutica humanista y Gestalt dirigida a adultos jóvenes con intento de suicidio consumado. El método contempla un enfoque cualitativo fenomenológico con diseño cuasiexperimental a muestras de participantes elegidos por conveniencia. La intervención se platea en 20 sesiones con duración de una hora. Se propone el uso de instrumentos y escalas estandarizadas como la Escala de Ideación Suicida de Beck, el Inventario de Depresión de Beck (BDI), el Inventario de Ansiedad Rasgo y Estado (IDARE), el Inventario de Depresión Rasgo - Estado (IDARE) y el Cuestionario de Salud General CQH 28, Golberg (1996). Asimismo, otras estrategias recolección cualitativa como entrevista semiestructurada focalizada en el ciclo de la experiencia Gestáltico, teniendo en cuenta que este parte del análisis de las sensaciones, emociones y bloqueos de los pacientes, y así como la exploración del mundo interno del sujeto en el aquí y el ahora. Los resultados se centran en una propuesta de intervención fundamentada teórica y metodológicamente con objetivos de trabajo terapéutico, estrategias de intervención y materiales de apoyo.

Palabras claves: Intento suicida, psicoterapia humanista, ciclo de la experiencia

Abstract

The objective of the present work has been to design a proposal for a humanistic and Gestalt psychotherapeutic intervention aimed at young adults with a completed suicide attempt. The method contemplates a phenomenological qualitative approach with a quasi-experimental design to samples of participants chosen for convenience. The intervention is planned in 20 sessions lasting one hour. The use of standardized instruments and scales such as the Beck Suicidal Ideation Scale, the Beck Depression Inventory (BDI), the Trait and State Anxiety Inventory (IDARE), the Trait-State Depression Inventory (IDARE) and the General Health Questionnaire CQH 28, Golberg (1996). Likewise, other qualitative collection strategies such as semi-structured interview focused on the Gestalt experience cycle, taking into account that this part of the analysis of the sensations, emotions and blocks of the patients, and as well as the exploration of the internal world of the subject in the here and now. The results focus on a theoretically and methodologically based intervention proposal with therapeutic work objectives, intervention strategies and support materials.

Keywords: Suicidal attempt, humanistic psychotherapy, cycle of experience

Tabla de contenido

Introducción **1**

Formulación del problema **1**

Antecedentes **8**

Justificación del estudio **10**

Capítulo I. Fundamentación Teórica **12**

El suicidio en adultos **12**

Pensamiento e ideación suicida **13**

Población vulnerable: Factores de riesgo en el suicidio **15**

El suicidio desde la neurofisiología **16**

Factores de protección ante el suicidio **19**

Características de personalidad del suicida **21**

Enfoque humanista y Gestalt **24**

Tendencia a la actualización **30**

Postura filosófica de la psicoterapia Gestalt **32**

El ciclo de la experiencia **34**

Técnicas en la terapia Gestalt **35**

Análisis del suicidio a la luz de la postura humanista y Gestalt **38**

Modelos de intervención **39**

Objetivos específicos **40**

Capítulo II. Método **41**

Tipo de estudio **41**

Consideraciones éticas de la intervención **43**

Diseño de la intervención **44**

Descripción de los instrumentos **45**

Escala de Ideación Suicida de Beck. **46**

Inventario de Depresión de Beck (BDI) **46**

Inventario de Ansiedad Rasgo y Estado. (IDARE). **47**

Inventario de Depresión Rasgo - Estado (IDERE) **47**

Cuestionario de Goldberg, o E.A.D.G. en la versión española (Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg). **48**

Línea de la vida **49**

La silla vacía **50**

Capítulo III. Propuesta de Psicoterapia Humanista para la ideación suicida **51**

Procedimiento **51**

Programa de Intervención psicoterapéutica humanista **53**

Plan de análisis y procesamiento de datos e información **59**

Sistematización de datos e información **60**
Alcances y limitaciones de intervención **62**
Referencias **64**
Anexos **75**
Carta de consentimiento informado **75**
Escala de Ideación Suicida de Beck (Scale for Suicide Ideation, SSI). (Anexo 1) **76**
Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Anexo 2) **78**
Inventario de Ansiedad Rasgo y Estado. (IDARE). (Anexo 3) **81**
Inventario de depresión rasgo - estado) IDERE (Anexo 4) **82**
CQH 28, Golberg (1996) (Anexo 5) **83**
Entrevista semiestructurada (Anexo 6) **84**

Introducción

Formulación del problema

El intento de terminar con la propia vida ha aumentado en la población. Las familias mantienen diversas problemáticas de funcionalidad, además las relaciones interpersonales presentan desajustes que originan entre otras implicaciones, el aislamiento y dificultades en la regulación emocional. Las ideas suicidas representan pensamientos que se activan en el aquí y en el ahora a partir de experiencias interpretadas subjetivamente por el propio sujeto usando contenidos sometidos a niveles altos de desesperanza, desvalorización y con deseos de quitarse la vida; indicando de alguna manera, la desestructuración de procesos cognitivos y emocionales inconclusos. González et al, (2002) plantean que la problemática del suicidio está aumentando en ritmos acelerados, mostrándose como un gran problema en la salud, teniendo en cuenta su alta y constante morbimortalidad.

El suicidio ha ido creciendo como parte de una cultura carente de sentido y visión por el futuro. Generalmente los factores que más favorecen el incremento de la tasa de suicidio son los porcentajes de ansiedad y de depresión, aquí radica la importancia de esta intervención psicoterapéutica.

El suicidio es en una problemática que ha alcanzado estadísticas alarmantes a nivel mundial. En el 2017 ocurrieron 800 000 suicidios y para el 2019 la cifra aumentaba a 1.5 millones de personas por lo que del 2010 que se encontraba en una tasa de 4.2 % por cada 100 000 habitantes, ya para el 2018 aumentó en 5.3 %, configurándose entre las principales causas de decesos entre 15 y 29 años, pero además se sospecha que por cada adulto que terminó con su vida, otros 20 intentaron hacerlo según la (OPS, 2014) [Organización Mundial de la Salud]. Por otra parte, Desuque et al, (2011) pronosticaron que, en el año 2020, los suicidios aumentarían un 50%, representando 1.5 millones de personas. Los últimos datos registrados sostienen que la toma de plaguicidas, las armas y el ahorcamiento son métodos frecuentes alrededor del mundo (OMS, 2019a).

A nivel nacional según la INEGI (2016) [Instituto Nacional de Estadística y Geografía], en México se suicidaron 6 291 personas, representando un 5.1 por cada 100 000

habitantes, detectándose que 8 de 10 suicidios se llevaron a cabo por varones. El organismo nacional indicó que los métodos fueron el ahorcamiento con 79.3%, disparos con 8.9% y la toma de sustancias como plaguicidas el 3.8%**.** En México, una explicación al aumento del suicidio ha sido atribuida a los avances de tecnología en el país. Su creciente inserción en la globalización también ha provocado cambios significativos en las estructuras familiares (Hernández y Flores 2011). El suicidio está catalogado en México como uno de los principales indicadores de muerte en jóvenes de 15 y 19 años encontrándose en segundo lugar y para aquellos entre los 10 y 14 años en el quinto lugar (INEGI, 2018), y más de las 6 559 que decidieron terminar con su vida tenían de 15 a 34 años. Ha sido catalogada como la problemática de mayor aumento en los últimos años, representando el 9.3 cada 100 000 en este rango de edad. El estado de Chihuahua presentó una tasa del 11.1%, Aguascalientes 10.1%, Sonora 9.3% y Yucatán 9.0% por cada 100 mil habitantes.

Al interior del Estado de Chihuahua, durante el 2018 se registraron 341 suicidios, mientras que Ciudad Juárez fueron 86 equivalentes a una tasa de 6%; Cuauhtémoc 38, Hidalgo del Parral 25 con 23.0%; y Bocoyna 15 sucesos con tasa de 53% (INEGI, 2018).

Bravo (2019) ha afirmado que en 2019 Chihuahua ocupó el primer lugar en prevalencia de esta problemática, seguido por Yucatán en el segundo lugar, pero descendió al cuarto con 8.8 cada 100 mil habitantes. Los municipios más bajos fueron Guerrero con (1.9), Veracruz con (2.6) y Oaxaca con (3.1). De manera general las estadísticas marcan el orden por estado, encabezando como número uno Chihuahua, seguido de Aguascalientes, Sonora, Yucatán, Quintana Roo, Guanajuato, Jalisco y por último el estado de Campeche. De enero a septiembre del 2019 se registraron 280 suicidios en el estado de Chihuahua, solamente las mujeres fueron 2.6% con 50 suicidios y los hombres fueron de 12.3% con 230 casos. De enero a septiembre de 2019 se observó según los datos de la Fiscalía del estado que el rango de edades donde indican las estadísticas más altas de suicidio es de 15 a 34 años. En Ciudad de Juárez en el 2019 se suicidaron 64 personas, lo que representa 4.4 de tasa de mortalidad, ocupando el segundo lugar después del municipio de Chihuahua (Instituto Chihuahuense de Salud Mental, 2019). Tales datos corresponden a la situación previa a la pandemia de salud mundial ocasionada por el COVID-19. Numerosas investigaciones actualizadas enfatizan el aumento en los trastornos del estado de ánimo y

con ello, posiblemente el incremento en la ideación suicida es obvio que está perturbando la salud mental en millones de personas. Recientemente se han realizado estudios que manifiestan un incremento de niveles alto de ansiedad, angustia y depresión, añadidas a la violencia existente, la ingestión de bebidas alcohólicas y de sustancias prohibidas, los duelos y los efectos de las pérdidas, son elementos que acrecientan el riesgo en las personas, resolviendo quitarse la vida (OPS, 2020).

Con respecto a los costos económicos del suicidio, la OMS en Hernández et al, (2011) estimó que los asociados a este fenómeno suman miles de millones al año, además los costos emocionales para los familiares, conocidos y para el entorno. El estudio del suicidio epidemiológicamente se fundamenta en estadísticas recogidas por instituciones oficiales en el certificado de defunción, no existe una organización encargada que proporcione una información clara, teniendo en cuenta que no es obligatorio reportarlo y mucho menos la ideación suicida (Borges et al., 2019).

Según la OMS, la problemática del suicidio se incrementa de manera general. Por cada persona que se suicida, se originan diez intentos y se ejecutan ocho. Se piensa que diariamente se quitan la vida 1 110 personas y miles de estos lo intentan (Pérez-Barrero, 1999). Romero y Correa (2010) caracterizan a la ideación suicida por pensamientos repetitivos de muerte que se presentan de manera autoinfringida, de modo que son planes pensados para suicidarse. Es importante tener en cuenta los impactos que tienen en los individuos la ideación suicida o la conducta. Estas son ideas que se establecen en las personas, es de vital importancia estar alerta de los elementos que revelen pensamientos autolesivos en los sujetos. Desde el comportamiento, por ejemplo, la amenaza de suicidarse, el abuso de drogas, variación en el estado de ánimo, hablar o escribir de la muerte, el retraimiento y la disminución por las cosas que se disfrutaban, son conductas que nos alertan sobre las ideas de quitarse la vida.

Desde lo fisiológico, las conductas más usuales son los ataques de pánico, el insomnio, la pérdida de peso y poca higiene personal. A partir de lo cognitivo se puede percibir claramente pensamientos de muerte, inhabilidad ante las responsabilidades, la afectación en la memoria y en la atención y desde lo psicosocial, la imposibilidad de sentir

placer, desesperanza, ansiedad y depresión, todos los elementos mencionados, se manifiestan claramente en los sujetos que tienen ideación suicida lo que ante la aparición de estos síntomas, es necesario acudir rápidamente a los centros encargados de asistir a esta problemática y mantenernos alerta para evitar que se consuma el acto en sí, se plantea que aproximadamente por cada suicidio, se provocan entre 10 y 20 intentos que fallan, trayendo consigo trastornos mentales, emocionales y lesiones físicas (Hernández y Villarreal, 2015).

Dado que el fenómeno cada día es más frecuente, las investigaciones han ido encaminadas hacia un análisis mucho más objetivo. En Taiwán, la gran mayoría de los suicidios fueron realizados por mujeres de 25 y 44 años (Chen et al., 2016).

También en un estudio realizado en Risaralda, Colombia, resultó en que las edades con más riesgos están entre los 20 y los 45 años identificándose factores de riesgos bajo circunstancias de violencia familiar, abandono, abuso sexual, el desempleo y consumo de drogas (Rodríguez et al., 2016). En la búsqueda de explicaciones teóricas y empíricas, se observa que la ideación suicida es un ejemplo donde se puede apreciar claramente la relación que existe entre los factores genéticos, psicológicos y ambientales. Sin embargo, estos componentes son escasos para dar una explicación apropiada a esta problemática, porque todavía existen lagunas en la búsqueda de conceptos y metodologías para tener algo en concreto. Existen varios factores que inducen a la conducta suicida y son acreditados como riesgo a dicho problema de salud. Blumenthal citado en Pérez (1999) ha considerado cinco grupos de factores de riesgo los cuales son determinantes ante este tipo de conducta. Los factores biológicos, la ansiedad y la depresión, además de trastornos afectivos, el alcoholismo, la esquizofrenia y los antecedentes familiares son determinantes también, se ha comprobado que cuando existen familiares que han intentado contra su vida, los pacientes tienen grandes probabilidades de repetir esta conducta en los próximos 12 meses. La personalidad premórbida como trastornos de personalidad antisocial son los que más determinan los suicidios teniendo en cuenta la descripción del cuadro clínico de cada uno de estos trastornos (Pérez, 1995).

Muchos factores y situaciones de riesgo son las que permiten a una persona decidir quitarse la vida, o la aparición de ideas suicidas. Los más comunes son los genéticos,

psicosociales, bajo nivel económico y educativo, pérdida del empleo, problemas de funcionamiento familiar, los sistemas de apoyo, abusos físicos y sexuales, pérdidas de familiares, depresión y, trastornos en la personalidad, ansiedad, alcoholismo y el consumo de sustancias, desesperanza, homosexualidad, incapacidad para afrontar problemas, enfermedades físicas, exposición al suicidio, acontecimientos destructivos y violentos como guerras o desastres catastróficos (OMS, 2002).

Asimismo, la disfuncionalidad familiar y las pérdidas parentales también son factores predisponentes, así como los cambios de residencia, dificultades escolares, familias con roles rígidos y una comunicación inadecuada, son proclives al suicidio (Mingote et al., 2004). A un mismo tiempo, una de las enfermedades mentales responsables que aparezca la ideación suicida o el riesgo es la depresión. Se estima que actualmente en México existen 2.5 millones de personas deprimidas. Tales hallazgos coinciden que el 75% de los suicidados, poseían trastornos mentales, además, de cada 10 individuos que se suicidaron ocho lo ya lo intentaron y el 70% expusieron sus intenciones (Guizar, 2019). Este mismo autor plantea que la Royal Society of Public Health en el 2014 ha hipotetizado del efecto del uso frecuente de la tecnología más de dos horas diarias, las personas presentan niveles altos de ansiedad, se manifiestan deprimidos y con insomnio, incluyendo también la ideación suicida.

El suicidio ha sido explicado teóricamente al interior de los distintos enfoques en psicología. Freud (1910, citado en Tubert, s.f), dentro de sus aportaciones más relevantes percibe que el suicidio es parte de un homicidio, la correspondencia del amor y el odio que existe en la dinámica del suicida, la sociedad entre la agresividad y la pulsión de muerte busca firmemente el reposo, el cual lo puede encontrar en el suicidio. Otto Rank en 1959 citado por Gallegos (s.f) planteó que la muerte autoinfligida es consecuencia de un problema en el ego, también el miedo a vivir o a morir. También cita a Jung (1959) quien plantea que el suicidio acontece en una situación que sólo la muerte le pondría fin, el ego se ve rodeado de conflictos y el resentimiento adquiere dimensiones asesinas, con emociones de ira encaminada a los sujetos responsables, en los que el suicidio es una tentativa de optar por estas conductas asesinas, y la escasa vitalidad imposibilita hallar algún elemento para el desahogo de las tensiones. Adler (1968, citado por Rodríguez et al., 1990) planteó que el acto suicida afecta a los que poseen rasgos dependientes de personalidad, quienes descansan

en los otros para recibir gratificaciones, y que además se caracterizan por poseer una autoestima baja.

Es importante tener en cuenta los modelos teóricos que desde sus postulados proponen abordar la problemática del suicidio. Herrera (2012) refirió que el enfoque sistémico tiene una perspectiva del ser humano en correspondencia con su familia, la manera de vivir, de relacionarse dentro de él y no percibe a la persona aislada, sino en concordancia con su entorno familiar. Por su parte, los conductistas se enfocan en las conductas de los sujetos y tiende reforzar unas y extinguir otras como las conductas suicidas. Desde la psicología social se trabaja con comunidades las cuales se identifican con problemáticas concretas y se llevan a cabo las intervenciones. El psicoanálisis trabaja con aquello que el paciente es, pero no sabe cómo hacerlo consciente, centrándose en el pasado de este e indagando en el inconsciente. El psicoanálisis tiene bien definido a través de la pulsión de muerte la tendencia suicida de los pacientes.

Herrera (2012) resalta que el humanismo optimiza las potencialidades de cada persona. Los terapeutas humanistas trabajan el suicidio a partir de las experiencias que han posibilitado la toma de decisiones, así como la manera de imaginar la vida y las formas que logran ayudar a las personas a prolongar sus vidas. Teniendo en cuenta que este enfoque no aporta una concepción del intento de suicidio como tal, sí varios de sus representantes trabajaron categorías que de alguna manera están presentes en la cosmovisión de los sujetos que han llegado a consumar el acto o presentan ideación suicida de forma latente. Frankl (1991) quien se considera el máximo exponente de esta concepción, reflexiona expresando que el suicidio se cumple cuando no se posee nada en el interior y se siente abrumada, creando un vacío existencial, tomando la muerte como opción, justificando así la carencia de sentido en su vida. Este teórico (Frankl, 1994) expresó que, aunque al hombre externamente le vayan bien las cosas, si no justifica sentido a la vida, este denigra de ella y no se siente feliz. Por ello propone la necesidad de encontrar el sentido de vida, el cual debería ser positivo para así desafiar las contrariedades y solucionar las situaciones insuperablemente, no obstante, para algunas personas, este sentido se centra en soportar y considerarse víctima, y no existe alguien pueda sacarlo de ese estado ya que ese es el sentido de su vida y cuando no experimenta el sufrimiento, busca la manera de conseguir ese estado.

El sentido de vida es esencial para Frankl (1991), dado que el hombre se impulsa a buscar lo que quiere, lo hace desde su propio sentido personal, es decir hallarle sentido a existir, porque sin este, se cae al vacío existencial y la persona puede suicidarse.

Las condiciones sociales y contextuales pueden ser campo fértil para la emergencia del pensamiento y comportamiento suicida. Los habitantes de Ciudad Juárez durante largos años han sufrido olas de violencia lo que hace que esta población tenga características muy particulares, definiendo en muchas ocasiones las dinámicas personales y sociales de convivencia. El miedo general a salir de noche, viven pensando que en cualquier momento puede pasar ser víctima de secuestro, asesinato, accidente, violencia sexual, son elementos que perturban la salud mental de los habitantes. La urbanización se caracteriza por casas con grandes rejas y cercas, la parálisis frente a la violencia por miedo a la venganza. (asaltos, insultos, peleas), pensar que nada va a cambiar, que todo da igual y que no hay solución a los problemas, son algunos aprendizajes que se han ido internalizando dentro de la población, lo que ha provocado mucha ansiedad y depresión, a ello se suma que en Juárez una de las problemáticas que afecta notablemente a sus habitantes es la disfuncionalidad familiar donde las relaciones desintegradas son frecuentes aportando sus consecuencias como la carencia de atención de las necesidades básicas, físicas, emocionales y espirituales, para un desarrollo sano. Esta atención está manifestada ante la necesidad de desarrollar herramientas que faciliten el trabajo terapéutico con los pacientes desde todas sus dimensiones (Guilbert, 2006).

En la búsqueda de factores explicativos del intento suicida, Pazos, Ramírez, Romero y Cuamba (2005) plantearon que el déficit de planeación de futuro y atención a lo que el sujeto hace, probabiliza que el comportamiento suicida sea presentado.

También Cuamba et al, (2008) estudiaron el perfil psicosocial del adolescente con conducta suicida en la frontera norte de México, presentando el factor depresión como el que presenta mayor asociación, factores como impulsividad, ansiedad, afrontamiento, resiliencia, presentan asociación pero no están fuerte como lo es la depresión, pero aun así, la depresión se mantiene como el principal factor aquí en la frontera para presentar esta clase de conductas, principalmente en relación a la ideación y planeación, pero se observa que se

hace necesario la intervención de otros factores como la ansiedad, impulsividad y el déficit en habilidades de habilidades de afrontamiento para que se ejecuten comportamientos como autolesiones e intento suicida.

Sánchez (2019) realizó un estudio sobre la conducta suicida concluyendo que la causal del suicidio son los problemas familiares. Los descubrimientos concernientes con los aspectos cognitivos y culturales ayudan a desarrollar la prevención de las conductas suicidas encaminados a las necesidades neurocognitivas de las personas que presentan conductas suicidas. Incluso, parece ser que el intento suicida tiene como propósito enviar algún mensaje. Herrera y Hundiks (2008) realizaron una investigación en Chile para conocer la experiencia del intento de suicidio en adolescentes, concluyendo que dos de los participantes lo realizaron porque pretendían transmitirles algún mensaje a los padres y los otros dos casos, pretendían acabar con el sufrimiento y morir.

Teniendo en cuenta la problemática del suicidio, el estudio se encaminó responder la siguiente pregunta: ¿*Cómo es un programa psicoterapéutico con enfoque humanista dirigido a adultos jóvenes con experiencias de intento suicida*?

En el siguiente apartado se presentan antecedentes de trabajo psicoterapéutico con personas con intento suicida.

Antecedentes

Rosselló et al., (2011) desde la terapia cognitivo conductual realizaron una intervención en pacientes depresivos, teniendo en cuenta un protocolo de manejo del riesgo de suicidio. Con una muestra de 115 adolescentes diagnosticados con depresión mayor, el 34.8% mostró índices de cambios del pre al postratamiento de la ideación y el 89.6% mostraron cambios clínicos reduciendo significativamente sus pensamientos con la TCC, constituyendo una herramienta acertada para adolescentes deprimidos/as que presentan ideación suicida.

Arciga y Carranza (2017) trabajaron la intervención clínica familiar en un caso de adolescente sobreviviente de intento suicida del Centro Michoacano de Salud Mental. La

intervención clínica apuntó a proveer de distancia emocional a las hijas del conflicto parental. Las técnicas empleadas fueron psicodramáticas, sistémicas y reestructurantes modulación de la emoción expresada de los padres en conflicto, cambios en la interacción relacional, las hijas con manifestaciones de menor participación en el conflicto de los padres, empiezan a emerger temas referentes a la etapa evolutiva adolescente tales como sexualidad, relaciones de pares, necesidades afectivas y escolares, obteniendo como resultado que las diferencias en las relaciones intrafamiliares constituyen un factor determinante en la conducta suicida.

Achir y Hamid (2018) trabajaron la experiencia en las familias del cuidado a pacientes riesgos suicidas en Indonesia con 6 participantes. La conclusión que arribaron es que las familias que brindan cuidados a estos pacientes con riesgos suicidas son mucho mayores cuando esta no consigue reconocer las manifestaciones con respecto al suicidio en estos pacientes, por lo que el apoyo es fundamental para el afrontamiento de esta problemática.

Salazar y Herrera (2019) realizaron una investigación para identificar la eficiencia de la terapia Gestalt para ayudar en la adquisición de habilidades para mejorar la salud mental y así fomentar la prevención del comportamiento suicida en jóvenes. Para esto, se realizó un estudio cualitativo y de acción participativa. La muestra fue no probabilística y fue formada por siete mujeres con un promedio 20 años. Se aplicó la prueba de Psicodiagnóstico de la Gestalt para analizar los niveles de bloqueos en la autorregulación y la Escala de Desesperanza de Beck para el nivel de riesgo en la conducta suicida. Por último, como resultado se logró cualitativamente desbloquear y favorecer habilidades para el afrontamiento a dicha problemática.

También Rodríguez (2020) realizó un diseñó y una intervención terapéutica basada en la corriente Gestalt con el propósito de estudiar la modificación en las ideas suicidas en un joven estudiante de la universidad a través de un estudio de caso, mediante 21 sesiones de una hora de duración, semanalmente basado en el enfoque cualitativo mediante un diseño preexperimental apoyados en técnicas de la Gestalt. Los resultados alcanzados, comprobaron

la eficiencia de la terapia, permitiendo disminución de la ideación suicida y la disminución de los síntomas depresivos.

Benalcázar y Armas (2020) realizaron una investigación en Ecuador que tuvo como propósito la disminución de la sintomatología para la ideación suicida en adolescentes mediante psicoterapia de grupo, a través de un estudio cuasi experimental con una muestra de seis adolescentes, en diez encuentros, dos sesiones por semana. El estudio realizado fue de tipo transversal y de campo, donde se aplicó un proyecto de intervención terapéutica de grupo. Los resultados alcanzados permitieron reafirmar que la terapia de grupo implementada fue eficaz en los participantes en la investigación en donde las terapias recibidas alcanzaron a disminuir la ideación suicida. A modo de conclusión, se puede concretar una disminución del 80 al 90% de los síntomas asociados a la ideación suicida.

Justificación del estudio

El suicidio es en uno de los conflictos mediatos a resolver por el sector salud en México, teniendo en cuenta las estadísticas registradas en estos últimos tiempos, asumiendo de manera objetiva que la taza de suicidio presenta una tendencia al crecimiento. La OMS (2019) alerta sobre dicho problema lo cual justifica la creación de en 1989 de un programa preventivo del suicidio en función de realizar trabajos e investigaciones con el objetivo de disminuir dichos indicadores estadísticos que a pesar del esfuerzo realizado nos orienta a que es necesario continuar y participar activamente en dichos programas.

México no está ajeno a este problema de salud, y para atenuarlo, se requiere implementar programas de prevención e intervención cuyo objetivo es evitar el intento suicida lo que exige que se realice un trabajo exhaustivo específicamente dirigido a familiares de las personas en riesgo, también es preciso dar un seguimiento adecuado a todos los pacientes que han realizado intento contra su vida. También es importante resaltar que esta problemática trae consigo afectaciones desde lo social y económico, además las afectaciones emocionales que provocan en las familias después de haber sufrido una pérdida por esta causa. Es importante la realización de investigaciones y de análisis de los factores de riegos, pero se considera imprescindible el reforzamiento de los factores protectores,

teniendo en cuenta las características culturales, sociales e individuales de cada persona, en vista de prevenir de forma efectiva el suicidio.

La propuesta de intervención psicoterapéutica con enfoque humanista es desarrollada con la intención de proveer herramientas que respalden la intervención desde el enfoque Gestalt, teniendo en cuenta que, a pesar de existir algunos intentos por explorar esta línea de conocimiento, que en la actualidad carece de resultados objetivos, para lo que intencionalmente se dirige esta propuesta. Es importante también aclarar que el diseño se estructuró teniendo en cuenta los factores protectores que, en fin, son los que, a través de su apoyo, permiten que se desarrollen las potencialidades de los pacientes para disminuir la ideación suicida o en el caso que ya haya cometido el intento no vuelvan a reincidir. Otro elemento muy importante de este enfoque es que permite explorar el mundo interno de los pacientes a partir de la exposición de emociones y darse cuenta del momento presente que está viviendo y como lo está sintiendo y experimentando

Capítulo I. Fundamentación Teórica

El suicidio en adultos

En la etapa de la adultez temprana es cuando por lo general las personas comienzan una vida autónoma y esto ejerce una influencia decisiva en la estructuración de la personalidad, además comienza a actuar, realiza sus planes, confirma el modo de vivir que desea y se alimenta en la práctica real de su vida. Los métodos de suicido generalmente adoptados en esta etapa pueden ser no violentos por envenenamiento o sobredosis con psicofármacos, generalmente empleados por las mujeres y los más violentos como las armas, la suspensión y precipitaciones de las alturas, vistos más bien en hombres, los cuales escogen este tipo de métodos, lo cual explica que los suicidios tengan más éxito que en las mujeres.

Muchas personas se preguntan quién tiene más valor el que se quita la vida en las dificultades, o aquel que resuelve afrontar las situaciones diariamente, se asume que ser hombre y rondar sobre los 40 años, haber sufrido divorcios, viudez o separaciones, desempleo, tener desajustes en la sexualidad, pérdidas de seres queridos o de estatus en la sociedad, son factores que predispones el suicidio (Siomopoulos, 1990).

Este cuestionamiento divide aquellos que creen que es cobardía no seguir intentando y aquellos que piensan que es más valiente quien se suicida, esta son otras de las razones que mantienen altos los índices en el mundo. A la psicología por tener como objeto de estudio al hombre, le corresponde investigar más a fondo sobre este tema, relacionando entre sí, todos los componentes psicológicos del mismo, su personalidad, actitudes y sentimientos.

Por lo general en las personas adultas, la sintomatología depresiva se caracteriza por tener altos niveles de intensidad, en la generalidad de los casos llevándolos a cometer el acto suicida. La mayoría muestran síntomas depresivos parecidos al de resto de la población más joven, sí se ha encontrado algunas diferencias entre pacientes que se diferencian por la edad, humor depresivo y desesperanza, algunos perciben menor sentimientos de culpa y una mayor vulnerabilidad a ser criticados.

La ideación suicida en los adultos se va produciendo en el tiempo, se trata de un grupo de pensamientos orientados en una sola dirección que van cobrando fuerza donde la

persona va dando salida a la angustia, la desorientación, la frustración y la desesperación en la que la persona vive. Existen tipos de personalidad sometidos por el negativismo e impregnados por ideas catastrofistas que son vulnerables a la ideación suicida, que se ve favorecida por la idea de vivir en el pasado del que enfatizan aquellos momentos dolorosos o traumáticos, hasta el punto de continuar vivenciándolos en el presente con la misma carga emocional que cuando ocurrieron. En la actualidad se ha visto un incremento del suicidio, teniendo en cuenta la vulnerabilidad de estos, antes las condiciones en que se desarrollan y conviven.

La depresión es considerada el trastorno más común en los adultos que intentaron suicidarse. El estado de salud física es el riesgo más estable de la aparición de este trastorno. Otros factores asociados con la depresión están determinados por las relaciones interpersonales y sucesos traumatizantes en la vida, conjuntamente asociado al componente de productividad y el aislamiento, también puede estar condicionados por altos niveles de ansiedad, la relación existente entre la ansiedad y la depresión son congruentemente comunes entre las personas adultas (Borges, Orozco, Benjet, 2010)

Pensamiento e ideación suicida

La actitud ante la muerte ha variado en el transcurrir de los tiempos; en la actualidad cuando un hombre habla de su muerte, piensa que, si le dieran la oportunidad de escoger, sería la muerte, pero con la ausencia de dolor. El acto suicida es considerado como una causa de muerte que está tomando popularidad dentro de las elecciones más fácil de solución a las situaciones de la vida, las cuales hacen vulnerables ante el enfrentamiento activo de las personas ante el medio. Existen muchos autores que han trabajado este tema del suicidio, aportando cada uno distintas definiciones del tema en cuestión. Durkheim (1989) precisa el suicidio planteando “todo caso de muerte que resulta directa o indirectamente de un acto positivo o negativo realizado por la víctima misma, y que, según ella sabía, debía producir este resultado” (p. 5). De modo que hay suicidio cuando la persona ejecuta el acto, tiene el convencimiento del resultado final. También es importante destacar que este mismo autor, expresó que estos son procesos individuales, procedentes de la sociedad. En la ideación suicida actúan varios factores, estos son personales y familiares. Para Cheng et al, (2009)

plantearon que los sujetos que planearon suicidarse inevitablemente percibieron la presencia de ideación. Esto se concreta como la "aparición de pensamientos cuyo contenido está relacionado con terminar con la propia existencia". Así mismo, aquí también se añaden esas tendencias que sugieren la ausencia de valor a la vida, la intención de morir y la planeación de un acto mortal (Torre, 2013, p.3).

La planificación del suicidio encierra una serie de pensamientos, atravesando por preocupaciones y experimentando ideas de autodestrucción, hasta métodos muy claros y bien preconcebidos para matarse (Goldney, 1989). En particular, esta constituye el antecedente del intento o el suicidio consumado, el cual a la idea de acabar con su existir, que, según los teóricos, posee dos dimensiones como el deseo y la planeación de la propia muerte (Beck et al., 1979).

Teniendo en cuenta que cada cultura tiene factores que predisponen el suicidio, este se podría concretar como el acto iniciado con la ideación suicida teniendo en cuenta las disímiles manifestaciones como la autodestrucción y programación del acto mortal, pretensión de morir y finalizar con el suicidio llevado a cabo. Por esta razón, se cree que la indagación en las ideas de suicidarse, y la identificación de los factores relacionados con dicha conducta, deriva a prevenir el acto suicida (Paneth y Susser, 2002).

Existen muchos constructos en la personalidad que son determinantes en la ideación suicida, somos sujetos biopsicosociales y esa condición cuando sufre un desequilibrio en el apoyo que les permiten a los sujetos reafirmarse dentro de la sociedad y en una cultura la cual impone sus normas y leyes, internalizándolas y pasando a formar parte del sistema de creencias, conceptos y valores. Una de las variables psicológicas muy importante como una estructura y determinante en la formación de la personalidad es la autoestima. Se ha confirmado que es determinante a la hora de exponer la ideación suicida. Con respecto a esta afirmación, Miranda et al, (2009) hallaron un grupo con ideas de suicidio el cual mostraba la autoestima mucho más baja con respecto al otro grupo el cual no presentaba ideación.

La ideación suicida son pensamientos relacionados con la voluntad de morir, con o sin planificación. La amenaza de suicidarse es apreciada como una expresión verbal o no, que declara la posibilidad de terminar con la vida en el futuro. Es necesario considerar estas

ideas como pensamientos que el individuo posee relativos a quitarse la vida de manera intencional y planificada. Es frecuente que estas estructuras de pensamientos van desde la intención de morir, a la concreción de estos planes, donde la persona previamente determinó el cómo lo va a realizar, dónde y cuándo, además, este deseo de muerte casi siempre aparece cuando ocurrió alguna situación aversiva, es decir cuando hablamos de ideación suicida se resaltan la presencia de pensamientos recurrentes relacionados con la muerte en sí.

La ideación suicida es la etapa inicial de la conducta de autolesión. Es un fenómeno multifactorial, donde se interrelacionan e intervienen varios factores psicológicos, biológicos y sociales (Cheng, 2009).

Por lo general los pensamientos suicidas surgen en situaciones de sufrimiento emocional, donde las personas perciben claramente que no existe alternativa de solución alguna que modifique la causa de su angustia, se siente incapaz y no tiene control de su vida. Las personas que experimentan estos pensamientos, los invade una profunda desesperanza, la cual es causante de mucho dolor y malestar psicológico que lleva a la ideación.

Existen otros tipos de pensamientos suicidas relacionados más con el intento de dañar a personas allegadas o para lograr algo, es decir conseguir un objetivo, se utiliza el intento de suicidio a modo de chantaje para lograr captar la atención de las personas que están a su alrededor o para generar culpabilidad y responsabilidad de su dolor.

Población vulnerable: Factores de riesgo en el suicidio

Beck y colaboradores citados en Wenzel & Beck (2008) mostraron algunos elementos importantes del suicidio, integrados por concepciones vulnerables al estrés, enfatizando en mecanismos cognitivos. Acorde al modelo, los sujetos que se suicidan, tienen características que afloran con el estrés, proporcionando procesos desadaptativos que crean enfermedades psiquiátricas y conductas de suicidio. Los factores comprendidos en esta propuesta del suicidio están representados por la agresividad, dificultades en solución de conflictos impulsividad, hostilidad, memoria sobregeneralizada, pensamientos sobregeneralizados y magnificación; personalidad neurótica y perfeccionismo. Las estructuras cognitivas de los suicidas, entre ellas se destacan la desesperanza y una

percepción intolerantes ante las situaciones. Estos elementos, al ser generados por el estrés, formarían la desesperanza, que generarían sesgos cognitivos para tener en cuenta y crear estímulos relacionados al suicidio, creando ideación suicida en los pacientes. En las crisis suicidas, los individuos presentan distorsiones cognitivas que obstaculizan los pensamientos positivos y la búsqueda de vías para la solución de sus problemáticas, generando agitación y desesperación, llevando al acto de suicidio como única vía de solución.

La depresión muestra elementos relacionados a ideación suicida como la desesperanza, la desadaptación y la impulsividad. La desesperanza en todos sus aspectos es un elemento crucial en la ideación suicida, puesto que se relaciona con, conductas desadaptativas, la impulsividad y altos niveles de estrés. Se ha planteado que la impulsividad tiene mayor peso en los intentos de suicidio, partiendo de la ideación hacia el intento.

Se puede ultimar que conductas desadaptativas unidos a la desesperanza son factores de riesgos que regulan el estrés y la sintomatología relacionada con la depresión en el intento suicida (Wasserman et al., 2012).

El suicidio desde la neurofisiología

En el cerebro existen células que están relacionadas a los pensamientos de las personas. Muchas exploraciones de Mann y Arango se concentran en la zona prefrontal. Ésta estructura es la zona de las funciones de ejecución del cerebro, es decir, representa el regulador que imposibilita que los sujetos estallen y expresen lo que piensan ante un conflicto, o que respondan a impulsos peligrosos. En mucho tiempo, los investigadores han estimado que la impulsividad es un factor determinante en el suicidio. Aunque muchas personas conciben planificadamente su muerte dejando en ocasiones notas, para los científicos, el suicidio es posible que se lleve a cabo espontáneamente.

Arango y Mann citados en Ezzell (2003), estudiaron la impulsividad en el cerebro, principalmente la serotonina, teniendo en cuenta que la impulsividad se relaciona con la ausencia de esa sustancia en el cerebro.

Es importante resaltar que la serotonina constituye un neurotransmisor que juega un papel fundamental en sinapsis, transmitiendo señales de una neurona a otra. Los receptores neuronales que toman la señal se pegan al neurotransmisor y captan las transformaciones bioquímicas en las células, que alteran la respuesta ante otros estímulos.

La depresión, la impulsividad y la agresividad, están relacionadas con bajos niveles serotoninérgicos. Específicamente en el suicidio, no se ha conseguido determinar esta correlación como conclusión teniendo en cuenta que los resultados de las investigaciones son imprecisos. Unos estudios realizados han manifestado bajos niveles de serotonina en el cerebro de los pacientes suicidas, pero en otros casos no. En muchos se han detectado escasez de la serotonina en diferentes partes del cerebro, pero no en otros pacientes. Otros han detectado déficits en los eventos bioquímicos, encargados de transmitir las señales serotoninérgicas partiendo de los receptores al interior de las neuronas. Sin embargo, las evidencias indican que específicamente en los suicidas, en sus cerebros existe una contrariedad relacionada con el sistema serotonérgico, suposiciones que se ha fortalecido con las investigaciones de Arango y Mann, donde destacaron que el cerebro de los pacientes deprimidos que se suicidaron tenía menor cantidad de neuronas en la zona prefrontal.

Mann, Brent y sus colaboradores del Instituto y Clínica Psiquiátrica Western de Pittsburgh alcanzaron a determinar que los hijos de los pacientes que intentaron contra su vida son más propensos a repetir la conducta. La correlación de estas variables parece ser genéticas, pero revelar este gen responsable de la conducta suicida no es tan sencillo.

Se ha confirmado la evidencia neurobiológica que relaciona bajos niveles de serotonina con una fragilidad al suicidio y a la violencia. La zona prefrontal es el lugar que planifica y ejecuta conductas complejas partiendo de información sensorial y emocional. El lóbulo frontal, crea conexiones con los centros cerebrales encargados de controlar las emociones (amígdala y sistema límbico), la memoria, específicamente el (hipocampo), procesos motores (ganglios basales) y cambios internos desde la perspectiva fisiológica. (hipotálamo).

La dopamina, la serotonina y la noradrenalina, constituyen las vías que regulan el cerebro, estos no se investigaron en profundidad, pero en los intentos de suicidio aparecen

disminuidos, es decir también se ha comprobado que las rutas dopaminérgicas se encuentran alteradas en los depresivos, especialmente en los pacientes que presentan ideación suicida.

La noradrenalina constituye el neurotransmisor asociado al estrés al igual que la serotonina, pero es la es la noradrenalina la que tiene mayor representación ante los elementos estresores. Está confirmado que, ante las circunstancias que provocan estrés, se produce la noradrenalina en las neuronas, originándose en las importantes áreas a las cuales se orientan los axones.

Un gran número de evidencias muestran que los suicidas sufren alteraciones en la neurotransmisión. Comparando niveles de serotonina, dopamina y noradrenalina en el líquido cefalorraquídeo de los que intentaron el suicidio, sólo se hallaron bajos niveles de la serotonina.

En resumen, en los pacientes suicidas acontecen deficiencias en la transmisión de serotonina en la corteza prefrontal, en el hipocampo, el hipotálamo y en el tallo cerebral. Estas investigaciones son importantes teniendo en cuenta que una función importante de la zona prefrontal es el control cognitivo y de la conducta. Es importante tener en cuenta que el daño en esta zona trae consigo el aumento de la impulsividad; favoreciendo al acto suicida. El hipocampo relacionado con la memoria, la zona prefrontal para tomar decisiones y la amígdala en el control de la agresividad y la ansiedad, se puede definir estos elementos como parte de un esquema coherente con el control de los impulsos, relacionados también con el estado de ánimo.

Para enfrentar el estrés, es importante la activación de elementos neuroquímicos en el cerebro. En estos procesos de activación, el hipotálamo origina la corticotrofina, y la noradrenalina. Estos dos elementos intervienen en otras partes del cerebro responsables de la atención, la vigilia y la memoria.

Esta más que claro que el sistema de serotonérgico esta alterado en los pacientes deprimidos y en los que llevan a cabo el acto suicida.

Factores de protección ante el suicidio

Son varios los intentos de explicar las tendencias teóricas de una de las problemáticas de mayor inquietud en los últimos años la cual, en realidad, existen muchos espacios vacíos y hoyos oscuros, partiendo que cada minuto se van incrementando las estadísticas y muchos casos que no se dan a conocer por lo que no se puede especular en cuanto a la certeza de haber encontrado una solución que al menos permita disminuir la intención de quitarse la vida. Ante la descripción del fenómeno, también se ha indagado en los factores de protección que permiten de alguna manera enfocar el trabajo preventivo y tratando de utilizar los propios recursos que poseen los pacientes para lograr una mejor prevención o recuperación en cuanto a la salud física y psicológica a partir de estrategias que consoliden los factores protectores en las familias vulnerables a esta problemática y así prevenir los posibles riesgos que puedan afectar objetivamente sus vidas.

Teniendo en cuenta las particularidades de cada paciente, se puede afirmar que las características de personalidad y la estructura familiar, permitirían pronosticar el desarrollo del comportamiento situando a las personas en una situación vulnerable de suicidio. Por esto es de gran importancia proveer la información correcta con respecto a la problemática y con la intensión de que las persona tengan las habilidades necesarias para el enfrentamiento adecuado al mundo y poseer buena adaptación al mismo (Begoña, 2000).

Los factores protectores son esas particularidades individuales o posición situacional en el ambiente o contexto que reduce la posibilidad de ocurrencia de una conducta desviada (Clayton, 1992).

Existen factores de protección internos e internos que nos permiten apoyarnos en ellos para lograr una eficiencia en el proceso terapéutico con los pacientes, entre ellos se encuentra la autoestima, las habilidades relacionales sociocognitivas, la aptitud social, la resolución de conflictos entre otras, mientras que los factores de protección externa parten de la existencia de relaciones positivas con la familia, pareja, centro de estudio y generalmente la comunidad.

Algunas de las actitudes, valores y creencias también intervienen como factores de protección, la satisfacción con relación a la vida y la actitud positiva a la salud (Ruiz et al., 1994).

Por otra parte, se examinan también la valoración y la percepción de la comunidad hacia las personas y también las acciones que esta despliega y las oportunidades de inclusión que generan a su favor (Molina, 2000).

Varios estudiosos describieron como factor protector importante, la relación familiar afectiva que permitan a los integrantes cooperar en los momentos agradables de la familia. Este elemento es medido mediante la gratificación con las relaciones interpersonales y la percepción con respecto a la calidad de vida constituyendo un factor protector importante para la gran mayoría de las personas, la felicidad que perciben en comparación con los demás, también figura un factor protector, pero este en menor proporción (Angélica y Carbalho, 2011).

Otro factor de protección que se considera importante son las habilidades sociales, las cuales permiten formar relaciones adecuadas a la realidad, hablando sobre los propios sentimientos y opiniones (Goldstein et al., 1989). Estas permiten que los pacientes con intento de suicidio reestablezcan sus redes de apoyos tanto en familiares como en amigos y así se establecen conexiones nuevamente con la realidad y sus potencialidades.

Otro factor protector de vital importancia en los pacientes con intento de suicidio es el análisis de las estructuras de personalidad como el autoconcepto y por consiguiente la autoestima. Estos están intrínsecamente relacionados una con la otra. El autoconcepto consiste en la imagen que los sujetos tienen de sí mismos y es la consecuencia de la percepción sobre sí mismo y de la percepción que los demás tienen de él y la segunda tiene en cuenta la evaluación que le proporcionamos a esta imagen de nosotros (Crockett y Petersen, 1993). Es necesario recordar que autoconcepto y la autoestima variarían de acuerdo el área que se analice, una persona tiene una evaluación positiva de sí misma en el área de las relaciones con las personas que le rodean, pero puede tener una negativa en su área familiar. Es decir, mientras los espacios familiares parecen representar un factor protector,

el papel que desempeña la autoestima es que intenta constatarse una relación positiva entre estas dos dimensiones (Graña y Rivas, 2000; Jiménez, Musitu y Murgui, 2008).

El autocontrol también es muy importante en los pacientes con ideación suicida o aquellos que ya consumaron el acto. Teniendo en cuenta los niveles altos de estrés y la desesperación que poseen, es inevitable que no estas variables no interfieran significativamente en el control de impulsos, por tanto, es un factor protector de vital importancia en esta problemática teniendo en cuenta que es la capacidad para el control de sus sentimientos y conductas. Esta categoría está estrechamente relacionado al autoconcepto y autoestima teniendo en cuenta que las personas conocerán sus límites y tendrá niveles aceptables de control sobre cómo actúa y las consecuencias que se derivarán (Vallés, 1996).

Otro factor significativo en la problemática de la conducta suicida es la tolerancia a la frustración. Esta es vital en cualquier persona, cuando afrontamos a un obstáculo o bloqueo. Durante el proceso de estructuración de la personalidad, los individuos aprenden a posponer la satisfacción de las necesidades, de tal manera que asumen ciertas porciones de frustración. Algunos pacientes no se sienten capaces de resistir la frustración y demandan inmediatamente la satisfacción de las necesidades (Turbi y LLoria, 2005).

Características de personalidad del suicida

Las procedencias de las conductas suicidas son confusas, al igual a las tentativas relacionadas con el suicidio consumado. Existen algunas personas aparentemente vulnerables a cometer este acto, cuando se ven contrapuestos a acontecimientos difíciles o cuando están aventurados a distintos factores estresantes. Es importante tener en cuenta al analizar la conducta suicida, las personas más vulnerables para poder proceder sobre estas conductas de manera segura. Los trastornos de personalidad o rasgos muy específicos de esta estructura figuran un extenso ámbito de interacciones entre el ambiente y los factores sociales, psicológicos y biológicos que expones a las personas vulnerables en riesgo de poseer comportamientos suicidas. La forma en que estos elementos se interrelacionan entre sí para que provoque el acto suicida es realmente confusa y casi siempre es incomprendida.

Pallis y Birtchnell (1977) plantearon que el tipo de personalidad a la cual se le imputaba a los sujetos con intentos de suicidio, estaban regidos por características dependientes, desconfiados y hostilidades mediante respuestas que influían en el deterioro de su vida personal en general.

Existen algunos rasgos de personalidad como la inestabilidad emocional, altos niveles de sugestionabilidad y rasgos explosivos en el carácter que enfatizan la mayoría de los sujetos que han cometido el intento de suicidio. Esto nos permite reflexionar que pueden formar un componente esencial en la predisposición de la personalidad suicida.

Kononchuck citado por Marco et al, (2006) refirió la presencia de una invalidez para conducir apropiadamente los problemas, además esta incapacidad se correspondía a características patológicas de personalidad y una inadecuada educación. Así, otras situaciones psicógenas que involucraban distintos elementos vulnerables en la personalidad provocarían en los pacientes una desestructuración en las conductas asociada también a una eminente susceptibilidad a reacciones suicidas reiteradas.

Otro elemento importante a tener en cuenta es que en las personas con trastornos de personalidad se autoinducción el daño a su cuerpo o intento de suicidio de baja letalidad e intencionalidad. Es necesario distinguir cada uno de estos casos en que las tentativas de cometer el acto suicida recubren una significativa gravedad (Lester, 1989).

Los trastornos de la personalidad que podían inducir a la ejecución de comportamientos de suicidio, se encuentra el trastorno borderline de personalidad. Este está estrechamente relacionado con la conducta suicida, realmente, los intentos de suicidio son considerados un criterio para diagnosticar este tipo de personalidad (LeGris y Reekum, 2006).

Generalmente la conducta de suicidio viene asociada a un diagnóstico psiquiátrico en sí. De esta forma esta la conducta para varios especialistas es el resultado de una interacción dinámica entre varias estructuras de la personalidad de los sujetos, es decir su estado psicológico afectivo y los contextos sociofamiliares. Casey (1957) comunicó que el 65% de los pacientes que intentaron suicidarse, padecían algún trastorno de personalidad.

Se debe tener presente la psicopatología en la afectividad en los pacientes con intento suicida que padecen trastorno de la personalidad, partiendo de que la impulsividad agresiva se ha relacionado con los pacientes que presentan trastornos de personalidad con los intentos de suicidio, orientándose sobre la estructura biológica, implicando al sistema serotoninérgico (Coccaro, 1989).

Pompili et al, (2005) realizaron un análisis sobre la correlación que existe entre el suicidio y la personalidad limítrofe y llegaron a la conclusión que la causa de muerte en los pacientes con este trastorno efectivamente es específicamente por suicidio.

Fritsch et al, (2000) plantearon que los clínicos deberían analizar las características de personalidad, de sensibilidad y la regulación afectiva de los pacientes cuando evalúan los casos de intento suicida. La desesperanza es significativa para la evaluación, teniendo en cuenta que está relacionada con una gran diversidad de tipologías de personalidad disfuncionales que afectan los tratamientos y resultados a corto y mediano plazo.

Según Pradas (2018) a partir de varias investigaciones se ha logrado determinar rasgos de la personalidad característicos en sujetos que llevaron a cabo el intento suicida. La impulsividad es uno de los elementos primordiales que define estas conductas de autolesivas hacia sí mismo, no pensando en el peligro de estos actos, y muchos de ellos terminan lastimándose e incluso arrepintiéndose. Otro elemento importante, mencionado anteriormente es la baja autoestima, sentir que no tiene valor y se percibe inferior a los demás que les rodean, posibilitan el surgimiento de pensamientos asociados a la desaparición y la evasión de afrontar el mundo y sus conflictos de manera general. Las pocas habilidades sociales es un factor preventivo en la conducta suicida. El no tener compañía de personas que de alguna manera nos apoyan y la falla de las habilidades sociales, permiten redes de apoyos débiles y menos estructuradas para el afrontamiento a esta problemática. Los sentimientos de soledad permiten la aparición de los pensamientos suicidas con más intensidad. El sentirse solo en momentos difíciles hace pensar que somos prescindibles y que no sucedería nada si no estuviéramos en este mundo. Otro elemento importante es la falta de estrategias de afrontamiento a los conflictos. Todos transitamos por momentos difíciles en la vida. No obstante, se sale adelante por las herramientas y rasgos personales que permiten

resolver las situaciones difíciles. Es importante resaltar que la falta de estas estrategias permite la aparición de conductas concernientes al suicidio, dado que está relacionado con la solución de los conflictos.

Como se menciona anteriormente el TLP o trastorno límite de la personalidad se describe por patrones de impulsividad, dificultad para establecer empatía con los demás, sentimientos marcados de soledad y relaciones inestables. Los intentos de suicidio en los pacientes diagnosticados con este trastorno son causas de hospitalización urgente, teniendo en cuenta que el porciento de suicidio llevado a cabo en estos pacientes se eleva al 10%, uno de cada diez con TPL termina suicidándose (Pradas, 2018).

Expuesta la problemática analizada, a continuación, se expone desde el marco epistemológico, teórico y metodológico del enfoque en el cual se propone la presente intervención.

Enfoque humanista y Gestalt

Identificada en sus inicios como la tercera fuerza o Psicología Humanista, nace en USA en el año 1962, donde un pequeño grupo de psicólogos expresan sus intenciones de platear un nuevo enfoque que superara las corrientes que en aquel entonces dominaban el pensamiento psicológico de la época, me refiero al Psicoanálisis y el Conductismo. Sus más preciados deseos consistían en el desarrollo de una Psicología capaz de entender y ocuparse del estudio de la subjetividad, e ir más allá de las experiencias de los seres humanos y analizarlos de manera holística, sin desintegraciones y al mismo tiempo desarrollar una disciplina que indague en los aspectos más auténticos del ser humano como el amor, la capacidad de tomar decisiones por sí mismos, la libertad y ser autentico, es decir ser uno mismo, teniendo en cuenta que de estos valores partían el respeto, la responsabilidad y la autenticidad.

Estos psicólogos eran considerados en aquella época los principales exponentes de un nuevo pensamiento, Goldstein, Fromm, Rogers, Maslow, Perls, May, Horney, Huxley, Marcuse y otros más jóvenes como Jourard y Gendlin, encaminaron el pensamiento hacia

una nueva posición epistemológica, la cual fue el cimiento de conocimientos profundos del ser (Riveros, 2014, p. 138)

Es la llamada tercera fuerza, poniendo énfasis en la salud, lo que está correcto en el ser humano; tiene presente las potencialidades de las personas y además de sus capacidades, no solo sus limitantes. Es importante tener en cuenta que esta plantea la concepción donde lo más importante para su desarrollo es la confianza en él, la ayuda para que se descubra y atiendan las necesidades para promover que se consolide desde su experiencia. Muños, (2008) planteó que:

"La concepción del ser humano en la psicología humanista va más allá de la visión autodestructiva, determinista y mecanicista, en donde se define al hombre como esclavo de sus impulsos o del medio ambiente; se ve al ser humano como aquel que tiene la capacidad de autodeterminarse, de ser constructivo y autónomo, de elegir valores que incluso trascienden a su propia supervivencia. Que es capaz de amar, de compadecerse ante el dolor propio y ajeno, de comprender a otro y de comprenderse a sí mismo, de ofrendar su propia existencia por causas que le son más significativas que su propia vida. Se cuestiona la adaptación y la sobrevivencia como los fines últimos del hombre" (p.12).

Maslow citado en Chiavenato (2000), manifestó la concepción de las necesidades determinantes en la conducta de los seres humanos. Este creó esta jerarquía de las necesidades teniendo en cuenta que este expresa que el hombre las manifiesta en algún momento de su vida. En la medida de que satisface sus necesidades básicas, otras superiores toman el dominio del comportamiento. El autor concibe tal jerarquía en forma graficada en una pirámide cuya base son las necesidades primarias como las fisiológicas de aire, comida, reposo y abrigo y en el siguiente nivel, necesidades de amparo frente al peligro o privación. En seguida, las secundarias como las necesidades de amistad, afiliación a grupos; seguida por las necesidades de aprecio como reconocimiento y autorrespeto en el último nivel de la pirámide, la autorrealización como la ejecución del potencial y la utilización del talento (p.60).

Según Maslow citado en Gonzáles y Valdés (1994) plantea que las necesidades se sitúan en niveles correspondientes a las básicas. Las inferiores son las fisiológicas

principalmente. Sus frustraciones pueden producir en los sujetos el desconocimiento de cualquier otra necesidad, es decir, si se encuentran insatisfechas, todas las demás pueden ser trasladadas a la reserva. El siguiente nivel son las de seguridad, si las anteriores son retribuidas, entonces surgen estas necesidades, puesto que son tan poderosas como las fisiológicas. Su frustración hace evidentes sus efectos en toda su complejidad, porque a través de ellas se explican los deseos de un trabajo constante. Otras acciones más profundas, como creer en una religión también pueden ser explicadas como superiores al satisfacer las anteriores. Las necesidades de pertenencia. Si las necesidades de seguridad están gratificadas, entonces surgen las necesidades de pertenencia y el circulo ya descrito anteriormente se repiten nuevamente.

Las necesidades de estimación. Después de la satisfacción de las necesidades antes mencionadas aparecen casi que de manera inmediata. Son clasificadas teniendo en cuenta el deseo de competencia, de realización, libertad, reconocimiento y reputación. Las necesidades de autorrealización: si las anteriores no fueron frustradas, este nivel puede manifestarse, en este caso, es la tendencia humana para la realización de sus potencialidades (p.94).

La teoría humanista considerada como uno de los pilares fundamental de las ciencias psicológicas en los momentos actuales nos ofrece de manera muy detallada una explicación de cómo es que estas necesidades son fuentes impulsoras del comportamiento humano y al mismo tiempo al ser estas satisfechas, propician el surgimiento de nuevas necesidades y así se corrobora el carácter dialéctico de las mismas. Esta dialéctica bien entendida hace suponer su carácter reversible, es decir, que cuando una necesidad por algún obstáculo o condición es insatisfecha o dañada en el sujeto la dinámica se torna inversa, experimentando la persona un estado carencial o frustrante que desajusta funcionalmente su personalidad y comportamiento durante algún tiempo. Como se demuestra en diversos estudios sobre los estados psíquicos patológicos, es indudable que, en el curso de la instauración de la ansiedad, la depresión y otros funcionamientos límites del sujeto, el daño o insatisfacción de necesidades básicas para el sujeto que pueden ir desde Necesidades de seguridad, pasando por Necesidades sociales y llegando, hasta la vivencia de insatisfacción en la autorrealización, están en el curso patológico de tales estados. La búsqueda de los seres

humanos de su sentido a la vida, estableciéndose como fuerza primaria y no una "racionalización secundaria" a los instintos. El sentido es concreto cuando es propio (Frankl, 1991, p.57). También este autor expresó:

> Logos es una palabra griega que equivale a "sentido", "significado" o "propósito". La logoterapia o la tercera escuela vienesa de psicoterapia, se centra en el significado de la existencia humana, así como en la búsqueda de dicho sentido por parte del hombre. De acuerdo con la logoterapia, la primera fuerza motivante del hombre es la lucha por encontrarle un sentido a su propia vida. Por eso hablo yo de voluntad de sentido, en contraste con el principio de placer (o, como también podríamos denominarlo, la voluntad de placer (p.56).

El autor plantea que un síntoma usual en los pacientes. hoy día, es la pérdida de significado, la pérdida de sentido. Esta pérdida de significado y del sentido lleva a los sujetos a un vacío existencial, a una frustración existencial, que el autor explica de la manera siguiente: "Cuando los instintos no guían la conducta y con la desaparición de la tradición para guiar las decisiones, pero enfrentado con la necesidad de tomar decisiones, la persona no sabe qué hacer o qué ella desea hacer. Este vacío existencial se manifiesta principalmente como. un estado de aburrimiento." (Frankl, 1982, p.169).

Ante la sensación de vacío y ausencia de sentido expresada por el aburrimiento y el desinterés, la poca decisión para transformar algo y la apatía, las personas intentan huir para compensar sus frustraciones existenciales a través del poder o del placer, y la violencia sobre los demás o sobre sí (suicidio). Esta pérdida de sentido y el consecuente vacío existencial, conduce al sujeto a una neurosis existencial que Frankl denominó neurosis noógena, que, si bien puede estar acompañada de diversos síntomas clínicos, no es una neurosis que emerge de problemas entre los impulsos y los instintos, sino de las discrepancias entre los valores y los conflictos morales y espirituales. La neurosis noógena, es una enfermedad espiritual (Frankl, 1991, p.58). con respecto a la idea de que las personas se realizan en tanto trascienden a sí mismo, el autor expresó:

> El ser humano significa estar dirigido hacia algo que no es uno mismo, o un sentido a cumplir en el mundo, en otra persona a quien cuidar, otra persona a quien amar,

> otra persona a quien acariciar, o estar dedicado por ejemplo a una causa a servir. Estas son simples muestras de la autorrealización, trascendiéndome a mí mismo, proyectándome a mí mismo, rindiéndome a otro ser humano o a un sentido que cumplir (p.17).

Este autor manifestó claramente que lo más importante es la actitud que asumimos con el sufrimiento, nuestra condición es asumir dicho sufrimiento (Frankl, 1991, p.63), el autor expresó:

> Hay situaciones en las que a uno se le priva de la oportunidad de ejecutar su propio trabajo y de disfrutar de la vida, pero lo que nunca podrá desecharse es la inevitabilidad del sufrimiento. Al aceptar el reto de sufrir valientemente, la vida tiene hasta el último momento un sentido y lo conserva hasta el fin, literalmente hablando. En otras palabras, el sentido de la vida es de tipo incondicional, ya que comprende incluso el sentido del posible sufrimiento (p.64).

A lo largo del estudio de la conducta suicida, otros autores contemporáneos han relacionado los estados emocionales como el desamparo y la desesperanza, con el suicidio, estos son síntomas medulares en la depresión, además relacionaron la depresión y el acto suicida, teniendo en cuenta que el pensamiento de los pacientes que se encontraban deprimidos se deforma, obteniendo una visión distorcionada del mundo y de sí mismo. Es necesario tener en cuenta una categoría que influye notablemente en las motivaciones de los sujetos, me refiero a las necesidades, las cuales al estar afectadas inciden de alguna manera en la conducta suicida de los pacientes. Wolman (1967) expresó:

> La conducta humana está determinada por una totalidad de factores que actúan en un momento determinado, debe considerarse a la totalidad de los rasgos mutuamente interdependiente como el principal y más consiente elemento de la conducta. La motivación para la acción puede proceder de afuera, de los estímulos externos o de dentro, de las tendencias orgánicas parciales de los rasgos, cada acto de conducta es una movilización convergente de la energía disponible en un momento dado (p.496).

Las necesidades pueden clasificarse en objetivas y subjetivas. Podemos decir que la primera es la necesidad que está presente estemos consiente o no y la segunda es la que el sujeto siente y la hace consiente, es la que puede despertar en él motivaciones y desencadenar acciones para satisfacer dicha necesidad (Núñez de Villavicencio, 2001, p.55). La generalidad de las necesidades son dominantes gran parte del tiempo. El surgimiento de necesidades puede ser causadas por estímulos que se hallan en el estado psicológico de los sujetos (Calviño, 2001, p.86). Rubinstein (1981) nos habla de la importancia que presentan las necesidades y el papel que juegan en la personalidad y para esto expresa:

> La personalidad humana es ante todo un ser vivo de carne y hueso que como tal tiene sus necesidades. Estas necesidades ponen de manifiesto sus relaciones prácticas con respecto al mundo y su dependencia a este. La existencia de las necesidades o deseos demuestra que el ser humano, siente necesidad de algo que se haya fuera de él, ya sean objetos externos o bien otro ser humano, lo cual significa que es un ser sufriente, dependiente y en este sentido pasivo (…). En las necesidades esta, por lo tanto, contenido el hombre como un ser que siente una necesidad y que simultáneamente es un ser actuante y doliente, pero a la vez activo y apasionado (p. 689).

Dado en incremento de la taza de suicidio a nivel mundial, los individuos que presentan un exceso de estrés en su vida diaria están expuestos a mayores riesgos de aquellos que experimentan menos exceso. La muerte, el nacimiento de un hijo, el divorcio y la hospitalización son algunos eventos que influyen notablemente en este problema de salud, de aquí podemos afirmar el carácter multifactorial de este, factores biológicos, sociales y psicológicos están presentes en dicho problema caracterizado por los fracasos en los mecanismos de adaptación de las personas a su medio, generando un estado de tensión emocional. Los psicólogos y psiquiatras plantean también que existen otras influencias tanto personales como situacionales que apoyan la muerte voluntaria. Generalmente se ocasiona para evadir las situaciones con carácter ansiógeno y circunstancias que les provocan dolor a los pacientes, además pudiera estar condicionado como una venganza en contra de otra persona responsable de la angustia que lleva a tomar esta decisión. Es importante destacar que estas emociones se aprecian por los escritos que dejan los sujetos antes de quitarse la vida. Sin embargo, las causas más comunes están condicionadas por la percepción de los

adolescentes de que la vida es tan punzante que sólo la muerte es la única vía de solución a los conflictos y que solo esta vía es el única que puede proporcionarle alivio. Otros factores como la pérdida de seres queridos, dolores crónicos, emocionales o físicos, generan imposibilidad para modificar las circunstancias de la vida, lo que los arrastra a un abismo sin fin.

Mendoza (2003) expresa que los individuos que toman la decisión de terminar con la vida lo llevan a cabo por problemas de carácter intrapsíquico, independientemente del entorno en que se manejen. Los amigos, la familia y restantes grupos con los que se vinculan estos sujetos, no tienen participación en la decisión que toman para cometer el suicidio, es decir que suicidarse es una elección personal que toman los individuos independientemente de su medio, el cual puede favorecer a extender la vida de la persona.

Tendencia a la actualización

La teoría humanista de Rogers destaca la necesidad de las personas hacia la autorrealización conformando y estructurando el autoconcepto. Según este autor plantea que el potencial de las personas es único, y se desenvuelve teniendo en cuenta la personalidad de cada uno, además resalta el rol de los individuos en transformar su naturaleza interna. Rogers adelantó en este aspecto que las personas son activas y creativas, las cuales viven en el presente respondiendo de manera objetiva a la percepción del mundo exterior.

Rogers (1989), refiere que los individuos necesitan, sentir y comportarse de manera congruente con su imagen, es decir, mientras más cercano esté a su yo ideal, más reconocerán el valor que tienen, dado que "El organismo tiene una tendencia y un esfuerzo básicos para actualizarse, mantenerse y enriquecer las experiencias del propio organismo" (Rogers, 1951, p. 487).

Las personas viven en un mundo interminablemente cambiante a las experiencias cotidianas, en las cuales él representa el centro, distingue sus experiencias interpretadas a través de la realidad y de sus percepciones, es decir, la experiencia vivida conforma su realidad, por ello las personas tienen mayor conocimiento de su propio mundo interno. Hay que resaltar que esto no significa que cada una de ellas se conozca totalmente, ya que existen

zonas que están ocultas las que se descubrirán el proceso de terapia, pero nunca el terapeuta marchará al frente del cliente en el conocimiento de sí mismo. También poseen la tendencia de actualizar su organismo y desarrollar experiencias desde lo motivacional, es decir, ser capaz de desarrollar las capacidades necesarias para mantenerse en contacto con su realidad. Teniendo en cuenta esta premisa, Rogers reconoce que el único origen de motivación humana es la necesidad de autoactualización, ser nosotros mismos, teniendo en cuenta que las personas están movidas por la tendencia de ser, que en cada una de ellas se mostrará de manera distinta. Definió el concepto "tendencia a la actualización", referido a los instintos que poseen las personas para obtener su máxima capacidad, mediante la terapia centrada en el cliente.

Es importante resaltar que Rogers opinaba que las personas poseen un motivo primordial, la tendencia a autoactualizarse, además pensaba que las personas inherentemente son creativas y buenas y que se tornan destructivas cuando un autoconcepto inadecuado o las condiciones externas anulan el proceso para descubrir el potencial, para que un sujeto lograra la autoactualización, debía de conservar un estado total de congruencia, es decir que la autoactualización sucede cuando el "Yo ideal" de la persona es congruente con sus propias conductas, este describe a la persona que se está actualizando como funcional en todos los aspectos de su vida y afirmaba que todas las personas conseguían los deseos en la vida, dado que la autoactualización se había realizado, entonces la catalogaba como personas plenamente funcionales, lo que significa que estaban en contacto con el aquí y el ahora, en congruencia con sus experiencias y además de estar en un continuo cambio y crecimiento continuo.

Rogers percibía en concepto de persona funcional como un ideal que muchos no alcanzaban, teniendo en cuenta que los analizaba como un proceso de cambio.

Rogers (1979) pensaba que la buena vida no era un estado fijo, ni un estado de nirvana o de virtud, felicidad o de satisfacción, ni un estado en que la persona está actualizado, es decir que la buena vida es un estado, es un proceso, una dirección elegida por el organismo, donde hay libertad psicológica para dirigirse en cualquier dirección.

Postura filosófica de la psicoterapia Gestalt

Como toda escuela psicológica la Gestalt se sustenta sobre la base de una filosofía existencialista en la cual se basaron mucho de sus representantes para fundamentar sus postulados teóricos y prácticos. Los filósofos existencialistas como Soeren Kierkegaard, Edmund Husserl, Martin Heidegger, Martin Buber, Frederick Nietzsche, Juan Paul Sartre, Bertrand Russel, Karl Jaspers y Paul Tillich constituyen los pilares fundamentales que posteriormente sustentaron los postulados de la psicología humanista (Muñoz, 2008).

La Terapia Gestáltica es un apéndice de la escuela humanista, es una corriente teórica que prioriza los valores, los significados, los propósitos y la experiencia humana, siendo promotora del cambio y del crecimiento personal (Castanedo y Mungia, 2011), también caracterizada por el desarrollo del potencial que poseen las personas, más bien se encaminada a procesos que a los contenidos en sí, poniendo énfasis en lo que acontece en el momento, lo que ocurre en la mente de los individuos y está sintiendo, es decir lo que está sucediendo en el aquí y ahora.

Yontef (1997) plantea que el darse cuenta es el que posibilita que la persona se desarrolle, en ocasiones dicha experiencia puede ser dolorosa dado que puede descubrir aspectos de sí mismo que han sido alienados.

Partiendo del concepto de Gestalt, en muchas ocasiones se le conoce como la terapia de contacto o terapia del aquí y ahora. Teniendo en cuenta que técnicamente su objetivo radica en que la persona tome consciencia cognitiva y emocionalmente y no evade su realidad, que la cual puede percibirla de forma traumática y de alguna manera realice nuevamente el contacto con su realidad (Vázquez, 2018).

Fueron los investigadores Max Wertheimer, Kurt Koffka con la ley de la pregnancia y Wolfgang Kohler con la ley de la proximidad los pioneros en comenzar con la psicología de la Gestalt. Posteriormente Fritz Salomon Perls las consideró para su terapia, experimentando como se perciben las sensaciones y emociones en el cuerpo (Castanedo, 2008). Influencias como Sigmund Freud y su hija Anna Freud y con el trabajo que realizaron con los sueños, la filosofía existencialista, de la cual retoma la confianza de los potenciales

inherentes al individuo, la responsabilidad y el respeto a la persona. Otra corriente importante de la cual se nutre es la fenomenología tomando el apego por lo obvio y por la toma de conciencia, el insight de la experiencia inmediata. Las religiones orientales especialmente el Budismo Zen, el psicodrama de Jacobo Levi Moreno del cual acoge la dramatización de las experiencias y los sueños, la Indiferencia Creativa, supuestos teóricos creados por Sigmund Friedlander, de la cual asume sus ideas para la teoría de las polaridades, la terapia sistémica y otros investigadores como Kurt Goldstein, Karen Horney, Wilhelm Reich y Kurt Levin también hicieron grandes aportes con sus investigaciones a la construcción de la teoría gestáltica (Vázquez, 2018).

Otro de los objetivos de la Terapia Gestalt consiste en ayudar a la persona en su conflicto, posibilitando la toma de conciencia del recorrido que lo ha llevado a ese punto en el que se halla y cómo aprender otras formas de precepción de la realidad, brindándole nuevamente la opción de elegir para enfrentar la vida y extender el campo de sus posibilidades. Gracias a esta forma de terapia, la persona logra conocer sus potencialidades y recuperar la creatividad perdida.

Otro de los procesos que trabaja la terapia Gestalt son los bloqueos que ocurren durante el proceso terapéutico, es decir cuando la persona hace contacto con lo que le afecta. Estos bloqueos se manifiestan de manera inconsciente se pueden demonstrar teniendo en cuenta el ciclo de la experiencia presentado por Joseph Zinker. Castanedo (2002) plantea que en el instante que el individuo frustra el ciclo de la experiencia, este se convierte en un asunto inconcluso, el cual es necesario completar para cerrar la Gestalt.

Es importante tener en cuenta que, según la escuela psicológica y su representante, cada uno presenta su propuesta mediante diferentes nombres, Sigmund Freud inicialmente los nombró mecanismos neuróticos de la personalidad y posteriormente Pers y sus seguidores los renombraron como bloqueos gestálticos o estilos de contacto.

Salama (2012) plantea que los bloqueos se manifiestan en el ciclo de la experiencia y estos paralizan el flujo de la energía, además asocia un bloqueo para a cada fase del ciclo de la experiencia.

El ciclo de la experiencia

Este concepto fue propuesto por Fritz Perls en 1975 en el libro Yo, hambre y agresión, llamándolo inicialmente como ciclo de interdependencia del organismo y del medio ambiente, pues plantea el organismo conoce lo que le conviene y se regula por sí mismo. También plantea que este en su fase inicial se encuentra en estado de reposo, subsiguientemente es asechado por factores externos o internos que demandan ser satisfechos, el organismo establece los componentes imprescindibles para la construcción de una imagen que aclare la necesidad, seguidamente muestra una respuesta encaminada a la satisfacción y liberación de la tensión causada y por último el organismo queda nuevamente en equilibrio y reposo.

Para la terapia Gestalt, el ciclo de la experiencia representa el núcleo de la vida humana, teniendo en cuenta que ésta representa la sucesión interminable de estos ciclos, pretendiendo establecer cómo las personas realizan el contacto consigo mismos y con el entorno. Expone el proceso de formación figura-fondo y una vez que la necesidad fue satisfecha, la figura desaparece (Vázquez, 2018).

Salama (2012) propone ocho faces en las cuales refiere el proceso de abrir y cerrar una Gestalt cruzando de la fase pasiva, constituidas por las cuatro primeras a una fase activa representadas por las restantes. La primera fase es la de reposo. Aquí se encuentra el punto de inicio de la nueva experiencia, también conocida como la indiferenciación creativa y en esta fase es donde existe la posibilidad de que surja una nueva Gestalt en forma de necesidad. La segunda etapa es la sensación, caracterizada por la aparición de tensiones, esta diferencia una necesidad no concientizada la cual pretende ser procesada formando parte de la figura. Seguidamente pasa a la formación de la figura donde la figura es clarifica posterior al procesamiento de la sensación, realizándolo a partir de los niveles de pensamientos de los sujetos realizando distinciones entre el campo y las necesidades. La movilización de la energía es donde el organismo se energetiza para movilizar sus acciones en función de satisfacer sus necesidades y se efectúa el proceso de valoración de las opciones a nivel de pensamiento.

Es importante tener en cuenta que las cuatro etapas planteadas anteriormente forman parte de los momentos pasivos dentro del ciclo. La cuarta fase es la acción motriz, aquí es donde inicia el momento de la actividad movilizándose los recursos hacia el objeto real para la satisfacción de las necesidades, ya en esta fase existe contacto con lo externo. El precontacto es donde se orienta la energía y se hace un contacto parcial con el objeto de satisfacción. La etapa de contacto ya existe el contacto con el objeto y es capaz de experimentar cierta unión con el mismo, causando placer al satisfacer la necesidad. Y por último surge la etapa de postcontacto donde inicia nuevamente la desenergetización que consiste en trasladar al organismo al reposo inicial y a la alienación de la experiencia. De esta manera surge la indiferenciación creativa ya completado el ciclo satisfactoriamente cerrando la Gestalt y volviendo al punto inicial.

Técnicas en la terapia Gestalt

Las técnicas en la terapia Gestalt, se define como una metodología con las que el terapeuta indaga sobre la conciencia de las personas. Para proceder con esta es importante una actitud adecuada por parte del terapeuta. Dicha actitud es posible demostrarla en persona, no a través de libros que refieran los pasos y procedimientos de la técnica, lo último más bien representaría un ritual vacío (Naranjo, 1990).

La psicoterapia Gestalt manejan un gran arsenal de técnicas, aunque la terapia no es encauzada en sus aplicaciones en sí. (Naranjo, 2006) presenta una clasificación bien estructurada que permitan al terapeuta la posibilidad de ayudar a la persona a darse cuenta a partir de las técnicas supresivas, integrativas y expresivas.

Las técnicas supresivas están orientadas a que las personas dejen de hacer lo que de alguna manera les impide vivenciar el aquí y ahora, casi siempre las personas en sus discursos presentan elementos del pasado, los cuales obstaculizan la experiencia vivida.

Esta técnica se emplea para eliminar los intentos de evadir el aquí y ahora, además no enfrentarlos con sentimientos de vacío, para que se convierta en un vacío fértil (Naranjo, 1990). Esto se refiere las capas de neurosis planteadas por Perls (1974), el cual plantea la existencia de 5 capas. la primera constituye la más superficial, son los clichés, que no son

más que conductas que acogemos para cada o rol social; la capa que continúa es la de roles, así nombra las conductas relacionadas con los aspectos de la personalidad, y que no cree que ciertamente uno mismo es sólo eso; pero existe una capa más que es la antiexistencia, donde no se asume ningún rol, viviendo con el vacío existencial, quedando estancado en esta capa lo llamó impasse, que es una sensación de angustia, provocada por el saber que uno no es esto ni tampoco lo otro; la implosión o muerte es la siguiente capa, en esta nos contraemos, es decir, como si la persona se introdujera en sí misma, le tiene temor a la muerte, posteriormente comienza a crecer ese vacío fértil, y aparece la más profunda capa, la autenticidad o el retorno a la vida. Como expresó Perls (1974), "sufrir la muerte propia y renacer, no es fácil" (p. 8).

Un ejemplo de estos es el acercadeísmo y el debeísmo, en el primero las personas evitan las experiencias dando explicaciones y no vivencian realmente la experiencia y el segundo es otra manera muy sutil de obstaculizar las vivencias reamente como son, según este autor la persona se convierte en el juez de su vivencia sin haberla experimentado, el terapeuta tiene que ayudar a la persona a que tome de consciencia.

Naranjo (1990), plantea que es necesario ayudar a las personas a que identifiquen estos clichés, para que sea haga más responsable de lo que siente y al mismo tiempo lo que hace con lo que esta siente, y que saque a la luz la expresión verdadera de sí y sea más auténtico. Estas técnicas supresivas son giros lingüísticos en la disertación de la persona. Toda expresión de emociones, sensaciones o pensamientos que se esconden o que sean minimizados en el discurso del paciente será suprimidos por el terapeuta.

Las técnicas expresivas ayudan al desarrollo y externalización de las emociones, los sentimientos y las acciones. El aumento de la consciencia ayudará al impulso de nuevas acciones. Son propuestas mediante la expresión de palabras o acciones. Otra forma de tomar consciencia es no evitar comunicar completamente todos los elementos que afloran en nuestra mente y que obstaculizan la satisfacción de necesidades.

Las técnicas expresivas se utilizan para expresar abiertamente lo que la persona carga consigo y lleva dentro, para poder observarlo, ocurra el proceso de darse cuenta y posteriormente integrarlo, más bien se trata se facilita y se mejora la comunicación tanto

interna como externa. A través de la expresión percibimos nuestros sí mismos, nos analizamos con la dimensión de hacernos reales. En terapia Gestalt se orienta a provocar la expresión, una vez eliminado los clichés, solo queda seleccionar entre la expresión y el vacío. Cuando el terapeuta distingue las necesidades de los pacientes o vacíos en su personalidad, entonces puede trabajar de forma individual solicitándole que exprese a través de palabras, gestos, sonidos, o posturas lo que habitualmente evita (Naranjo, 1990).

En el proceso de terapia se busca que el paciente exprese lo vivenciado en cada momento, que ponga atención a todo lo que surge en su campo de conciencia y lo exteriorice, esto es importante porque debe se estar atento perennemente a sus emociones, pensamientos, sensaciones y sentimientos. La insistencia para hacer en lugar de expresar, la forma activa de expresar es frecuente utilizarla y más cuando la persona evita riesgos. Es importante destacar que esta técnica es utilizada, teniendo en cuenta las necesidades de cada uno de los pacientes, y los objetivo a superar partiendo de las de las inhibiciones (Naranjo, 1990).

Las técnicas de integración se utilizan para integrar lo opuesto, lo reprimido de la personalidad, es decir la polaridad. En el proceso de integración no existe reducción, se pretende que la persona acepte, se dé cuenta y personalice el rasgo oculto (Naranjo, 1990). Se busca restablecer las posibilidades entre los distintos aspectos de la persona, es decir que establezca el contacto, con esos elementos que fueron excluidos al creer erradamente que eran incompatibles (Polster, 1973).

Las técnicas de integración son aquellas que permiten a las personas integrar elementos de sí mismo a su personalidad. Es una técnica de encuentro intrapersonal que permite a la persona interactuar con fragmentos alienados de sí misma, la técnica más reconocida de este grupo es la silla vacía.

Naranjo (1990), plantea que la integración da integrando lo proyectado en las demás personas, para ello se pueden usar las técnicas que utilicen lo interpersonal, que absolutamente el otro esté allí presente, en ocasiones escuchando o sin expresar nada, procede como depositario de proyecciones. Toda técnica expresiva, se considera una técnica integrativa. Expresar significa exteriorizar lo que estaba confinado en la conciencia, o la acción de algo que la persona poseía como un pensamiento en su mente, una imagen o un

sentimiento. Aquellos elementos negados y proyectados al exterior involucran un gasto de energía que perturba en la personalidad y la empobrece (Baranchuk, 1996). Cuando el trabajo terapéutico avanza en el tiempo, las personas aprenden a integrar y aceptar de manera creativa los sentimientos contradictorios y conflictivos en lugar de polarizar sus conductas o luchar contra su propio organismo (Zinker, 2006).

Análisis del suicidio a la luz de la postura humanista y Gestalt

El intento de suicidio es un tema que se ha trabajado por muchos profesionales desde las diferentes corrientes psicológicas que diariamente mantienen contacto con este tipo de pacientes. Autores como Vicktor Frankl, Fritz Perls entre otros, desarrollaron una serie de conceptos teóricos que, aunque no se asocian a la problemática de suicidio, pudieran estar presentes como síntomas o como situaciones latentes en este tipo de pacientes, pues desde el enfoque humanista, plantearon sus perspectivas y análisis que de alguna manera han permitido un acercamiento más delimitado ante este escenario que en la actualidad agobia a un grupo numeroso de personas.

El intento suicida es una problemática para el humanismo la cual no ha sido muy trabajada de forma puntual, es por ello por lo que, para entender y explicar el fenómeno, se tomaron conceptos bien estudiados por la corriente como la noción de sujeto, la agresión y el vacío existencial, puesto que son categorías que pueden facilitar un camino más claro hacia la construcción teórica del intento de suicidio para el humanismo (Herrera, 2012).

Par lo anteriormente expuesto, la psicología humanista no sustenta en sus teorías la definición de intento de suicidio, es por esto que es necesario entenderlo mediante el análisis desagregado de las categorías principales como la noción de sujeto. Esta pretende explicar quiénes son los seres humanos para el modelo humanista, partiendo de una percepción más sólida que posibilite un acercamiento más cercano a la realidad de la problemática en cuestión. Otra categoría es el vacío existencial, en esta se hace el análisis de la información de las personas con respecto a la pérdida del sentido de la vida, lo que puede traer consigo los intentos de suicidio y por último la agresión a sí mismo donde se destacan una forma muy particular de atentar contra la vida cuando se exterioriza el vacío existencial, elemento fundamental para comprender el intento suicida. Es importante tener en cuenta que se

determinaron estas categorías psicológicas, debido a que no se logró obtener una teoría específica sobre el suicidio, pero si se logró encontrar algunos conceptos que implícitamente aportaron información para entender la manera en el que el modelo humanista puede explicar el intento suicida.

Esta corriente psicológica tiene muy en cuenta el momento presente, es decir el aquí y el ahora, optimiza las potencialidades que cada individuo tiene. Este modelo aborda el suicidio teniendo en cuenta las experiencias y vivencias que le permitieron tomar decisiones y la manera de percibir la vida y las potencialidades que alcanzan a fortalecer al paciente a continuar su vida.

Riveros (2014) plantea que el hombre le tiene fobia al sufrimiento y la frustración, cuando a través de la realidad, de la responsabilidad y el darse cuenta, las personas pueden dirigir su camino hacia la salud mental, ser congruente consigo mismo y vivir en el aquí y ahora, concentrarse en su proceso de cerrar la Gestalt que naturalmente está presente en todo lo que existe.

Modelos de intervención

Las perspectivas de la terapia humanista responden objetivamente a los objetivos terapéuticos propuestos en esta intervención, es decir la teoría motivacional de Maslow, el ciclo de la experiencia de Perls y la logoterapia de Viktor Frank, entre otros autores sustentan teóricamente esta propuesta.

Es importante resaltar que existen otros modelos teóricos que abordan la problemática del suicidio. El modelo Sistémico, observa el ser humano en correlación con su familia y el núcleo en el que la persona convive y las relaciones que se establecen entre ellos, es decir observa al ser humano de acuerdo con su ambiente familiar. El modelo de la conducta se enfoca en los comportamientos exteriorizados por las personas y su tendencia es al fortalecimiento de unas y la extinción de otras como ejemplo tenemos la conducta suicida. La Psicología social trabaja con las comunidades y los grupos humanos, los cuales se congregan por problemas muy puntuales, y a partir de aquí, realizan un diagnóstico y realizan la intervención. Por último, el Psicoanálisis pasa de modelo teórico a convertirse

en una rama terapéutica, trabajando con lo que es el paciente, pero presenta dificultades para decirlo o no es capaz de hacerlo consciente, más bien se centra en el inconsciente en el pasado de este. El psicoanálisis posturas claras con respecto al suicidio teorizándola, planteando el concepto de pulsión de muerte (Herrera, 2012).

Teniendo en cuenta los elementos antes mencionados nos propusimos los siguientes objetivos:

Objetivo general

Proponer un programa psicoterapéutico con enfoque humanista para adultos jóvenes con experiencias de intento suicida que permita generar datos basados en la evidencia

Objetivos específicos

Proponer un diagnóstico que identifique la experiencia del intento suicida en adultos jóvenes.

Diseñar un programa psicoterapéutico con enfoque humanista dirigido a adultos jóvenes con experiencias de intento suicida.

A continuación, se expone el método adoptado en la presente propuesta de trabajo.

Capítulo II. Método

Enfoque

La intervención se plantea a través de un enfoque cualitativo que permita comprender el fenómeno del intento de suicidio de los participantes, explorándolo, teniendo en cuenta los contextos en el que se desarrolla (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2016, p.358), con una perspectiva humanista. Pérez (1994) planteó:

> Los métodos cualitativos son humanistas. Los métodos mediante los cuales estudiamos a las personas necesariamente influyen sobre el modo en que las vemos. Cuando reducimos las palabras y los actos de la gente a ecuaciones estadísticas, perdemos de vista el elemento humano de la vida social. Si estudiamos a las personas cualitativamente, llegamos a conocerlas en lo individual y a experimentar lo que ellas sienten en sus luchas cotidianas en la sociedad (p.47).

De modo que el objeto de la metodología cualitativa es investigar la explicación, describir y predecir los porqués que tienen lugar en los fenómenos individuales. Creswell (2007) refiere que la investigación cualitativa comienza primeramente con observaciones iniciales y termina con determinadas hipótesis explicativas. Por su parte, Maanen citado en Álvarez y Gayou (1999) refiere que el método cualitativo cubre una serie de técnicas interpretativas que procuran analizar, describir, sintetizar e interpretar los significados de situaciones que se originan de forma natural, es decir que se apoya en la realidad en su contexto, analizando e interpretando los fenómenos partiendo del sentido que posee para los individuos involucrados en el proceso.

Tipo de estudio

Es importante destacar que esta intervención es de tipo psicoterapéutico, fundamentada sobre la base de métodos específicos de psicoterapia para intervenir en alguna situación de conflictos a nivel neurótico. Es un proceso que se apoya en la retroalimentación tanto del terapeuta como del paciente, con la intención de provocar modificaciones en la sintomatología y en las conductas que favorezcan el potencial salutogénico del paciente o

las que de alguna manera permiten el bienestar y disminución de los síntomas patológicos y emocionales.

Para diseñar una propuesta de intervención de tipo psicoterapéutica es necesario tener en cuenta un conglomerado de instrumentos psicodiagnósticos, de los cuales obtenemos una serie de información que a pesar de que posibilitan una comprensión más profunda del mundo interno de los sujetos, es importante realizar el análisis de cada uno de los elementos que van surgiendo durante el proceso, los cuales son revelados a través del lenguaje extraverbal y los bloqueos que refuerzan las neurosis en los pacientes.

Se utilizará un método con predominio fenomenológico e interpretativo, al respecto, Ricoy (2006) planteó que: "el paradigma interpretativo se considera como interpretativo simbólico, cualitativo, naturalista, humanista y fenomenológico" (p.14), además con un diseño no experimental. La psicoterapia humanista es una herramienta que puede contribuir a la modificar la ideación suicida y contribuir a la solución de la problemática que denota niveles exacerbados de suicidio en los pacientes. En el marco de trabajo se orientó metodológicamente siguiendo un principio de la psicología humanista, de la unidad del análisis cualitativo y cuantitativo, lo cual está en total correspondencia con los momentos epistemológicos actuales que vive la ciencia psicológica.

Se utilizará el método de estudio de caso, teniendo en cuenta que este proporciona una información más profunda de la subjetividad del paciente, además nos permite percibir la realidad como única e irrepetible, y al mismo tiempo dar una explicación fenomenológica del caso más allá la teoría correspondiente. Es un estudio de caso donde se busca comprender la dinámica en varias esferas del sujeto, para así percibir las razones que llevaron a cometer el acto suicida. Se empleará también la entrevista semiestructurada partiendo del ciclo de la experiencia Gestáltico, teniendo en cuenta que este aborda las sensaciones, emociones y bloqueos de los pacientes, y así explorar como se estructura el mundo interno del sujeto en el aquí y el ahora.

Consideraciones éticas de la intervención

Para la intervención será necesario tomar en cuenta códigos éticos y normas para la protección de los pacientes, del terapeuta y del proceso en general. Par ello fue necesario indagar en las que en la actualidad están vigentes y respaldan clínico y profesionalmente y. Un ejemplo de ello lo podemos apreciar en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial cuando se debe intervenir solo por personas cualificadas con supervisión permanente, con la evaluación de riesgos y beneficios, salvaguardando los intereses e integridad de los participantes con autonomía de proseguir o terminar con su participación sin sanción alguna (AMM, 1989).

En el capítulo III, articulo 6 de la Ley de salud mental de Chihuahua, plantea claramente los derechos los pacientes con alteraciones mentales, los cuales gozarán de los siguientes derechos como recibir atención por especialistas multidisciplinarios, con inclusión social, respeto, trato digno, confidencialidad con facilidades de una segunda opinión. Así como llevar un expediente clínico con información transparente. En el artículo 18 refiere que es prioritario en la educación inicial, básica y hasta la media superior del sector público y privado, se contemple lo siguiente el implementar programas para revelar y prevenir los factores que inciten al suicidio (Congreso Estado, 2018).

Participantes

Se realizará una selección de un sujeto tipo voluntario y de conveniencia. Para la realización de esta intervención se seleccionarán pacientes adultos jóvenes que han realizado al menos un intento de suicidio. Teniendo en cuenta la problemática en cuestión con el objetivo de explorarlo a partir de la información obtenida y poder establecer un proceso psicoterapéutico más efectivo con un enfoque humanista.

Es importante tener en cuenta que este proceso se basará en el compromiso individual a fin de lograr una mayor implicación en el proceso de psicoterapia. Los criterios para la inclusión en el estudio serán: tener más de 18 años, haber cometido intento de suicidio y disponer del tiempo necesario para la implementación del proceso psicoterapéutico mediante consentimiento informado. Campbell y Boruch (1975) plantean que la participación en un

cuasiexperimento está condicionada por un proceso de autoselección o voluntariedad por parte de los participantes.

Diseño de la intervención

La intervención se plantea con un diseño preexperimental con una evaluación del estado diagnóstico inicial, una etapa de intervención y la última dedicada a la evaluación final. Esto buscaría conocer los efectos que ha tenido la psicoterapia en la ideación suicida. La selección de los participantes se será sin aleatorización, sino por criterios de conveniencia a partir del cumplimiento de determinados criterios clínicos.

Desde este enfoque el investigador enfrenta la situación de separar e identificar los tratamientos de los factores que intervienen en la variable dependiente (Pedhazur y Schmelkin, 1991, p. 277).

Hedrick (1993), es otro autor que plantea el diseño cuasi experimental tiene el objetivo demostrar la existencia de la relación que se establece de forma causal entre dos variables, es decir posibilitan evaluar los impactos del programa y del tratamiento, donde depende del establecimiento de una base apropiada de comparación (p. 58).

Este diseño permite la exploración de los fenómenos reales, especialmente porque no se tiene el control de los contextos en los que se desenvuelven los pacientes, es decir, sólo se observan y se analizan las situaciones tal y como se manifiestan tanto en el proceso terapéutico como en la vida de la persona. La presente propuesta de intervención se realizaría con la perspectiva del estudio de caso único, el cual según Midgley (2006) plantea que esta perspectiva se define como el estudio particular de un individuo con la intención de lograr una comprensión profunda del estado real de las cosas.

Kadzin (1996) refiere que los estudios de casos únicos fueron adoptados con la perspectiva de demostrar las características únicas de estos diseños, es decir, llevar a cabo la investigación con un único sujeto. Además, León y Montero (2003) refieren que, partiendo de la perspectiva de los diseños de investigación en el área clínica, en la mayoría de las ocasiones, los diseños con un solo paciente es lo único factible, teniendo en cuenta las

características particulares de cada estudio en cuestión. Estos mismos autores, afirman también teniendo en cuenta las circunstancias, que casi siempre es imposible agrupar pacientes con tipologías similares para la construcción de un grupo. Además, en ocasiones no puede retardarse más el estudio hasta obtener los sujetos indicados para la conformación de la muestra, porque se perdería la oportunidad única de estudiar un caso único.

Kadzin (1996), plantea que el estudio de caso único ofrece ventajas como posibilitar la elaboración de investigación en tratamientos y también la posibilidad de conocer a un paciente en profundidad, es decir posibilita el estudio de situaciones específicas que por lo general no son abordadas, teniendo en cuenta que los estudios e investigaciones por lo general trabajan con grupos de personas. Es importante destacar que, en esta categoría de investigación, se trabaja con los casos que específicamente no admiten la conformación de grupos, precisamente la característica principal del estudio de caso único es que facilita el estudio profundo de manera individual.

Descripción de los instrumentos

Se utilizarán instrumentos de registro psicométricos y notas de evolución para identificar los cambios en la ideación suicida con apoyo de la observación y la inspección de casos múltiples. Tomando en cuenta que el enfoque seleccionado para llevar a cabo la intervención es cualitativo, en coherencia con el mismo y diseño de intervención antes descrito, se propone utilizar instrumentos que resulten fiables para dar objetividad a los resultados durante la estudio de los mismos, basados en observaciones no estructuradas, la revisión de documentos y en estudios de casos, además, se aplicarán una serie de técnicas psicométricas las cuales serán interpretadas cualitativamente para adquirir información más confiable de los sujetos y la investigación sea más objetiva a la hora de integrar los resultados. La propuesta de estas técnicas sería: la Escala de Ideación Suicida de Beck, el Inventario de Depresión de Beck (BDI), el Inventario de Ansiedad Rasgo y Estado. (IDARE), el Inventario de Depresión Rasgo - Estado (IDARE) y el Cuestionario de Salud General. CQH 28, Golberg (1996), ver (Anexo 3).

Escala de Ideación Suicida de Beck.

La Escala de Ideación Suicida de Beck (Anexo), está diseñada con el propósito de evaluar la persistencia de pensamientos suicidas en los pacientes (Beck, 1983). Esta determinado por diferentes secciones estructurada en diferentes dimensiones como los deseos de suicidarse, los pensamientos, la planificación del suicidio, la actitud con respecto a la vida o la muerte y la realización del intento proyectado. Esta escala tiene que ser completada por el terapeuta con una entrevista semiestructurada, añadiendo otra sección, con dos items, donde se investiga si existieron antecedentes de suicidio. Estos poseen un valor solamente descriptivo, teniendo en cuenta que no se cuentan en la escala. Esta escala está conformada por 20 reactivos los cuales están diseñados para medir determinadas conductas específicas ante el suicidio. Cada indicador se toma en cuenta a partir de un formato de respuestas con tres opciones, en un rango de 0 a 2. Todos los indicadores se suman y se obtiene el puntaje general, es decir de 0 a 38 puntos, mientras mayor sea la cantidad de puntos obtenidos mayor es la probabilidad de cometer suicidio. Si los puntos obtenidos de los reactivos 4 y 5 obtienen 0, no se continua con la aplicación del instrumento. Es importante tener presente que el coeficiente alfa de Crombach es de 0.89 con una fiabilidad de 0.83 (Beck, 1976).

Inventario de Depresión de Beck (BDI)

Propuesto por Beck y Steer (1993), este se diseñó para evaluar la presencia los síntomas depresivos en los pacientes. Este inventario está estructurado por 19 indicadores que identifican síntomas de llanto, tristeza, sentimientos de fracaso, pensamientos o ideas de suicidio, culpa, entre otros. Toda esta sintomatología esta identificada los criterios clínicos que describen los trastornos de depresión descritos en el DSM-5. Se aplica de manera individual o grupal. Posee cuatro opciones a responder de cero a tres. Las puntuaciones obtenidas se obtienen de 0 a 63 puntos lo cual posibilita el análisis de los pacientes en cuatro grupos, de 0-13 depresión mínima; de 14-19 depresión leve; de 20-28 moderada y de 29-63 depresión grave. Esta herramienta presenta una consistencia interna de alfa=.87 y fue validado por Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela en 1998.

Inventario de Ansiedad Rasgo y Estado. (IDARE).

Este instrumento es la adaptación del State-Trait Ansity Inventary (STAI) de Spielberger (1975), en la exploración de la ansiedad rasgo y estado, en personas aparentemente sanas sin una sintomatología psiquiátrica. Esta técnica consiste en cuarenta indicadores que los pacientes emplean para identificarse, Es decir, veinte de ellos calculan el estado la ansiedad y veinte, la ansiedad como rasgo. Para dar respuestas a las preguntas, el paciente tiene que relacionar el número de la derecha con los indicadores del instrumento.

Calificación: La puntuación se considera mínima de 20 y un máximo de 80. Para la hay que tener presentes los reactivos directos positivos y los invertidos negativos para cada escala. Como reactivo directo se toma en cuenta aquellos que indican un alto nivel de ansiedad directamente. Los indicadores directos para la ansiedad son: 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17 y 18 y los negativos son: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 y 20. En la escala de ansiedad y de rasgo, los indicadores positivos son: 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38 y 40 y los negativos son: 21, 26, 27, 30, 33, 36 y 39. Ya alcanzada los puntos necesarios se traslada a la escala siguientes niveles de ansiedad: Baja (menor a 30 puntos), Media (de 30 a 44 puntos) y Alta (mayor a 44 puntos). La confiabilidad del test es alta en la subescala de ansiedad-rasgo, pero hay que tener en cuenta que el puntaje se ve modificado por factores situacionales en un momento determinado, razón por la cual los autores obtuvieron valores de entre 0.16 y 0.54 (Spielberger y Guerrero, 1975).

Inventario de Depresión Rasgo - Estado (IDERE)

Esta herramienta fue elaborada para valorar los niveles depresivos en los pacientes, es decir, como estado y como rasgo. La técnica la cual valora la depresión como estado, identifica a las personas con síntomas de depresión, y con síntomas de tristeza ante situaciones de amenaza y pérdida, que no obligatoriamente responde a un síndrome depresivo. Posee 20 preguntas y sus respuestas alcanzan una puntuación de 1 a 4. La mitad de las preguntas, son positivas a los estados de depresión y el resto son contrarias a la depresión. El paciente selecciona la pregunta que describe su estado en el instante, el cual posee cuatro opciones para responder: No en lo absoluto, es 1 punto, Un poco, vale 2 puntos, bastante son 3 puntos y mucho son 4 puntos. Existe una buena consistencia interna para las

dos subescalas con niveles de significación entre 0,05 y 0,01 para cada una de las asociaciones y el coeficiente alfa de Cronbach es de .78 para la escala de depresión personal y de .79 para la escala de depresión como estado (Martín, Riquelme, Grau, Santos y Díaz, 2012).

Calificación:

La depresión como estado:

A, incluyen las preguntas 1+ 2+6+8+9+10+13+15+18+20 y B incluyen las preguntas 3+4+5+7+11+12+14+16+17+19

A – B + 50 = Puntos: Alto ≥ 43, Medio 35 – 42 y Bajo ∠= 34.

Depresión como rasgo

A incluyen las preguntas: 1+3+5+7+8+11+14+16+17+20+22 y B incluyen las preguntas 2+4+6+9+10+12+13+15+18+19+21

A – B + 50 = Puntos: Alto ≥ 47, Medio 36 – 46 y Bajo ∠= 35

Cuestionario de Goldberg, o E.A.D.G. en la versión española (Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg).

Este instrumento, propuesto por Goldberg en 1988 de una adaptación transformada de la Psychiatric Assessment Schedule, con el fin de alcanzar una propuesta para ser empleada por los profesionales que no pertenecían a las áreas de la psicología y la psiquiatría como los médicos, para ofrecerles una herramienta de trabajo. Presenta dos escalas, la primera es de ansiedad y otra es de depresión, con la presencia de 9 preguntas de Si o No. La puntuación por escala es independiente, donde para cada respuesta afirmativa es de un punto. Es necesario entrevistar al paciente en las últimas dos semanas ha presentado alguno de los síntomas de las preguntas, es decir, la sintomatología que dure menos de dos semanas no se puntúa y las que no sean tan intensas.

Cada escala cuenta con la estructura de 4 preguntas iniciales para establecer si existe la presencia de un trastorno mental o no, y otro grupo de 5 preguntas, si las respuestas son positivas a los ítems de despistaje. Goldberg (1988) plantea que es necesario asignar una puntuación de manera independiente para cada una de las escalas, con 1 punto para cada respuesta que sea afirmativa, propuesto como puntos de corte ≥ 4 para la escala de ansiedad, y ≥ 2 para la de depresión. Es importante destacar que estos valores indican una sensibilidad del 83% y una especificidad del 82%.

Línea de la vida

En psicoterapia como apoyo, se manejan una gran cantidad de herramientas las cuales permiten obtener más información para un proceder más efectivo. La línea de la vida constituye uno de los instrumentos que permite mayor comprensión y autoconocimiento de los pacientes. Es una técnica desarrollada bajo la perspectiva sistémica y humanista. Es importante tener en cuenta que para la aplicación de este instrumento es fundamental analizar la información obtenida durante su desarrollo y la reflexión de esta, es decir, el acto de examinar una parte de nuestra vida posibilita expresar las emociones con las cuales convivimos y las que de alguna manera hemos bloqueado de manera consciente (Marquez, 2020).

Este mismo autor refiere que ya realizada la línea de la vida por el paciente, es necesario indagar sobre el significado de cada componente que se ha reflejado en ella. Esta técnica demanda un análisis de reflexión orientado por preguntas como, ¿Qué cambios en mi han sucedido a partir de esta vivencia?, ¿Está superada esta experiencia?. Con todo este proceso se logra la elaboración de experiencias sanas y adaptativas de manera, además se comprende mejor la perspectiva de unificar el pasado y el presente de forma constructiva.

Villegas (2013) plantea cuatro elementos necesarios para analizar los datos alcanzados en su aplicación. Como primer elemento se encuentran los acontecimientos vitales. Estos son situaciones dadas en las personas como nacimientos, muertes de personas allegadas, el matrimonio. Como segundo elemento tenemos los acontecimientos significativos como cambio de domicilio, viajes y estudios. Los momentos de inflexión. Estos son crisis que se elaboran como una percepción de continuidad en las experiencias

vividas. Y por último es necesario tener en cuenta los momentos de corte. Estos suponen un contraste entre el antes y el después, es decir hay una percepción con dificultad de elaboración tales como accidentes, catástrofes y experiencias de traumas.

La silla vacía

La técnica de la Silla Vacía es una propuesta elaborada por el terapeuta Fritz Perls con la intención de confeccionar un método que posibilitara la integración de los fenómenos o cuestiones no resueltas en los pacientes. Este instrumento está enfocado a la posibilidad de realizar un encuentro con una situación determinada o persona con el objetivo de establecer un dialogo y al mismo tiempo establecer contacto desde lo emocional con la circunstancia, pudiendo aceptar o no la situación vivida en el presente y proporcionarle una conclusión. Esta técnica también se utiliza para permitir la aceptación de determinados elementos de la personalidad que afectan el contacto de los sujetos con su realidad o de los pensamientos no aceptados por el paciente y en la percepción de limitaciones propias de cada sujeto (Castillero, 2017).

Este mismo autor plantea que la Silla Vacía se inicia con la fase preparatoria, realizándose la confrontación del paciente con la silla vacía, se ubica la silla vacía frente al sujeto, opuesta a la persona o situación imaginaria, se le orienta al paciente que de manera imaginaria proyecte en la silla a una persona, emoción, situación o algún elemento de la personalidad con la que va a tener el diálogo. Ya en una fase final, se estimula al sujeto que realice una descripción de la proyección ejecutada, con el objetivo de fortalecer la imagen que se representó. Es importante tener en cuenta que hay que resaltar lo positivo y también lo negativo de la persona imaginada como también de la situación.

Capítulo III. Propuesta de Psicoterapia Humanista para la ideación suicida

Procedimiento

Es necesario comenzar analizando algunas cuestiones importantes para la implementación de este programa. Si bien, tener conocimientos de las técnicas es fundamental, la actitud del terapeuta y su experiencia en el trabajo con la problemática del suicidio también es esencial. El terapeuta debe de iniciar la terapia estrictamente apoyándose en cada una de las etapas propuestas en el programa, pues esto lo orientará hacia el establecimiento de normas implícitas dentro del proceso, además del cumplimiento de las normas terapéuticas establecidas para hacer psicoterapia. Como se ha mencionado, el diseño de la intervención se dividirá en tres etapas. La primera es la etapa del diagnóstico, la segunda es la de intervención y la tercera es la etapa de evaluación. Fue estructurado en 20 sesiones de una hora aproximadamente de duración para el desarrollo del proceso terapéutico, necesario también para alcanzar mejores resultados, la puntualidad tanto del paciente como del terapeuta. Se respetarán las opiniones y los criterios del paciente sin subestimarlas ni devaluarlas.

La etapa de diagnóstico se estableció en dos fases. La fase 1 inicialmente se realizará una entrevista con el objetivo de conocer la situación inicial del paciente y determinar la presencia y la intensidad de la ideación suicida, así como analizar los riesgos de volver a intentar contra su vida. Esta comienza con la presentación del terapeuta y del paciente para establecer el rapport y dar apertura al proceso de terapia, luego se inicia la entrevista inicial en la fase 2, solicitando el consentimiento informado y posteriormente se procederá a la aplicación de instrumentos diagnósticos para explorar las diferentes áreas del paciente y comenzar la conformación de la Historia Clínica para llevar el registro y la evolución del caso en intervención. Las técnicas psicodiagnósticas que serán aplicadas son la Escala de Ideación Suicida de Beck, el Inventario de Depresión de Beck (BDI), el Inventario de Ansiedad Rasgo y Estado. (IDARE), el Inventario de Depresión Rasgo - Estado (IDARE), el Cuestionario de Salud General. CQH 28, Golberg (1996) y la Escala de desesperanza de Beck.

En la fase de intervención, estructuró de las sesiones de la 2 a la 18, teniendo en cuenta todas las ares que pudieran estar afectadas en el paciente, en la cual se propusieron los siguientes objetivos:

1. Explorar en las áreas de conflictos. Línea de vida (por etapas). Notas de evolución.
2. Determinar características de personalidad que le han impedido la solución de los conflictos. Notas de evolución
3. Disminuir la sintomatología de la ansiedad y la depresión asociada a la ideación suicida.
4. Indagar en el ciclo de la experiencia con respecto a la ideación suicida.
5. Identificar los bloqueos presentes en el ciclo de la experiencia con respecto a la ideación suicida.
6. Determinar las situaciones inconclusas que ha traído consigo la ideación suicida en los pacientes. (Las tres sillas.)
7. Fortalecer los mecanismos de afrontamientos ante la ideación suicida.
8. Facilitar el awarnes para establecer el equilibrio de necesidades.
9. Trabajar la autoestima a través del autoconocimiento de sus potencialidades.
10. Facilitar herramientas para el control emocional y de impulsos
11. Desarrollar habilidades para el mejoramiento de las relaciones interpersonales y la comunicación familiar.
12. Originar estrategias para proyectos de vida, teniendo en cuenta los factores resilientes.

En la tercera y última etapa es la evaluación donde se realizará un análisis de los cambios en la ideación suicida del paciente y se le aplicarán nuevamente los instrumentos que se utilizaron para el diagnóstico, realizando una valoración postest, es decir esta etapa consiste en valorar los resultados obtenidos en el proceso psicoterapéutico con enfoque humanista y se realizará una entrevista final, validando los resultados.

Es importante avanzar en todo lo relacionado a intervenir en familias más allá de una intervención individual, factores como la comunicación, el apoyo y la unión deben ser

usados como factores protectores de este tipo de comportamientos, de tal forma que la intervención pueda lograr una recuperación en relación con la disfunción familiar, afectando colateralmente la disfunción personal. Es importante que las intervenciones se enfoquen en el desarrollo de estas áreas, disminuir la falta de comunicación familiar y las manifestaciones de rechazo, para reducir en el hijo adolescente esos problemas individuales que lo llevan a ejecutar comportamientos de tipo suicida, sin dejar de lado el trabajo individual con el paciente, pero integrando a los familiares más para que participen en el proceso.

Programa de Intervención psicoterapéutica humanista

Sesión: 1 Diagnóstico

Objetivo: Conocer la situación inicial de los participantes que permitan determinar la presencia y la intensidad de la ideación suicida, así como determinar los niveles de depresión en el paciente.

Actividad	Estrategias de intervención	Materiales	Herramientas de registro
Presentación. Presentación de la problemática a intervenir. Entrevista inicial. Solicitar el consentimiento informado. Aplicación de instrumentos diagnósticos	Sesión individual con el paciente.	Hojas, Lápices, Celular para grabar la sesión y posteriormente analizar los datos para la conformación de la historia clínica.	Historia Clínica para llevar el registro y la evolución del caso en intervención. Escala de Ideación Suicida de Beck. (Anexo 1) Inventario de Depresión de Beck (BDI) Anexo 2 Inventario de Ansiedad Rasgo y Estado. (IDARE). Anexo 3 Inventario de Depresión Rasgo - Estado (IDERE). Anexo 4 Cuestionario de Salud General. CQH 28, Golberg (1996) Anexo 5

Sesión 2. Intervención

Objetivos: Explorar en las áreas de conflictos.

Actividad	Estrategias de intervención	Materiales	Herramientas de registro
Encuentro y desarrollo de la sesión. Línea de vida utilizando fotografías, recordando hechos importantes de la familia y amigos.	Se hacen consientes las situaciones inconclusas, conflictos personales y la repercusión que tienen en su vida a través de la escucha activa y las estrategias de afrontamiento. El paciente tiene que reflexionar en etapas de su vida más significativas. Se le explica al paciente que es un ejercicio autobiográfico para aclarar dudas. L**a confección de la línea de vida es un proceso terapéutico** para lograr una narrativa propia.	Papel, lápiz, local de consulta. Grabadora	Línea de vida. (de 0 a 10 años). Ver descripción de los instrumentos. Notas de evolución.

Sesión 3. Intervención

Objetivos: Continuar trabajando en las áreas de conflictos. Trabajar en la toma de conciencia del paciente relacionados con los conflictos para realización de ajustes creativos.

Actividad	Estrategias de intervención	Materiales	Herramientas de registro
Encuentro y desarrollo de la sesión. Continuación con la línea de vida utilizando fotografías y recordando hechos importantes de la familia y amigos.	Se continúa haciendo consciente las situaciones inconclusas, conflictos personales a través de la narrativa del adolescente y la repercusión que tienen en su vida que lo ha llevado a la depresión e ideación suicida.	Papel, lápiz, local de consulta. Grabadora	Línea de la vida (de 10 a 20 años) Notas de evolución.

Sesión 4 Intervención

Objetivo:

Determinar características de personalidad que le han impedido la solución de los conflictos.

Actividades	Estrategia de intervención	Materiales	Herramientas de registro
Encuentro y desarrollo de la sesión.	Se le aplica un instrumento de personalidad para analizar cuáles son los rasgos que están	Papel, lápiz, local de consulta. Grabadora	Notas de evolución

	predisponiendo la patología y la ideación suicida		

Sesión 5. Intervención

Objetivos: Disminuir la sintomatología de la ansiedad y la depresión asociada a la ideación suicida.

Actividad	Estrategias de intervención	Materiales	Herramientas de registro
A través de técnicas de relajación se trabajará en la disminución de los síntomas ansiosos-depresivos relacionados al acto suicida.	Mediante la narrativa del paciente se esperan obtener cambios en el estado de ánimo, modificar y disminuir la sintomatología como la pérdida del interés, insomnio o hipersomnia, Terapia narrativa Técnicas de relajación progresiva y de respiración.	Papel, lápiz local de consulta. Celular para grabar la sesión. Con el propósito de en la próxima sesión tener información necesaria para corroborar las posibles hipótesis que surjan durante la intervención.	Notas de evolución.

Sesión 6. Intervención

Objetivos: Evaluar el área del comportamiento que refuerzan en la ideación suicida.

Actividad	Estrategias de intervención	Materiales	Herramientas de registro
Encuentro y desarrollo de la sesión.	Informarnos con respecto abuso de drogas y alcohol, amenaza de conductas autolesivas, imposibilidad para cometer responsabilidades y deberes, afectación en la memoria y la concentración, aislamiento, violencia intrafamiliar, abuso sexual y abandono.	Papel, lápiz local de consulta. Grabadora	Entrevista semiestructurada (Anexo 6)

Sesión 7. Intervención

Objetivos: Indagar en el ciclo de la experiencia con respecto a la ideación suicida.

Actividad	Estrategias de intervención	Materiales	Herramientas de registro
Encuentro y desarrollo de la sesión.	Darse cuenta de sus sensaciones, pensamientos negativos y vivencias para que perciban cómo están influyendo en su comportamiento causante de la ideación suicida.	Papel, lápiz local de consulta. Grabadora.	Entrevista estructurada relacionadas a las fases del ciclo de la experiencia. (Anexo 7)

Sesión 8. Intervención

Objetivos:

Identificar los bloqueos presentes en el ciclo de la experiencia con respecto a la ideación suicida.

Actividad	Estrategias de intervención	Materiales	Herramientas de registro
Encuentro y desarrollo de la sesión.	Teniendo en cuenta las etapas del ciclo de la experiencia se determinarán cuáles son los bloqueos que matizan la expresión individual de la ideación.	Papel, lápiz local de consulta.	Entrevista estructurada en función de las etapas del ciclo de la experiencia. (Anexo 7) Notas de evolución.

Sesión 9. Intervención

Objetivos: Determinar las situaciones inconclusas que ha traído consigo la ideación suicida en los pacientes.

Actividad	Estrategias de intervención	Materiales	Herramientas
Encuentro y desarrollo de la sesión.	Se realiza un ejercicio con tres sillas. La primera representa el pasado, la segunda el presente y la tercera el futuro. El paciente va cambiándose de posición y al mismo tiempo va narrando como fue transcurriendo su vida y las situaciones desagradables o conflictos que tuvo durante esa etapa. Terapia narrativa	Papel, lápiz local de consulta. Grabadora	Las tres sillas. Notas de evolución.

Sesión 10 y 11

Objetivo: Analizar la cosmovisión que tiene sobre la responsabilidad y de su familia, así como el sentimiento de culpa ante las circunstancias.

Actividades	Estrategia de intervención	Materiales	Herramientas de registro
Encuentro y desarrollo de la sesión.	Se le indica que reflexione sobre las ideas suicidas, describiéndolas detalladamente y las contextualice, además que realice un análisis de las personas que conviven con él y que responsabilidad tienen con respecto a la vida que ha llevado. Se le orienta que	Papel, lápiz local de consulta. Grabadora	Notas de evolución

	cuente la historia de su vida, pero que comience con la palabra Yo, para que forme parte de asumir su responsabilidad.		

Sesión 12. Intervención

Objetivos: a) Fortalecer los mecanismos de afrontamientos ante la ideación suicida; u b) Facilitar el awarnes para establecer el equilibrio de necesidades.

Actividad	**Estrategias de intervención**	**Materiales**	**Herramientas de registro**
Encuentro y desarrollo de la sesión.	Se continúa haciendo consciente los conflictos a través de la narrativa. Se realiza el ejercicio con dos sillas, se les pide que se sienten ante una silla vacía y se dirijan a ella como si estuviera sentado una persona significativa para ella, que de algún modo **se** ha visto implicado en una situación que les cambió la vida.	Papel, lápiz local de consulta.	La silla vacía. Ver descripción de los instrumentos. Notas de evolución.

Sesión 13. Intervención

Objetivos: Trabajar la autoestima a través del autoconocimiento de sus potencialidades.

Actividad	**Estrategias de intervención**	**Materiales**	**Herramientas de registro**
Encuentro y desarrollo de la sesión.	Valorar las discrepancias entre su autoimagen y la realidad física de su cuerpo. Se intenta formular preguntas al paciente con respecto al tema. *¿Qué percepción tienes de tu cuerpo?, ¿Cómo te ves?, ¿Te interesaría conocer y explorar tu cuerpo?, ¿Qué sabes de él?, ¿Conoces realmente tu cuerpo y las imágenes formadas en tu cabeza positivas o negativas?* Posteriormente se le indica lo siguiente: "Para apreciar mejor la imagen de tu cuerpo, cierra los ojos y procura verte en una pantalla ubicada en tu cabeza, concéntrate en esa imagen y pregúntate a ti mismo si esa imagen corresponde a la que él es en realidad físicamente. Puedes identificar algunas peculiaridades como el tamaño, color, la forma, etc. Terapia narrativa	Papel, lápiz, local de consulta. Grabadora	La imagen del cuerpo. Notas de evolución.

Sesión 14. Intervención

Objetivos: 1) Incluir a sus redes de apoyo en el proceso psicoterapéutico para que conozcan los resultados parciales de la intervención; y 2) Desarrollar habilidades para el mejoramiento de las relaciones interpersonales y la comunicación familiar.

Actividad	Estrategias de intervención	Materiales	Herramientas de registro
Encuentro y desarrollo de la sesión.	Se citan a los familiares cercanos para hacerles un resumen parcial de cómo ha sido el proceso psicoterapéutico y las posibles causas que ocasionaron la ideación suicida	Papel, lápiz, local de consulta. Grabadora	Entrevistas, Notas de evolución.

Sesión 16. Intervención

Objetivo: Facilitar herramientas para el control emocional y de impulsos

Actividad	Estrategias de intervención	Materiales	Herramientas de registro
Encuentro y desarrollo de la sesión.	A través de Técnicas de relajación, trabajando las imágenes y representaciones, nos enfocamos en el control de las emociones que se han ido identificando en el transcurso del proceso para que los participantes vallan asumiendo su rol el control de estas y posteriormente reencuadrar, darse cuenta y aceptarlas.	Papel, lápiz, local de consulta. Grabadora	Notas de evolución

Sesión 17. Intervención

Objetivos: Desarrollar habilidades para el mejoramiento de las relaciones interpersonales y la comunicación familiar.

Actividad	Estrategias de intervención	Materiales	Herramientas de registro
Encuentro y desarrollo de la sesión. Charla psicoeducativa acerca del suicidio y factores de riesgo	Citar a los familiares cercanos para realizar una charla psicoeducativa.	Papel, lápiz, local de consulta. Grabadora	Entrevistas, Notas de evolución.

Sesión 18. Intervención

Objetivos: Originar estrategias para proyectos de vida, teniendo en cuenta los factores resilientes.

Actividad	Estrategias de intervención	Materiales	Herramientas de registro
Encuentro y desarrollo de la sesión.	Se les pide que plasmen en una línea sus metas para que vean sus proyectos de vida a lograr a corto, mediano y largo plazo.	Papel, lápiz, local de consulta. Grabadora	Línea del tiempo

	Se establece un análisis por cada periodo, haciéndolos conscientes de su responsabilidad para el logro de estos proyectos.		

Evaluación de la intervención psicoterapéutica

Sesión 19. Etapa de evaluación

Objetivos: Reconocer la presencia de cambios o no, en la ideación suicida en el paciente.

Actividad	Estrategias de intervención	Materiales	Herramientas de registro
Encuentro y desarrollo de la sesión.	A través de la aplicación de los instrumentos aplicados al inicio del proceso de intervención se compara si hubo cambios en la ideación suicida.	Papel, lápiz, local de consulta. Grabadora	Inventario de ansiedad rasgo y estado. (IDARE). Inventario de depresión rasgo - estado (IDERE). CQH 28, Golberg (1996)

Sesión 20. Etapa de evaluación

Objetivos: Valorar los resultados obtenidos en el proceso psicoterapéutico con enfoque humanista.

Actividad	Estrategias de intervención	Materiales	Herramientas de registro
Encuentro y desarrollo de la sesión.	Se realizará una entrevista final, validando los resultados para valorar si ha habido evolución a partir de la intervención psicoterapéutica con un enfoque humanista	Papel, lápiz, local de consulta. Grabadora	Inventario de ansiedad rasgo y estado. (IDARE). Inventario de depresión rasgo - estado (IDERE). CQH 28, Golberg (1996)

Plan de análisis y procesamiento de datos e información

En la metodología cualitativa la información se recoge y se analiza de forma simultánea durante el proceso. El análisis de la información va acompañado de la recolección

desde el principio y orienta el trabajo en el campo, penetrando en temas emergentes que surgen a partir del análisis de los datos (Carrillo, Leyva y Medina, 2011).

Es importante tener en cuenta las recomendaciones sobre el muestreo y la saturación teórica los cuales constituyen el elemento primordial para la elaboración, análisis y recolección de la información. El muestreo se realiza en función de los temas y conceptos que van saliendo de los datos, y su intención es obtener la variedad y una descripción completa del fenómeno que se está investigando y la saturación teórica indica el instante en el que no se distingue algo novedoso en la pesquisa que se les realizan a los entrevistados, por tanto el método de comparaciones constantes de información nos guía en el proceso de análisis en los estudios cualitativos, es decir, se trata es de considerar los datos obtenidos y hallar una profunda explicación, el investigador trabaja con ellos y no contra ellos (Stern, 2003).

Este trabajo está presentado en etapas de modo secuencial, aunque se diferencian las etapas del proceso terapéutico, no se ha estructurado linealmente ni de forma mecánica, permitiendo la interpretación y análisis de la información desde por procesos cíclicos y dialógicos, esto permite tener un proceso en construcción y reconstrucción de los elementos y categorías, además de analizar claramente las relaciones y los nexos que se establecen entre ambos.

En el método de análisis cualitativo, algunos autores lo han denominado aproximación sucesiva o análisis en progreso, siguiendo un esquema en forma de espiral que necesariamente obliga a retroceder constantemente a los datos obtenidos e incorporar los que sean necesarios hasta proporcionar buena consistencia a la teoría concluyente (Amezcua y Gálvez, 2002).

Sistematización de datos e información

Mayring (2000) plantea dos pasos en el enfoque fundamental para el análisis de contenido, el primero es el desarrollo inductivo de la categoría y el segundo es la aplicación deductiva de la categoría.

El primer enfoque sostiene que, en la metodología cualitativa, es de vital importancia los elementos interpretativos y las categorías, es decir permanecer lo más cerca posible del material, para formular los términos. De esta manera propone un modelo descrito en cuatro pasos para explicar el desarrollo deductivo-inductivo del análisis de contenido. Primeramente, plantea la selección de un modelo de comunicación donde se parte de deducciones que se realizan a partir de la comunicación que se formalizará, teniendo en cuenta características del comunicador, sus experiencias, sentimientos y opiniones, respecto a la situación de producción del texto o en el sentido del mensaje en sí, se realiza un preanálisis de las categorías paso por paso, siguiendo los procedimientos, las reglas y los códigos confeccionando las unidades de análisis de contenido, posterior a este paso, se hace una definición de las categorías y se realiza la síntesis final (p.61).

Es importante tener en cuenta que la idea más importante del este procedimiento es la formulación de los criterios de definición, procedente de preguntas de investigación y teorías que establecen los elementos textuales del material en cuestión. Teniendo en cuenta este indicador, la información obtenida se trabaja mediante categorías y son deducidas paso por paso. A partir de la retroalimentación esas categorías planteadas se examinan y posteriormente se toman como categorías importantes, las cuales están comprobadas de acuerdo con su fiabilidad.

Otro elemento importante metodológicamente en nuestra propuesta es el análisis de contenido. Mayer & Quelle (1991) planten que es un método que ayuda a revelar el significado de los mensajes de un discurso o una historia de vida. Es un método que se enfoca la clarificación y codificación de los componentes del mensaje con el objetivo de concebir adecuadamente el sentido de la información.

Según Bardin (1996) plantea el análisis de contenido como “Un conjunto de técnicas de análisis de las comunicaciones utilizando procedimientos sistemáticos y objetivos de descripción del contenido de los mensajes”, además plantea que la intención del análisis de contenido es la inferir los conocimientos referentes a los contextos en que se producen (Bardin,1996, p. 29)

Allport citado en Pérez (1994), expresa que el análisis de contenido es un método que estudia y analiza las comunicaciones de manera sistemática y objetiva para medir las variables, además beneficia considerablemente en obtener resultados de carácter interpretativos y profundos, más allá de los elementos léxico-gramaticales (Pérez, 1994).

Por último, es importante reconocer y hacer una mirada al proceso analítico que se llevará a cabo a través de la observación y las notas de evolución en cada una de las sesiones, es decir pensar y reflexionar en cómo se desarrolló el proceso de análisis de los datos es una oportunidad para organizar nuestro sistema de intervención, actuar y posteriormente, hacer una reflexión sobre nuestras futuras acciones, es la mejor manera de construir un método efectivo en teniendo en cuenta la información obtenida en el proceso.

Paralelamente, se evaluarán las escalas y otras estrategias de recolección de datos objetivos. Se analizarán las puntuaciones obtenidas en el proceso de evaluación diagnóstica y se compararán con las resultantes de la evaluación final. Estos datos serán sumados a la información fenomenológica, y de ese modo se estaría profundizando y enriqueciendo los hallazgos del estudio.

Alcances y limitaciones de intervención

Las limitaciones de la presente propuesta de intervención están condicionadas por el déficit de investigaciones e intervenciones realizadas con respecto al suicidio desde la psicoterapia Gestalt. Los estudios de caso único no permiten instaurar generalizaciones a partir de un solo caso en análisis, es decir que no se puede realizar afirmaciones y postulados de manera general, ya que un caso no es una muestra representativa.

Mckernan (1989) refiere que el investigador a partir de este método puede asumir supuestos a priori que farseen las interpretaciones.

Estas limitaciones surgen del principio de que la actividad esencial de un método científico parte de la formulación y aplicación de principios teóricos generales. Este razonamiento es válido para determinadas áreas de algunas disciplinas, pero no es oportuno aplicárselo a todas. Este cuestionamiento trajo consigo disímiles respuestas. Una de ellas

plantea que la posibilidad de realizar estudios de caso único posibilitará que los descubrimientos obtenidos en un caso sean corroborados en otros. Si se confirma la hipótesis inicial, esta va obteniendo consistencia, la cual no existía en el estudio inicial.

Existen generalizaciones que tienen gran validez a la hora de analizar clínicamente un paciente. Stake (1988) las nombró generalizaciones menores correspondientes a dos procesos mentales. En el primero se obtiene lo común de situaciones específicas formulando generalizaciones que guardan su naturaleza. En el segundo caso, se parte también de situaciones, pero la generalización se desglosa de lo concreto, resultando una abstracción, ambos procesos representa una operación significativa en el análisis de la información clínica, pero es importante tener presente que cuando los estudios de caso único se cuestionan, el tipo de generalización que se establecen a partir de los datos obtenidos, Stake las clasifica como mayores. En la Psicología Clínica, estos estudios poseen gran valor, contribuyendo de manera efectiva en la construcción de teorías, pero en la práctica su valor decrece.

Referencias

Achir, S., Hamid, Y., Novy, H. (2019). La experiencia familiar en el cuidado de clientes con riesgo suicida en Indonesia. Revista Electrónica de Enfermería Nro. 53, ISSN: 1695-6141

Álvarez, J., Gayou, L. (1999). Investigación cualitativa, Archivos Hispanoamericanos de sexología. https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/tlahuelilpan/n3/e2.html

Amezcua, M., Gálvez, A. (2002). Los modos de análisis en Investigación Cualitativa en Salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. https://www.fundacionindex.com/gomeres/?p=1467

AMM Asociación Médica Mundial (1989). Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en personas. http://www.cnrha.mscbs.gob.es/documentacion/bioetica/pdf/Helsinki.pdf

Angélica, M., Carvalho, M. (mayo 2011). Factores protectores y de riesgo familiar relacionados al fenómeno de drogas, presentes en familias de adolescentes tempranos de Valparaíso, Chile. Revista Latinoamericana de enfermería. vol.19, pp.789-795.https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000700017&script=sci_abstract&tlng=es

Arciga, H y Carranza, A. (octubre de 2017). La intervención clínica familiar en un caso de adolescente sobreviviente de intento suicida. En (Presidencia), Veinticinco años derribando muros para construir comunidades. la evidencia científica como base de la práctica profesional. Conferencia llevada a cabo en el XXV Congreso Mexicano de Psicología, Puerto Vallarta, Jalisco, México.

Baranchuk, J. (1996). Atención aquí y ahora. Terapia Gestalt. Argentina: Abadon.

Bardin, L. (1996) Análisis de contenido. Madrid: Akal Ediciones

Beck, A. (1976). Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: International University Press.

Beck, A. (1983). Terapia cognitiva de la depresión: New York: Desclée De Brouwer.

Beck, A., & Steer, R. (1993). Handbook of Beck Depression Inventory. Estados Unidos: Psychological Corporation.

Beck, A., Kovacs, M. y Wiessman, M. (1979). Assessment of suicidal intent: The Scale for Suicide Ideation. Journal of Consulting and Clinical Psychology.

Beck, A., Weissman, D., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: the hopelessness scale. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42(6), 861–865. doi: 10.1037/h0037562

Begoña, E. (2000). Los adolescentes y el consumo de drogas. Papeles del psicólogo, 77, 25-32.

Benalcázar, P., Armas, M. (2020). La psicoterapia grupal como propuesta de intervención en adolescentes con ideación suicida. https://repositorio.uisek.edu.ec/bitstream/123456789/3761/1/Art%C3%ADculo%20Armas%20N%C3%A1jera%20Mario%20A%20-%20Pa%C3%BAl%20M%20Benalc%C3%A1zar.pdf

Borges, G., Orozco, R., Benjet, C., Medina, M. (2019). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342010000400005

Borges, G., Orozco, R., Benjet, C., Medina-Mora, M. (agosto de 2010). Suicidio y conductas suicidas en México. Salud pública México, 52(4).

Bravo, M. (2019). En México se suicidan 17 personas cada día. Recuperado de https://www.publimetro.com.mx/mx/nacional/2019/09/09/suicidio-mexico-17-personas-dia.html

Calviño, M. (2001). Análisis Dinámico del comportamiento. La Habana. Editorial Félix Varela.

Campbell, D y Boruch, R. (1975). Making the case for randomized assignment to treatments by considering the alternatives: Six ways in which quasi-experimental evaluations in compensatory education tend to underestimate effects. New York: Academic Press.

Carrillo, M., Pineda, M., Leyva, J., Medina, M. (2011). El análisis de los datos cualitativos: un proceso complejo. Recuperado de

Carrillo, S. (2001). Autoconcepto y desesperanza aprendida en un grupo de maestros de Lima Metropolitana. Revista de Psicología, 19(1), 117-149.

Casey, P. (1957). Personality and motivation structure and measurement. Yonkerson-Hodson, NY World Book Company.

Castanedo, C. (2002). Terapia Gestalt, Enfoque centrado en el aquí y el ahora. Cuarta edición, España: Herder.

Castanedo, C. (2008). Seis Enfoques Psicoterapéuticos. México: El Manuel Moderno.

Castillero, O. (2017). La Silla Vacía: una técnica terapéutica de la Gestalt. https://psicologiaymente.com/clinica/silla-vacia-gestalt#:~:text=la%20Silla%20Vac%C3%ADa%3F-,La%20t%C3%A9cnica%20de%20la%20Silla%20Vac%C3%ADa%20es%20una%20de%20las,conocidas%20de%20la%20Terapia%20Gestalt.&text=La%20t%C3%A9cnica%20en%20cuesti%C3%B3n%20trata,situaci%C3%B3n%20y%20darle%20una%20conclusi%C3%B3n.

Chen, M., Liao S., Lee, M., Wu, C., Lin, P., & Chen, W. (2016). Risk factors of suicide mortality among multiple attempters: a national registry study in Taiwan. *Med Assoc Taiwan Yi Zhi;115*, 364-71.

Cheng, Y., Tao, M., Riley, L., Kann, L., Ye, L., Tian, X., Tian, B., Hu, J. y Che, D. (2009). Protective factors relating to decreased risks of adolescent suicidal behavior. Child: care, health and development, 35, 313-322. doi:10.1111/j.1365-2214.2009.009 55.x

Chiavenato, I. (2000). Administración de Recursos Humanos. Bogotá: Mc Graw-Hill.

Clayton, R. (1992). Transitions in drug use: Risk and protective factors. 32. 147-173

Coccaro, E. (1989). Central serotonin and impulsive aggression. Br J Psychiatry.

Colombiana de Psiquiatría, 39(1), 93-109. doi: 10.1016/S0034-7450(14)60239-0

Congreso Estado (2018). Ley de Salud Mental del Estado de Chihuahua. Decreto No. LXV/EXLEY/0756/2018 II. Congreso del Estado de Chihuahua México: Periódico Oficial. http://www.chihuahua.gob.mx/atach2/anexo/anexo_47-2017_ley_de_salud_mental_del_estado.pdf

Creswell, J. (1998). Qualitative inquirí and reaserch design. Chossing among five traditions. Thousand Oaks, CA. Sage publications.

Crockett, L., Petersen, A. (1993). Adolescent Development: Health Risks and Opportunities for Health Promotion. New York: Oxford University Press.

Cuamba, N, Fraijo, B, Ortiz, A y Tejeda, F. (octubre del 2017). Perfil Psicosocial del Adolescente con Comportamiento Suicida en la Frontera Norte de México. (Presidencia), Veinticinco años derribando muros para construir comunidades. la

evidencia científica como base de la práctica profesional. Llevado a cabo en el XXV Congreso Mexicano de Psicología. Puerto Vallarta, Jalisco, México.

Desuque, D., Vargas, J., & Lemos, V. (2011). Análisis psicométrico del cuestionario de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida en población adolescente. recuperado de http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v17n2/a08v17n2

Durkheim, E. (1989). El Suicidio. Madrid: Akal.

Ezzell, C. (2003). La neurociencia del suicidio. Revista Investigación y Ciencia: 319. recuperado de https://es.scribd.com/document/39937748/Carol-Ezzell-La-Neurociencia-Del-Suicidio

Frankl, V. (1982). *Psicoterapia y Humanismo: ¿tiene sentido la vida?* México: Brevarios del Fondo de Cultura Económica.

Frankl, V. (1991). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder.

Frankl, V. (1994). *El hombre doliente. Fundamentos antropológicos de la psicoterapia*. Barcelona: Herder.

Fritsch, S., Donaldson, D., Spirito, A., Plummer, B. (2000). Personality characteristics of adolescent suicide attempters. Child Psychiatry.

Gallegos, L (s.f). Trabajo Social, El suicidio según Autores. Recuperado de http://trabajosocialvl.blogspot.com/p/el-suicidio.html

Goldberg, D., Bridges, K., Duncan-Jones, P., & Grayson, D. (1988). Detecting anxiety and depression in general medical settings.

Goldney, R., Winnefield, A., Tiggemann, M., Winwfield, H y Smith, S. (1989). Sucidal Ideation in a young adult population. Acta Psichiatrica Scandinavica, 79, 481-489.

Goldstein, A., Sprafkin, R., Gershaw, J., Klein, P. (1989). Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia. Barcelona: Martínez Roca.

Gonzáles, R., y Valdés, H. (1994). *Psicología Humanista Actualidad y Desarrollo*. La Habana, Cuba: Ciencias Sociales.

González, J., Reyes, A., Álvarez, C., & Rodríguez, A. (2002). Ideación, intento y suicidio en Bogotá. Un estado de Arte 2000-2002. Bogotá: Secretaría de Gobierno-Alcaldía Mayor de Bogotá.

Graña, J., Muñoz, M. (2000): Factores psicológicos de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. Psicología Conductual.

Guilbert, W. (2006). Aprender, enseñar y vivir es la clave. Ed Científico-Técnica. La Habana. (Pág. 17-22)

Guizar, C. (2019). El suicidio en México. Milenio. Recuperado de https://www.milenio.com/opinion/carlos-guizar/columna-carlos-guizar/el-suicidio-en-mexico

Hedrick, T., Bickman, L. y Rog, D. (1993). Applied research design. A practical guide. Newbury Park.

Hernández, H., Floree, R. (2011). El suicidio en México. Papeles de Población. 68. 69-101

Hernández, P., Villareal, R. (2015). Algunas especificidades en torno a la conducta suicida. MEDISAN 2015;19 (8):1051. http://scielo.sld.cu/pdf/san/v19n8/san14198.pdf

Hernández, S., Fernández, C., Baptista, L. (2016). Metodología de la investigación. México. Mc Graw Hill Education.

Herrera, E., Undiks, E. (2008). La experiencia de los jóvenes que han intentado suicidarse y que reciben atención psicológica en COSAM Puente Alto. Descripción desde una perspectiva humanista-gestáltica. Recuperado de http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/812/tpsico304.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Herrera, M. (2012). Consideraciones sobre la tendencia suicida desde el enfoque humanista. Universidad de San buenaventura, seccional Cali. Recuperado de http://bibliotecadigital.usb.edu.co/bitstream/10819/1169/1/Consideraciones_Tendencia_Suicida_Herrera_2012.pdf

https://lamenteesmaravillosa.com/la-linea-de-la-vida-una-tecnica-para-conocerte-mejor/

INEGI Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2018). Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/suicidios2018_Nal.pdf

INEGI Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2018). Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio. Recuperado de https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/suicidios2018_Nal.pdf

Jurado, S., Villegas, M., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión Beck para los residentes de la Ciudad de México. Salud Mental, 21(3), 26-31.

Kadzin, A. (1996), Metodi di recerca in psicología clínica, Bolonia, Il Mulino-Prentice Hall International.

LeGris, J., Reekum, R. (2006). The neuropsychological correlates of borderline personality disorder and suicidal behavior.

León, O., y Montero, I. (2003), Métodos de investigación en Psicología y Educación, Madrid, Mc Graw-Hill.

Lester, D., Beck, A. (1989). Attempted suicide in those with personality disorders. A comparison of depressed and unsocialized suicide attempters. Eur. Arch. Psychiatry Neurol.

Marco, R. Benítez, M., Morena, A. (2006). Conducta suicida en trastornos de personalidad. Revista Española de Sanidad Penitenciaria, 8(1), 108-111.

Marquez, J. (2020). La línea de la vida, una técnica para conocerte mejor. https://lamenteesmaravillosa.com/la-linea-de-la-vida-una-tecnica-para-conocerte-mejor/

Martín, M., Riquelme, A., Meda, R., Grau, J., Santos, J., Pérez, R. (2012). Utilidad del Inventario de Depresión Rasgo-Estado (IDERE) para el diagnóstico clínico. Un estudio con muestras de 4 países iberoamericanos. Anales De Psicología / Annals of Psychology, 28(3), 763-771.

Mayer, R., Ouellet, F. (1991). Métodologie de recherche pour les intervenants sociaux. Boucherville, Gaëtan Morin Éditeur.

Mayring, P. (2000). Análisis Cualitativo de Contenido. Forum: Qualitative Social Reaserch. Volume 1, No. 2, Art. 20. https://campus.fundec.org.ar/admin/archivos/Mayring.%20An%C3%A1lisis%20Cualitativo%20de%20Contenido.%20Traducci%C3%B3n.doc

Mckernan, J. (1989). “El estudio de casos” en Investigación – acción y currículum. Madrid: Morata.

Mendoza, M (2003). Suicidio: Extraído el 26 de enero de 2008 desde http://www.ilustrados.com/publicaciones/EpZkpuylFFsvSaLged.php

Midgley, N. (2006). The inseparable bond between cure and research: clinical case study as a method of psychoanalytic inquiry. Routledge, Londres.

Mingote, J., Jiménez, M., Osorio, R., y Palomo, T. (2004). Suicidio. Asistencia clínica. Guía práctica de psiquiatría médica. Madrid: Editorial Diaz de Santos. Recuperado de https://es.scribd.com/document/111471575/Suicidio-Asistencia-clinica-Guia-practica-de-psiquiatria-medica

Miranda, I., Cubillas, M., Román, R. y Valdez, E. (2009). Ideación suicida en población escolarizada infantil: factores psicológicos asociados. Revista Salud Mental, 32,495-502.

Molina, F. 2000. "Diversidad cultural y reforma educativa". Buenos Aires, Temas Grupo Editorial.

Muñoz, M. (2008). La sensibilización Gestalt en el Trabajo Terapéutico. Desarrollo del Potencial Humano. México: Editorial Pax.

Naranjo, C. (1990). La vieja y novísima Gestalt: actitud y práctica. Santiago: Cuatro Vientos.

Naranjo, C. (2006). La vieja y novísima Gestalt. Novena edición, Chile: Cuatro Vientos.

Núñez de Villavicencio, A. (2001). *Psicología de la salud*. La Habana: Ciencias Médicas.

OMS Organización Mundial de la Salud (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud.* Washington, DC: OPS. https://www.uv.mx/psicologia/files/2014/11/Violencia-y-Salud-Mental-OMS.pdf

OMS Organización Mundial de la Salud (2019a). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide

OMS Organización Mundial de la Salud (2019b). *Suicidio.* Recuperado de https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide

OPS Organización Panamericana de la Salud (2014). *Prevención del suicidio: un imperativo global.* Washington, DC. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508_spa.pdf;jsessionid=EEFF97336A2D51C55AF3182158722AD9?sequence=1

OPS Organización Panamericana de la Salud (2020). Pandemia por COVID-19 exacerba los factores de riesgo de suicidio. Recuperado de https://www.paho.org/es/noticias/10-9-2020-pandemia-por-covid-19-exacerba-factores-riesgo-suicidio

Orozco-Cabal, R., Rodríguez, M., Herin, D., Gempeler, J., & Uribe, M. (2010). Validity and

Pallis, D, Birtchnell, J. (1977). Seriousness of Suicide Attempt in Relation to Personality. Psychiatry.

Paneth, N. y Susser, M. (2002). The early history and development of the case-control study. Social & Preventive Medicine, 47(6), 359-365.

Pazos, D., Ramírez, C., Romero, C y Cuamba, N. (octubre de 2017). La impulsividad en relación con el comportamiento suicida en jóvenes en etapa de adolescencia temprana. En ------(Presidencia), Veinticinco años derribando muros para construir comunidades. la evidencia científica como base de la práctica profesional. Conferencia llevada a cabo en el XXV Congreso Mexicano de Psicología, Puerto Vallarta, Jalisco, México.

Pedhazur, E. y Schmelkin, L. (1991). Measurement, design, and analysis. An integrated approach. Hillsdale.

Pérez Barrero. (1999). *La Salud Mental: El suicidio en Cuba*. La Habana: Ciencias Médicas.

Pérez, G. (1994) Investigación cualitativa. Retos e interrogantes. Tomo II. Técnicas de análisis de datos. Madrid: La Muralla S.A.

Pérez, G. (1994). *La investigación cualitativa. Retos e interrogantes*. Madrid: La Muralla S.A.

Perls, F. (1974). Sueños y existencia: terapia gestáltica. Chile: Editorial cuatro vientos.

Perls, F. (1975). Yo, Hambre y Agresión. Los comienzos de la terapia gestaltista. México: Fondo de Cultura Económica.

Polster, M. & E. (2001). Terapia gestáltica. Buenos Aires: Amorrortu.

Pompili, M., Girardi, P., Ruberto, A., Tatarelli, R. (2005). Suicide in borderline personality disorder: a meta-analysis. Nord J Psychiatry.

Pradas, C. (2018). Perfil psicológico de una persona suicida. Recuperado de https://www.psicologia-online.com/perfil-psicologico-de-una-persona-suicida-3990.html

Reyes, R., Romero, A., Ramos, A., González, A. (2012). Suicidio en el adulto mayor. Revista Habanera de Ciencias Médicas, 11(5).

Ricoy, L. Contribución sobre los paradigmas de investigación Educação. Revista do Centro de Educação, vol. 31, núm. 1, 2006, pp. 11-22 Universidad de Federal de Santa María Santa María, RS, Brasil recuperado de https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=117117257002

Riveros, E. (2014). La psicología humanista: sus orígenes y su significado en el mundo de la psicoterapia a medio siglo de existencia. 135- 186. Recuperado de https://es.scribd.com/search?content_type=documents&page=3&query=La%20psicoterapia%20humanista%20y%20suicidio&language=4

Rodríguez, G. (2020). Proceso de Psicoterapia Gestalt en un joven universitario con ideación suicida (Tesis de maestría). Universidad Autónoma de Ciudad Juárez.

Rodríguez, J., A., Medina, O., Duque, D. (2016). Characterization of suicide in the de partment of Risaralda, Colombia, 2005-2010. *Rev Fac Med; 61*, 9-16.

Rodríguez, J., Glez, J., Rivera, R., Gracia, M y Hernández, D. (1990). El suicidio y sus interpretaciones teóricas. Psiquis, 1990: 11: 374-380. Recuperado de https://www.psicoter.es/_arts/90_A077_12.pdf

Rogers, C. (1951). Client-centered therapy: Its current practice, implications and theory. London: Constable.

Rogers, C. (1979) El proceso de convertirse en persona. Buenos Aires: Paidós.

Rogers, C. (1989). La persona como centro. Barcelona: Herder.

Romero, A. (2010). *Caracterización de los indicadores que propician la conducta suicida en los adolescentes*. Tesis de licenciatura. Universidad de Camagüey, Camagüey, Cuba.

Rosselló, J., & Duarté-Vélez, Y., & Bernal, G., & Zuluaga, M. (2011). Ideación suicida y respuesta a la terapia cognitiva conductual en adolescentes puertorriqueños/as con depresión mayor. *Interamerican Journal of Psychology, 45* (3), 321-329

Rubinstein, J.L. (1981). *Principio de Psicología General*. La Habana, Cuba: Edición Revolucionaria.

Ruiz, P., Lozano, E., Polaino, A. (1994). Variables personales, familiares y patrones de consumo de alcohol y drogas ilegales en el adolescente. Anales de Psiquiatría.

Salama, H. (2002). TPG Manual del Test de Psicodiagnóstico Gestalt de Salama. México: Centro Gestalt de México

Salama, H. (2012). Gestalt 2.0. Actualización en Psicoterapia Gestalt. México: Alfaomega Grupo Editor.

Salazar, R., Herrera, F. (marzo de 2019). Promoción a la salud mental y la prevención del comportamiento suicida en jóvenes a través de la psicoterapia Gestalt. Revista electrónica de psicología Iztacala. vol. 22 no. 1

Sánchez, L. (octubre de 2019). Conducta suicida: Características biológicas, cognitivas y socioculturales. En Zalce, A (Presidencia), Neurociencias y Psicología. Avances en el estudio de la consciencia, las emociones, la conducta y la cognición. Conferencia llevada a cabo en el XXVII Congreso Mexicano de Psicología, Guadalajara, México.

Siomopoulos, V. (1990. When patients consider suicide? Risk factors to watch for. Postgrad Med;88(3)

Spielberger, C., Díaz-Guerrero, R. (1975). IDARE: Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado. México: El Manual Moderno

Stake, R. (1988). Investigación en estudio de casos, Madrid: Ediciones Morata. 1998

Stern, N. (2003). Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Medellín.

Tercer boletín informativo Hablemos de suicidio Chihuahua, enero-septiembre 2019 Prevención del suicidio. Orientación ante el riesgo de suicidio. Recuperado de http://www.ssch.gob.mx/tmp/BoletinF.pdf

Torre, M. (2013). Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida. file:///C:/Users/hp/Downloads/protocolo_ideacion_suicida%20(1).pdf

Tubert, S. (s.f). El suicidio: Una perspectiva psicoanalítica Silvia. Recuperado de http://www.atopos.es/pdf_04/sucidio-perpectiva-psicoanalitica.pdf

Turbi, A., LLoria, R. (2005). Prevención con menores en situación de riesgo. Valencia: Proyecto Hombre.

Vallés, A. (1996). Padres, hijos y drogas. Una estrategia de intervención psicológica para la prevención de las drogodependencias. Valencia: Generalitat Valenciana.

Vázquez, C. (2018). Psicoterapia Gestalt: conceptos, principios y técnicas. Recuperado de https://www.psicologia-online.com/psicoterapia-gestalt-conceptos-principios-y-tecnicas-2278.html

Villegas, M. (2013). Prometeo en el Diván. Psicoterapia el desarrollo moral. Barcelona: Herder.

Wasserman, D., Rihmer, Z., Rujescu, D., Sarchiapone, M., Sokolowski, M., Titelman, D et al.

Wenzel, A. & Beck, A. (2008). A cognitive model of suicidal behavior: Theory and treatment. Applied and Preventive Psychology 12(4), 189–201. doi: 10.1016/j.appsy.2008.05.001

Wolman, B. (1967). Teorías y Sistemas Contemporáneos de Psicología. La Habana: Ediciones Revolucionarias.

Yontef, G. (1997). Proceso y diálogo en Gestalt, Ensayos de terapia gestáltica. Segunda edición, Chile: Cuatro Vientos.

Zinker, J. (2006). El proceso creativo en la terapia gestáltica. México: Paidós.

Anexos

Carta de consentimiento informado

A través de este consentimiento se manifiesta que:

Se le está invitando a participar en el proyecto de investigación en **Psicoterapia humanista en una persona con indefensión aprendida con intento de suicidio** que tiene como objetivo analizar los cambios en la indefensión aprendida en una persona con intento suicida mediante un proceso psicoterapéutico humanista. Este proyecto consiste en realizar un diagnóstico de la indefensión aprendida y en función de este, intervenir con una propuesta terapéutica desde la perspectiva humanista.

Su participación consiste en formar parte del proceso terapéutico en el cual estará dividido en tres etapas. Primeramente, la etapa diagnóstica donde se aplicarán una serie de instrumentos psicométricos en función de explorar las diferentes áreas a intervenir. Seguidamente se comenzará con la etapa de intervención con la duración de 20 sesiones y una tercera etapa de evaluación donde se tomarán en cuenta el cumplimiento de los objetivos de la terapia. Al finalizar, el proceso que dará registrado como propuesta de intervención, teniendo en cuenta los resultados para que contribuyan a un mejor desarrollo de su personalidad. La participación en cada encuentro es voluntaria, y se solicita que puedan mantener su colaboración hasta el final para alcanzar un mayor impacto en la intervención. Los datos de su nombre, dirección, o cualquier actividad que se comparta se manejarán de manera anónima y estrictamente confidencial.

El estudio presenta los siguientes beneficios, participara en un proceso terapéutico donde se le realizará el seguimiento de cerca por parte de la institución y del terapeuta y al mismo tiempo contribuirá a la implementación de un nuevo enfoque de terapia que servirá para futuras intervenciones y con el compromiso de ofrecerle toda la información que se obtenga en el proceso sin que signifique gasto alguno. Esta aplicación no tendrá ninguna molestia física ni riesgos a la salud en general. Los resultados se analizarán en conjunto y serán publicados en revistas científicas con absoluta confidencialidad y anonimato de los participantes. Para cualquier duda sobre este proyecto puede comunicarse con el investigador Hector Yenier Ruiz Arzalluz al teléfono 6561041392 correo al194439@alumnos.uacj.mx, o bien con el director del proyecto Dr. Alberto Castro Valles 6561751198 correo: alcastro@uacj.mx. Incluso si requiere más información puede comunicarse con el Comité Institucional de Ética y Bioética de la UACJ al teléfono 6883800 ext. 6632.

Declaro que todo lo que se ha mencionado en este documento me fue explicado verbalmente.

Con fecha _____ y, habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a mi participación.

_____

Nombre, firma y/o huella digital del/la participante o responsable legal

Lic. Héctor Yenier Ruiz Arzalluz
Psicoterapeuta

Dr. Alberto Castro Valles
Responsable de la investigación

C. Silvia Aguirre Lomelí
Testigo CFIC

Escala de Ideación Suicida de Beck (Scale for Suicide Ideation, SSI). (Anexo 1)

1. *Deseo de vivir*
   0. Moderado a fuerte
   1. Débil
   2. Ninguno
2. *Deseo de morir*
   0. Ninguno
   1. Débil
   2. Moderado a fuerte
3. *Razones para vivir/morir*
   0. Porque seguir viviendo vale más que morir
   1. Aproximadamente iguales
   2. Porque la muerte vale más que seguir viviendo
4. *Deseo de intentar activamente el suicidio*
   0. Ninguno
   1. Débil
   2. Moderado a fuerte
5. *Deseos pasivos de suicidio*
   0. Puede tomar precauciones para salvaguardar la vida
   1. Puede dejar de vivir/morir por casualidad
   2. Puede evitar las etapas necesarias para seguir con vida
6. *Dimensión temporal (duración de la ideación/deseo suicida)*
   0. Breve, períodos pasajeros
   1. Por amplios períodos de tiempo
   2. Continuo (crónico) o casi continuo
7. *Dimensión temporal (frecuencia del suicidio)*
   0. Raro, ocasional
   1. Intermitente
   2. Persistente o continuo
8. *Actitud hacia la ideación/deseo*
   0. Rechazo
   1. Ambivalente, indiferente
   2. Aceptación
9. C*ontrol sobre la actividad suicida/deseos de* acting out
   0. Tiene sentido del control
   1. Inseguro
   2. No tiene sentido del control
10. *Disuasivos para un intento activo (familia, religión, irreversibilidad)*
    0. Puede no intentarlo a causa de un disuasivo
    1. Alguna preocupación sobre los medios pueden disuadirlo
    2. Mínima o ninguna preocupación o interés por ellos
11. *Razones para el intento contemplado*
    0. Manipular el entorno, llamar la atención, vengarse

1. Combinación de 0 y 2
2. Escapar, solucionar los problemas, finalizar de forma absoluta

12. *Método (especificidad/planificación del intento contemplado)*
    0. No considerado
    1. Considerado, pero detalles no calculados
    2. Detalles calculados/bien formulados
13. *Método (accesibilidad/oportunidad para el intento contemplado)*
    0. Método no disponible, inaccesible. No hay oportunidad
    1. El método puede tomar tiempo o esfuerzo. Oportunidad escasa
    2. Método y oportunidad accesibles

    3.Futura oportunidad o accesibilidad del método previsto
14. *Sentido de «capacidad» para llevar adelante el intento*
    0. No tiene valor, demasiado débil, miedoso, incompetente
    1. Inseguridad sobre su valor
    2. Seguro de su valor, capacidad
15. *Expectativas/espera del intento actual*
    0. No
    1. Incierto
    2. Sí
16. *Preparación actual para el intento contemplado*
    0. Ninguna
    1. Parcial (p. ej., empieza a almacenar pastillas, etc.)
    2. Completa (p. ej., tiene las pastillas, pistola cargada, etc.)
17. *Nota suicida*
    0. Ninguna
    1. Piensa sobre ella o comenzada y no terminada
    2. Nota terminada
18. *Actos finales en anticipación de la muerte (p. ej., testamento, póliza de seguros, etc.)*
    0. Ninguno
    1. Piensa sobre ello o hace algunos arreglos
    2. Hace planes definitivos o terminó los arreglos finales
19. *Engaño/encubrimiento del intento contemplado*
    0. Reveló las ideas abiertamente
    1. Frenó lo que estaba expresando

    Intentó engañar, ocultar, mentir

Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Anexo 2)

Nombre……Estado Civil…… Edad…… Sexo…. Ocupación…… . .. Educación……Fecha……

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito).

1. Tristeza

0 No me siento triste.
1 Me siento triste gran parte del tiempo 2 Me siento triste todo el tiempo.
3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2.Pesimismo

0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
2 No espero que las cosas funcionen para mí.
3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

0 No me siento como un fracasado.
1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4 **Pérdida de Placer**

0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

4 **Sentimientos de Culpa**

0 No me siento particularmente culpable.
1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

0 No siento que este siendo castigado
1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
2 Espero ser castigado.
3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

0 siento acerca de mi lo mismo que siempre.
1 He perdido la confianza en mí mismo.
2 Estoy decepcionado conmigo mismo.

3 No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
2 Querría matarme
3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

0 no lloro más de lo que solía hacerlo.
1 lloro más de lo que solía hacerlo
2 lloro por cualquier pequeñez.
3.siento ganas de llorar, pero no puedo.

11 agitación

0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
3 Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

0 No siento que yo no sea valioso
1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
3 Siento que no valgo nada.

15 Pérdida de Energía

0 tengo tanta energía como siempre.
1. Tengo menos energía que la que solía tener.
2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
1ª. Duermo un poco más que lo habitual.
1b. Duermo un poco menos que lo habitual. 2a Duermo mucho más que lo habitual.

2b. Duermo mucho menos que lo habitual
3ª. Duermo la mayor parte del día
3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

0 No estoy tan irritable que lo habitual.
1 Estoy más irritable que lo habitual.
2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

0 no he experimentado ningún cambio en mi apetito.
1ª. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
2a. Mi apetito es mucho menor que antes. 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
3ª. No tengo apetito en absoluto.
3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

Inventario de Ansiedad Rasgo y Estado. (IDARE). (Anexo 3)

Edad:

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y marque la frase que indique como se siente en estos momentos. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

No	Vivencias	No en lo absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1	Me siento calmado				
2	Me siento seguro				
3	Estoy tenso				
4	Estoy contrariado				
5	Me siento a gusto				
6	Me siento alterado				
7	Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo				
8	Me siento descansado				
9	Me siento ansioso				
10	Me siento cómodo				
11	Me siento con confianza en mí mismo				
12	Me siento nervioso				
13	Estoy agitado				
14	Me siento a punto de explotar				
15	Me siento relajado				
16	Me siento satisfecho				
17	Estoy preocupado				
18	Me siento muy preocupado y aturdido				
19	Me siento alegre				
20	Me siento bien				

No	Vivencias	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
21	Me siento mal				
22	Me canso rápidamente				
23	Siento ganas de llorar				
24	Quisiera ser tan feliz como otras personas parecen ser				
25	Pierdo oportunidades por no poder decidirme				
26	M siento descansado				
27	Soy una persona tranquila, serena y sosegada				
28	Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas				
29	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia				
30	Soy feliz				
31	Tomo las cosas muy a pecho				
32	Me falta confianza en mí mismo				
33	Me siento seguro				
34	Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades				
35	Me siento melancólico				
36	Me siento satisfecho				
37	Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente				
38	Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza				
39	Soy una persona estable				
40	Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me tenso y alterado				

Inventario de depresión rasgo - estado) IDERE (Anexo 4)

Nombre: _____

Edad: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Algunas de las expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y escriba el número correspondiente a la respuesta seleccionada de acuerdo con como usted se sienta usted **ahora mismo**, en estos momentos. No hay respuestas buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos, **ahora**.

No, en absoluto --1 Un poco --2 Bastante --3 Mucho –4

1. Pienso que mi futuro es desesperado y no mejorará mi situación.....( )
2. Estoy preocupado.....( )
3. Me siento con confianza en mi mismo.....( )
4. Siento que me canso con facilidad.....( )
5. Creo que no tengo nada de que arrepentirme.....( )
6. Siento deseos de quitarme la vida.....( )
7. Me siento seguro.....( )
8. Deseo desentenderme de todos los problemas que tengo.....( )
9. Me canso más pronto que antes.....( )
10. Me inclino a ver el lado bueno de las cosas.....( )
11. Me siento bien sexualmente.....( )
12. Ahora no tengo ganas de llorar.....( )
13. He perdido la confianza en mi mismo.....( )
14. Siento necesidad de vivir.....( )
15. Siento que nada me alegra como antes.....( )
16. No tengo sentimientos de culpa.....( )
17. Duermo perfectamente.....( )
18. Me siento incapaz de hacer cualquier trabajo por pequeño que sea.....( )
19. Tengo gran confianza en el porvenir.....( )
20. Me despierto más temprano que antes y me cuesta trabajo volverme a dormir.....( )

CQH 28, Golberg (1996) (Anexo 5)

CQH 28, Golberg (1996) Edad:					
	Nunca	**Pocas veces**	**Algunas veces**	**Muchas veces**	**Siempre**
1. Se ha sentido agotado y sin fuerzas					
2. Ha sentido la sensación de estar enfermo					
3. Ha tenido dolores de cabeza					
4. Ha sentido pesadez en la cabeza o la sensación de que le va a estallar					
5. Ha tenido temor a desmayarse en público					
6. Se ha sentido cansado o fatigado incluso para comer					
8. Al despertar siente que no ha descansado lo suficiente					
9. Siente que no puede concentrarse en todo lo que hace					
10. Duerme menos por tener preocupaciones					
11. Ha pasado noches inquietas o intranquilas					
12. Se ha sentido incapaz de tomar decisiones					
13. Siente miedo ante todo lo que tiene que hacer					
14. Se ha notado constantemente agobiado o en tensión					
15. Se tarda más tiempo para hacer las cosas					
16. Ha sentido que por lo general no hace					
Nunca					
17. Se ha sentido insatisfecho con su forma de hacer las cosas					
18. Se ha sentido incapaz de afrontar sus problemas adecuadamente					
19. Ha sentido la sensación de que la gente se le queda viendo					
20. Se ha sentido nervioso o a punto de estallar					
21. Ha notado que a veces no puede hacer nada a causa de sus nervios					
22. Ha perdido la confianza y fe en sí mismo					
23. Ha pensado en que no vale nada					
24. Siente que no se puede esperar nada de la vida					
25. Ha sentido que no vale la pena vivir					
26. Ha pensado en la posibilidad de quitarse de en medio					
Ha deseado estar muerto y lejos de todo					
Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza					

Entrevista semiestructurada (Anexo 6)

¿Se te han presentado tipo de pensamientos con ideación suicida?

¿Edad en la que se presentó la primera vez? (Opcional)

¿Frecuencia en que se te hacen presentes las ideas suicidas?

¿Qué factores te han llevado a que se desencadenen estas ideas suicidas?

¿Emociones que se causan luego de presentar este tipo de ideas suicidas?

¿Qué situaciones o personas han intervenido para que no llegues al acto suicida?

¿Existen personas significativas que detienen el deseo que se tiene de morir?

¿Piensas que se requiere de estar en un estado especial para intentar morir?

¿Qué papel que juega la familia cuando estos pensamientos llegan a la mente?

¿Se presentan señalamientos y juicios de estas personas?

¿Qué efectos o importancia presenta para ti este tipo de señalamientos?

¿En algunos momentos estos juicios de la familia detienen en ti, el que no desees morir?

Entrevista semiestructurada del Ciclo de la Experiencia (Anexo 7)

Fase de sensación (Internas/Externas)

1. ¿Recuerdas algún acontecimiento relevante que te llevó a cometer el intento de suicidio?
2. ¿Cuál de ellos consideras que tuvo más impacto en tus emociones a la hora de intentar suicidarte?
3. ¿Qué te hace creer que este acontecimiento es el más responsable en tu decisión? ¿Puedes describir de qué manera influyó en ti?
4. ¿Recuerdas algo importante que hayas visto o sentido en esa situación particularmente?
5. Puedes describir lo que experimentaste en tu cuerpo cuando sucedió esto que estas narrando.
6. ¿De todas las sensaciones que experimentaste, cuál de ellas vivenciaste de forma más intensa?
7. Percibiste alguna sensación en particular que te estimulará a realizar alguna acción específicamente.

Fase de darse cuenta (Interno/Externo/ Fantasía)

1. ¿Recuerdas específicamente un objeto o algo en particular en ese instante que te llamó la atención?
2. ¿Qué significado le atribuyes ahora en este momento a ese objeto?
3. ¿Existe alguna situación de ese instante que puedas recuerdes?
4. ¿Puedes recordar alguna emoción significativa de ese momento?
5. ¿Me podrías describir cómo se manifestó físicamente de esa emoción?
6. ¿Recuerdas algún pensamiento o imagen relacionado con ese momento?
7. ¿Qué percepción tienes con respecto a todo lo que has narrado?
8. ¿Existe la presencia de alguna necesidad sustancial con relación a lo que estás describiendo?
9. En estos momentos que eres capaz de percibir de forma diferente y a distancia el acontecimiento, ¿Puedes expresar de que te das cuenta?

Fase de movilización de la energía

1. En el momento de cometer el acto suicida ¿Sentías alguna sensación de intranquilidad?
2. ¿Tenías alguna motivación es específica para realizar algún tipo de acción?
3. ¿Puedes describir cómo te sentiste cuando te diste cuenta de lo que querías hacer?
4. ¿Tenías las energías para cometer la acción que tenías planificada?
5. ¿De qué forma pensabas llevarlo a cabo?

Fase de acción

1. ¿Valoraste la posibilidad de realizar algún tipo de acción para evitar el acto de suicidio? En realidad ¿Qué hiciste?

Fase de contacto

2. ¿Cómo te sentiste después de haber llevado a cabo la acción?
3. ¿Te sentiste realizado con el acontecimiento?
4. ¿Lograste el objetivo que te propusiste al realizarla acción?

Fase de Reposo

1. ¿Después de cometer el acto sentiste más alivio?
2. ¿Puedes describir cómo te sentiste?
3. ¿Tu vida volvió a la anormalidad?

Entrevista sobre los Bloqueos.

Desensibilización

1. ¿Sentías en ese momento que tus sensaciones fluían por todo tu cuerpo?
2. ¿Con respecto al acontecimiento, tuviste problema para conectar con las sensaciones de tu cuerpo en ese instante?
3. ¿Piensas que, en el momento de cometer el acto, reflexionaste mucho sobre situación en la que te encontrabas?

Proyección

1. En relación con el acto de suicidio ¿Te consideras víctima de las circunstancias de la vida? ¿En algún momento te sentiste de esa forma?
2. ¿Piensas que las demás personas tenían que haberse dado cuento y evitado la situación, sin que manifestaras algo al respecto? ¿Recuerdas en algún momento haber pensado de esa forma?
3. ¿Consideras alguna persona o acontecimiento responsable de lo sucedido?

Introyección

1. ¿Cómo piensas que actuaría una persona en una situación parecida por la que estás pasando en estos momentos? ¿Cuándo pensaste en quitarte la vida por primera vez?
2. ¿En este momento, pensaste que hiciste lo que se tenías que hacer?
3. ¿Has experimentado miedo o temor a expresar tus emociones abiertamente? ¿Puedes explicar o describir aquello que te causaba temor?

Retroflexión

1. ¿Por qué no expresaste lo que querías hacer?
2. ¿Recuerdas cómo te estabas sintiendo al no decir lo que te estaba sucediendo en el momento?
3. ¿Tenías algún propósito en específico en el momento del acontecimiento? ¿Lo

lograste?

4. ¿Recuerdas haber deseado sustituir ese deseo de morir?

Deflexión

1. ¿Desearías cambiar el tema y hablar de otra cosa en específico?
2. ¿Piensas que hiciste lo que querías hacer o hiciste otra cosa diferente a lo que pensaste?
3. ¿Tienes deseos de hacer algo específico en este momento? ¿Puedes describirlo?
4. ¿Consideras a modo general que has expresado todo lo que querías expresar emocional y sentimentalmente?

Confluencia

1. En el desarrollo de esta entrevista ¿Cómo concibes el contacto entre nosotros?
2. ¿Cuándo te hicimos preguntas en algún momento sentiste incomodidad o malestar?
3. ¿Respondiste alguna pregunta que no deseabas hacerlo y aun así la respondiste?
4. ¿Recuerdas alguna persona que estabas en total desacuerdo durante el acto? ¿A pesar de ello, preferiste no expresárselo ni enfrentarlo?
5. ¿Piensas que es mejor evitar a las personas que te rodean, aunque tengas diferentes puntos de vista?