



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

“Proceso de Psicoterapia Gestalt en un joven universitario con ideación suicida”

Tesis para obtener el grado de
Maestra en Psicoterapia Humanista y Educación para la Paz

Por

Gretis Leidy Rodríguez Hernández
Becada Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología

Dirección de Tesis
Mtro. Jorge Ramón Lozano Martínez

Ciudad Juárez, Chihuahua

4 de junio de 2020

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



“Proceso de Psicoterapia Gestalt en un joven universitario con ideación suicida”

Tesis para obtener el grado de
Maestra en Psicoterapia Humanista y Educación para la Paz

Por

Gretis Leidy Rodríguez Hernández

Becada Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología

Matric.: 183357 / CVU: 942067

Orcid: 0000-0002-9653-5258

Dirección de Tesis

Mtro. Jorge Ramón Lozano Martínez

CVU 470792 / Orcid. 0000-0002-0201-1534

Comité Tutorial

Dra. María Nieves González Valles

CVU 254284 / Orcid. 0000-0002-9478-8366

Dr. Alberto Castro Valles

Investigador Nacional SNI-1/CVU 91724

Orcid.0000-0001-6589-0073

Dra. Martha Luz Muñoz Escobar

CVU 610330 / Orcid. 0000-0002-5229-0201

Ciudad Juárez, Chihuahua

4 de junio de 2020

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CIUDAD JUÁREZ
DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS ACADÉMICOS
ACTA DE EXAMEN DE GRADO

En Ciudad Juárez, Chihuahua, siendo las 10:00 horas del día 8 de junio del 2020 se reunieron en las instalaciones del INSTITUTO DE CIENCIAS SOCIALES Y ADMINISTRACIÓN los integrantes del sínodo

Dr. Alberto Castro Valles

Presidente

Dra Maria Nieves Gonzalez Valles

Secretario

Dra Martha Luz Muñoz Escobar

Vocal

quienes en base a la normatividad universitaria procedieron a llevar a cabo el EXAMEN de la sustentante

GRETIS LEIDY RODRIGUEZ HERNANDEZ

Como requisito para obtener el GRADO de MAESTRIA en MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA HUMANISTA Y EDUCACIÓN PARA LA PAZ.

Una vez concluida la réplica, el jurado deliberó libremente y procedió a emitir el veredicto de

APROBADO POR UNANIMIDAD DE VOTOS

Los abajo firmantes certifican la legalidad de la presente acta la cual se expide a los 16 días del mes de junio del 2020 para los fines que al interesado convengan.



No. Folio:0003052

Dr. Antonio de la Mora Covarrubias
Director General de Servicios Académicos

Mtro. Santos Alonso Morales Muñoz
Director del Instituto

Cd. Juárez Chihuahua., a 15 de mayo de 2020.

Asunto: Liberación de Tesis.

Comité Académico
de la Maestría en Psicoterapia Humanista y
Educación para la Paz
Dr. Alberto Castro Valles
Coordinador de la Maestría en Psicoterapia
Humanista y Educación para la Paz
P r e s e n t e.-

Por medio de este conducto, les comunico que **Gretis Leidy Rodríguez Hernández**, con número de matrícula **183357**, ha realizado las modificaciones observadas por el Comité Tutorial a su tesis denominada: "Proceso de Psicoterapia Gestalt en un joven universitario con ideación suicida", en mi función como Director de tesis en tiempo y forma, por lo que emito la **liberación** del documento final que permita generar los procesos de presentación de su examen de grado.

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente



Mtro. Jorge Ramón Lozano Martínez
Director de Tesis
Profesor-Investigador UACJ

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIALES

Maestría en Psicoterapia Humanista y Educación para la Paz

UACJ | UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE CIUDAD JUÁREZ

Cd. Juárez Chihuahua., a 20 de mayo de 2020.
MPH/229/20

Asunto: Aprobación del documento de Tesis.

Comité Académico

de la Maestría en Psicoterapia Humanista y
Educación para la Paz

Dr. Alberto Castro Valles

Coordinador de la Maestría en Psicoterapia
Humanista y Educación para la Paz

Presente.-

Por medio de este conducto, les comunico que **Gretis Leidy Rodríguez Hernández**, con número de matrícula **183357**, ha realizado en tiempo y forma, las modificaciones observadas en predefensa a su tesis denominada: “**Proceso de Psicoterapia Gestalt en un joven universitario con ideación suicida**”, en mi función como Lector de tesis por lo que emito la **aprobación** del documento final que permita generar los procesos de presentación de su examen de grado.

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente



Dr. Alberto Castro Valles
Lector de Tesis
Investigador Nacional SNI-1
Profesor- investigador UACJ
Coordinador MPHEP

Cd. Juárez Chihuahua., a 21 de mayo de 2020.


Asunto: Aprobación del documento de Tesis.

Comité Académico
de la Maestría en Psicoterapia Humanista y
Educación para la Paz
Dr. Alberto Castro Valles
Coordinador de la Maestría en Psicoterapia
Humanista y Educación para la Paz
P r e s e n t e.-

Por medio de este conducto, les comunico que **Gretis Leidy Rodríguez Hernández**, con número de matrícula **183357**, ha atendido en tiempo y forma las modificaciones observadas en predefensa a su tesis denominada "**Proceso de Psicoterapia Gestalt en un joven universitario con ideación suicida**", en mi función como Lectora de tesis por lo que emito la **aprobación** del documento final que permita generar los procesos de presentación de su examen de grado.

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente


Dra. María Nieves González Valles
Lectora de Tesis
Profesora-Investigadora UACJ

Cd. Juárez Chihuahua., a 19 de mayo de 2020.


Asunto: Aprobación del documento de Tesis.

Comité Académico
de la Maestría en Psicoterapia Humanista y
Educación para la Paz
Dr. Alberto Castro Valles
Coordinador de la Maestría en Psicoterapia
Humanista y Educación para la Paz
P r e s e n t e.-

Por medio de este conducto, les comunico que **Gretis Leidy Rodríguez Hernández**, con número de matrícula **183357**, ha realizado en tiempo y forma, las modificaciones observadas en predefensa a su tesis denominada: "**Proceso de Psicoterapia Gestalt en un joven universitario con ideación suicida**", en mi función como Lectora de tesis por lo que emito la **aprobación** del documento final que permita generar los procesos de presentación de su examen de grado.

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente



Dra. Martha Luz Muñoz Escobar
Lectora de Tesis
Especialista Psicoterapeuta
NAB MPHEP

Dedicatoria

....A mi pequeño príncipe, por ser hoy el sol que ilumina todos mis días...

... A todos los que han descubierto que hay vida antes de la muerte....



Pintando el proceso terapéutico. Daniel, 22 años.

... Cree en ti mismo y en lo que eres.
Se consciente de que hay algo en tu interior,
que es más grande que cualquier obstáculo...

Christian D. Larson

Agradecimientos

...Brindo mi especial agradecimiento al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por la oportunidad y el apoyo económico que hizo posible mi formación como maestrante.

... A la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, en especial a la Maestría en Psicoterapia Humanista y Educación para la Paz por la generosidad, apoyo y alentadoras palabras con la que reciben estudiantes extranjeros.

...A toda mi familia, por apoyarme en mis sueños; cada uno ha aportado algo especial en mi formación como ser humano y a ellos le debo el camino recorrido y todo lo que soy.

...A los miembros del Síno la Dra. María Nieves Gonzáles Valles, Dr. Alberto Castro Valles y la Dra. Martha Luz Muñoz Escobar, agradezco su tiempo y dedicación, múltiples sugerencias y aportaciones a este documento de tesis.

...A mi director de tesis el Mtro. Jorge Ramón Lozano Martínez, mi reconocimiento por su atinada y profesional asesoría en la elaboración de esta tesis. Por su gran generosidad y orientación oportuna hacia la clarificación de conceptos y pulir modos de ejercer una Psicoterapia Humanista y Gestalt digna de apreciar al ser humano.

...A todos los profesores que durante estos dos años nos han guiado y dedicado innumerables horas en la incansable labor de formarnos como profesionales, por compartimos conocimientos, experiencias y enseñanzas prácticas.

...A todos mis queridos compañeros, en este maravilloso viaje, que me permitieron entrar en sus vidas, por la convivencia dentro y fuera del salón. Infinito agradecimiento por haber compartido junto a ustedes tan lindos recuerdos y ser parte de una peculiar y única Generación X.

... A mi participante, por la confianza depositada en mí, por abrir su intimidad y su corazón dispuesto a crecer desde sus propios recursos. Por su constancia y participación en el proceso.

...A todas aquellas personas que de una forma u otra estuvieron presentes y me tendieron su mano para contribuir a que este sueño se haga realidad.

¡Muchas Gracias!

Resumen

El suicidio se ubica como una de las consecuencias más graves de un funcionamiento mental poco saludable. El acto de poner fin a la vida de manera intencional está mediatizado por un amplio cúmulo de factores desencadenantes incluyendo factores sociales, económicos, características hereditarias, rasgos de personalidad con manifestaciones clínicas como la ansiedad y la depresión, lo cual mediante intervenciones con orientación humanista se puede prevenir el suicidio sobre todo en sujetos que han presentado ideación suicida. Por lo anterior, se diseñó e implementó una intervención psicoterapéutica desde el enfoque Gestalt con el objetivo de analizar los cambios en la ideación suicida de un joven universitario como estudio de caso, a través de 21 sesiones con una hora de duración una vez por semana analizando los hallazgos desde un enfoque cualitativo con diseño preexperimental de psicoterapia a través de técnicas gestálticas. Entre los hallazgos obtenidos, se encontró la efectividad del proceso psicoterapéutico gestáltico considerando el proceso de contactar como una estrategia de intervención relevante para incluirse en el mundo interior del sujeto favoreciendo tanto la disminución de la ideación suicida y la reducción del riesgo como los síntomas depresivos. Se observó un aumento de la flexibilidad y del flujo orgánico, a través de la profundización del darse cuenta permitiendo mayor conciencia corporal; reconocimiento y expresión emocional, así como, satisfacción de necesidades mediante estilos de contactos más funcionales, el cierre de asuntos inconclusos y el fortalecimiento del yo, propiciando en el participante cambios psicosociales y personales.

Palabras Clave: Psicoterapia Gestalt, joven universitario, ideación suicida

Abstract

Suicide ranks as one of the most serious consequences of unhealthy mental functioning. The act of intentionally ending life is mediated by a wide range of triggers, including social and economic factors, hereditary characteristics, personality traits with clinical manifestations such as anxiety and depression, which through humanist-oriented interventions are it can prevent suicide especially in subjects who have presented suicidal ideation. Therefore, a psychotherapeutic intervention from the Gestalt approach was designed and implemented with the aim of analyzing the changes in the suicidal ideation of a young university student as a case study, through 21 one-hour sessions once a week analyzing the findings from a qualitative approach with a pre-experimental psychotherapy design through gestalt techniques. Among the obtained findings, the effectiveness of the gestalt psychotherapeutic process was found considering the contact process as a relevant intervention strategy to be included in the subject internal world, favoring both the decrease in suicidal ideation and the reduction of risk and depressive symptoms. An increase in flexibility and organismic flow was observed, through the deepening of awareness allowing greater body awareness; recognition and emotional expression, as well as, satisfaction of needs through more functional contact styles, the closure of unfinished business and the strengthening of the self, promoting psychosocial and personal changes in the participant.

Key Words: Gestalt Psychotherapy, young university student, suicidal ideation

Tabla de contenido

Capítulo I. Introducción	1
Descripción del problema.....	1
Antecedentes del estudio.....	5
Justificación de la intervención.....	11
Objetivos del estudio.....	12
Capítulo II. Soporte teórico	14
Ideación suicida como elemento desencadenador del c/s.....	16
Factores de riesgo asociados a la ideación e intento suicida.....	18
Conducta suicida de jóvenes universitarios.....	22
Humanismo y Gestalt.....	26
Psicoterapia humanista y Gestalt.....	31
Técnicas de intervención.....	37
Capítulo III. Metodología	41
Enfoque de investigación y tipo de estudio.....	41
Participantes y consideraciones éticas.....	43
Supuesto esperado y categorías de estudio.....	47
Técnicas e instrumentos de registro	48
Diseño y estrategia de la intervención.....	51
Etapa diagnóstica inicial.....	52
Etapa de intervención psicoterapéutica.....	52
Etapa de evaluación de la intervención.....	56
Capítulo IV. Resultados	57
Condición inicial del participante.....	57
Sesiones 1-2 Diagnóstico.....	57
El proceso de intervención.....	66
Sesión 3 Consciencia del yo.....	67
Sesión 4-5 Toma de conciencia de su entorno.....	69
Sesión 6 Toma de conciencia de límites y conflictos.....	73
Sesión 7 Toma de conciencia de culpa y responsabilidad.....	78
Sesión 8-9 Responsabilidad individual y aspectos emocionales...	79
Sesión 10-11 Resignificación de su historia de vida.....	81
Sesión 12-13 Identificación de limitantes.....	84
Sesión 14-15 Fortalecimiento de la autoestima.....	86
Sesión 16 Habilidades para el manejo del enojo y los impulsos...	88
Sesión 17 Liberación de energía y satisfacción de necesidades...	90
Sesión 18-19 Construcción de proyecto de vida.....	91
Sesión 20 Toma de conciencia de logros obtenidos en el proceso	93
Evaluación de la intervención.....	96
Sesión 21 El cierre y evaluación del proceso psicoterapéutico...	96
Capítulo V. Conclusiones	99

Recomendaciones.....	105
Referencias documentales.....	107
Anexo 1. Formato de consentimiento informado.....	116
Anexo 2. Instrumentos de registro de la intervención.....	118
Índice de tablas	
Tabla 1 Escala Ideación Suicida de Beck	62
Tabla 2 Condiciones previas a la intervención.....	62
Tabla 3 Diferenciación en la sintomatología según DSM-V.....	65
Tabla 4 Diferenciación en los criterios diagnósticos.....	65
Tabla 5 Escala Ideación Suicida de Beck (pre-test).....	97
Tabla 6 Escala Ideación Suicida de Beck (post-test).....	97
Tabla 7 Comparación de categorías pre-post intervención.....	98
Índice de figuras	
Figura 1 Familiograma.....	60
Figura 2 Carta a sí mismo.....	71
Figura 3 Pintando mi pasado.....	83
Figura 4 Carta a su yo futuro.....	92
Figura 5 Visualización del futuro.....	94
Figura 6 Pintando el proceso terapéutico.....	95
Figura 7 Proceso de Psicoterapia Gestalt para la ideación suicida.....	103

Capítulo I. Introducción

*“Cuando ya no somos capaces de cambiar una situación,
nos encontramos ante el desafío de cambiarnos a nosotros mismos”
Viktor Frankl*

El suicidio es una conducta que ha estado presente desde los albores de la humanidad. Su definición más general corresponde a la acción de quitarse la vida. Si bien, ello no siempre ha sido considerado una conducta moralmente reprobable, para la sociedad moderna constituye un grave problema de salud pública. Se propuso un estudio cualitativo de análisis cuasiexperimental, mediante la documentación de un proceso de psicoterapia Gestalt, en que se analizaron 21 sesiones con un caso de estudio para identificar eficacia con el trabajo de la ideación suicida.

Descripción del problema

A nivel mundial, en el año 2000 se reportó un aproximado de 815 000 suicidios, con una tasa de 14.5 por cada 100 000 habitantes según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002). A inicios de la presente década se registraron unas 804 000 muertes por suicidio, siendo la tasa anual de 11.4 por cada 100 000 habitantes y se estima que los suicidios constituyen el 50% de las muertes violentas (OMS, 2014). En el mismo informe se ha reportado que entre las personas de 15 a 44 años en ciertos países, es una de las primeras tres causas de defunción, y la segunda causa en el grupo de entre 10 a 24 años, sin incluir en las estadísticas las tentativas de suicidio.

No existe una clara relación entre el nivel de desarrollo económico y social que haya alcanzado un país y las tasas de suicidio. Al analizar los países con más altas cifras se observan que existe una gran diversidad en este sentido destacando países como Rusia, con 30 suicidios por cada 100 mil habitantes, Ucrania con 30, Zimbague con 27 y Francia encabezando a Europa Occidental con 17 suicidio (Natera, 2015). Según datos de la OMS (2018) cada año se quitan la vida 800 mil personas y un número mayor lo intenta. Hay más cantidad de personas que mueren por voluntad propia que la suma total de todas las muertes provocadas por homicidios y guerras, lo que no deja de resultar sorprendente.

En el caso de América Latina, en el 2018, la tasa de suicidios se estimó en 9.8 por cada 100 mil habitantes, mientras que en Guyana la tasa es de 29, Bolivia 18.7, y Uruguay 17 por cada 100 mil, son los países con las tasas más altas (OMS, 2018). Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía en México INEGI, los suicidios son la decimocuarta causa de muerte, representando alrededor del 0.79 % del total de muertes registradas, cifra que ascendió en el 2013 hasta 0.97% (INEGI, 2000). En los últimos años se ha incrementado la tasa de suicidio del 24.1%, pasando de 3.6 a 4.9 suicidios por 100 000 habitantes (INEGI, 2013).

En México, Borges, Orozco, Benjet y Medina Mora (2010) también han reportado especialmente en la población joven, el incremento continuo e interrumpido de casos de suicidio desde los años cincuenta, periodo en el cual las tasas de mortalidad se triplicaron. De acuerdo INEGI (2016), el fenómeno del suicidio consumado es más frecuente en la población masculina, de los 6 291 fallecidos por suicidio, 5 116 eran hombres, lo que se traduce en que, de cada diez suicidios, ocho son cometidos por varones, mientras que dos de cada diez, son perpetrados por mujeres. Por lo tanto, la tasa de suicidio por cada 100 mil habitantes es 5.2 lo cual representa 6 285 eventos anuales, y ha presentado un constante ascenso. En relación con la edad, en los jóvenes de 20 a 29 años presentan las tasas más altas de suicidios. En 2016, la tasa para el grupo de 20 a 24 años fue de 9.5, por cada 100 000 jóvenes; y de 8.2 en jóvenes de 25 a 29 años.

Un dato alarmante es que Chihuahua es la entidad federativa de México con mayor incidencia del fenómeno del suicidio, siendo de 11.4 la tasa cada 100 mil habitantes lo que representa una cifra mayor al doble de la media nacional, equivalente a 5.2 fallecidos por lesiones autoinfligidas. Otras entidades federativas con altas tasas de suicidio por cada 100 mil habitantes son Aguascalientes (9.6), Campeche (9.1) y Quintana Roo (7.7), y las entidades de Veracruz (3.0) y Guerrero (2.1), son las que entidades que reportan menor incidencia (INEGI, 2016). El pasado año 2019, ya a mediados de año, en la zona centro del estado que comprende a los municipios de Chihuahua, como Almada, Delicias y Aquiles Serdán se habían registrado 84 casos; mientras que en la zona norte 68 sucesos y en las zonas Occidente y Sur, ocurrieron 45 a 47 respectivamente, lo que significa 244 muertes por suicidio (Mancinas, 2019).

Específicamente en Ciudad Juárez, cada día, 44 jóvenes de secundaria y preparatoria intentan quitarse la vida y otros 130 lo piensan, de los cuales el 33.33 % tiene entre 45 y 59 años; el 29.17% 60 o más años; el 25% entre 30 y 44 años y el 12.5% entre 18 y 29 años (Aguilar, 2017). Por su parte el INEGI (2017) ha estimado que las tasas de suicidio en la ciudad de 8.9 por 100 000 personas casi duplicaron la del 2010 y casi 12 000 personas, equivalen a 1.3% de la población total de Juárez contemplan a diario la opción del suicidio. Salcido (2019) opina que los factores que están conduciendo a los jóvenes en Ciudad Juárez hacia la muerte son de dos tipos: objetivos y subjetivos: los primeros están relacionados con el hambre, la miseria y la pobreza; los segundos tienen que ver con la narcomenalidad, la intolerancia social, la exclusión y el analfabetismo emocional. De acuerdo con la OMS (2018) el suicidio son actos prevenibles estimados como peligroso y dañino no solo para la persona que lo lleva a cabo, sino también, para su contexto por el propósito destructor que hay en el acto. Esta problemática puede provocar consecuencias perenes para los allegados al suicida. (OMS, 2018).

Las ideas y los intentos suicidas pueden dejar una huella emocional, al punto de impedir un adecuado desenvolvimiento en la vida cotidiana. En las personas con ideación suicida que no reciben ayuda profesional son más propensas a intentar el acto, mientras que el que ya lo intentó puede presentar lesiones permanentes y graves como daño cerebral o alguna insuficiencia orgánica. El impacto psicológico del suicidio alcanza a los familiares de una forma directa y dramática, que se experimenta con dolor por la pérdida, angustia invasiva y aturdidora, introduciéndoles en un duelo prolongado y traumatizante. A los supervivientes, les queda un sentimiento de culpa por lo que se silenció, se dijo, se pudo haber hecho y no se hizo; vergüenza de revelar el motivo real del fallecimiento o sentimientos de confusión con urgencia de encontrar una justificación racional al suicidio, además los familiares sienten haber sido abandonados o traicionados (Giner y Guija, 2014).

De modo que el suicidio es una urgencia vital situada no sólo en un contexto biográfico de pérdida de la salud de la persona, sino también de debilitamiento de sus redes afectivas y sociales. Precisamente, en la toma de decisiones de una persona que se involucra en una conducta suicida hay tres componentes básicos: (a) a nivel emocional, un sufrimiento

intenso; (b) a nivel conductual, una carencia de recursos psicológicos para hacerle frente; y (c) a nivel cognitivo, una desesperanza profunda ante el futuro (Bobes, Giner y Saiz, 2011).

En la etapa de la adolescencia y juventud los principales factores desencadenantes de la intencionalidad suicida o del suicidio consumado son a nivel ambiental, un contexto familiar y social deteriorado, una desilusión amorosa, la orientación sexual no asumida, el fracaso escolar reiterado o el acoso o ciberacoso; a nivel clínico, el consumo abusivo de alcohol/drogas o la aparición de una depresión o de un brote psicótico; y a nivel psicológico, la presencia de algunas características de personalidad, como impulsividad, baja autoestima, inestabilidad emocional o dependencia emocional extrema. Por lo que se trata, fundamentalmente de sujetos con depresión, ansiedad u otro tipo de psicopatología (Echeburúa, 2015).

En una investigación en México, Tercero Quintanilla (1999) describe los rasgos de la personalidad de adolescentes que intentaron suicidarse, encontrando rasgos como poca sociabilidad, rebeldía, impulsividad, obstinación, desafío, manipulación, orgullo, juicio deficiente y actuación precipitada. Gómez y Borges (1996), señalan el retraimiento y aislamiento como algunos de los primeros signos de riesgo de suicidio en los adolescentes, los cuales necesitan probar su autodeterminación e independencia por medio de conductas obstinadas y desafiantes. Según Gómez, Lolas y Barrera (1991) los adolescentes que intentan suicidarse son desconfiados, su sentido de pertenencia a un grupo es deficiente, muestran necesidades de atención, reconocimiento y estima que, en la mayoría de los casos, no son correctamente interpretadas por los otros. Así, se describe el perfil de los adolescentes suicidas.

Según Pérez Barrero (2007), en la sociedad actual las muertes por suicidio conllevan mayor estigmatización que el resto pues no está asociado a un fallecimiento inesperado o por algún deterioro físico. La muerte con frecuencia es un tema tabú y en los seres humanos el instinto más fuerte es el de supervivencia, cuando una persona termina con su vida, va en contra de ello. Desde la perspectiva cognitiva, el suicidio se determina por diversos elementos significativos como son la dependencia, desesperanza, culpa, abandono e indefinición. Beck (1976) propuso que la sintomatología depresiva existe gradualmente de patrones cognitivos

negativos como visión negativa de sí mismo y del mundo que lo rodea, con tendencias a interpretar sus experiencias negativamente, siendo las ideas suicidas una forma de dispersarse de los conflictos que las personas no pueden soportar. Basados en los elementos revisados hasta el momento, este programa de intervención se ha orientado a partir de la siguiente interrogante: *¿Cómo son los cambios en la ideación suicida en un joven universitario mediante un proceso de psicoterapia Gestalt?*

Antecedentes del estudio

En 2013, durante la sesión 66 de la Asamblea Mundial de la Salud, se aprobó el primer plan de acción de salud mental elaborado por la OMS, siendo parte integral de ese plan, la prevención del suicidio con la propuesta de disminuir la tasa de incidencia de este fenómeno en un 10% para el 2020 (OMS, 2013). Una búsqueda en la Web of Science y en Scientific Electronic Library Online (Scielo), se encontraron hallazgos que revelan que en el área de los intentos suicidas existe un predominio de intervenciones amparadas bajo el modelo cognitivo-conductual y algunas variantes más recientes como la Terapia Comportamental Dialéctica y la psicoeducación. Otro elemento relevante es que predominan los estudios de prevención indicada, es decir, aquellos que se realizan para prevenir el suicidio en individuos que ya han intentado alguna vez terminar con su vida. Menos frecuentes son los estudios de prevención universal donde se trabaja con sujetos que nunca han incurrido en este tipo de conductas. De manera general, los estudios reportan eficacia en la intervención, sin embargo, no se reportan estudios de seguimiento, por lo tanto, no se puede constatar que los cambios perduraron en el tiempo. Desde esa perspectiva, un estudio realizado en Filadelfia buscó determinar la efectividad de una intervención de terapia cognitiva de 10 sesiones diseñada para prevenir intentos repetidos recientes de suicidio de adolescentes. El estudio concluyó que los participantes tuvieron una tasa de intentos suicida mucho más bajas que el grupo de control. Además, la gravedad de la depresión autoinformada fue significativamente menor y se informó significativamente menos desesperanza (Brown, Have, Henriques,..& Beck, 2005).

Otro estudio realizado en Estados Unidos buscó determinar si la Intervención de Planificación de Seguridad SPI, administrada en los servicios de urgencias para pacientes

suicidas, se asoció con una conducta suicida reducida y un mejor compromiso del tratamiento ambulatorio en los 6 meses posteriores al alta, un período establecido de alto riesgo. El SPI puede ser definido como una intervención clínica breve que combinaba estrategias basadas en la evidencia para reducir la conducta suicida a través de una lista priorizada de habilidades y estrategias de afrontamiento. En este estudio los investigadores brindaron este tipo de intervención acompañada de un seguimiento telefónico de 6 meses había tenido al menos una consulta de urgencia por inquietudes asociadas al suicidio. Los resultados de este estudio se reportan como satisfactorios, indicando una reducción marcada del comportamiento suicida y un mayor compromiso con el tratamiento por parte de los pacientes una vez terminada la intervención, por lo que se estima que dicha modalidad de intervención resulta una herramienta clínica de gran valor (Stanley, Brown, Brenner,...& Green, 2018).

Asimismo, se reportaron resultados positivos para otro programa de intervención comunitaria basada en técnicas cognitivo-conductuales. El programa en cuestión es el Programa de Prevención del Suicidio Garrett Lee Smith In Memoriam. Los investigadores realizaron un estudio observacional de la aplicación de varios programas comunitarios en 46 estados y 12 comunidades tribales de la unión norteamericana arrojando como resultado que se producía una reducción en la intencionalidad suicida entre los jóvenes después de la implementación del programa, en comparación con comunidades que habían estado expuestas a otro tipo de intervenciones comunitarias (Garraza, Walrath, Goldston, Reid, & McKeon, 2015). En el contexto latinoamericano se encontraron igualmente varios estudios conducidos desde el modelo cognitivo conductual. Por otro lado, un estudio realizado en Chile (Bustamante y Florenzano, 2013), buscó evaluar la efectividad de un programa denominado Red para la Atención y Derivación de Adolescentes en Riesgo Suicida. Tal programa tiene una fase de detección que fue llevada a cabo con un total de 409 adolescentes y una fase de tratamiento con orientación cognitivo conductual. Una vez detectado el riesgo, el tratamiento fue aplicado a 144 adolescentes obteniéndose una disminución significativa del riesgo en el 90% de los casos.

En Colombia, otro estudio buscó examinar la efectividad de un programa de intervención dirigido a fomentar conductas protectoras en adolescentes con riesgo suicida. En las sesiones se incluyeron además a padres y educadores de la institución. La intervención

tuvo cuatro fases, a saber: diagnóstico; de diseño, de implementación y de evaluación del impacto. La intervención incrementó la percepción de riesgo y disminuyó la incidencia de eventos de este tipo en la población trabajada (Piedrahita, Paz, y Romero, 2012). Otra variante válida del enfoque es su combinación con técnicas de otras orientaciones, investigadores españoles buscaron combinar técnicas conductuales con otras de enfoques contextuales para el trabajo con adolescentes con trastornos de personalidad que había presentado intentos suicidas previos. Los participantes fueron cuatro adolescentes evaluados antes y después de la intervención. Posterior a la intervención se observó disminución en todas las escalas clínicas, además de observarse menos ideación suicida y una mayor regulación de emociones (Padilla Torres, Martínez Martín, Espín Jaime, y Jiménez Arriero, 2017). Por otra parte, la terapia cognitivo-conductual dirigida a adolescentes con intentos suicida también se mostró efectiva cuando era combinada con una intervención familiar a base técnicas de provenientes la Terapia Comportamental Dialéctica. Para probarlo se realizó un estudio en Estados Unidos con adolescentes que habían tenido intentos suicidas recientes. Los jóvenes fueron asignados al azar a dos condiciones, el tratamiento que se buscaba estudiar y el tratamiento tradicional brindado en los servicios de atención clínica. Todos los adolescentes fueron evaluados antes de iniciar el tratamiento, a los tres meses y al finalizar el mismo. Se realizó también un seguimiento hasta 12 meses después de concluido el estudio. Los análisis de supervivencia mostraron una probabilidad significativa de no intentar el suicidio en los adolescentes que habían estado expuestos a la condición experimental (Asarnow, Hughes, Babeva, & Sugar, 2017). También en Estados Unidos de manera individual y aplicada a adolescentes con intentos suicida la Terapia Comportamental Dialéctica también probó ser efectiva. Tal es el caso de un estudio que buscó evaluar la eficacia de esta en comparación con la terapia de apoyo individual y grupal para reducir los intentos suicidas, autolesiones no suicidas y autolesiones en general. El procedimiento duró seis meses. Como resultado se reportó una disminución significativa de todas las condiciones evaluadas en aquello que estaban asignados a esta terapia en cuestión (McCauley, Berk, Asarnow,...& Linehan, 2018).

En el contexto mexicano se reportó un estudio en 2008 que se condujo a través del taller “Salvando vidas”, diseñado para prevenir el riesgo suicida en estudiantes del nivel medio superior del estado de Guanajuato. El taller se condujo en 8 de las 10 preparatorias

adjuntas a la Universidad de Guanajuato. Participaron unos 69 estudiantes con un promedio de edad de 16.1. Los resultados indicaron un aumento en el conocimiento sobre el suicidio y sobre estrategias de afrontamiento que ayudan a prevenirlo (Chávez Hernández, Medina Núñez y Macías García, 2008). De igual manera, se realizó un estudio en 2011 llevado desde un enfoque influido por la Educación Popular, tal es el caso del enfoque de democratización familiar en Hermosillo, con el objetivo de evaluar un programa conducido con el enfoque antes mencionado y que pretendía prevenir el suicidio en adolescentes en riesgo y sus familias a través de talleres reflexión y acción. Los participantes fueron 81 estudiantes de educación media superior y sus familias, los mismos contestaron medidas de depresión, ideación suicida, ansiedad y relación parental, antes y después de la intervención. Los resultados mostraron una mejora significativa en todas las dimensiones mencionadas (Córdova Moreno, Cubillas Rodríguez y Román Pérez, 2011).

Otros resultados importantes se obtuvieron a través de estrategias psicoeducativa que fueron usadas tanto para prevención universal, como indicada. Referente a la prevención universal, un estudio buscó examinar la efectividad del programa de prevención de Signos de Suicidio (SOS) para reducir la conducta suicida 4133 estudiantes en 9 escuelas secundarias en Columbus, Georgia, Massachusetts occidental y Hartford, Connecticut. Se obtuvieron como resultado tasas significativamente más bajas de intentos de suicidio y un mayor conocimiento, así como actitudes más adaptativas sobre la depresión y el suicidio entre los estudiantes en el grupo de intervención (Aseltine, James, Schilling, & Glanovsky, 2007).

También se reportó otro estudio en Estados Unidos dirigido a observar el efecto de la psicoeducación proporcionada para mejorar la autoestima y la probabilidad de suicidio de adolescentes varones que viven en orfanatos. El estudio se realizó como un estudio de intervención con diseño de seguimiento. Las sesiones de educación grupal se llevaron a cabo dos veces por semana durante 8 semanas, con un total de 16 sesiones; cada sesión duró de 60 a 90 minutos. Se observó una disminución significativa de las puntuaciones de los participantes al contestar la Escala de Probabilidad de Suicidio SPS y debido a que este grupo de adolescentes se considera en riesgo, se sugirió que la autoestima y la probabilidad de suicidio de los adolescentes que viven en orfanatos se deben analizar con más detalle, y que se deben considerar enfoques preventivos (Ozturk & Ekinci, 2018).

En el contexto latinoamericano se llevó a cabo un estudio en Colombia que tuvo como objetivo prevenir la conducta suicida en adolescentes de la ciudad de Manizales a través de una intervención psicoeducativa, con 106 alumnos que cursaban los grados de 6to a 8vo. La intervención estuvo conformada por 8 sesiones. La evaluación post se realizó un mes después encontrándose disminución del riesgo suicida, mayor autoestima, y una proporción más elevada de asertividad confrontativa (Cañón, Castaño Castellón, Musquera Lozano,...y Giraldo Londoño, 2018). Desde el enfoque humanista y Gestalt se han realizado distintos esfuerzos dirigidos a disminuir la sintomatología asociada con el pensamiento e intento suicida. En un estudio realizado en Chile, con el propósito de conocer la experiencia del intento suicida en cuatro adolescentes desde un enfoque humanista. La intervención arrojó resultados satisfactorios con disminución de pensamientos suicidas; prevención de futuros comportamientos y en el mejoramiento del tratamiento a nivel personal y familiar. Además, se logró aumento de la conciencia corporal, emocional y de las habilidades de contacto, desarrollando la seguridad, la comunicación, la empatía y el darse cuenta a través de la entrevista, manifestando un entendimiento más claro respecto a la experiencia del intento suicida, así como la disolución de bloqueos gestálticos como la introyección, desensibilización, proyección y retroflexión (Herrera Zenteno y Undiks Vargas, 2008).

Otro estudio realizado en Reino Unido sobre el proceso psicoterapéutico en la predicción y prevención del suicidio en política de salud mental con el objetivo de predecir de forma más acertada la posibilidad de suicidio en clientes, estudiando las influencias en el campo que afectan en los dilemas profesionales y personales del trabajo con riesgo de suicidio en referencia al encuentro Yo-tú, la inclusión, la presencia y la no-explotación. Se utilizó la psicoterapia Gestalt como proceso relacional enraizado en un marco dialogal mediante un estudio de caso. Los resultados mostraron una mayor capacidad de autocontrol, desarrollo de la conciencia ante asuntos no resueltos, incrementando habilidades propias de afrontamiento y potenciando la adaptación a las diferentes experiencias internas y externas disminuyendo su interrupción en las actividades diarias. La intervención utilizada favoreció un incremento de la conciencia del aquí y ahora, una liberación de la asociación negativa a las situaciones experimentadas y el desarrollo de una nueva forma de control de la situación (Hodwin & Reeves, 2009).

En Perú se reportó otro estudio desde la psicoterapia Gestalt en estudiantes universitarios con el objetivo de comprobar el fortalecimiento de la autoestima mediante este enfoque. La muestra se conformó por 10 estudiantes entre 16 a 23 años. Los resultados indicaron que existen cambios significativos luego de aplicar un programa de terapia Gestalt en el fortalecimiento de la autoestima, en el área personal y académico, y mejoras a nivel social y familiar (Alva Sánchez, 2016). Otro resultado satisfactorio se obtuvo en un estudio en Chile utilizando el enfoque humanista transpersonal en un caso de depresión. La estrategia terapéutica se dividió en tres fases; una fase inicial diagnóstica con objetivos terapéuticos, una segunda fase de desarrollo y posteriormente, una fase de evaluación de objetivos y cierre del proceso. El estudio se mantuvo enfocado en que el cliente pudiese comprender, y hacer conscientes aspectos de sí mismo rechazado o negados, así como algunos factores intersubjetivos asociados a su cuadro depresivo propiciando que el sujeto fuese capaz de aceptarlos e integrarlos logrando un mejor funcionamiento y bienestar de vida. Se obtuvo como resultados que logró darse cuenta de sus necesidades, jerarquizarlas y trazar acciones, conjuntamente de principales motivaciones; reconocer emociones, vivenciarlas e integrarlas. Además, se trabajó asuntos inconclusos más relevantes con figuras significativas, encontrando un mayor sentido a su vida, iniciando proyectos, metas, e ideas sobre cómo deseara vivir la vida (López Marín, 2016).

En México, Carriles Medina (2017) buscó examinar mediante un caso clínico la sistematización de la experiencia en la práctica psicoterapéutica realizada en la supervisión. El objetivo fue el fomento de la independencia emocional y económica que, al mismo tiempo, refuerce autoestima y relaciones interpersonales más sanas, incluyendo tanto la información general del caso clínico, como la medición clínica para la evaluación del avance obtenido en tres aspectos: Enojo, depresión y ansiedad. Se trabajó en 15 sesiones para restaurar las pérdidas de la personalidad y, por medio de ella, la recuperación de la experiencia, buscando la integridad como individuos. En este estudio de caso, el enfoque psicoterapéutico Gestalt es pertinente para el tratamiento de dependencia emocional y el trabajo de responsabilizarse a sí mismo, mostrando cambios significativos en la sintomatología depresiva, establecimiento de límites y fomentando la autoestima.

Hasta el momento, las intervenciones psicoterapéuticas más frecuentes para atender situaciones de crisis, como la ideación y/o intento suicida son la Terapia Cognitivo-Conductual (Datilio & Freeman, 1994; Roberts, 1995, 2000) y la Terapia Centrada en la Persona TCP (Lester y Brockopp, 1973). La Terapia Comportamental Dialéctica TDC combina técnicas del enfoque cognitivo-conductual con filosofías orientales -como el budismo zen- para ayudar a los pacientes a aceptar la realidad tal como acontece (Vega y Sánchez, 2013). Mientras que las condiciones necesarias y suficientes para el cambio, de acuerdo a la Terapia Centrada en la Persona, son la empatía, la aceptación incondicional y la congruencia del terapeuta (Rogers, 1957). Las cualidades mencionadas de la TDC como de la TCP, coinciden en el método dialogal existencial, en una relación yo-tú y la teoría paradójica del cambio de la Psicoterapia Gestalt (Buber, 1969; Beisser, 1973; Perls, Hefferline & Goodman, 1951/2003; Yontef, 1997). Habría que agregar, que la Psicoterapia Gestalt está basada en la teoría de campo, la cual es un marco teórico que facilita el análisis de fenómenos complejos -por ser multicausados- como lo son la ideación y los intentos suicidas (Yontef, 1997). De acuerdo a Fogarty (2014) la Psicoterapia Gestalt es efectiva para la atención de la ideación e intentos suicidas, trauma y dependencia.

Justificación de la intervención

La problemática suicida y su tendencia han generado impacto a nivel macro y microsociedad con un gran incremento, sobre todo en la población joven, considerándose un grave problema en el área de la salud. Actualmente en México, el suicidio frustra vidas potencialmente productivas, como causa de muerte entre las edades comprendidas de 15 a 34 años, por ser una etapa de excelentes oportunidades de desarrollo e instrucción psicosocial, además de provocar afectaciones económicas, sociales y emocional a los familiares, amistades y sociedad en general. Existen varias circunstancias existentes que causan este tipo de acto y a cada persona perturba de una forma u otra en función de sus vivencias, ideología, creencias y según la actitud que se tenga ante las adversidades y hacia la vida; por lo que se hace necesario colocar el énfasis preventivo en la modificación de factores de riesgo y potenciación de factores protectores que son susceptibles de ser transformados.

Esta intervención proporciona una herramienta para el trabajo con este grupo de riesgo y contribuye a generar conocimientos en el área de la práctica terapéutica humanista

respecto a la problemática de la ideación suicida en jóvenes, ya que en los últimos años ha incrementado la difusión de programas formativos con enfoque gestáltico. El principal aporte de la intervención reside en la disminución de la ideación suicida y prevención del intento suicida, que no solo depende de la reducción del riesgo sino en favorecer el impulso de factores protectores. Este enfoque gestáltico permite la exploración del mundo emocional del paciente, y la facilitación de su expresión; hacer consciencia de la ambivalencia de las polaridades que lo confunden, al punto de recharzarse a sí mismo; la comprensión de sus problemas principales; y el abordaje de su sentimiento de soledad. El resultado esperado, es el desarrollo de potencialidades que le permitan aceptar la realidad y elaborar ajustes creativos para buscar resolver sus conflictos intrapersonales e interpersonales, sin que sea el suicidio una opción.

Por ello, es imprescindible que el psicoterapeuta humanista brinde un acompañamiento serio y comprometido que le permita a la persona encontrar sus propios recursos disponibles para trazar nuevas estrategias, comprendiendo su mundo interior de una manera empática, con congruencia y aceptación incondicional. Es mostrarse amable, respetuoso y con trato humano fortaleciendo el vínculo relacional dentro del proceso; es guiar al cliente para que logre ser congruente con lo que siente, piensa y quiere, es contar con sentido de vida íntegro y constructivo sumido con una total responsabilidad (Herrera Zenteno y Undicks Vargas, 2008). En cuanto a la importancia social está dada porque los intentos suicidas son un riesgo grave para la vida que afecta de manera general el bienestar de los habitantes de Ciudad Juárez, Chihuahua. Así investigar en esta área fortalece el sistema de salud de municipalidad y contribuye ampliar el conocimiento y a la existencia de herramientas teórico-metodológicas que en últimas instancias tributen a la calidad de vida de la comunidad.

Objetivos del estudio

Objetivo general

Analizar los cambios en la ideación suicida en un joven universitario mediante un proceso de psicoterapia Gestalt.

Objetivos específicos

- Identificar la ideación e intento suicida en un joven universitario mediante un diagnóstico psicoemocional previo a un proceso de psicoterapia Gestalt.
- Diseñar e implementar un proceso de psicoterapia Gestalt para fortalecer los recursos propios del participante que le permitan encontrar o descubrir alternativas para la solución de conflictos, que disminuyan la ideación suicida y prevenir el intento suicida.
- Evaluar prepost del proceso de intervención con psicoterapia Gestalt, identificando los cambios en la ideación suicida en el participante.

Capítulo II. Soporte Teórico

*“Queda prohibido no sonreír a los problemas,
no luchar por lo que quieres, abandonarlo todo por miedo,
no convertir tus sueños en realidad”
Pablo Neruda*

El suicidio en la adolescencia ha sido abordado desde diversas perspectivas con explicaciones teóricas construidas en torno a la problemática del suicidio en jóvenes, así como los modelos y enfoques elaborados al interior de la psicología que aportan estrategias de intervención y la prevención de dicha problemática. Comprender cualquier fenómeno humano es una tarea que exige ir más allá de las elaboraciones presentes. El ser humano está a medio camino entre la determinación biológica y la social. Ser consecuente con ello, exige, por tanto, investigar en los orígenes de cada conducta y para tal propósito el análisis histórico es una poderosa herramienta.

En consonancia con lo anterior, resulta útil comenzar la elaboración teórica acerca del suicidio con un vistazo al modo en que lo han entendido diversas sociedades. Tal análisis pone de manifiesto dos aspectos esenciales, es imposible hablar de una visión homogénea acerca del suicidio y las diferencias culturales más marcadas se encuentran entre la visión occidental y los modos de interpretar el fenómeno que han tenido las culturas orientales. Para la mayor parte del mundo antiguo ubicado en las fronteras del lejano oriente, el suicidio era visto como un acto virtuoso. India, China y Japón, son sin lugar a duda las culturas más influyentes de esta región del mundo. En la India hasta bien entrado el siglo XIX, no resultaba raro que una mujer se arrojase al fuego durante los funerales de su esposo. China reconoció desde la antigüedad el suicidio como la actitud más honorable ante la derrota militar. Y a su vez es imposible no asociar al Japón con un método como el “hara-kiri”, el cual era no solo aceptado sino elogiado, o desligar a esta nación del uso de Kamikazes, pilotos que eran lanzados en ataques suicidas durante la segunda guerra mundial (Sarró y De la Cruz, 1991).

La historia del mundo occidental tiene dos hitos indiscutibles en la cultura griega que posteriormente fue extendida a través del imperio romano; y la enorme expansión del cristianismo como principal doctrina religiosa. En la Grecia de los siglos IV y III A.C, Plutarco estuvo preocupado en gran medida por la enorme prevalencia de la conducta suicida

en los adolescentes. En este contexto el suicidio tenía una connotación fundamentalmente negativa, sin embargo, se justificaba si estaba asociado a actos de patriotismo, amor u honra (Latasa, León y Latasa, 1997).

Durante los primeros años del cristianismo no existía una especial condena al suicidio. Sin embargo, en la doctrina religiosa estaba contenida de manera implícita la reprobación de este acto, en el “no mataras”, de la primera legislación judeocristiana. La influencia de ello y del peso de la cultura griega en la ideología romana hizo que, una vez cristianizado el imperio, el corpus legislativo, introdujese penas concretas para los intentos de suicidio. A su vez la doctrina antisuicida de la iglesia católica se fundamenta en el pensamiento de San Agustín, para quién la vida y la muerte eran solo prerrogativa divina, y en Santo Tomás de Aquino quien introduce en el suicidio una dimensión diabólica y de rebeldía en el intento de retirar a Dios su potestad sobre la existencia humana (Andrés, 2003). En occidente, otros dos momentos históricos de enorme influencia ideológica fueron la ilustración que desembocó en la Revolución Francesa y en el romanticismo como uno de los movimientos artístico-literarios más relevantes del mundo moderno. La ilustración se caracterizó por un intento de desligarse de la doctrina religiosa y de erigir la razón como único instrumento básico para regir la vida humana y la libertad como el eje moral más importante. Ello hizo que el suicidio fuese visto como un acto personal incuestionable y como un ejercicio de autonomía. A su vez el romanticismo elaboró estéticamente el sufrimiento humano y otorgó al suicidio una dimensión de valor asociada a la belleza. A pesar de estas dos posturas, la iglesia continuó condenando tales actos, y nunca dejó de considerarlos pecados mortales (Latasa et al., 1997)

Las ideas de razón y libertad encontraron una enorme cabida en el siglo XIX durante la revolución industrial. Es el momento en que además de un auge de los medios de producción, surgen las mejores elaboraciones teóricas de dos ideológicas que ya no dejarían de estar confrontado, el liberalismo y el comunismo. Es este el momento también en que surgen las ciencias sociales y una visión de los fenómenos humanos donde tendrían cabida los conceptos de enfermedad mental y determinación social de la conducta humana que sentarían las bases para los primeros modelos teóricos acerca del suicidio (Hothersall y Nuñez Herrejón, 2005). Es importante destacar el peculiar caso que supone del continente

americano en la descripción histórica que se ha venido llevando a cabo. Si bien es indiscutible que la cultura Anglo y Latinoamericana, está ligada a la evolución ideológica de occidente. No puede desecharse que las culturas precolombinas más avanzadas, entre ellas las radicas en lo que hoy es México, tenían una visión del suicidio mucho más cercana a la visión oriental. Un ejemplo de ello es que en el Náhuatl el suicidio suele tener un sentido positivo asociada al auto sacrificio, el enaltecimiento de los dioses y se consideraba un acto venerable (Léon Portilla, 1974).

El término suicidio fue probablemente utilizado por primera vez en el libro “Religio Medici” en 1642, Thomas Browne propuso distinguir entre el acto homicida dirigido hacia otras personas y aquel donde la víctima es uno mismo (Browne, 1878). La raíz etimológica de la palabra está en los vocablos latinos sui (uno mismo) y caedere (matar). Durkheim (1992) definió el suicidio como un acto de muerte consciente e intencional que implique directa o indirectamente que es llevado a cabo por el sujeto en sí, sabiendo que a el mismo le correspondía provocar ese efecto. Stengel (1965) plantea que el acto suicida, es una pauta de conducta muy compleja que refleja tendencias en conflicto cuyo desenlace depende de su fuerza relativa y de factores imprevisibles. Desahies en Sarró y De la Cruz (1991) denomina suicidio como el acto de matarse de una forma consciente, utilizando la muerte como un medio o como un fin.

Ideación suicida como elemento desencadenador del comportamiento suicida

El comportamiento suicida es cualquier acción intencionada, consciente o inconsciente que pudiera llevar a una persona a morir. Se considera un proceso gradual, que se presenta por una variedad de comportamientos; en este sentido es posible distinguir cuatro niveles: Ideación suicida, amenaza o gesto suicida, intento suicida y suicidio consumado (Pedreira, 1998). La ideación suicida contiene desde pensamientos imprecisos de defunción hasta elaboraciones concretas y ampliamente estructuradas del acto. En la amenaza se da la verbalización de estas ideas, la cual es comunicada a amigos, familiares u otras personas allegadas. En el intento (Almonte, Correa y Montt, 2003), existe ya la ejecución de un acto que puede terminar con la vida, aunque tales actos tienen distintos niveles de riesgo. La

consumación se refiere al momento en que los actos terminan en la muerte del sujeto (Seva Díaz, 1984).

De la Torre Martí (2013) define a la ideación suicida como la aparición de pensamientos cuyo contenido está relacionado con terminar la propia existencia (p.3). De igual forma se incluyen los pensamientos que se refieren a la ausencia de sentido de vida, deseos de quitarse la vida, la planeación del acto suicida y fantasías en torno a la muerte. La intencionalidad suicida se compone de un continuo que va desde la intención sólidamente de suicidarse a la idea de seguir con vida; que, si bien dentro del continuum la ideación suicida es el eslabón preliminar, también es un predictor de la tentativa de suicidio, y, por tanto, es importante de considerar (Schaffer y Greenberg, 2003).

El riesgo de la ideación suicida reside en su estabilidad temporal y persistencia, pues los pensamientos se tornan peligrosos y anómalos cuando la ejecución de estas ideas son la única escapatoria antes sus problemas, desencadenando emociones de rechazo o frustración, con sensaciones de querer huir de ciertas situaciones imposibles de hacer frente con las opciones que piensa la persona poseer en determinados momentos, además de la falta de recursos para calmar la crisis (Valadez, Amezcua, González, Montes, y Vargas, 2011). Según De la Torre Martí (2013) desde la perspectiva cognitiva conductual, en la ideación suicida existen algunos factores influyentes sobre las ideas y conducta suicida ya que es un fenómeno multideterminado, donde el sujeto puede mostrar cierta tendencia al suicidio con conductas manifiestas como sigilo, expresiones verbales, así como la disposición repentina de consumir un deseo. El suicida puede expresar no deseo de continuar viviendo o darle fin a todo diciendo frases que nos pueden revelar ideación suicida como, no voy a soportar mucho más; soy un inútil o una carga pesada para todo el mundo; las cosas no van a mejorar nunca, y en muchas ocasiones las expresiones de los deseos de suicidio son indirectamente y solo se comprenden retrospectivamente (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983).

Relacionado al perfil del pensador suicida no existe un tipo de personalidad específica que lo caracterice, según Gómez, Lolas y Barrera (1991) existen rasgos que se correlacionan con la ideación suicida como falta de razón para estar en el presente, les pesa el pasado; tienden a ser silenciosos, pasivos, desconfiados, introvertidos, vulnerables y lábiles

emocionalmente. Rasgos de dependencia, inmadurez, pocos asertivos y con bajos niveles de autoeficacia. Además, cognitivamente se sienten inseguros consigo mismos, se cuestionan permanentemente, distorsionan y malinterpretan sus experiencias. Resulta común la aparición de conductas previas como actitudes escapistas, vengativas o falsamente altruista. Por otro lado, es un patrón bastante común la tendencia a tener una imagen negativa de sí mismos, que posean pobres habilidades en la solución de conflictos y una tolerancia a las frustraciones sumamente baja (Gutiérrez García, Contreras y Orozco Rodríguez, 2006). De la misma manera, muestran dificultad para expresar sentimientos; se sienten poco apreciados y entendidos por quienes los rodean; pueden presentar estados de desesperación, tensión, síntomas de ansiedad y/o depresión, agotamiento físico, rabia, impotencia, culpa, pérdida de interés por actividades cotidianas y reducción cognitiva. En los sentimientos de culpabilidad existen expectativas y actitudes negativas frente al medio ambiente, al futuro y a sí mismo con desamparo y desesperanza (Cruz Contreras, 2015). Por consiguiente, es fundamental a la hora de detectar el riesgo suicida, realizar una evaluación de los factores de riesgo presentes, teniendo en cuenta que, a mayor cifra de factores en un mismo sujeto, mayor será la posibilidad de que aparezca la ideación o comportamientos suicidas.

Factores de riesgo asociados a la ideación e intento suicida

Los factores que influyen en la aparición de la ideación e intento suicida son múltiples como los de índoles sociodemográficos, genéticos, biológicos, psiquiátricos y psicosociales. Sin embargo, la presencia o ausencia de los mismos, depende de una serie de factores de riesgo y de protección. Un factor de riesgo implica la presencia de cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas asociada a una elevada probabilidad de estar expuesto a padecer o desarrollar un proceso mórbido que dañe la salud (Munis, Santos, Kotliarenko, Suárez, Indante y Grotberg, 1998).

Uno de ellos es el abuso sexual infantil. Este suele ser un evento con una carga traumática bien fuerte. Las personas que han sido abusadas sexualmente de niños, probablemente experimentarán en un futuro depresión y sobretodo ideación suicida (Kienhorst, De Wilde, Diekstra, & Wolters, 1992). Muy relacionado con lo anterior, está el hecho que otro de los principales factores de riesgo lo constituyen la edad y el género. Se ha

determinado que la mayor cantidad de intentos suicidas ocurre entre los 10 y 15 años, siendo esta última edad donde se agudiza más el fenómeno. Ello parece estar asociado con la conflictividad con que en la mayoría de los casos se vivencia la etapa adolescente del desarrollo. Por otra parte entre los adolescentes y jóvenes que presentan ideación e intentos suicidas la proporción es de 3 mujeres por cada 1 hombre (Sauceda García, del Carmen Lara Muñoz, y Fócil Márquez, 2006).

La familia es otro elemento importante en esta relación de factores de riesgos. Un ejemplo de ello es que el 45 % de los adolescentes y jóvenes que han pensado o intentan suicidarse experimentan durante 5 a 7 días la sensación de que su familia sería más feliz si esta persona muriera (González Forteza, Berenzon Gorn, Tello Granados, Facio Florez, y Medina Mora Icaza, 1998).

Carveth y Gottlieb en Casullo (1998) realizaron con respecto al intento suicida una jerarquía de factores que pueden intervenir en dicha conducta como son los antecedentes de intentos previos, baja densidad de las redes de apoyo social, trastornos emocionales y afectivos, signos y síntomas de depresión, desintegración social y pérdidas afectivas recientes. Por otra parte, Blumental y Kupfer en Casullo (1998), presentaron un modelo de umbral de conductas suicidas en el cual enumeran la presencia de diferentes tipologías de variables como factores predisponentes y precipitantes a cometer el acto. Dentro de los factores predisponentes incluyen factores biológicos perinatales; sucesos traumáticos en la infancia; historia familiar genética; estilos o rasgos de personalidad; presencia de psicopatologías específicas; estados o situaciones de soledad y aislamiento por eventos del ciclo vital. Esta predisposición puede estar relacionada con ciertos factores precipitantes entre ellos los pensamientos suicidas; eventos vitales estresantes como ruptura sentimental, pérdida de empleo; acceso a métodos letales; fase aguda de un trastorno mental; presencia de algún tipo de enfermedad crónica; aislamiento; tensiones interpersonales y conflictos familiares.

En la etapa de la adolescencia según Conger (1980) existen mayores posibilidades de padecer daños en sujetos que concentran en sí diversos factores de riesgo constituyéndose individuos de alto riesgo o en los que son generadores de riesgo como jóvenes que parecieran

que buscan y/o se exponen a situaciones de riesgo que van aumentando reiteradamente. Los signos o síntomas de riesgo son disminución del rendimiento escolar. Ruptura de la comunicación ya sea con padres u otras personas importantes en su vida. Aislamiento social gradual. Comportamiento aparentemente temerario, autodestructivo o poco usual que se observa en el uso intenso de drogas o alcohol, así como el manejo imprudente del automóvil. Estados de ánimo continuamente desesperado o deprimido. Antecedentes de intentos previos en familiares o complicaciones en accidentes. Alteraciones de hábitos alimentarios y de sueño. Los problemas de aprendizaje y el fracaso escolar igualmente se han descrito como factores importantes para el desarrollo de conductas suicidas. La inadaptación social, las dificultades de comunicación entre los jóvenes y la desaprobación de asignaturas generan conflictos que difícilmente son aceptados o asimilados por este grupo etario (Serrano Ruiz y Olave Chávez, 2017). Con respecto al papel de la depresión en la tentativa de suicidio, juego un papel determinante afectando esencialmente a los adolescentes y jóvenes. Se ha explicado que los sujetos deprimidos tienen tasas de suicidio superiores a los sujetos sin esta afectación, estimándose que más del 50% de los suicidios se deben a la depresión (Pavez, Santander, Carranza y Vera, 2009).

Según la OMS (2016) la depresión es un trastorno mental frecuente, caracterizado por una serie de síntomas como la pérdida de placer e interés, sensación de cansancio, falta de concentración, presencia de tristeza, disminución de la autoestima, sentimientos de culpa, trastornos del sueño y el apetito que puede convertirse en crónica o recurrente, impidiendo sensiblemente un adecuado desempeño en el ámbito laboral o escolar y la capacidad de afrontamiento en la vida cotidiana. En su representación más grave, puede conducir al suicidio. Según el Manual Diagnóstico y Estadístico DSM-IV, los criterios para el diagnóstico de los episodios depresivos mayores incluyen entre otros síntomas la disminución del interés y de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades; estado de ánimo depresivo la mayor parte del tiempo; aumento de peso o pérdida del mismo sin régimen dietético; enlentecimiento psicomotor o agitación; sentimientos de culpa o de inutilidad inapropiados y excesivos; hipersomnia o insomnio; disminución de la concentración y la capacidad para pensar; indecisión; pensamientos suicidas recurrentes sin plan específico o intento suicida con un plan específico para cometer la tentativa del acto (Amador Salinas, González Rivera, Galicia Navarro, ... y Gutiérrez Moreno, 2017). Acorde

al Manual Estadístico de Diagnóstico de los Trastornos Mentales DSM-V (APA, 2014) y la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE (OMS, 2012), los trastornos depresivos se encuentran ubicados en la sección específica de trastornos depresivos. Para el DSM V, las categorías trastorno depresivo mayor, y trastorno depresivo persistente (distimia). En el CIE 11, se incluye el trastorno ansioso depresivo y el duelo, como categorías añadidas.

En la etapa de la adolescencia se inician un sinnúmero de cambios a nivel biológico, cognitivo, sociocultural y psicológico generadores de contradicciones, crisis y conflictos a los que los jóvenes se emprenden no teniendo estrategias de afrontamientos adecuadas para alcanzar y establecer un sentido de autonomía, identidad, de éxito personal y social por lo que constituyen uno de los grupos etarios más vulnerables a sufrir depresión (Blum, 2000). Además, es importante mencionar que estas transformaciones ponen al adolescente en riesgo de sufrir problemas emocionales que lo puedan acercar al suicidio.

Pardo, Sandoval y Umbarila (2004) refieren que la depresión durante la adolescencia trae mayores consecuencias con más probabilidad de desarrollar durante la etapa adulta temprana trastornos psiquiátricos que se caracterizan por presentar episodios depresivos más severos con mayor duración, mayor número de síntomas e historia de intentos suicidas y con múltiples episodios. Por lo general, estos casos se identifican por presentar elevados niveles de estrés, dependencia interpersonal y conflictos familiares. En este sentido se ha revelado que aproximadamente el 12% de los adolescentes experimentan un episodio depresivo antes de los 18 años (Merikangas, He, Burstein,...& Swendsen, 2010). Y estudios de resonancia magnética por diferentes investigadores (Mills, Goddings, Clasen, Giedd, & Blakemore, 2014; Mills et al., 2016) han revelado que las modificaciones o cambios que aparecen en la estructura cerebral en los adolescentes constituye un factor predisponente para la aparición de estos síntomas del estado de ánimo. Ejemplo de ello es un estudio que mostró que la depresión emergente en la adolescencia se asocia con adelgazamiento cortical en regiones frontales los sujetos implicados (Bos, Peters, van de Kamp, Crone, & Tamnes, 2018).

La depresión y la conducta suicida están, por lo tanto, estrechamente relacionadas entre sí y ambas son el producto o la resultante de determinadas condiciones psicológicas y sociales que favorecen las conductas autodestructivas. En contraposición a los factores de

riesgo existen factores que protegen contra el riesgo suicida y que mejoran la capacidad de recuperación. Los factores protectores son características que pueden ayudar a suavizar, proteger o disminuir el riesgo, no eliminan la posibilidad de suicidio, pero su potenciación ayuda a prevenirlo. Algunos tienen que ver con factores individuales, entre ellos capacidad de automotivarse; autoconfianza; responsabilidad; sentido de esperanza y optimismo; buena adaptabilidad y autoestima; habilidades para la solución de problemas y estrategias de afrontamiento; manejo del estrés; habilidades de comunicación; buen estado de salud; existencia de un proyecto de vida; habilidades sociales y metas profesionales. Por otra parte, cobran relevancia los factores de protección familiares y sociales como un fuerte y cálido apoyo familiar; un adecuado funcionamiento familiar con una alta cohesión y estabilidad; la presencia de hijos protege fundamentalmente a las mujeres; integración social; disponer de servicios de salud mental e instituciones que faciliten una atención a personas discapacitadas; buenas relaciones interpersonales; construcción de espacios públicos seguros y creencias religiosas. Por ello es esencial para los objetivos del presente estudio revisar diferentes explicaciones acerca del comportamiento suicida referente a la etapa en que se encuentran los participantes.

Conducta suicida de jóvenes universitarios

La presente intervención trabajará en un periodo etario que puede ser definido como de edad de tránsito a la adultez. Ello implica que la población a que va dirigida cumpla criterios tanto de adolescencia como de juventud. El límite entre estos dos periodos es a menudo difuso dado que tanto en la adolescencia como en la juventud se comparten características en cuanto a la posición social y la actividad rectora de la etapa (Kon, 1990). Así la adolescencia puede ser entendida como una primera fase de esta transición mientras la juventud es la fase final de la misma donde muchos de los procesos que surgen en la adolescencia terminan de madurar y dan paso a un individuo capaz de adentrarse en una posición social diferente cuya actividad rectora será la actividad productiva o trabajo.

Uno de los medios específicos de adolescentes y jóvenes para realizar su potencial es el ingreso a la universidad; ambiente en el cual se enfrentan a desafíos como la convivencia con otros jóvenes, el compartir costumbres cotidianas, forma de ser, estilos de vida; es una

etapa relevante en la vida adulta ya que al iniciar y finalizar una carrera profesional aparecen en el individuo altos niveles de competitividad siendo un desafío mostrarle a los docentes el fortalecimiento de habilidades profesionales; la autonomía; capacidades de afrontamientos ante situaciones escolares estresantes y una buena organización académica. El estudiante universitario debe tener la capacidad de establecer adecuadas relaciones con docentes y compañeros de clase; realizar una buena distribución del tiempo de manera que cumpla con la carga de trabajo académico y de materias; desarrollando habilidades específicas ante el estrés provocado por la carga de estudio poniendo en una balanza su autoestima la cual puede basarse sus éxitos o fracasos (Soria Trujano, Ávila Ramos y Morales Pérez, 2015).

En cuanto a la incidencia y prevalencia de síntomas depresivos en población estudiantil algunas investigaciones (Cuenca, Almirón, Czernik y Marder, 2005; Czernik, Giménez, Mora y Almirón, 2006; Guavita y Sanabria, 2006) arrojan datos interesantes reportando en estudiantes de carreras como medicina, biología, veterinaria, odontología y psicología presencia de problemas académicos de moderados a severos debido a la sintomatología generada por el estrés que involucra la alta carga académica y las expectativas puesta en el futuro profesional en el área laboral. Con relación a lo anterior, los estudiantes universitarios pueden presentar en un momento particularmente importante, sea por el término de la adolescencia e inicio de la edad adulto joven, y/o por adversidades experimentadas en la vida académica, ideaciones suicidas (Wilcox, Arria, Caldeira, & O'Grady, 2010).

En un estudio realizado en Colombia en el año 2013 se puede observar que, según la distribución por grupos de edad, las tasas más altas de suicidio a nivel nacional se presentaron en los grupos etarios correspondientes de 18 a 19 años (6.7), seguidos por el grupo de 20 a 24 años (6.5), de 25 a 29 años (5.6) (Cifuentes, 2013). Un informe sobre, 105 mil estudiantes universitarios de los Estados Unidos sobre el comportamiento suicida, mostró que 3.7% idealizaron el suicidio en los últimos 12 meses y 1.5% en las últimas dos semanas. El informe apunta, sobre a los intentos de suicidio, que 0.8% de los estudiantes lo realizaron en los últimos 12 meses, 0.3% en las últimas dos semanas y 0.2% en los últimos días (Barros Dos Santos, Marcon, Espinosa, Baptista y Cabral de Paulo, 2017). En la etapa estudiantil universitaria pueden presentarse posibles factores asociados a la ideación suicida, a causa de

las diversas transformaciones que ocurren, como son los retos oportunos del proceso de desarrollo propio, social y académico, los que exigen madurez y autonomía para la toma de decisiones frente a las determinaciones rigurosas del contexto académico (Ibidem., 2017).

Dentro de los modelos explicativos del suicidio es importante iniciar destacando la visión del punto de vista médico psiquiátrico. Para esta elaboración teórica, el suicidio es manifestación de un funcionamiento patológico de la mente. Aunque tal elaboración ha tenido un devenir histórico, en la actualidad la idea más aceptada es la de que tanto la ideación como el intento y la amenaza, son indicadores de depresión. Así es recogido en los principales manuales de enfermedades mentales. Ejemplo de ello es que la ideación y planificación del suicidio forman parte del criterio A para el Trastorno Depresivo Mayor, recogido en el DSM-5 (APA, 2014) y también es uno de los criterios para diagnosticar un episodio depresivo según el CIE-10 (OMS, 2012).

Más allá de este modelo, existen otras importantes elaboraciones teóricas acerca del suicidio. Uno de los primeros acercamientos científicos a este particular fue realizado por el sociólogo francés Emile Durkheim. Su obra “El suicidio” de 1897 se ha convertido en un clásico del tema y es una referencia obligada al acercarse al fenómeno en cuestión. Para Durkheim (1992), lo esencial en el suicidio no estaba en la mente humana, o sea en una patología subjetiva, sino que su determinación era eminentemente social. En este sentido era importante tener en cuenta dos factores esenciales, el grado de reglamentación e interacción sociales del individuo (Durkheim, 1992).

Si bien es indiscutible la influencia de elementos sociales, el ser humano no está determinado únicamente por fuerzas externas. Debido a ello, los postulados de Durkheim, a pesar de su valía, no bastaron para explicar el suicidio como fenómeno. Así surgen al interior de la psicología otros modos de explicar dicha problemática. Una de las corrientes clásicas de la psicología nace a inicios del siglo XX con los trabajos de Sigmund Freud (1901). Para la escuela psicoanalítica, el ser humano era dominado por tres instancias, una integrada por impulsos primitivos y de naturaleza biológica, el “Ello”; otro en la cual se integraban las normas sociales, “Súper yo”, y una tercera instancia encargada de equilibrar la dos anteriores, el “Yo” (Heidbreder y Acevedo, 1985). No menos importantes son para el psicoanálisis una

serie de principios como el principio del placer que orienta toda la actividad humana o el tanatos, principio de muerte incluido hacia el final de la obra de Freud en busca de explicar algunos fenómenos que escapaban a sus formulaciones iniciales (Hothersall & Nuñez Herrejón, 2005).

Así muchos de estos principios confluyen para explicar el suicidio. Este era entendido por Freud como un impulso agresivo que inicialmente era dirigido hacia otra persona u objeto de deseo, y que, al no poder ser expresado, mediante mecanismos de represión, terminaba volviéndose hacia sí mismo. A su vez, Meninger en Gallego (2009), otro seguidor de esta corriente ubica el suicidio en la múltiple determinación de tres variables: el deseo de morir (asociado al tanatos, antes postulado por Freud), orientado por una búsqueda de rehuir de los conflictos; el deseo de matar, similar a la agresividad vuelta hacia sí mismo, también antes postulada por el iniciador del psicoanálisis, y el deseo de ser matado, originado en sentimientos de culpa y castigo.

Otra importante corriente contemporánea de la psicología es la cognitiva, nacida en el intento de expandir los horizontes de la psicología científica, tal y como habían sido formulados por el conductismo. Es importante señalar que algunos de los principales modelos de intervención cognitiva se originaron por la entrada en crisis de las ideas psicoanalíticas de la depresión y el suicidio entendidos como agresividad hacia sí mismos. Para esta corriente, más que en impulsos de la mente no consciente, el origen de los estados depresivos y de los intentos de terminar con la vida, se encuentran en patrones cognitivos desadaptativos, entre los que destacan una visión negativa de sí mismos y el mundo, así como una tendencia a interpretar negativamente las experiencias individuales (Beck et al, 1983).

Dentro de las formulaciones que intentan explicar la personalidad, destaca la teoría del constructo personal, elaborada por Goerge Kelly, a finales de la década de 1950 del siglo XX. Esta teoría es de orientación francamente constructivista y entiende al ser humano como un científico que elabora y modifica su experiencia a partir de hipótesis y conocimiento. En esta teoría los constructos, son formaciones subjetivas que conforman la personalidad y sirven para matizar la relación del individuo con la realidad (Kelly, 2001). En un intento por aplicar este modelo a la comprensión del suicidio, Neimeyer 1983 citado por Sanz (1991)

revela una serie de constructos personales que permiten explicar la probabilidad de que un sujeto ejecute actos suicidas. Entre estos constructos destacan la anticipación del fracaso, la autoconstrucción negativa, el pensamiento dicotómico y el aislamiento interpersonal. Los enfoques explicativos psicoanalítico y conductista abordan de una forma poco profunda el sentido de vida limitándose solo a investigar las causas en lugar de aproximarse a los fines de la situación (May, 1987), dejando a un lado el presente del sujeto y la experiencia inmediata directa. Según el fundamento de sus respectivas teorías, han intentado explicar de manera imprecisa las formas de la existencia, sin conseguir una evidente visión de los fenómenos. Así surge el paradigma existencial buscando acercarse más a la posición humana.

Humanismo y Gestalt

El humanismo como corriente psicológica surge como una alternativa a las formulaciones clásicas fundamentadas en el psicoanálisis o en el conductismo. Debido a ello también fue conocida como tercera fuerza. Al analizar los antecedentes de esta corriente vemos una confluencia de la filosofía existencial y algunas ideas desprendidas del psicoanálisis, sobre todo de los trabajos de Alfred Adler quien entendía al ser humano como un ente activo y auto-determinado (Heidbreder y Acevedo, 1985). Otros antecedentes del humanismo son las ideas de la intencionalidad de la conciencia basadas en la fenomenología de Husserl; nociones derivadas del pensamiento de Martin Heidegger, según las cuales al otro solo puede entenderse como participes de una relación yo-tú; los postulados de corrientes de pensamiento como el taoísmo que avalaba la existencia de fuerzas internas del desarrollo; además de los fundamentos de la Gestalt según los cuales la experiencia no es una suma de sensaciones sino un todo que trasciende a las partes (Hothersall & Nuñez Herrejón, 2005).

A partir de estas influencias surge un modelo teórico caracterizado por una visión integral del ser humano, que rechaza la visión dicotómica que separa la mente y el cuerpo, que considera a la enfermedad y al síntoma como manifestaciones externas de un conflicto interno y que se niega a categorizar a las personas en enfermas y sanas. Para esta teoría el hombre es un ente bio-psico-social, es decir, un ser holístico (Ginger y Ginger, 1993; Perls, 1976b), que se caracteriza por su responsabilidad y por ende debe ser visto de manera

integral y ser respetado. Algunos de los principales exponentes fueron Carl Rogers, Abraham Maslow y Viktor Frankl (Modes, 2003). Fourcade 1982 citado en Villegas (1986), la define como una aproximación al hombre y a la experiencia humana en su totalidad. Un movimiento filosófico y científico que percibe la psicología en dos dimensiones la psicodinámica y la social, fundamentada en una visión holística del hombre, redescubriendo formas orientales de conocimiento y tradicionales occidentales. La Psicología humanista-existencial intentaba reaccionar con el deseo de superar la orientación deshumanizante y determinista de la psicología empírica de la época, y así poder dar contestación a cuestiones más definidas, procedentes de la naturaleza propia del individuo.

Las cuatro nobles verdades de Buda, elaborados por Buhler y Bugental 1976 citado en Villegas (1986), donde se sintetizan los siguientes puntos como el centrar la atención en el sujeto que experimenta y por consiguiente en la vivencia como un fenómeno primario del estudio del hombre. En las explicaciones desde la teoría, así como en la conducta manifiesta son consideradas subordinadas al significado que le da el individuo y a la experiencia vivida. Resaltar cualidades humanas como la creatividad, elección, autorrealización y la valoración como contrapuestas al concepto de los seres humanos en términos reduccionistas y mecanicistas. Comprometerse con valores, dignidad humana y preocuparse por desarrollar el potencial inherente a cada persona. Tener como punto central de esta visión al individuo tal como es y cómo se descubre así misma, además sus relaciones interpersonales y grupales. En su surgimiento la Psicología Humanista no se opuso en contra de los principales aportes de los enfoques psicoanalítico y/o conductista como técnicas y método de trabajo, sino contra la autolimitación voluntaria de su objeto al campo de la conducta observable. En su ideario pragmático los iniciadores del movimiento humanista proponían en palabras de Bugental una descripción más completa de lo que simboliza existir como ser humano.

La psicoterapia Gestalt se plantea desde un enfoque humanista, surge en Alemania a inicios del siglo XX. Es un enfoque holístico; es decir, que percibe a los objetos, y en especial a los seres vivos, como totalidades (Ginger y Ginger, 1993; Perls, 1976b). En Gestalt todo existe y adquiere un significado al interior de un contexto específico. Pensadores como Descartes, Husserl, Kant fueron los que construyeron la base teórica la que esta escuela se desarrolló y se centraron en buscar explicaciones naturales y sencillas adaptables a la forma

de percibir la realidad de manera natural (Perls, 1976a).

El enfoque Gestalt no es sólo la suma del Psicoanálisis y el Conductismo (Perls, Hefferline y Goodman, 1951/2003) sino su integración creativa, su elevación a un nuevo plano, llevada a cabo por Perls (1976a) creador del Enfoque Gestáltico hacia 1940; es un enfoque que persigue los axiomas de la perspectiva humanista pero igualmente se afirma en la teoría de campo de Kurt Lewin, el cual planteaba que la conducta del ser humano está determinada por la totalidad organizada (holística) entre los eventos físicos, sociales y conceptuales que suceden en su espacio vital presente. A este espacio vital se le conoce como campo, organismo o ambiente y es vivido por cada persona desde su propia experiencia. Estos eventos existen en su espacio vital; son independientes, es decir, se influyen mutuamente tanto eventos del organismo como eventos del ambiente. Suceden en el presente siendo el pasado o el futuro otros elementos que intervienen en la configuración del campo presente. Es un enfoque teórico que sirve de marco para estudiar las múltiples relaciones causales de un fenómeno, evento, experiencia, objeto, organismo o sistema (Lewin en Taragano, 1974). A modo de conclusión, se observa los distintos aspectos de abordaje de los elementos que pueden intervenir en la multicausalidad del fenómeno suicida, siendo conveniente abordarlo desde el Humanismo y la Gestalt que se caracterizan por un aumento de consciencia que posibilita un cambio de la perspectiva de cualquier situación que facilita la resolución de conflictos intra e interpersonales (Perls, et al., 1951/2003; Spagnuolo, 2011; Yontef, 1997).

Al entender la forma en que este modelo concibe el suicidio son importantes tanto los conceptos de agresión derivados del psicoanálisis como el vacío existencial y la falta de sentido visualizada por Viktor Frankl. Así para Perls (1975), el intento suicida se produce mediante una mala canalización de la agresión, que se transforma en retroflexión haciendo que la persona se agrede a sí misma y pueda terminar con su vida. Si bien este es el mecanismo de la ejecución, la bases del mismo parecen encontrarse en la falta de un sentido de vida, o lo que Frankl denomina neurosis noógena, en la cual el individuo experimenta vacío y enajenación en un fenómeno de múltiples confluencias con lo que Durkheim había denominado suicidio anómico (Córdoba, 2008).

Para comprender la génesis del suicidio se hace necesario abordar dos factores necesarios que son la autoagresión y el vacío existencial. La agresión como componente inherente y natural al ser humano, con consecuencias negativas si no se canaliza a través de mecanismos adecuados asociado al instinto suicida de quienes de forma anticipada han reprimido su agresividad, o manejan mecanismos inadecuados de descarga de sus instintos violentos y la autoagresión entendida como toda conducta deliberada de provocarse daño físico directo sin una intención consciente de ocasionarse la muerte. Mientras que el vacío existencial es un factor significativo cuando tomamos como referencia el riesgo de tentativa suicida, la persona experimenta una frustración vivencial, donde percibe falta de control sobre sí mismo y una ausencia de metas y estrategias esenciales, donde llega a pensar que nada justifica seguir viviendo. Es una sensación innata a la condición humana y a la experiencia vital del sujeto; es un sentimiento de desesperanza que lo aleja de la realidad, de su propia identidad e induce a la tristeza, falta de ilusión, apatía, aburrimiento, pesimismo y a la depresión (Soler Montagud, 2017).

Basado en los principales postulados de estas formulaciones clásicas, hoy en día el suicidio es comprendido, en lo fundamental por los modelos de diátesis y de proceso (Gutiérrez García, Contreras y Orozco Rodríguez, 2006). Diátesis es un término empleado para denotar predisposición hacia un proceso morboso. Según ello algunas personas son más propensas que otras a cometer el suicidio, siendo los factores centrales de tal predisposición la vivencia de eventos traumáticos y las enfermedades mentales entre las que destaca la depresión (Mann, 2003). Por otra parte el modelo de proceso se basa en la interacción de la predisposición que unido a la experiencia psicosocial conduce a determinados rasgo de personalidad predisponentes al suicidio, y en ese contexto determinados estresores pueden conducir a estados como la depresión que desencadenen el suicidio que en tanto proceso pasa por las fases explicadas al inicio de este epígrafe y que contiene tanto la ideación, como la amenaza, el intento y la consumación del acto (Van Heeringen, 2003).

Independientemente de estos dos modelos, algo que es universalmente aceptado en este tema es que las intervenciones sin importar como expliquen teóricamente el suicidio deben tener en cuenta que existen factores que son permanentes y otros que tienen un carácter modificable. Así elementos con un fuerte carácter predictivo sobre el acto suicida como son

el intento previo, la predisposición genética, la preferencia sexual o la etnia, serán difícilmente modificados por cualquier intervención. Otros autores desde la psicología humanista han dado valiosos aportes, uno de ellos es Quitmann 1989, citado en Herrera Zenteno y Undicks Vargas (2008) plantea que los sujetos con ideación o intento suicida en la mayoría de los casos no encuentran solución viable a sus conflictos, escogiendo terminar con la vida. Asimismo, hacen referencia a dos conceptos, el de decisión y elección que se consideran como peculiaridades básicas de la existencia humana, donde la persona ante la necesidad de una elección consigue dar un paso distinguiendo de manera responsable por una decisión y al mismo tiempo rechazando otras tantas.

Young & Lester (2001), proponen el enfoque psicoterapeutico Gestalt para la intervenciones en crisis con pacientes suicidas, en las que el psicoterapeuta juega un papel más activo que en la Terapia Centrada en la Persona. El psicoterapeuta Gestalt, además de mostrar empatía, se relaciona con su paciente con simpatía, es decir, se compromete con el campo total, definido por la relación yo-tú con el paciente, siendo consciente de ambos (Perls, 1976b; Yontef, 1997).

Por otra parte, Mann (2013), describe varias situaciones de intervención con Psicoterapia Gestalt con pacientes suicidas, en la que resalta la conveniencia de realizar una evaluación fenomenologica del riesgo de suicidio, en la que a partir de esta se sigue o no la teoría paradójica del cambio de Beisser, preservando como prioridad la vida del paciente. Esto es el equivalente a la regla de excepción de la regla de Zinker (2005). En este sentido, considera que es importante el contrato de no suicidio con el paciente, el cual se establece desde un inicio y se actualiza sesión tras sesión. Sus experiencias incluyen una exploración más amplia del campo del paciente; aprovechar el uso de gestalten fijas como soporte a la intervención y preservación de la vida del paciente; así como establecer y mantener un vínculo psicoterapéutico de calidad yo-tú.

Por otra parte, existen dentro de el enfoque psicoterapéutico gestáltico, diversas técnicas con las que se puede abordar esta problemática, ayudando a la persona a tomar conciencia a través del awaranness de sí mismo y de las circunsntancias del pasado para que logre conectarlas en el momento presente :

- **Técnicas Supresivas:** utilizadas para que el sujeto experimente aquello a lo que teme hacerle frente evitando que eluda el aquí y el ahora y facilitando el darse cuenta. Estas técnicas pueden ser útiles y eficaces en el trabajo con pacientes que presenten ideaciones o intento suicidas, ya que estas personas temen enfrentarse a situación actual, considerando necesario ubicarlos en el aquí y el ahora.
- **Técnicas Expresivas:** utilizadas para que el sujeto exprese lo interno, dándose cuenta de sus situaciones pasadas, y que hasta ese momento no había distinguido, mediante esa búsqueda de aspectos internos descubre cosas positivas que tiene como persona, renunciando lo negativo, y que quizás muchas veces lo ha conducido a no tomar las decisiones más apropiadas o en el caso del suicidio a tomarlo como recurso a los conflictos.
- **Técnicas Integrativas:** permiten al individuo reincorporar las partes alineadas de su personalidad, logrando agrupar los aspectos o conductas del aquí y ahora con las experiencias pasadas, respecto al suicidio sería alinear la situación que lo llevó a eso con lo que está haciendo ahora para reconocerse y no volver a caer en el intento suicida (Naranjo, 1999).

Psicoterapia humanista y Gestalt

La psicoterapia humanista está basada en los postulados del humanismo en psicología y otras formulaciones que le antecieron como la Gestalt. Los principales subenfoques dentro de la tradición humanista son los enfoques centrados en el cliente (o centrados en la persona), Gestalt y existenciales. Otros enfoques influyentes han sido el psicodrama y las terapias corporales. Debido a sus principales postulados con frecuencia los autores se refieren también a ello como psicoterapia experiencial (Denève, 2000). Los objetivos generales de este tipo de tratamiento son promover estados subjetivos más fluidos e integradores. El mismo se enfoca en toda la persona; en lugar de centrarse en los problemas o en los síntomas, pero al hacerlo desde una perspectiva holística, se tienen en cuenta los distintos determinantes de la experiencia individual (Modes, 2003).

Además de promover la autoaceptación y el fortalecimiento del yo, el tratamiento también apunta a resolver problemas particulares que surgen en el tratamiento. Los

problemas en los que se enfoca emergen de manera colaborativa a lo largo del proceso. Así un objetivo central es aumentar la conciencia y promover la auto reorganización mediante la integración de partes dispares del yo (Elliott, Greenberg, Watson, Timulak, & Freire, 2013). En términos más generales, la terapia humanista se basa en dos principios básicos: la importancia de la relación y la promoción consistente y gradual de la profundización de la experiencia del cliente. La relación se considera tanto curativa, en sí misma, como facilitadora de la tarea principal de la terapia, es decir, la profundización de la experiencia (Castonguay & Hill, 2007). El vínculo relacional se considera que involucra tres ingredientes curativos principales. Lo primero es la presencia humana del terapeuta, presenciando y validando la humanidad del otro; lo segundo es un conjunto de actitudes facilitadoras más explícitas que crean un entorno de trabajo seguro; y por último se utilizan un conjunto de comportamientos interpersonales específicos que facilitan el crecimiento y proporcionan una nueva experiencia interpersonal (Modes, 2003). Así son elementos de la tríada rogeriana de empatía, aceptación incondicional y congruencia (Rogers, 1957). La empatía es vista como un proceso complejo cognitivo-afectivo de entrada imaginativa en el mundo del otro e implica comprenderlo, incluida la experiencia más profunda. Este proceso ayuda al cliente a sentirse conectado, a regular el afecto y a construir nuevos significados para la experiencia (Elliott & Freire, 2007).

Se considera que la experiencia del aprecio empático genuino e incondicional del terapeuta libera al cliente de las "condiciones de valía" que se han asimilado de las experiencias iniciales con los padres y otros y proporciona una nueva experiencia interpersonal que no confirma las creencias patógenas. Las reflexiones empáticas del terapeuta sobre los sentimientos y otras experiencias internas permiten al cliente explorar estas manifestaciones subjetivas con mayor profundidad y acceder a aspectos que nunca se habían expresado completamente a los demás o incluso a sí mismos (Rogers, 1957). Por otro lado, la tarea central de la terapia humanista es la de profundizar en la experiencia del cliente. Esto implica enfocarlos en sus estados internos, ayudándoles a simbolizarlos en palabras y crear un nuevo significado. El terapeuta promueve diferentes procesos internos en diferentes momentos para ayudar al procesamiento experiencial. Los procesos facilitados van desde simbolizar una sensación corporal hasta evocar recuerdos, a permitir que se forme un sentimiento intenso, expresar sentimientos, y reflexionar sobre la experiencia. Además, se

alienta al cliente a participar en actividades tales como representaciones psicodramáticas o ejercicios en la imaginación para ayudar a abordar problemas emocionales (Castonguay & Hill, 2007).

Si bien todos estos aspectos son de ciertas maneras comunes a los diferentes acercamientos humanistas cada modelo psicoterapéutico en particular tiene sus peculiaridades. En el caso específico de la Psicoterapia Gestalt existen una serie de principios o conceptos que orientan el proceso, entre ellos destacan “el darse cuenta”, el “aquí y ahora”, los conceptos de contacto y límite, la formación Gestalt sobre la base de las nociones de figura y fondo, el concepto de necesidad y el ciclo de la experiencia (Martín y de la Rosa, 2011).

El “darse cuenta” se refiere a la relación que establece el individuo con su ambiente. El mismo alude al proceso en que la persona toma conciencia a través de su experiencia inmediata en un cumulo de formaciones psicológicas que incluyen pensamientos y sentimientos. Este concepto puede equipararse al insight, sin embargo, este último se refiere, en el modelo Gestalt casi de manera exclusiva a la relación consciente inconsciente (Penhos y Villareal, 1992). El “darse cuenta” está además asociado a otro concepto esencial de este enfoque que es el de “aquí y ahora”, debido a que el sujeto toma conciencia justo en el momento presente. En relación con ello es necesario acotar que en la terapia Gestalt se entiende sobre todo a ese instante de tiempo que se enmarca en el “aquí y ahora”. Ello no quiere decir que no se le brinde importancia al pasado y al futuro, sino que la ellos solo adquieren valor a partir del momento que se está vivenciando (Perls, 1976b).

A su vez el proceso de contactar se refiere a la naturaleza y calidad de la relación que establecemos con nosotros, ambiente y con los procesos de vínculo. El mismo incluye cuatro aspectos, conexión, separación, darse cuenta y movimiento. Debido a ello, el contactar implica un compromiso y una compenetración completa y satisfactoria con aquello con que estamos contactando. Mientras se denomina límite a la separación existente entre el individuo y su ambiente y su función es permitir al organismo distinguir lo que es propio de lo ajeno. Un límite bien estructurado debe ser flexible y permeable para permitir adecuados intercambios y contactos (Polster & Polster, 1974). El proceso de formación de Gestalt

trascurre a través de las nociones de figura y fondo. En ella a partir de los procedimientos experienciales que pone en práctica la terapia se conduce al cliente a una darse cuenta o toma de conciencia que le permite conformar figuras diferenciándolas de los aspectos contextuales o de fondo. La formación de figuras es esencial en la realización de acciones que conduzcan a la satisfacción de necesidades (Penhos y Villareal, 1992). El concepto de necesidad está muy asociado a las posibilidades de autorregulación que este enfoque presupone en cada individuo. Toda persona busca mantener un equilibrio que le permita sostener su salud. De la relación entre esta búsqueda de equilibrio y las condiciones cambiantes del entorno, surgen las necesidades que el sujeto deberá resolver mediante un proceso denominado “autorregulación orgásmica”. La satisfacción de esas necesidades se organiza de manera jerárquica tal y como plantea Maslow en su modelo, pero para satisfacer de manera saludable sus necesidades es necesario que el sujeto se dé cuenta de ello a través del trabajo experiencial y tome conciencia de sus condiciones y particularidades (Gautier & Boeree, 2005).

Por otro lado, la conceptualización del ciclo de la experiencia intenta reproducir el cómo los sujetos establecen el contacto con su entorno y consigo mismo; es según la Gestalt el núcleo básico de la vida humana. Además, explica el proceso de formación figura/fondo: cómo surgen las figuras de entre el fondo difuso, y cómo una vez satisfecha la necesidad dicha figura vuelve a desaparecer (Benavides, 2005). El ciclo de la experiencia cuenta básicamente de seis fases, las mismas son sensación, conciencia, movilización de energía, acción, contacto y retirada / satisfacción. Como otros procesos de Gestalt esta descripción está íntimamente ligada a otros elementos como el de figura y fondo o de necesidad que antes fueron descritos. A continuación, describimos cada una de estas fases según la descripción realizada en Zinker (1979):

Fase 1, Sensación. Es todo aquello que percibimos del exterior, a través de nuestros sentidos, se registra en la zona interna de la conciencia y la pregunta ¿ qué sientes? nos lleva a ubicarla.

Fase 2, Darse cuenta o toma de conciencia. Necesidad que emerge, percatada por el sujeto. Esta puede ser descrita y nombrada. El cuerpo comprende los signos antes imprecisos.

Fase 3, Movilización de energía o energización. Ante la toma de conciencia se abre un abánico de posibilidades para movilizar la energía en aras de realizar la acción.

Fase 4, La acción. Situado en la zona externa de la conciencia se realiza lo conducente para obtener el satisfactor que requiere el organismo para lograr la homeostasis.

Fase 5, Contacto. Se entra en contacto para satisfacer la necesidad, es una etapa de metamorfosis tanto para el sujeto como para el objeto. Ninguno de los dos será el mismo en adelante, esto sucede especialmente cuando el contacto es auténtico.

Fase 6, Retirada/satisfacción. La necesidad queda satisfecha y el organismo en reposo, hasta que otra necesidad y una nueva sensación surjan.

Este proceso no es solo central en la descripción de estados naturales sino también a la hora de entender en terapia diversos procesos como por ejemplo el suicidio o al menos su intento. Una ruptura en el ciclo de la experiencia sería una ruptura en el movimiento hacia la satisfacción. Al descubrir cómo el individuo o el entorno interrumpen este ciclo de experiencia se revelan "asuntos pendientes" del pasado, lo cual puede ayudar al individuo a aprender cómo terminar las interrupciones para que el ciclo pueda avanzar hacia la finalización y la satisfacción de la necesidad figurativa original (Benavides, 2005).

Entender como ocurre tanto en un sentido general como en la particularidad que suponen los sujetos que intentan suicidarse pasa por el cabal entendimiento de dos construcciones teóricas centrales en la psicoterapia Gestalt. Tales son el campo organismo-entorno y el entendimiento del Self como una función del campo. El campo organismo entorno supone que todo debe entenderse en un sentido relacional y dialógico. La causalidad en este enfoque trasciende la linealidad y se convierte en una causalidad más bien circular que permite aprehender las múltiples relaciones que se dan entre un sujeto y el contexto de su existencia en el aquí el ahora (Spagnuolo, 2011). A su vez, hay que afirmar que el Self es una función del campo se refiere que a través de esta instancia es que ocurre la relación organismos entorno. La comprensión de esta instancia pasa además por el conocimiento de sus funciones que, son de Ello, de Personalidad y de Yo (Ibid., 2011). La función del Ello se puede dar de tres formas que pueden ser fondo de experiencia senso-motora, a través de las necesidades fisiológicas o de las experiencias y sensaciones que se experimentan como si estuvieran dentro de la piel. A su vez la función personalidad se manifiesta en la capacidad

del Self de hacer contacto en base a nociones identitarias. La Personalidad responde básicamente a la pregunta ¿quién soy?, y la respuesta que se da a esa pregunta va a condicionar un modo de hacer contacto en tanto una persona que se define como capaz e inteligente se relaciona con determinados aspectos del entorno, ejemplo la actividad de estudio, de formas diferentes a la quién se defina como una persona no muy lista.

Por último, la función Yo se caracteriza por la capacidad del Self de identificarse o alienarse del entorno en base a la información proveniente de las dos funciones. El Yo es quien tiene la posibilidad de hacer contacto con el entorno de una manera plena y espontánea, pero también quien puede resistirse y bloquear ciclo de la experiencia. Así la noción más cercana a una psicopatología que maneja este enfoque pasa por el entendimiento de las posibles perturbaciones de esta función del Self, las cuales afectan el ciclo de la experiencia y pueden ser momentáneas o estables convirtiéndose en estilo de contacto en base a como se han desarrollado a través de la vida el resto de funciones del Self, principalmente en función del fondo de experiencia sensomotoras de las respuestas identitarias a las que arriba el sujeto y conforman su función Personalidad. Resulta por otro lado relevante describir algunos de los modos en que se realiza el contacto cuando ocurren tales perturbaciones ya sea momentánea o como estilo. Los mismos han sido tomados de Salama (2002):

- Desensibilización: Según Fritz Perls, “consideraba a la desensibilización como la pérdida del sí mismo” (Salama, 1999, p.125). La desensibilización consiste en autointerrumpir el proceso ya antes de la sensación. Al no contactar con la sensación interna de necesidad, ni con los estímulos ambientales, el ciclo ni se inicia. La frontera de contacto es demasiado rígida y no permite el acceso a la información interna y externa o sea la persona bloquea su sensibilidad y no siente.
- Introyección: Es un mecanismo que puede hacer que el desarrollo de la excitación que ocurre en la experiencia de contacto se interrumpa y quede bloqueado por reglas y definiciones rígidas que han sido introyectados. Es algo que pertenece al exterior y obstruye la expresión emocional.
- Proyección: tenemos una negación o alineación de lo que en realidad sí es el sí mismo, rechazando aquellas partes de nosotros mismos que nos resultan desagradables o amenazantes.
- Confluencia: el sujeto no percibe ningún límite entre él y el ambiente, sintiendo que es uno con él.
- Retroflexión: es la resistencia para aceptar que la emoción básica se refiere a alguna persona o circunstancia exterior y, en consecuencia, la persona se dirige contra ella misma.

- Deflexión: estilo de contacto que tiende a soslayar el contacto directo con otra persona, es utilizado como medio para enfriar el contacto real.
- Fijación: la persona no puede evitar que la energía en la etapa de postcontacto continúe su recorrido y se desenergetice. Tiene ideas fijas y/o patrones de conducta rígidos “*no dejo de pensar en*”.
- Postergación: o retención es el mecanismo de interrupción del cierre de la Gestalt el dejar para después. Es permanecer obstaculizado en una circunstancia impidiendo un proceso natural.

Conociendo esto es fácil llegar a afirmar que el objetivo de la terapia Gestalt no es que el sujeto comprenda racionalmente por qué ha llegado estar en una situación conflictiva sino desbloquear su capacidad para hacer contacto de una manera espontánea y creativa. Por ello la psicoterapia Gestalt se basa sobre todo en técnicas experienciales (Spagnuolo, 2011).

Técnicas de intervención

Por otra parte, es necesario afirmar que las técnicas de la psicoterapia gestáltica giran, en su mayor parte, en torno a lo que Perls (1976b) llama reglas y juegos. Las reglas facilitan intercambios y permiten que la relación psicoterapéutica sea más transparente, directa y honesta entre ambos; suele presentarse al principio de la terapia y son escasas. El término reglas es explicado al iniciar el proceso terapéutico, aclarando su función y la importancia de integrarlas al lenguaje. Entre las principales reglas está el centrarse en el aquí ahora, lo cual no expresa que no tenga valor el material retrospectivo y conocido por el cliente, sino que se pretende añadir ese material a la experiencia actual, y para ello, cuando sale, se le solicita que lo haga y lo exprese como si lo estuviera viviendo ahora mismo, como si ese sentimiento que ha aparecido estuviera sucediéndole ahora (Martín y de la Rosa, 2011). Otras reglas importantes son las de relación yo-tú, y la eliminación del “si... pero...”. En la relación yo-tú se instruye acerca de la necesidad de no hablar al vacío sino asumir la responsabilidad de lo dicho y determinar un receptor. Mientras al eliminar el “sí... pero...” se evita que el cliente cargue sus culpas a otras personas o elementos externos (Salama, 2010).

Un elemento esencial de la terapia Gestalt son los experimentos. Ellos se basan en enfatizar la experiencia interna del paciente para que sea capaz de experimentar el aquí y el ahora tomando como marco el propio momento en el que se desarrolla la terapia. Así las técnicas vivenciales que serán descritas a continuación pueden considerarse aspectos

reactivadores del proceso Gestalt en tanto van dirigidos a favorecer la adecuada experiencia presente desatando el poder curativo de la misma. En cuanto a las técnicas las mismas por lo general toman forma de juegos cuya finalidad es hacer que los clientes sean conscientes de sus sentimientos, emociones y conductas. Algunas de estas técnicas son las siguientes:

- Ronda de sensaciones: es una técnica utilizada sobre todo en formatos grupales, pero puede ser también adaptada al formato individual. Consiste en una pequeña meditación, guiada por el terapeuta, en la cual se alienta al paciente que cierre los ojos, se conectara con lo que estaba, sintiendo para luego expresar que sensación física ha experimentado. Esto favorece el proceso inicial de toma de contacto al trabajar con el propio cuerpo como elemento para anclar en el aquí y en el ahora.
- Técnica de la silla vacía: Consiste en colocar una silla vacía frente al paciente y hacer que dialogue con otras personas o aspectos relevantes de su experiencia. Tales personas o aspectos han sido previamente sentados en la silla. Esta técnica puede contribuir a expresar lo no expresado lo cual contribuye a que el paciente cierre su Gestalt. Es importante que lo colocado en la silla se imagine de una manera profundamente vivencial.
- Experimentar el vacío: Se invita al paciente a que haga contacto con la sensación desagradable y que se convierta en la misma o bien que puede elaborarse una fantasía de vacío y a medida que el sujeto ingresa en ella irá descubriendo que está compuesta. En el caso del sujeto de la presente investigación esta técnica puede ser usada en función de experiencias desagradables que hayan conducido al deseo de terminar con la vida, en tanto el contacto con tal experiencia puede contribuir a comenzar a integrarlas como antecedente de su superación.
- Descubrir los debeísmos: Se trata de que el paciente revele creencias falsas que han sido introyectadas y que han contribuido a la aparición y sostenimiento de la problemática. Estos debo deben ser transformados en quiero para que contribuyan un funcionamiento más sano.
- Me hago responsable: Consiste en introducir esta frase en el relato del paciente lo cual puede contribuir a la toma de conciencia sobre la propia responsabilidad de sus actos. Ello hará que el paciente experimente su responsabilidad con las distintas partes

del relato y evite modos de relación con la experiencia que impidan un funcionamiento más sano.

- Rompiendo estilos de narración: consiste en que los pacientes narren sus historias en un estilo diferente al que usan normalmente, eligiendo un estilo cómico, épico o de suspenso. Ello contribuirá a que tomen distancia del modo en que normalmente experimentan su vida y puedan tomar conciencia de los elementos que hasta este momento han permanecido oculto. El relato narrado de modo diferente puede convertirse en una externalización a la que el paciente puede acercarse de una manera más adecuada.
- Uso de dibujos: Se puede usar la representación gráfica para tomar conciencia de diversos aspectos de la experiencia, pueden dibujarse el presente, el pasado, el proyecto de vida dentro del propio proceso terapéutico.
- Mis miedos: Consiste en pedirle al paciente que liste sus principales miedos y alentarlos a discutir en terapia las principales causas de tales miedos.
- Diálogo experimental: En esta técnica a menudo se coloca al paciente a dialogar con distintos aspectos de sí mismo o de su pensamiento. A menudo se usa en combinación con la técnica de la silla vacía.
- Juego de roles: Se le solicita al sujeto que represente a otra persona significativa para su experiencia o alguna característica conflictiva. Se le alienta además a que reflexione sobre lo que siente cuando está cumpliendo ese rol (Penhos y Villareal, 1992).
- Fantasías guiadas: reside en imaginarse diferentes espacios que proporcionen el incremento de nuestra conciencia para crear contacto con contenidos notables que evadimos (Gil, 2014).

En este enfoque, además, suelen usarse las tareas para el hogar, en las cuales por lo general se le pide al cliente que fuera de consulta realice algún ejercicio vivencial. Estos ejercicios son a veces insólitos, como escribirse cartas a sí mismo o a distintos aspectos de su persona, pero ayudan en la toma de conciencia del cliente (Salama, 2010). Otra forma de conocer las técnicas gestálticas explicadas ya anteriormente es según su agrupación en técnicas supresivas, buscando reponer el contacto del paciente con su naturalidad; las técnicas

expresivas, que provean la expresión genuina de emociones y del ser y las técnicas integrativas que explora reintegrar aspectos de nuestra personalidad rechazados a nuestro interior para ser más terminados a nivel existencial (Naranjo, 1999 y Naranjo 2004).

Capítulo III. Metodología

*“El hombre que adquiere la habilidad de tomar total posesión de su mente, puede tomar posesión de cualquier cosa”
Andrew Carnegie*

Con enfoque cualitativo fenomenológico de tipo psicoterapéutico, se analizaron 21 sesiones de psicoterapia Gestalt en un joven universitario como caso de estudio. Se aplicaron instrumentos de Escala de Ideación Suicida de Beck, Inventario de Depresión de Beck y una entrevista semiestructurada como herramienta de apoyo para verificar la ideación suicida antes y después del proceso psicoterapéutico.

Enfoque de intervención y tipo de estudio

Diseñar una investigación no puede únicamente basarse en la aplicación de técnicas que, de una manera u otra, han resultado efectivas, sino que exigen todo un proceso reflexivo y de fundamentos que permitan no solo producir conocimientos sino también comprender como surge este conocimiento y cuanta validez posee. En función de ello, es trascendental tanto la reflexión epistemológica como el modo en que, de ello, se desprenden los paradigmas métodos y técnicas de producción de conocimientos.

En la intervención se asumió un enfoque cualitativo, el cual se caracteriza por la recolección de datos sin medición numérica y que permite afinar y estructurar las preguntas de investigación y guiar el proceso investigativo (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2010). Estudia la realidad en su contexto natural obteniendo e interpretando fenómenos de acuerdo con los participantes implicados (Blasco y Pérez, 2007). En ella, se utilizan muestras no probabilísticas y técnicas como la observación participante, las entrevistas no estructuradas, los cuestionarios abiertos y las narraciones personales, además de usar la triangulación, la reflexión crítica y la relevancia subjetiva como forma de validar los conocimientos a los que se arriba (León y Montero, 2003).

El modelo de investigación cualitativo es un modo de encarar el mundo empírico produciendo datos descriptivos como palabras habladas o escritas y conductas observables de personas; que se puede distinguir en cuanto a características, procesos y bondades. Explora los fenómenos a profundidad; se conduce en ambientes naturales; los significados se extraen

de los datos, siendo un proceso inductivo, recurrente, amplio, que analiza múltiples realidades subjetivas dándole riqueza interpretativa (Hernández Sampieri et al., 2010).

En el caso de la presente intervención se apoyó de un análisis cuantitativo que permitió dar cuenta de la presencia de ideación o intento suicida y de condiciones iniciales psicoemocionales mientras la visión cualitativa es necesaria para dar cuenta de cómo ocurrió el proceso de cambio a través de un modelo psicoterapéutico que privilegia lo subjetivo como es el caso de la terapia Gestalt. Es decir, los datos cualitativos recabados mediante el estudio de caso permitieron ir realizando inducciones acerca de cómo se fue originando el cambio en la configuración de la experiencia del participante. A su vez, estas reconfiguraciones que se dieron mediante técnicas experienciales tuvieron un impacto en las condiciones psicoemocionales del participante como es el caso de la depresión, factor de riesgo modificable a trabajar en las personas con ideación o intento suicida.

La intervención fue de tipo psicoterapéutica, generalmente son métodos terapéuticos para el tratamiento de algún tipo de dificultad o problema psicológico. Es un proceso formal de interacción e intercambio verbal entre dos personas, consultante y terapeuta, con el propósito de aliviar y/o modificar los síntomas, patrones conductuales o emocionales en una de las partes denominada cliente o consultante con la ayuda de la otra parte denominada psicoterapeuta quien debe cumplir con determinados conocimientos teóricos, dominio de métodos de tratamientos relacionado con el cuerpo de conocimientos teóricos; y un adiestramiento y consentimiento legal para proceder como terapeuta (Corsini 1989 citado en Campo Redondo, 2004).

La siguiente intervención usó una forma de producción de conocimiento basada en la fenomenología. El término se refiere a un movimiento filosófico cuyo objetivo es investigar y describir los fenómenos de interés tal y como son percibidos sin suposiciones ni relaciones causales o teorías explicativas (Creswell, 1998). Tal perspectiva está en la base de las terapias basadas en la experiencia y que se estructuran a partir del humanismo como escuela psicológica. El hecho de que la presente investigación parta de esta posición epistemológica se debe a la necesidad de que haya una coherencia entre los métodos de intervención

seleccionadas, provenientes de la psicoterapia humanista y las bases filosóficas que justifican el conocimiento al que se pretendió arribar.

También en función de esta coherencia se decidió seguir un paradigma interpretativo naturalista. El mismo busca describir, comprender, e interpretar los hechos de manera que se generen teorías. Este paradigma generalmente se basa en diseños estructurados a partir de los estudios de casos, la teoría fundamentada y sigue enfoques cualitativos de producción de conocimientos, lo cual también es el caso de la presente, que empleó la metodología cualitativa como enfoque sobre la base de un diseño de estudio de caso único (Hernández Sampieri et al., 2010).

En consonancia con lo anterior y con las elecciones epistemológicas realizadas se utilizó un modelo de intervención fenomenológico. Estos modelos buscan lograr la congruencia entre el sí mismo real y la forma en que uno actúa, siente y percibe, lo cual conduce a funcionamiento más saludable en diversas poblaciones y en especial en los pacientes con conducta suicida. En este modelo resultan trascendentes las actitudes tales como empatía, aceptación positiva incondicional y autenticidad, además de técnicas como centrarse en el aquí y ahora, dramatización y análisis de la vida. Finalmente el programa diseñado se basó en la psicoterapia gestalt y estuvo dirigido a un joven universitario con ideación suicida. Se trabajó de forma individual, a través de 21 sesiones a razón de un encuentro semanal de una hora de duración.

Participantes y consideraciones éticas

El proceso de intervención psicoterapéutica se llevó a cabo en un joven universitario con presencia de ideación suicida de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. Esta institución está ubicada en una ciudad, perteneciente al Estado de Chihuahua el cual, se posiciona en el primer lugar a nivel nacional en cuanto a suicidio en población adolescente, con tasas que superan los 8 puntos porcentuales (Aguilar, 2017). De igual manera, en referencia al contexto más específico de la intervención, es importante mencionar que fue asignado un salón en el Edificio W 202 en el campus del Instituto de Ciencias Sociales y Administración, en el cual se realizan procesos psicoterapéuticos por docentes y estudiantes de la MPHEP.

La elección de los participantes de una investigación cualitativa es propositiva o sea no sigue criterios probabilísticos (Creswell, 2011). Así una de las preguntas iniciales que debe contestarse que casos nos interesan y donde pueden encontrarse tales casos (Hernández Sampieri et al., 2010). Esta pregunta quedó solucionada al elegir en que campus de la Universidad se llevó a cabo la intervención, el lugar de donde se tomó dichos participantes, siempre y cuando ellos accedieran voluntariamente a participar en el estudio.

Otro elemento importante es determinar la cantidad de participantes requerida para el estudio. Existen tres criterios para determinar el número de participantes de una investigación cualitativa. Ellos son la capacidad operativa para la recolección y análisis de información, el entendimiento del fenómeno también conocido como saturación de categorías pues está referido al número de casos que nos permiten contestar las preguntas de investigación, y la naturaleza del fenómeno de análisis (Hernández Sampieri et al., 2010). Por otra parte, los criterios éticos de esta investigación exigieron que el tipo de muestro realizado fuera el de participantes voluntarios. Teniendo en cuenta todo lo anterior, por la capacidad operativa y la frecuencia estimada de caso en relación la naturaleza del fenómeno, la muestra quedó conformada por un participante que cumplió los siguientes criterios de inclusión: (1) tener entre 18 y 25 años. (2) ser estudiante de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, (3) dar su consentimiento a participar en la intervención, (4) y en caso de estar diagnosticado con algún trastorno mental, cabe mencionar que se llevará a cabo un procedimiento de manejo donde será canalizado, utilizando un directorio de diversos centros de la ciudad brindándole una adecuada información. Además, es importante acotar que como caracteriza a este tipo de muestreo el número de participantes mencionado es variable pudiendo aumentar en función de la saturación de categoría antes comentada (González, 2007).

Así, a modo de conclusión puede afirmarse que la epistemología es trascendental para hacer un adecuado diseño de investigación, de ella debe desprenderse los paradigmas enfoques y modelos que sean coherentes. Así en el presente estudio se decidió emplear una perspectiva epistemológica basada en la fenomenología y en consonancia con ello un paradigma interpretativo naturalista, un enfoque cualitativo basado en estudio de caso único y un modelo también fenomenológico.

Teniendo en cuenta los requerimientos ético-legales que se siguió durante la intervención con estricta observancia a los derechos humanos, recogidos en las siguientes convenciones, de las cuales México es signatario.

- Declaración Universal de los Derechos Humanos 1948.
- Convención Americana sobre Derechos Humanos 1948.
- Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación racial 1965. (Ferrero, 2000).

Para ello quedó definido en el acápite de población y muestra de la presente intervención que no se excluyó a nadie de los beneficios de la intervención por ninguna condición racial, de género, origen étnico ni ningún otro criterio discriminatorio (APA, 2010). Además, en el protocolo de intervención se explicita que acorde a los criterios técnicos de la psicoterapia humanista en general, se siguió actitudes de aceptación positiva e incondicional (Rogers, 1957), con el participante del estudio. Ello no solo contribuye a restablecer el funcionamiento saludable en el sujeto, sino que además constituye una acción de respecto a sus derechos como ser humano.

Por otra parte, en estricto cumplimiento de las normas de consentimiento informado reguladas internacionalmente por el código de Núremeber de 1946 en Laporte y Vallvé (2001) y recogida en el Código Ético del Psicólogo Mexicano en los artículos 118, 119, 121 y 122 (SMP, 2010). Para ello se planificó un momento en la primera sesión de intervención, en el cual se explicó los objetivos y alcance del estudio y el participante firmó un modelo de consentimiento informado que puede ser consultado en el (Anexo 1). Además, en la redacción del informe del estudio no se colocó ninguna señal que permita identificar al participante. Ello en estricto cumplimiento de los artículos del 132 al 137 del Código Ético del Psicólogo, donde se regula el respeto a la confidencialidad de aquellos sujetos con que se trabaja (Ibíd., 2010) Del mismo modo, la contribución como profesionales de la salud mental a una sociedad estable que mejore la calidad de vida y el respeto de los derechos humanos para todos los seres humanos reafirmando el compromiso de la comunidad de psicólogos de ayudar a construir un mundo mejor, donde prevalezca la paz, la libertad, la responsabilidad, la justicia, la humanidad y la moral (Gauthier, 2008, p.1). Se tuvo en cuenta los siguientes

principios: 1) Respeto a la dignidad de los seres humanos. 2) Competencia en el cuidado de los individuos y sus culturas, en sus conocimientos y habilidades oportunas a su contexto socio-cultural; 3) Integridad, basada en la honestidad y la comunicación abierta, también en el reconocimiento, monitoreo y manejo de prejuicios potenciales, ampliación de relaciones y cualquier conflicto de intereses que pueda afectar al ser humano; y 4) Responsabilidad profesional y científica frente a la sociedad, con aportaciones al conocimiento de la conducta humana para mejorar las condiciones de vida personales, de pareja y familia, sociales, de agrupaciones y comunidades (International Union of Psychological Science [IUPsyS], 2008).

Conjuntamente, se trabajó apegados a las consideraciones éticas de la intervención en Terapia Gestalt según el Código Deontológico de la European Association for Gestalt Therapy (citado en Castanedo y Munguía, 2012) donde se definen principios generales y se establecen normas de conducta profesional de los terapeutas gestálticos para un buen cumplimiento de la práctica y protección a toda persona que solicita terapia. Algunos de los principios tomados en cuenta en la presente intervención fueron promover la ampliación de la consciencia, alentar la autoestima, facilitar el desarrollo del self y la autonomía del participante. Al mismo tiempo, ensanchar las eventuales elecciones disponibles a su alcance, su voluntad y capacidad de aceptar su responsabilidad de las decisiones que tome. Establecer una relación cliente-terapeuta de naturaleza profesional donde el bienestar del cliente es la preocupación primera del terapeuta y respetar en todas las circunstancias la dignidad, el valor y carácter único del cliente.

Por tanto, ante la presencia de un participante con ideación suicida, fue primordial un adecuado y cuidadoso manejo con el objetivo de preservar su vida evaluando pensamientos, planes y actos de autolesión durante la evaluación inicial y en forma periódica. La psicoterapeuta propuso un monitoreo y control ante posibles complicaciones que pudieron surgir durante el proceso psicoterapéutico. 1) Ante la evaluación del riesgo moderado combinado con un trastorno del estado de ánimo de depresión se derivó a atención psiquiátrica. 2) En caso de que representará un peligro para él mismo o los demás, la terapeuta puede salir de la confidencialidad y emprender una acción apropiada. 3) Se consideró la supervisión como soporte y apoyo del caso con profesionales de amplia trayectoria dentro de la maestría, cuidando el anonimato. 4) se estableció inicialmente, un contrato terapéutico

verbal de acuerdo mutuo, donde el participante aseguró no provocarse actos de autolesión dentro del proceso .5) En caso de que el participante mantuviera la ideación suicida y la terapeuta reconociera que alcanzó sus límites de sus capacidades y competencias se deriva a otro colega.

Supuesto esperado y categorías de análisis

El supuesto esperado de la intervención fue que un proceso de psicoterapia Gestalt promueve una ampliación de la consciencia y autoestima, favoreciendo la estabilidad de las condiciones psicoemocionales del participante y fortaleciendo sus recursos propios que le permitan encontrar o descubrir alternativas para la solución de conflictos reduciendo la ideación suicida y sus riesgos.

Las categorías de análisis fueron:

IDS. *Ideación suicida* son los planes, ideas o pensamientos de fantasía de un sujeto acerca de la propia muerte, así como las posibilidades de cómo llevarla a cabo.

IS. *Intento suicida* es cualquier acto deliberado, no mortal, de autolesión provocado con el propósito de hacerse daño, pero sin resultados fatales siendo un comportamiento que pone en riesgo la vida.

CPE. *Condiciones psicoemocionales* son los estados de experiencia afectiva de mayor o menor intensidad que experimenta un individuo cuando reacciona a diferentes estímulos externos que le permiten la función de sobrevivencia o desarrollo, tales como el estado de ánimo, sintomatología depresiva y ansiosa, baja tolerancia a las frustraciones, impulsividad, sentimientos de culpa y/o desesperanza y baja autoestima.

Como Sub categorías, el *estado de ánimo* es el tipo de disposición, tono sentimental o actitud emocional predominante de una persona en momentos determinados. Es una forma de estar, con duración prolongada que suele ser agradable o desagradable. Pueden ser moldeados de acuerdo con los niveles de satisfacción del individuo.

Sintomatología depresiva presencia de una gama de síntomas afectivos en la esfera emocional que se caracteriza por tristeza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida que puede acompañarse de extensos ciclos de tristeza que desconsuelan tanto los pensamientos como la conducta del sujeto, produce pérdida de interés en las actividades, afecta los hábitos de sueño y alimentación, incapacidad para sentir placer o divertirse y deterioro de las relaciones sociales.

Técnicas e instrumentos de registro

En correspondencia con las decisiones metodológicas antes comentadas la presente intervención hizo uso tanto de instrumentos típicos de la investigación cuantitativa como aquellos que por lo general se emplean en estudios cualitativos. En el primer caso se utilizó las técnicas de Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) y el Inventario de Depresión de Beck (1993), mientras desde el punto de vista cualitativo se empleó la entrevista semiestructurada para la confección de la historia clínica y la observación científica participativa como método que permitió ir monitoreando el proceso e ir dando cuenta de los cambios que se dieron en el participante. Las notas de evolución fue el procedimiento donde se registró todos los aspectos recogidos durante la observación. A continuación, se definen concretamente las técnicas mencionadas.

Escala de Ideación Suicida de Beck (Anexo 2). Escala diseñada para cuantificar y evaluar la recurrencia consciente de pensamientos suicidas (Beck et al, 1983). Recoge varias secciones referidas a características como la actitud hacia la vida o muerte; pensamientos o deseos suicidas; proyecto de intento suicida; realización del intento proyectado. La escala consta de 20 reactivos que miden la intensidad de las actitudes, conductas y planes específicos para suicidarse. Cada reactivo se registra en un formato de respuesta de 3 opciones, con un rango de 0 a 2. Las mediciones se suman para obtener un puntaje global. De este modo, el rango teórico del puntaje es de 0 a 38. No existen puntos de cortes propuestos, a mayor puntaje, mayor gravedad. Si la puntuación de los reactivos (4) “Deseo de intentar suicidarse” y (5) “Intento pasivo de suicidarse”, es “0”, se omiten las secciones siguientes y se suspende la entrevista, codificando como: “No aplicable”. En caso contrario,

se sigue aplicando. Presenta una consistencia interna alta (coeficiente alfa de Cronbach de 0.89) y una fiabilidad inter examinador de 0.83 (Beck, 1976).

El Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Anexo 2) fue diseñado por Beck & Steer (1993) para detectar y evaluar la presencia de los principales síntomas de la depresión para un uso clínico. Validado por Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela (1998), posee buena consistencia interna (alfa=.87). El BDI está conformado por 19 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc. Estos síntomas se corresponden con los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-5. Se puede aplicar de forma individual y colectiva. Tipo Likert, con cuatro opciones de respuesta que van de cero a tres. Las puntuaciones oscilan de mínima 0 a máxima 63 que permite clasificar a los evaluados en cuatro grupos, 0/13 depresión mínima; 14/19 depresión leve; 20/28 moderada y 29/63 depresión grave.

Entrevista semiestructurada para la elaboración de la historia clínica que de acuerdo con Pérez (2005) constituye una situación de diálogo flexible, susceptible de reorientarse en el transcurso de la charla misma. Sin embargo, el contenido, orden, profundidad y formulación de los objetivos de la investigación se encuentran definidos por el investigador y son los que rigen a las preguntas. En la entrevista semiestructurada es fundamental que el entrevistador tenga actitud flexible y abierta para poder ir realizando las preguntas de acuerdo a las respuestas que vaya brindando el entrevistado, e inclusive incorporar nuevas cuestiones que permitan acumular información más relevante. Es importante decidir de antemano qué tipo de información se solicita y en base a ello se constituye un guion de preguntas. Con esta técnica se exploró las siguientes dimensiones factores sociodemográficos, fenomenología, salud física, relaciones de pareja, familiar, social, dimensión académica, laboral, cognoscitiva, afectiva y génesis y evolución de la problemática actual (Anexo 2).

A su vez la observación científica participante es uno de los procedimientos más significativos de la investigación cualitativa, implica la interacción social del investigador con los participantes en actividades y acciones que pueden ser naturales en el caso de la etnografía o con cierto grado de formalidad como en el caso de la presente que se conducirá

durante la intervención psicoterapéutica. Su rasgo más importante es que durante tales interacciones se recoge información de forma sistemática y no intrusiva. La información puede ser verbal o no verbal y se registra en una bitácora o diario de campo. Este tipo de observación permite captar elementos tanto objetivos como subjetivos, consiguiendo obtener una información más profunda de las características del objeto de estudio con un acercamiento más introspectivo (Taylor y Bogdan, 1987).

Por otra parte, dentro de la entrevista semiestructurada se realizó la construcción del familiograma que posibilitó observar de manera nítida las relaciones familiares del participante. El familiograma es un instrumento que permite valorar la estructura, la composición, el tipo de familia, el ciclo evolutivo y la dinámica familiar. El familiograma representa la familia nuclear y una generación. En éste, se registran gráficamente las alianzas y exclusiones que permiten identificar la relación del síntoma con el contexto familiar, considerando los actores más implicados en la situación actual (Alegre Palomino y Suárez Bustamante, 2006).

Para desarrollar la perspectiva diagnóstica se manejó el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (en inglés Diagnostic and Statistical Manual Disorders, DMS-V), de la Asociación Psiquiátrica Americana (American Psychiatric Association, APA). Este manual presenta un sistema de clasificación de los trastornos mentales que proporciona una descripción clara de los criterios diagnósticos específicos (APA, 2014), que permitió vincularlo con los resultados que arrojaron los instrumentos o técnicas de diagnóstico antes mencionadas.

Para procesar cualitativamente los datos se utilizó el análisis de contenido. Este procedimiento consiste en un conjunto de técnicas que permite sistematizar la información, que proviene de la comunicación humana, utilizando procedimientos sistemáticos y objetos de descripción del contenido de los mensajes, con la intención de inferir conocimientos referentes a las condiciones de producción y/o recepción de dichos mensajes (González, 2007) La inferencia es una operación lógica, por la cual se admite una proporción en virtud de su relación con otras proporciones ya aceptada como verdaderas. Es sacar conclusiones,

extraer consecuencia de determinados hechos y conductos del sujeto que produce el mensaje. Los análisis se realizan en dos sentidos: horizontal y vertical (Bardin, 1991).

En el sentido horizontal, se trata de establecer las variables extraídas del mensaje, como indicador relevante de las manifestaciones directas e indirectas de los contenidos, funciones y regularidades a nivel psicológico, que se estructuran para definir el nivel actual de constitución individual. En el sentido vertical, se trata del análisis interpretativo (inferencial), donde se integran e interrelacionan los indicadores relevantes obtenidos, definidos unidades de sentido, como expresión integral del sujeto psicológico (Bernete, 2013). Teniendo en cuenta el diseño seleccionado, los datos cuantitativos arrojados por la prueba estandarizada aplicada, se consideró un indicador más a ser integrado en el análisis.

En el proceso psicoterapéutico se empleó las notas de evolución como una estrategia de registro al finalizar cada sesión para evidenciar los avances más significativos del participante, así como la fenomenología, expresiones relevantes o información nueva que no haya proporcionado en sesiones anteriores. Además, el rotafolio como material de apoyo en la realización de las tareas hogareñas como cartas, dibujos para la ayuda de la toma de conciencia mediante expresiones vivenciales más fluidas del mundo interno del sujeto.

Diseño y estrategia de la intervención

El diseño de investigación fue de tipo cuasi experimental, son una derivación de los estudios experimentales ya que carecen de un control experimental absoluto de todas las variables relevantes debido a la falta de aleatorización. Esto permitió explorar el desarrollo de los fenómenos en sus estados naturales, particularmente cuando no se puede tener control total de las situaciones, las variables no se manipulan intencionalmente, sino que sólo se observa y se analiza el fenómeno tal y como es en su contexto natural. El estudio se caracterizó por una temporalidad transversal donde se recolectó datos en tiempo único. Su intención es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado; con una medición pre-post test, este tipo de diseño se basa en la medición y comparación de la variable respuesta antes y después de la exposición del sujeto a la intervención (Hernández Sampieri et al., 2010).

Por estudio de caso se entiende un examen completo e intenso de una faceta o cuestión de la realidad que se considera relevante a los objetivos de una investigación. En este sentido, por caso puede entenderse, una persona, un grupo, una organización o un proceso histórico, entre otros aspectos de la realidad (Denny, 1978). A su vez los diseños de estudio de casos pueden ser únicos o múltiples, correspondiendo el segundo a aquel que se realiza cuando el interés se focaliza en un determinado número de casos conjuntamente (Stake, 1994), uno de cuyos fines puede ser “el desarrollo y contrastación de ciertas explicaciones en un marco representativo de un contexto más general” (p. 94). En correspondencia con ello la presente intervención utilizó el estudio de caso único para construir una valoración acerca de un programa de intervención que buscó disminuir la ideación y prevenir el intento suicida en un joven universitario. El plan se identificó en tres fases:

Fase 1: Etapa Diagnóstica inicial. Objetivo: Conocer la condición inicial del participante.

Sesión 1-2. Objetivo: Crear rapport y explorar la presencia de ideación suicida y las características psico-emocionales en el participante.

Actividades	Estrategia de intervención	Materiales y/o equipo	Estrategias o dispositivos de registro de resultados
Aplicar los instrumentos y realizar entrevista semiestructurada para la recopilación de la historia clínica.	Presentación Encuadre, establecimiento de rapport, atmósfera de confianza y alianza terapéutica con conexión empática y escucha activa a través de la relación dialógica.	Hojas de protocolo de respuesta. Lápiz.	Escala de ideación suicida de Beck. Inventario de Depresión de Beck. Entrevista semiestructurada e historia clínica. Anexo 2

Fase 2: Etapa de Intervención. Objetivo: Promover el darse cuenta (awareness o consciencia inmediata) y el darse cuenta del darse cuenta (consciencia reflexiva) para descubrir y/o fortalecer recursos psico-emocionales hacia el adecuado afrontamiento de las situaciones de vida cotidiana previniendo el comportamiento suicida.

Sesión 3. Objetivo: Preparar al sujeto para la toma de consciencia de sus pensamientos suicida para indagar las manifestaciones físicas de las emociones en relación al suceso relevante. Fomentar la relación terapéutica.

Actividades	Estrategia de intervención	Materiales y/o equipo	Estrategias o dispositivos de registro de resultados
Pensar en todo lo que vivió previo a la ideación suicida y describa sus sensaciones.	Ronda de sensaciones.		Notas de evolución.
A modo de tarea hogareña se escriba una carta a sí mismo, teniendo en cuenta las cosas que siente y el significado que da a esas sensaciones.	Carta sí mismo.	Hojas de respuesta Lápiz	Carta

Sesión 4-5. Objetivo: Promover la toma de conciencia sobre aspectos contextuales (personal, familiar, social, laboral, académico, de pareja) en su vida y ajustes creativos.

Actividades	Estrategia de intervención	Materiales y/o equipo	Estrategias o dispositivos de registro de resultados
Se le pide al participante que piense en su vida, en los momentos que considera más críticos e importantes, visualizarlo como imágenes y los represente en un folio e identificar fortalezas.	Línea de vida Experimentos de acuerdo a la situación específica.	Hoja de respuesta. Lápiz Rotafolio	Notas de evolución
Elaborar un listado de miedos en casa. Explicar cuáles son las 5 cosas que más teme y que busque descubrir sus recursos resolución para luego discutirlo en consulta	Mis miedos	Hoja de respuesta Lápiz Rotafolio	Cuestionario (Anexo 5)

Sesión 6. Objetivo: Fomentar la toma de conciencia sobre sus límites con elementos contextuales (personas, condiciones de vida, etc.), asociadas a sus principales conflictos identificados en sesiones anteriores y facilitar ajustes creativos.

Actividades	Estrategia de intervención	Materiales y/o equipo	Estrategias o dispositivos de registro de resultados
Representar otras personas significativas asociadas a momentos conflictivos. Describir lo que siente dentro de ese rol y reflexione sobre lo que sintieron esas otras personas.	Juego de roles	Prendas de vestir	Audio-grabación. Notas de evolución

Sesión 7. Objetivo: Identificar en torno al suceso sentimientos de culpa y si responsabiliza a otros.

Actividades	Estrategia de intervención	Materiales y/o equipo	Estrategias o dispositivos de registro de resultados
Se le pide que piense con respecto a los pensamientos o ideas suicidas si en algún momento se sintió víctima de las circunstancias y que siente con respecto a las personas más cercanas considerando la responsabilidad a otros.	Silla vacía	Silla	Notas de evolución Audio-grabación

Sesión 8-9. Objetivo: Facilitar la toma de conciencia de la responsabilidad individual con aspectos emocionales y promover ajustes creativos.

Actividades	Estrategia de intervención	Materiales y/o equipo	Estrategias o dispositivos de registro de resultados
Relatar nuevamente una parte o la totalidad de su historia hablando en primera persona. Al finalizarla, discutir	Evitar el lenguaje impersonal y		Audio-grabación. Notas de evolución

con el terapeuta la experiencia que ha tenido y si ha logrado “darse cuenta” de aspectos ocultos hasta ese momento.	hablar en primera persona.		
Como tarea se le propondrá un ejercicio en el cual tendrá que describirse tal y como no es.	Elaborar una descripción de quien no es	Hoja de respuesta Lápiz	Rotafolio Notas de evolución

Sesión 10-11. Objetivo: Promover una visión diferente acerca de la historia de vida del sujeto.

Actividades	Estrategia de intervención	Materiales y/o equipo	Estrategias o dispositivos de registro de resultados
Contar su historia en un estilo narrativo diferente. Si el paciente suele usar un estilo trágico se le alienta a que lo haga en cómico. (Se debe ajustar a las necesidades del participante), puede usarse también estilos épicos, infantiles etc.	Rompiendo estilos de narración.		Audio-grabación Notas de evolución
Dibujar su pasado, esto permitirá vivenciar el pasado de un modo diferente y facilitará el darse cuenta de que el modo en que hacemos contactos no es el único sino que es uno de los muchos modos posibles.	Pintando mi pasado	Colores Hojas de respuesta Lápiz	Dibujo Audio-grabación

Sesión 12-13. Objetivo: Identificar aspectos de sí mismo que le han impedido resolver los conflictos y realice ajustes creativos

Actividades	Estrategia de intervención	Materiales y/o equipo	Estrategias o dispositivos de registro de resultados
Combinación de la técnica de silla vacía y dialogo experimental, pidiéndole que siente en la silla a un aspecto de su persona y que converse con él. Se repetirá con varios aspectos de la personalidad o el pensamiento que el cliente estime necesario.	Silla vacía Dialogo experimental	Silla	Audio-grabación Notas de evolución

Sesión 14-15. Objetivos: Identificar y fomentar sus fortalezas, recursos y cualidades ante situaciones adversas en la vida para el fortalecimiento de la autoestima.

Actividades	Estrategia de intervención	Materiales y/o equipo	Estrategias o dispositivos de registro de resultados

<p>Se le pide que logre imaginarse a la persona de la cual se haya sentido más amado(a) en su vida, enfrente ... que se de cuenta del amor que hay en su mirada y de lo que siente por ti... Luego, cambiar el lugar con ella y convertirse en esa persona, concientizando lo que ve en ti que la hace amarte tanto... Acéptalo y vuelve a hacer el cambio... Ahora siente el amor que dicha persona te tiene y el tuyo propio.</p>	Fantasmía guiada	Hoja de respuesta Lápiz	Audio-grabación Notas de evolución
<p>Recordar elogios que te hayan dicho otras personas a lo largo de tu vida ante situaciones difíciles, enumerar 5 logros conseguidos y cosas que te hagan sentirte orgulloso de ti mismo. Elaborar una lista y discutir en terapia.</p>	Técnicas expresivas de repetición estricta seguida de elaboración		Audio-grabación
<p>Se le pide como tarea hogareña (que puede realizar todos los días) colocarte frente al espejo y mirarte a los ojos por unos minutos, reconocerte: y luego decirte qué vas a hacer hoy por ti, darte un consejo, un halago o ánimos para el día.</p>	Experimento: Hablarle frente al espejo	Espejo	

Sesión 16. Objetivo: Desarrollo de habilidades para el manejo del enojo y los impulsos

Actividades	Estrategia de intervención	Materiales y/o equipo	Estrategias o dispositivos de registro de resultados
<p>Visualizar una persona contra la cual sienta enojo dígame lo que piensa de él, déjese ir, sea todo lo emocional que pueda (actuación imaginaria) Encuadrar que es el coraje en otros, luego personalizar su coraje para darse cuenta y aceptarlo. Elegir expresar el coraje sanamente.</p>	<p>Silla vacía Dialogo experimental Exageración Elaboración de la expresión de coraje</p>	<p>Silla Cojines</p>	<p>Auto-grabación Notas de evolución</p>

Sesión 17. Objetivo: Facilitar la liberación de energía en función de la satisfacción de necesidades.

Actividades	Estrategia de intervención	Materiales y/o equipo	Estrategias o dispositivos de registro de resultados
<p>Se le pide al participante que lleve a la silla vacía aquel aspecto de su experiencia que desea modificar y que hable de cómo planea hacerlo.</p>	Silla Vacía	Silla	<p>Audio-grabación Notas de evolución</p>
<p>Se le pide que escriba una carta a su yo futuro.</p>	Carta de su yo actual a su yo futuro	Hoja de respuesta Lápiz	Carta

Sesión18-19. Objetivo: Promover un proyecto de vida acorde a las necesidades expresadas por el sujeto.

Actividades	Estrategia de intervención	Materiales y/o equipo	Estrategias o dispositivos de registro de resultados
Elaborar un proyecto de vida hasta donde pueda imaginar y lo plasme en una línea de tiempo, usando los colores para dar connotación emocional a cada etapa.	Línea del proyecto de vida	Hoja de respuesta Lápiz Colores	Audio-grabación Notas de evolución
Cuenta nuevamente su vida reconstruyendo lo más importante	Relato de vida		Audio-grabación Dibujo
Se le pide que en casa busque un momento tranquilo, cierre los ojos, respire profundamente durante unos minutos. Luego debe visualizar su futuro a través de imágenes y acto seguido dibujarlo.	Pintando mi futuro	Hoja de respuesta Lápiz Colores	Audio-grabación

Sesión 20. Objetivo: Fomentar la toma de conciencia sobre los logros que ha ido obteniendo en el proceso.

Actividades	Estrategia de intervención	Materiales y/o equipo	Estrategias o dispositivos de registro de resultados
Ambos realizan un dibujo que refleje el proceso terapéutico tal y como ha transcurrido en sus distintas etapas, luego comparan y discuten los dibujos.	Técnica expresiva del dibujo “Pintando el proceso terapéutico”	Hoja de respuesta Lápiz Colores	Dibujo Audio-grabación Notas de evolución

Fase 3: Etapa de Evaluación. Objetivos: Evaluar la efectividad de la intervención aplicada e identificar los cambios en la ideación suicida en el participante.

Sesión 21. Objetivo: Descripción de los resultados.

Actividades	Estrategia de intervención	Materiales y/o equipo	Estrategias o dispositivos de registro de resultados
Aplicar los instrumentos y entrevista semiestructurada para explorar los cambios que se han sucedido en el participante.	Entrevista semiestructurada.	Hojas de protocolo de respuesta. Lápiz.	Escala de ideación suicida de Beck (Anexo 1) Inventario de Depresión de Beck.(Anexo 2) Entrevista semiestructurada (Anexo 6)

Capítulo IV. Resultados

*“Abandonarse al dolor sin resistir,
suicidarse para sustraerse de él,
es abandonar el campo de batalla
sin haber luchado”
Napoleón I*

Condiciones iniciales del participante

Sesiones 1-2. Evaluación diagnóstica inicial

Sesión 1 La historia clínica y familiograma

Estas primeras sesiones estuvieron encaminadas a propiciar el aprecio positivo incondicional, reconociéndolo en su individualidad, sin emitir juicios, análisis o interpretaciones ante su experiencia o conducta (Dartevelle, 2010), adoptando una actitud positiva, libre de prejuicios y abierta (Rogers, 1985) donde la psicoterapeuta se mostró empática, comprometida con el diálogo, en una relación de no explotación, validando sus emociones, lo que facilitó la expresión de sentimientos construyendo un ambiente de calidez y confianza (Yontef, 1997; Naranjo, 1999).

Daniel (pseudónimo), joven, masculino de 21 años, nacido el 5 de enero de 1999. Estudiante de Psicología cursa el segundo semestre, originario de Cuauhtémoc. Reside en Ciudad Juárez hace aproximadamente 10 meses. Soltero, vive en casa rentada. Acudió por empeoramiento anímico con ideación suicida de varias semanas de evolución solicitando ayuda psicológica. Consciente, orientado auto y alopsíquicamente, se mostró colaborador, abierto, comunicativo, facie cansado, lenguaje expresivo, fluido y coherente con tono de voz bajo. Presentó condiciones adecuadas de higiene, aunque con descuido en su arreglo personal. Contextura corporal delgada.

Refirió episodios de tristeza persistente y falta de energía desde hace dos semanas, que se mantiene constante describiéndolos como... *“bajones”*... que duran toda la semana. Reportó sentirse decaído, aburrido, pérdida de ilusión, disminución de la capacidad para disfrutar actividades... *“solo deseo estar acostado”*..., con nivel bajo de energía, poca concentración e hipersomnia. Manifestó pérdida de apetito y de peso, tendencia al aislamiento social, ideas de minusvalía y culpa con expresiones como... *“a veces siento que*

no soy bueno para nada” ...,... *“me siento culpable de estar aquí lejos de mi madre”* ...,... *“he perdido buenas amistades por mi comportamiento”* ..., fijación en fracasos del pasado y/o autorreproches.

Describió pensamientos suicidas recurrentes, y planificación fantasiosa del acto definiendo lugar, hora y método... *“he pensado lanzarme de un edificio que esta frente a mi trabajo, hay unas escaleras que dan al área de parqueo, en las tardes siempre está muy solo”*...; nos comentó que no quisiera quedar con vida le daría mucha vergüenza y que en otras ocasiones ha tenido ideación suicida escasamente estructurada, pero le falta valentía para autolesionarse. No reportó antecedentes de intentos previos. No supo identificar las principales causas que lo llevaron a pensar en terminar con su vida solo expresa frases como... *“No quería seguir viviendo”* ...,... *“No me gustó la vida”* ...,... *“No hay razón para estar aquí, bye...*,... *“No hay más”* ...,... *“para qué tanto vivir, estudiar y trabajar”*... Comentó que los motivos que le impidieron tomar la decisión de suicidarse es pensar en lo que puede sufrir su familia, en especial su madre... *“pienso mucho en mi madre y en todo lo que ha enfrentado durante años, sería como acabar con su vida de un solo golpe, ella es mi mayor orgullo. Es una mujer centrada, fuerte y la amo con toda mi vida”*... Por otra parte, sus fuertes creencias religiosas en Dios, con formación en valores y vocación de servicio desde la infancia.

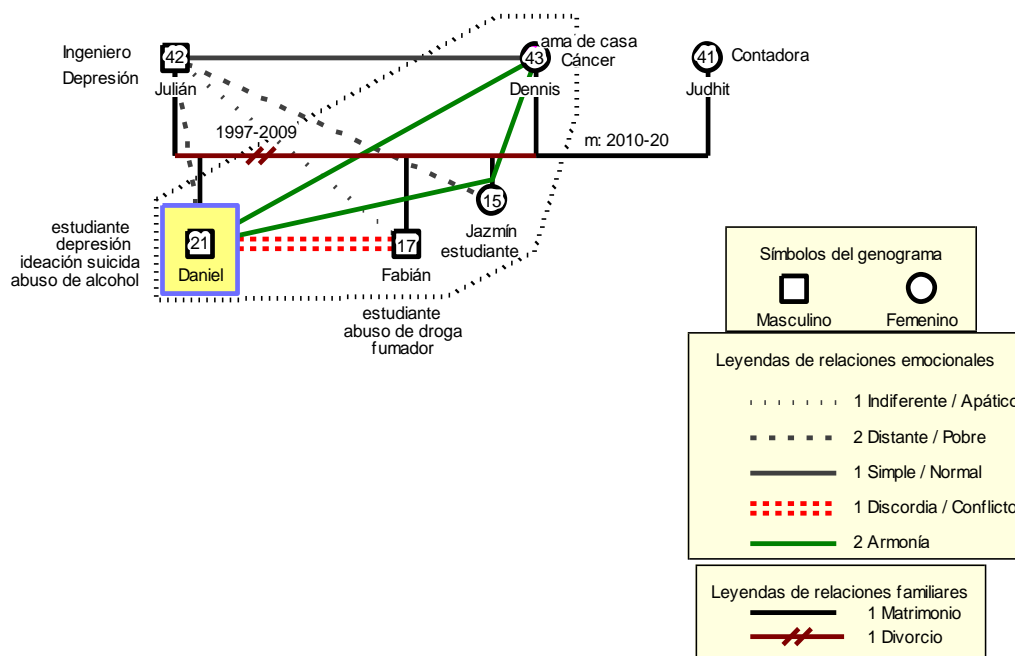
No se evidenció alteraciones en el curso ni en el contenido del pensamiento de tipo delirante ni alteraciones sensorio-perceptivas. No presentó ninguna condición médica que influya en el proceso terapéutico. Antecedentes patológicos personales de embarazo a término, no planificado, deseado, que cursa madre sola con carencia afectiva, padre trabajando ilegal en los Estados Unidos. Parto distócico por cesárea, sin complicaciones postnatales. Adecuado desarrollo psicomotor. Su infancia estuvo marcada por la crianza de sus abuelos paternos, con fuertes creencias religiosas cristianas, los cuales lo cuidaban la mayor parte del tiempo y se mostraban muy afectuosos. Padre distante, estricto, con un estilo de crianza autoritario con un nivel elevado de exigencia en cuanto a sus posibilidades y logros con respecto a su aprendizaje y habilidades motoras, donde siempre se sintió muy presionado, aunque recuerda que siempre fue un niño muy inteligente, responsable, obediente y feliz. Por otra parte, refirió que su madre era todo lo opuesto, comprensiva, amorosa, flexible, era

siempre quien salía a su defensa, mostrando siempre apoyo y diálogo, fomentando buenas relaciones entre hermanos. Aparentemente saludable, hizo alusión de antecedentes de tratamiento psicológico por sintomatología depresiva en el año 2016, con remisión a valoración psiquiátrica que no asistió y abandonó proceso terapéutico, sintiendo al poco tiempo, mejoría en su estado anímico.

Antecedentes familiares de figura paterna con episodio depresivo en su juventud con tratamiento farmacológico y madre con enfermedad crónica no transmisible. Padres divorciados desde el año 2009, luego de 10 años de matrimonio por conflictos de pareja con dificultad en la comunicación, lo que conlleva a la separación por infidelidad. Madre residente en Cuauhtémoc, de 43 años, diagnosticada desde el 2012 de cáncer mamario, luego en 2019 en fémur con metástasis en pulmón e hígado con constantes tratamientos invasivos y recaídas, actualmente tratamiento paliativo solo para el control de los síntomas. Padre de 42 años, vive en Chihuahua con su actual familia, de profesión ingeniero. Es el mayor de 3 hermanos, tiene un hermano de 17 años y una hermana de 15 años, ambos estudiantes. La familia del participante es de tipo nuclear monoparental, tradicional que se caracterizó según su composición o estructura en tamaño mediana, bigeneracional, en etapa del ciclo vital de Contracción en crisis normativa o transitoria de desmembramiento por hijo salido del hogar y no normativa ante hospitalizaciones frecuentes de figura materna con problemas de salud. Clima afectivo intrafamiliar disfuncional. Participante que manifestó una relación conflictiva con su hermano de 17 años, que se caracterizaba en desacuerdos, desarmonía y contradicciones, lo describió con problemas de conducta, rebelde, explosivo; temperamento cambiante, que no era consciente de la enfermedad de su mamá, evadiendo sus responsabilidades y consumo de marihuana. Por otra parte, mencionó que con su padre la relación es distante con pobres vínculos afectivos y de comunicación, señaló con remordimiento el abandono hacia su madre y el poco apoyo económico y afectivo hacia sus hermanos, siendo éste, consciente de la situación familiar que se ha desencadenado luego de la enfermedad de su madre. Describió la bonita relación que mantiene con su hermana menor y con su madre, donde se observó un rostro sonriente mientras narraba algunos eventos familiares. A causa de lo antes descrito, siempre ha sido responsable en el cuidado y atención de sus hermanos, asumiendo el “rol de hijo parental” lo cual significó que antepone las necesidades de su familia a las propias y esto conlleva una carga y conflicto emocional.

Mencionó que ha acompañado a su madre a consultas y tratamientos, proceso que ha sido difícil, largo e impredecible, siendo un soporte importante para ella, que le ha tocado vivenciar con mucha angustia, miedo y confusión, pero a la vez refiere... *“no me arrepiento de nada lo que he hecho por mi madre, pero he dejado de hacer muchas cosas que me hubieran hecho feliz, no he disfrutado mi adolescencia como hubiera deseado. Me han asignado algunas responsabilidades que me hacen sentir muy presionado”...* Actualmente convive con roomie y abuelo de este, este último alcohólico, refirió mantener buenas relaciones con ellos, aunque en ocasiones le molesta algunas conductas del señor cuando se encuentra ebrio. En el siguiente familiograma que se muestra en la Figura 1, se representó la tipología y dinámica en las relaciones familiares.

Figura 1. Familiograma



Al ingreso al sistema escolar no se observó dificultades en el rendimiento académico, destacando por sus buenas calificaciones, con adecuada participación en actividades grupales. Actualmente estudia en la universidad, refirió que le gusta mucho la carrera y a

pesar de su estado emocional, no deja de asistir a clases y obtiene buenas calificaciones. Presentó baja autoestima expresando que... *“muchas veces en clases no contesto preguntas que hace el maestro para no verme arrogante, me da vergüenza”*...,... *“no tengo nada positivo, soy una mala persona”*...,... *“me creo todo lo que me dicen”*..., y... *“busco aprobación todo el tiempo de mis compañeros y amigos”*...

Labora desde los 16 años para sustentar sus principales gastos. En la actualidad es mesero hace 4 meses, trabaja cinco días a la semana desde las 5 pm hasta las 2 am en un bar-restaurante. Ambiente laboral estresante, donde en ocasiones es víctima de bullying. Manifestó que desde pequeño siempre fue un niño modelo y que en el único espacio que sintió de refugio para hacer amigos y sentirse aceptado era la iglesia, se describió a partir de sus 14 años como introvertido, un poco aislado, con dificultades para hacer amigos, que en ocasiones no se muestra empático, que es muy selectivo para sus amistades, y evade los conflictos para no enfrentar y resolver. Educación sexual en colegios cristianos, refirió que no ha tenido relaciones de pareja ni sexual, que ha experimentado atracción por el sexo opuesto, pero sin llegar a establecer un vínculo estable, que es muy observador y no se siente preparado emocionalmente para llevar sanamente una relación. Identificó pocas redes de apoyo mencionando a la familia como una red unida que siempre ha tratado de apoyarse mutuamente, aunque se encuentra separados geográficamente. Dificultades socioeconómicas. Como resultado de la aplicación de la Escala de Ideación Suicida de Beck en la cual obtuvo una puntuación total de 15 puntos, se encuentra dentro del nivel medio de ideación y existencia de planificación suicida no inmediata pero clara del acto, con dimensiones en la ideación suicida de frecuencia ocasional, duración de los episodios breves, con percepción de capacidad para llevar a cabo el intento incompetente. Razones para pensar el intento suicida de escapar de los problemas con presencia de disuasivos como fallar la tentativa del acto, miedo a dañar emocionalmente a sus familiares, vergüenza y creencias religiosas. No presencia de intentos suicidas anteriores. Dentro de las secciones del test se encontraron las características que se presentan en la tabla 1.

Tabla 1
Escala Ideación Suicida de Beck

Sección	Puntaje	Interpretación
I. Actitud hacia la vida o muerte	4	Deseo pasivo de suicidio
II. Pensamientos o deseos suicidas.	4	Ambivalente e inseguridad de control.
III. Características del intento	5	Detalles elaborados con método y oportunidad disponible
IV. Actualización del intento	2	Sin preparación real con revelación de las ideas con reservas
	0	Sin intentos de suicidio anteriores
Puntuación total	15	Riesgo de suicidio medio

Fuente: Elaboración propia

La tabla 2 muestra que previo a la intervención, el participante experimentaba pesimismo, sentimiento de fracaso, pérdida de placer, autocrítica, pensamientos o deseos suicidas, llanto, indecisión, estado de ánimo desagradable, sentimientos de culpa, desesperanza, baja autoestima así como cambios en los hábitos de sueño y apetito. Sin embargo, no presentaba intentos suicidas anteriores, síntomas ansiosos, baja tolerancia a la frustración, ni impulsividad.

Tabla 2
Condiciones previas a la intervención

Síntomas	Categorías		
	IDS	IS	CPE
			Estado de ánimo
			Sintomatología depresiva
Pesimismo			Sí
Fracaso			Sí
Pérdida de placer			Sí
Autocrítica			Sí
Pensamientos o deseos suicidas	Sí		Sí
Llanto			Sí
Indecisión			Sí
Desagrado		Sí	
Ansiedad			
Baja tolerancia a la frustración			
Impulsividad			
Sentimientos de culpa			Sí
Desesperanza			Sí
Baja autoestima			Sí
Cambios en los hábitos de sueño			Sí
Cambios en el apetito			Sí

Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo a lo anterior, se reafirma según (Gómez Restrepo et al., 2002) que la depresión es un fuerte predictor de la ideación suicida y está casi siempre asociada como un factor de riesgo al acto suicida. Al finalizar la sesión, le agradecí la confianza depositada y aceptación al proceso terapéutico. Conjuntamente, se recomendó la posibilidad de contacto telefónico en caso que necesitará de ayuda o soporte urgente. Se valoró la existencia de redes de apoyo cercana. Se estableció el contrato terapéutico verbal donde el participante aseguró no provocarse actos de autolesión dentro del proceso, el cual sirvió para colocar la responsabilidad de iniciar la ayuda en el cliente. Se identificó como principales fortalezas en el participante que nos ayudó para prevenir el suicidio, un estado conciente y orientado; buen coeficiente intelectual, habilidades de lenguaje; disposición y colaboración ante el proceso.

Sesión 2 La historia clínica y diagnóstico

En la segunda sesión el objetivo fue concluir la confección de la historia clínica mediante la entrevista semiestructurada, propiciando la empatía y aceptación incondicional para reforzar la relación terapéutica (Yontef, 1997). Se abordó más a profundidad los motivos desencadenantes de los pensamientos suicidas, desde cuándo ocurren, con qué frecuencia, si persisten expresando... *“pienso que todo se ha ido acumulando por varios años, me ha sido muy difícil aceptar el divorcio de mis padres, ver a mi madre salir adelante sola y luego esta horrible enfermedad que al inicio no entendía qué pasaba y la actitud indiferente de mi padre. Algunas situaciones en el trabajo y el sentirme solo, me llevo a tener esos pensamientos”*... Refirió que estos pensamientos llegaron hace 3 semanas con una frecuencia ocasional, con duración de episodios breves, no siendo tan persistentes y agregó... *“son más abundante mis bajones”*.

Estos datos que se obtuvieron en la elaboración de la historia clínica permitieron la identificación de signos y síntomas que señalaron una condición de trastorno depresivo persistente (distimia) y que concordaron con los criterios diagnósticos del DSM-V, no fueron elaborados clínicamente, con anterioridad, por algún especialista y no son corroborados por el sujeto.

Se observó cansado, bostezando con mucha frecuencia, pero comunicativo y atento. Decidió contarme la relación tan cercana con su mamá, experimentando sentimientos de culpa por no estar junta a ella, miedo a que le pase algo y se lo oculten, o no estar en el último

momento; sentimientos de desesperanza ante esta situación. Repitió varias veces que no es buen hijo. Se observó cuando habla de ella que se le llenaron sus ojos de lágrimas, bajando la mirada.

Además, abordó que trabaja luego de salir de clase para no tener que depender de sus padres económicamente. Refirió algunas situaciones desagradables siendo objeto de burlas por parte de sus compañeros de trabajo, donde ha sido cuestionado con respecto a cuál es su verdadera orientación sexual, nos comentó que para las personas que lo rodean no está bien como es él realmente... *“no está bien tener 20 años y no ligar morritas, no tener relaciones sexuales”* ... *“Para todos está mal ser respetuoso”*... Además, refirió que en ocasiones no se respetan los horarios de comida y es muy desorganizado el trabajo, no existe cooperación. Manifestó... *“A veces me siento mal y el trabajo me estresa, quisiera mandar todo al wini y dejarlo, pero necesito el jale, llevo tiempo en el lugar, gano bien, se me acomodan mis horarios, entonces, trato de evadir los problemas para estar bien con todos. Son situaciones que he podido manejar, soy muy calmado”*...

La orientación diagnóstica según criterios del DSM-V que se relacionó con lo descrito en la primera sesión, fue de trastorno del estado de ánimo, es decir, cursó un trastorno depresivo persistente cumpliendo los criterios que señala como estado de desánimo, pesadumbre o tristeza la mayor parte del día, de la mayoría de los días de la semana, desde hace dos años, variando su intensidad, sin desaparecer más de dos meses por vez, con inicio temprano ante de los 21 años de edad, cumpliendo con la mayoría de los síntomas, sin presencia de algún trastorno psicótico crónico o inducido por ingestión de sustancia o afección médica. Luego, cursó un estado depresivo mayor, con duración de dos semanas, en donde cumplió con la mayoría de los criterios, incluyendo la ideación suicida criterio 9, y se encuentra en remisión parcial. Actualmente, cursa una condición de trastorno depresivo persistente (distimia). A continuación, se muestra en la tabla 3 según el DSM-V la diferencia en la sintomatología de ambos trastornos en el participante.

Tabla 3

Diferenciación en la sintomatología según DSM-V de trastornos depresivos

Trastorno Depresivo Persistente	Trastorno Depresivo Mayor
---------------------------------	---------------------------

<p>A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el durante al menos dos.</p> <p>B. Presencia mientras está deprimido de dos o más de los siguientes síntomas: pérdida de peso; hipersomnia; falta de energía o fatiga; baja autoestima; dificultades en la concentración y en tomar decisiones; sentimientos de desesperanza</p> <p>C. Durante el período de 2 años de la alteración el sujeto no ha estado sin síntomas de los criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.</p> <p>D. No habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración</p> <p>E. Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco ni nunca se ha cumplido los criterios para un trastorno ciclotímico.</p> <p>F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico.</p> <p>G. Los síntomas no son debido a los efectos inducidos por sustancias o enfermedad médica</p> <p>H. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo, deterioro social, laboral y de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p>	<p>A. Presencia de cinco o más de los siguientes síntomas durante un período de dos semanas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día o casi todos los días. 2. Pérdida de interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades. 3. Pérdida de apetito 4. Hipersomnia casi todos los días 5. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días. 6. Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva casi todos los días 7. Menor capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días 8. Ideación suicida con un plan específico pero no inmediato <p>B. Los síntomas no cumplen los criterios de un episodio mixto</p> <p>C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o en otras esferas importantes</p> <p>D. Los síntomas no obedecen a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o enfermedad médica</p> <p>E. No son explicados por duelo.</p>
---	--

Fuente: American Psychiatric Association (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Ed.)*. Washington, DC: Médica Panamericana.

Por otro parte, para el diagnóstico de los trastornos correspondientes, se realizó una diferenciación de los criterios diagnósticos según el DSM-IV-TR y DSM-V como se muestra en la tabla 4, lo cual nos permitió una clasificación más efectiva de los cuadros clínicos actualizados para predecir el trastorno, su curso y enfocarnos en el tratamiento.

Tabla 4
Diferenciación en los criterios diagnósticos

Trastornos	Desarrollo	Curso	Inicio	Edad de inicio	Síntomas predominantes
Trastorno Depresivo Persistente (Distimia DSM-IV-TR)	Los síntomas perduran por lo menos durante 2 años o más.	Crónico	Insidioso progresivo	Desde la infancia	Cognitivos y emocionales
Trastorno Depresivo Mayor	Durante un periodo de 2 semanas	Fásico	Brusco	Edad adulta	Vegetativos y psicomotores

Fuentes: APA American Psychiatric Association (2003). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV*. Barcelona: Masson / APA American Psychiatric Association (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Ed.)*. Washington, DC: Médica Panamericana.

Como resultado de las sesiones de evaluación inicial el participante presentó ideación suicida sin intentos previos. A la par, evidenció un estado de ánimo desagradable o disfórico entre los que encontramos la depresión y la tristeza acompañada de sentimientos de pesimismo, fracaso, desesperanza, pérdida de placer, apetito y cambios en los hábitos de sueño. Además, optaba ante situaciones estresantes estilos de afrontamiento improductivos de escape y/o evitación con pensamiento y comportamiento de distanciamiento donde ignoraba los problemas, se los reservaba para sí, autoculpándose con presencia de sentimientos de incapacidad y resignación. Igualmente, una baja autoestima, se mostraba pasivo, aislado no le gustaba compartir con otros sus sentimientos, tomando en cuenta demasiado la opinión de los demás e hipercrítico con miedo al fracaso. En consonancia con estos resultados, existen diversas investigaciones que relacionan la depresión, la desesperanza y las estrategias de afrontamientos como factores predictores del riesgo suicida (Echeburúa, 2015) así como una alta desesperanza en personas depresivas está asociada a mayor presencia de ideación suicida (Gallego, 2009). Ante la presencia de emociones negativas el sujeto no pudo dar una respuesta adecuada a las demandas del ambiente y el proceso suicida se inicia porque las posibilidades presentes en el campo relacional están limitadas provocando una sensación de vacío, estado de tristeza, desesperanza que afecta la capacidad de awareness y funciones del self que se refleja en distintos aspectos del campo (Cornejo, 2009). Como principal expectativa del participante hacia el proceso psicoterapéutico se encontró, mejorar su estado de ánimo actual. Se recomendó al participante la canalización a un especialista en psiquiatría para evaluación y tratamiento oportuno ante su diagnóstico, como procedimiento de manejo y control.

El proceso de intervención

En la fase 2: Etapa de Intervención, el objetivo fue promover el darse cuenta (awareness o consciencia inmediata) y el darse cuenta del darse cuenta (consciencia reflexiva) para descubrir y/o fortalecer recursos psico-emocionales hacia el adecuado afrontamiento de las situaciones de vida cotidiana previniendo el comportamiento suicida. Desde la sesión 3 hasta la 20 se aplicaron técnicas gestálticas utilizando notas de evolución, audiograbaciones, cartas y dibujos como estrategias de registro de resultados.

Sesión 3 Conciencia del yo

Esta sesión tuvo por objetivo preparar al participante para la toma de conciencia de sus pensamientos suicidas para indagar las manifestaciones físicas de las emociones en relación al suceso o acontecimiento que lo llevaron a pensar terminar con su vida y a la vez fomentar la relación terapéutica.

En un primer momento de la sesión se realizó una actualización de cómo llega el participante indagando en su estado emocional para romper el hielo e ir facilitando la expresión en un clima positivo y de confianza además de conocer que sucedió durante los últimos días. Se observó un estado de ánimo bajo, cansado, expresando preocupación y tristeza por la condición en que se encuentra su madre. Se utilizó la validación como estrategia de aceptación (Rogers, 1957) y la empatía como una de las condiciones facilitadoras para el proceso de crecimiento y fortalecimiento del vínculo terapéutico (Rogers, 2004). Se indagó acerca de la presencia de pensamientos, refiriendo que solo en dos ocasiones, pero muy efímeros, facilitando la expresión del malestar emocional a través de describir cómo se siente, se hace entender. Se incluyó en la relación, la presencia (Yontef, 1997) confirmando y reconociendo todos los aspectos del participante como el sujeto que es y acepto cómo se siente.

La técnica empleada fue ronda de sensaciones para fomentar la conciencia del ahora facilitando el darse cuenta, trayendo todas las experiencias del pasado del modo más completo posible al presente, vivenciándolas en sensaciones corporales para integrar diversas partes de la personalidad (Naranjo, 2004). Se realizó a través de una meditación guiada por la psicoterapeuta donde se fueron realizando diferentes preguntas para indagar sensaciones internas y externas así como manifestaciones físicas de las emociones, pidiéndole al participante describir qué sintió corporalmente en el momento que tenía los pensamientos autodestructivos y qué emociones fueron relevantes, donde manifestó... *“esos días me sentía mal, me dolía mucho la cabeza y el pecho, en ocasiones mareado, era como si mi cabeza estuviera grande y pesada. Recuerdo que en esos momentos se me secaba mucho la boca”* ... Expresó que vivenció emociones negativas como mucha angustia, enojo, decepción y miedo... *“me molestaba todo, hasta las voces, andaba enojado conmigo mismo, con la vida, a mi padre no le contestaba sus mensajes ni llamadas, quería gritarle todo lo que sentía. Al*

mismo tiempo, estaba traicionando mis creencias porque ante los ojos de Dios no estaba correcto lo que andaba pensando, esa actitud era de un cobarde. Sentí mucho miedo, mis pies estaban flojos” ...

Al inicio de este experimento, el participante mostró incapacidad para sentir y describir sus emociones... *“en ocasiones no sé identificar mis emociones, ni nombrarlas” ...* centrándose solo en los pensamientos, por lo que durante la sesión se trabajó en desarrollar el lenguaje corporal más allá del lenguaje verbal identificando la desensibilización (Salama, 2002) como un mecanismo neurótico que le ha sido funcional buscando su autoapoyo ante situaciones dolorosas, principalmente ante la enfermedad de la madre. Por otro lado, le ha imposibilitado otorgar nombre a lo que siente y llevarlo a la expresión congruente evitando la satisfacción de sus necesidades reales. Según Kepner (1987) los individuos desensibilizados tienen un “vacío estéril” con el cual no hay posibilidades de nuevas experiencias y así se quedan (citado en Salama, 1999, p.127). Finalmente, se logró que conectará con las manifestaciones físicas en relación a las emociones surgidas durante la ideación suicida animándolo a prestar atención a su respiración a tomar conciencia de su cuerpo a través de preguntas como *¿ Qué sientes? permaneciendo con la sensación y ¿De qué te das cuenta ahora? Además de compartirle, cómo podría sentirme yo ante su misma situación como ayuda para re-sensibilizarlo y ver cuanta resonancia muestra hacia mis respuestas y al mismo tiempo como una forma de reforzar la empatía y presencia (Rogers, 1957; Yontef, 1997) así como dice Jacobs, 1995 (citado en Hodwin & Reeves, 2009) el desvelamiento de información personal de ambos solo deben ser llevados a cabo para facilitar el paso al awareness del cliente.*

El participante se mostró interactivo con actitud cordial durante todo el proceso, expresando que, al relatar sus pensamientos derrotistas y la planificación de los mismos, sintió en su cuerpo una gran tensión en los hombros y la espalda que fue disminuyendo poco a poco a través de la expresión de sus sentimientos y emociones dándose cuenta que siente un gran alivio en su pecho. Expresa que la sesión le sirvió para desahogar sus emociones en un ambiente neutral y sentirse más libre. En esta sesión se promovió la sensibilización como plantea Muñoz Polit (2008) se busca que el sujeto aprenda a estar en contacto consigo mismo

para darse cuenta de sus pensamientos, sentimientos, reacciones físicas aumentando la conciencia de sí mismo promoviendo el autodescubrimiento.

Se le orientó a modo de tarea hogareña que se escriba una Carta a sí mismo, teniendo en cuenta las cosas que siente y el significado que le da a esas sensaciones. Por otra parte, en conjunto, discutimos un plan de actividades diarias, según sus posibilidades, con el objetivo de ir recuperando su funcionamiento biopsicosocial, reducir los síntomas depresivos y disminuir el riesgo suicida retomando durante la semana algunas actividades al aire libre que sean de su agrado y que ya no realice, para luego platicar en sesión.

Sesión 4 y 5 Toma de conciencia de su entorno

El objetivo de estas sesiones fue promover la toma de conciencia sobre aspectos contextuales en las dimensiones personales, familiares, sociales, académicas, laborales y de pareja en su vida y sus ajustes creativos, mediante la técnica línea de vida. Al iniciar las sesiones, luego de los saludos tradicionales se conversó sobre las incidencias de la semana anterior a modo de actualización, donde se observó con facie cansado y en ocasiones cabizbajo. Se decidió centrar el acompañamiento en el método dialogal (Yontef, 1997), para ir descubriendo su situación existencial. No refirió presencia de pensamientos o ideas suicidas solo “bajones”. Se utilizaron técnicas expresivas (Naranjo, 1999) para que el participante tomará contacto con sus emociones y necesidades, pidiéndole que expresara lo que estaba sintiendo desde la nostalgia, permitiéndole desahogarse sin poder contener el llanto. Esto me permitió recabar información sobre cómo Daniel experimenta el estar lejos de su familia, mediante la inclusión... “Incluirse en el mundo del paciente...el terapeuta simultáneamente se relaciona con el paciente y reúne información acerca de él, para entrar al mundo del otro sin deshonrarlo...Esta es una actitud tolerante, en el cual el terapeuta comprende y acepta a la otra persona sin juzgar ni positiva ni negativamente sus actitudes y conductas”... (Yontef, 1997, p.207) dando paso a que tomará la decisión que saliendo de sesión, necesitaba hablar con su madre y sentir su voz ya que tuvo durante la semana un sueño desagradable donde imaginaba que lo llamaban dándole la noticia que su madre había fallecido. A partir de este sueño, se comenzó a preparar al participante para enfrentar su realidad ante la elaboración de duelo lo que le permitió reconocer sus sentimientos, que no intentará evitarlos y propiciarle el esparcimiento emocional en un entorno de

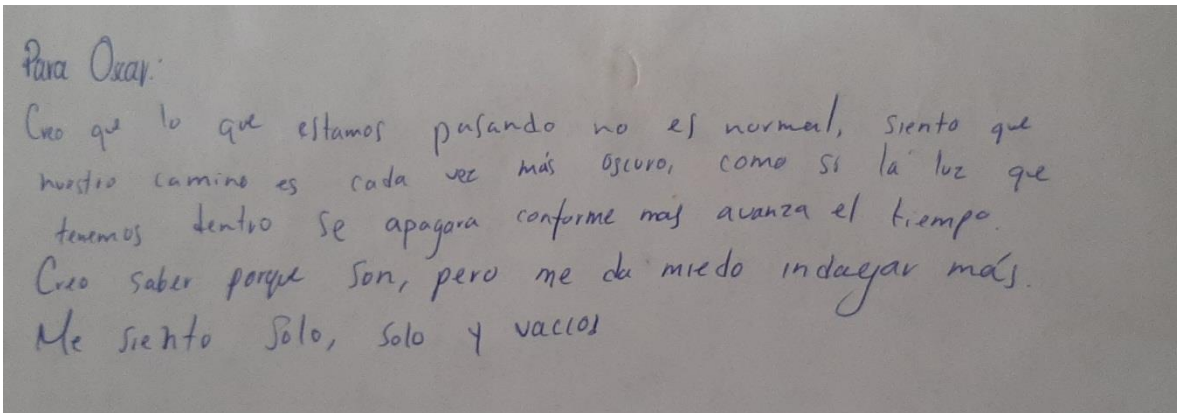
acompañamiento (Salama, 2004; Zinker, 1979) profundizando en sus experiencias que hacen figura en el momento o sea principales necesidades, promoviendo una intencionalidad en el contacto con su madre que le permitieron realizar nuevos ajustes creativos.

Encontrar ajustes creativos es adaptarse a lo que hay, reorganizando el entorno y adecuarlo a la realidad existente. Se pretendió que el participante lograra en sesiones posteriores desarrollar aspectos en sí mismo, el sentimiento de gratitud hacia su madre y encontrara un adecuado significado a la relación entre ambos, así como concluir asuntos pendientes que le permitirán una madurez y crecimiento personal. Como apunta Ordiozrola, (1999), el sentimiento de agradecido recuerdo es el único indicador de la sana elaboración de duelo.

Se identificó el mecanismo neurótico, retroflexión (Polster y Polster, 1974) señalando que el propósito de sus pensamientos suicidas coincide con la finalidad que narra... *“escapar, acabar y salir de los problemas”*... *“muchas veces me he preguntado ¿por qué mi madre?, ¿Es un castigo de Dios?, ¿qué hecho para merecer una vida tan difícil?... Evidenciando conjuntamente que se retrofecta a través de introyectos. Además, hizo referencia a otros que no han sido asimilados desde su niñez por parte de su padre y estilo de crianza exigente... “Debes ser bueno siempre”... o por el contrario... “nunca haces nada bien”... afectando su autoestima y autoconcepto. Se trabajó durante la sesión propiciando en el consultante un ambiente agradable para el diálogo y la expresión de emociones e ideas.*

Con respecto a la tarea dejada en la sesión anterior, realizó pequeñas actividades durante la semana, siendo más provechosa, como asistir a misa sintiéndose más alejado de sus preocupaciones y tensiones, experimentando más tranquilidad. Disfrutó con más paciencia, momentos de alimentación y aseo personal, ya que refirió que todo lo hacía sin ánimos. La segunda tarea fue la redacción de una carta así mismo donde expresa sentimientos de soledad, desesperanza y miedo como se muestra en la Figura 2

Figura 2. *Carta a sí mismo*



Para Oscar:
Creo que lo que estamos pasando no es normal, siento que nuestro camino es cada vez más oscuro, como si la luz que tenemos dentro se apagara conforme más avanza el tiempo.
Creo saber porque son, pero me da miedo indagar más.
Me siento solo, solo y vacío

Con esta técnica se logró que el participante integrara y se diera cuenta de la relación existente entre sus emociones, pensamientos y sensaciones físicas. Además, me permitió identificar diferentes estilos de contacto que interactúan de manera simultánea para ser trabajados durante el proceso psicoterapéutico como la desensibilización cuando expresó... *“me da miedo indagar más”*... donde se evidenció la emoción miedo a sentir, actitud retraída identificándose la necesidad de sentir afecto y la polaridad de buscar su autoapoyo haciéndose cargo de sí mismo para enfrentar su situación. La proyección, donde se hizo evidente en su redacción que se introduce en una fantasía y dejó de contactar... *“nuestro camino es cada vez más oscuro, como si la luz que tenemos dentro se apagara”*... como un aspecto funcional de la proyección, la creatividad, donde involucro procesos imaginativos. La deflexión cuando expresó... *“creo saber porque son, pero me da miedo indagar más”*... donde el temor es a enfrentar, se inmoviliza ante la identificación del posible satisfactor, con emociones como el rechazo o desagrado, con la polaridad de conservar la relación y la necesidad de identificación selectiva que necesita en el aquí y el ahora. La fijación... *“me siento solo, solo y vacío”*... su necesidad es la independencia, temor a la soledad. En su narración evidencio actitud negativa de sí mismo, del futuro y considero difícil la resolución de sus problemas.

Al abordar una serie de estilos de contacto adoptados por el sujeto y que estaban en la base del sostenimiento de su situación que lo hacía vivenciar su vida como una carga que era necesario terminar, impidiendo el flujo libre y espontáneo (Naranjo, 2004; Salama, 2002) Se identificó la retroflexión lo cual fue muy significativo, ya que se asocia, a que el sentido de sus pensamientos suicidas estaba en el deseo de escapar de sus problemas y es uno de los mecanismos más influyentes en el acto suicida, semejante a esto fue descrito por Zinker

(1979) a plantear que en los estados depresivos los mecanismos neuróticos más frecuentes son la desensibilización y la retroflexión. Además, interactuaron otros estilos como los introyectos y la proyección muy asociado, este último, a los sentimientos de culpa y enojo como menciona Perls, 1976 (citado en De Casso, 2003) las proyecciones de culpa privan a la personalidad de las funciones del ego de contacto, identificación y responsabilidad (p.85).

Según Perls (citado en De Casso, 2003) el paciente necesita aprender a “darse cuenta” y “responsabilizarse” de lo que hace, de sus identificaciones o “discriminaciones”, de cómo se interrumpe o se impide a sí mismo en el presente. Sólo así podrá dejar de hacerlo y será capaz de resolver sus dificultades. Por eso la terapia gestáltica se centra en que el paciente vivencie plenamente su aquí y ahora. Ahí puede descubrir sus autointerrupciones, a la vez que se entrena para ser capaz de vivir en el presente sin seguir interrumpiéndose (p. 472). Para favorecer el proceso creativo por parte del terapeuta, Rogers (2004) plantea que es fundamental la empatía, la autenticidad y consideración incondicional hacia el cliente. El poder apreciarlo como ser humano, que no tiene recursos para enfrentar sus problemas, el prestarle atención a través de una escucha activa, respetar su situación sin querer cambiarlo, mostrar comprensión es intensamente enriquecedor.

En la quinta sesión, construyó de manera imaginaria una línea de tiempo en el suelo, situándose en el momento presente. Dedicamos aproximadamente 10 minutos para aprender a respirar profundo, como instrumento para situarse en el aquí y ahora. Al instante, se le pidió recordar momentos que considerará más críticos e importantes en su vida mediante diversas intervenciones con preguntas como ¿recuerdas alguna imagen, pensamiento o emoción en esos momentos?, ¿Qué sentiste?, ¿Qué necesitabas?, ¿Ahora que miras desde la distancia esos acontecimientos de que te das cuenta?, estableciendo incluso un diálogo entre distintas etapas, reconociendo sentimientos de enojo hacia su padre por situaciones pasadas... *“Ahora observo el pasado y en ocasiones siento enojo hacia mi padre porque me dolió que se fuera, pero lo peor, es que se mostró distante”...*

En estas sesiones se puso en práctica lo planteado por Naranjo (1999) con respecto a las actitudes esenciales en la psicoterapia Gestalt, la triada gestáltica consciencia, actualidad y responsabilidad donde el darse cuenta plena, solamente surge en la actualidad del momento presente implicando responsabilidad y respetando el estado actual del sujeto sin intentar

cambiarlo, aunque su estado no sea saludable. “El cambio se produce cuando uno se convierte en lo que es, no cuando trata de convertirse en lo que no es” (Beisser, 1973, p. 82) para actuar de forma íntegra.

Finalmente, el trabajo llevado a cabo en estas sesiones promovió en el participante la facilitación de la expresión emocional, dándose cuenta de que se comunica mejor y es más sensible de lo que pensaba. El espacio y ambiente grato le permitió sacar todo lo que siente y piensa sin ser juzgado, y eso, lo hizo sentirse cómodo. Refirió... *“es la primera vez que cuento todo mis problemas a una misma persona de principio a fin, es el único momento que siento la confianza para hacerlo. A veces no me permito sentir mi sufrimiento, llorar, y el poder sacar mi dolor sobre la enfermedad de mi madre y todo lo que he vivido por años, me sana el alma”*... Describió que ahora mira su pasado y se da cuenta que para su corta edad ha vivido situaciones difíciles, pero que ha superado y seguido adelante siendo disciplinado y exigente consigo mismo, que espera que todo valga la pena al final.

Como se muestra en estas sesiones la psicoterapeuta se mostró empática, una de las condiciones facilitadoras para el proceso de crecimiento según Rogers (2004) aunado al proceso dialogal se fortaleció el vínculo terapéutico (Yontef, 1997).

Al finalizar la sesión, se realizó una orientación para la práctica en el manejo de pensamientos rumiantes, según las posibilidades del sujeto, manifestándole que es un proceso y lleva su tiempo de aprendizaje. Iniciando con primer ejercicio que es la dedicación de unos minutos al día a pensar en todo aquello que le preocupa para de esta manera liberar en ese momento, y no tenerlos presente el resto del día. Además, cuando establezca diálogos internos darle una connotación más positiva y tratarse con amor. Luego, en tercer lugar, ver hasta qué punto están justificados esos pensamientos y valorar los pros y los contras. Conjuntamente, continuar el establecimiento de hábitos de vida más saludable como actividades al aire libre, una dieta equilibrada y la práctica de ejercicios o deportes. Como tarea hogareña se orientó elaborar un listado de miedos y que busque descubrir sus recursos de resolución para luego discutirlo en sesión.

Sesión 6 Toma de conciencia de límites y conflictos

La siguiente sesión tuvo como objetivo fomentar la toma de conciencia sobre sus límites con elementos contextuales (personas, condiciones de vida, etc.) asociadas a sus principales conflictos identificados en sesiones anteriores y facilitar los ajustes creativos. Se utilizó el juego de roles como técnica de formación. Se inició la sesión indagando en cómo fue su semana y que nos describa cómo se siente en este instante, comentando falta de energía, cansancio, sentimientos de tristeza y preocupación por el aumento del dolor y el debilitamiento muscular que presenta su madre. Comentó que el fin de semana se sintió mejor, fue a un concierto con una amiga y continua asistiendo a misa. En este instante, refirió sentir su cara pesada, pero a la vez, tranquilo donde expresó que le gusta venir a terapia. Se empleó el parafraseo y la validación para comunicar que sus respuestas emocionales tienen sentido dentro de su situación actual (Rogers, 2004). En la exploración negó presencia de pensamientos suicidas. Luego, lo invité a revisar la tarea orientada, donde utilicé un cuestionario abierto de preguntas que permitió una discusión más amplia y enriquecedora, ver anexo 5. El participante identificó como sus principales miedos la soledad, perder a su familia, el abandono y el rechazo, identificando el rechazo como su miedo más profundo y con el cuál se siente más identificado. Reconoció que lo más grave que puede pasarle es que jamás sea aceptado por cómo es, refirió que no ha pensado en ninguna estrategia que permita hacer frente a su miedo. En esta primera parte, es importante señalar que detrás de su miedo al rechazo el participante presentó la necesidad de pertenencia, y se trabajó en sesión retomando el recuerdo de su niñez, donde en su biografía de vida encontramos un padre exigente y distante ante el cual siempre buscaba aprobación y afecto. Se identificó introyectos (Salama, 2002) que no han sido asimilados en frases... *“no debería acercarme a cualquier persona”* ...,... *“debemos agradecerle a todos para ser buena persona”*. Luego, se cuestionó si eran propias o adquiridas para que el sujeto los hiciera conscientes reconociendo que han sido limitantes en sus relaciones interpersonales y en la represión de sus emociones. Se le explicó que lo más importante es identificarlos, hacerlos conscientes, desestructurar todo ese material ajeno introyectados y asimilar lo que sintamos como propio y desechar el resto de acuerdo a la situación actual.

En un segundo momento, como parte del trabajo con los introyectos, se realizó un experimento donde se logró que el participante reconectara con su niño interior para acogerlo y sanarlo a través de una meditación guiada. Se abordó combinando el trabajo corporal, la

integración del cuerpo, el lenguaje, la respiración y expresividad emocional identificando y describiendo pensamientos, imágenes ante ese miedo de rechazo. Se le orientó que durante la semana observara a su niño interior, y se permitiera cuidarlo como realmente se atiende a un niño, sin juzgar, con paciencia, dulzura, compasión, tratarse con amor empleando frases como ¡te entiendo que sientes miedo, que estás preocupado!, ¡Todo irá bien!, ¡Todo es seguro!, ¡te quiero igual! Que lo complazca en todos sus antojos, acompañándolo en momentos tristes y si era necesario llorar con él, lo hiciera.

Como segunda actividad, la psicoterapeuta inició con una serie de ejercicios para armonizar cuerpo-mente ayudando a promover la autoconciencia, la autoexpresión y relajación del sistema nervioso central del sujeto (Ginger y Ginger, 1993; Kepner, 2000). Simultáneamente, permitió crear un ambiente de confianza y motivación como preparación para la actividad a desarrollar. Se invitó al sujeto que identificará el problema de interés a dramatizar a través de la técnica juego de roles para acercarse lo más posible a la realidad a través del diálogo. Luego, que visualizara esa misma situación desde el punto de vista de otros individuos permitiendo la expresión de sentimientos, emociones y vivencias. Abordó una situación que le sucedió con su hermano con el cual siempre ha mantenido una relación conflictiva. Describió que hace dos meses se sintió muy enojado con él, que otras veces le ha sucedido, pero nunca como esta última vez. Narró que todo comenzó porque ese día el acompañó a su mamá a unos análisis a Chihuahua y al regresar luego de un difícil y agotador día su hermano se encontraba encerrado en su cuarto había consumido marihuana y no cumplió con ciertas responsabilidades que le fueron encargadas. Mientras relataba observamos como mueve constantemente sus piernas y le pregunto ¿A ver esa pierna que está moviendo que le quiere decir? A ver, dele más recio ¿qué siente? Y expresa... *“pues que me arme de valor, que exprese lo que siento, todo lo que tengo atorado”*... ¿a quién le quiere decir algo?... *“a mi hermano”*... Respire hondo, llene todos sus pulmones de aire con fuerza, ¿qué le quiere decir Daniel a su hermano Fabián? Dígale, lo tiene enfrente... *“Me disgusta de ti que no haces nada bien, todo el tiempo tengo que corregirte, no te compadece la situación que estamos atravesando, ya no aguanto más tus actitudes”*... ¿Algo más que quieras decirle?... *“no puedo decirle esto”*... Este es el momento, ¿sientes que te está escuchando, te lo imaginas oyendo?... *“Sí, sí me lo imagino”*...,... *“pues que no viva pensando solo en él, que no sea egoísta”*... Usted se lo imagina ahí enfrente escuchándolo,

¿cómo reacciona Fabián cuando no quiere oírlo?... *“no pues, se da la vuelta y le vale”*... Y ahora ¿se dio la vuelta?... *“no es confrontativo, ahí está escuchándome”*... *“solo quiero que comprenda y apoye más, somos pocos debemos estar unidos”*... Observo que sigue moviendo su pierna ¿qué quiere hacerle esa pierna a Fabián?... *“pos a lo mejor darle un buen patadón”*... subió el tono de su voz y expresó... *“deseos no me faltan de darle un patadón, pero no me gusta la agresividad no resuelve nada. Solo quiero que entiendas y no sigas con esa vida, consumiendo droga que no va a llevarte a nada bueno ¡hazte responsable! nuestra madre y la familia lo necesita”*... Respire y quiero que asuma el rol de Fabián cómo responde... *“Solo sabes juzgarme, nunca estás de acuerdo conmigo, siempre me ha humillado, criticado, soy el peor hermano, no confío en ti”*... ¿cómo se siente Fabián ahora en este instante?... *“enfadado, tiene su cara roja y sus ojos aguados”*... ¿Daniel quiere decirle algo a Fabián? Respira profundo y comentó... *“solo quiero que estés bien, que me perdones, sé que fui algo cruel contigo pero eso ya quedo en el pasado, si te quiero mucho aunque no te lo demuestre y los necesito”*... ¿Cómo esta Fabián? ¿Por qué sus ojos están aguados?... *“me siento triste de no llevar una buena relación de hermanos, que no hagas las cosas como quieren no significa que sea inconsciente y no sienta amor por mi madre, también sufro, lo que quizás mi refugio es huir a encerrarme en un cuarto y drogarme”*... Y tu pierna ¿cómo la sientes?... *“más calmada”*... Algo más que quiera expresar Fabián... *“Perdón, por mis comportamientos y me comprometo a estar más pendiente de lo que necesite mi madre y ayudar más en la casa”*... Daniel, ¿le crees a Fabián?... *“todos merecemos segundas oportunidades, yo también tengo cosas que mejorar y espero de su apoyo, no sabemos que vaya a suceder”*... ¿Qué necesitas de tu hermano?... *“Quiero un abrazo fuerte”*... la psicoterapeuta le comentó que si quiere un abrazo de su parte y el participante aceptó.

Al finalizar la técnica el sujeto expresó que una vez descargado el coraje retenido, logró sentirse más tranquilo... *“sentía un dolor fuerte en el estómago, que fue desapareciendo”*... Daniel reconoció que su ganancia en esta sesión fue poder hablarle a su hermano, decirle todo lo que traía encerrado y que lo hacía sentir remordimiento... *“me siento aliviado”*... Se comprometió a iniciar el restablecimiento de la relación y se dio cuenta de que cada uno tiene deberes como hijo, hermano, pero cada cual decide ser responsable y a veces ser el hermano mayor, no le da derecho de imponer y ser autoritario.

Se orientó realizar como experimento, que ante el próximo encuentro real con su hermano comience a fomentar la confianza, la tolerancia y la comunicación. Intentar reconocer sus sentimientos, emociones, validarlas y expresarle a través de un buen diálogo todo aquello que nos molesta por ambas partes como lo trabajamos en la sesión y al mismo tiempo, manifestarle afecto.

En esta sesión se promovió el cierre del asunto inconcluso con su hermano que surgió porque el participante se sentía enojado, resentido producto a situaciones pasadas y no encontraba la manera de resolver esos sentimientos quedando incompleta la experiencia, lo que hace que no funcione sanamente permaneciendo poca energía utilizable para hacerle frente a nuevos sucesos. Su reacción emocional se basa en el introyecto... *“se debe respetar siempre al hermano mayor”* ..., se trabajó la modalidad expresiva de la conducta en la acción de retroflectar su enojo en el movimiento de sus piernas, la deflexión de manera funcional para conservar la relación a través de una comunicación asertiva, directa que permitió la resolución del conflicto entre ambos, a través de la identificación selectiva, el contacto consigo mismo y con el otro, hablando en primera persona, trabajando las polaridades remordimiento-amor. La fijación, con la expresión del resentimiento, quedarse con lo nutritivo de la relación, considerando las necesidades de su hermano para el desarrollo del valor respeto, comprometiéndose para seguir evolucionando (Salama, 2002; Spagnuolo, 2011).

En la sesión se observó lo planteado por Husserl (citado en Hothersall & Nuñez Herrejón, 2005) el trabajo fenomenológico mediante la toma de conciencia y la profundización de la experiencia en la construcción de significados. El participante logró un mayor conocimiento de su realidad, así como la expresión de su enojo a través del darse cuenta de su mundo interior enfocándonos en sus estados internos, ayudándolo a simbolizarlo en palabras y creando un nuevo significado, mediante el contacto sensorial para actuar sobre su ambiente y generar autorregulación (Perls, Hefferline y Goodman, 1951/2003). La psicoterapeuta promovió diferentes procesos internos en diferentes momentos para ayudar al procesamiento experiencial del participante, evocando recuerdos para permitirle que se formara un sentimiento intenso lo expresara y reflexionara sobre la experiencia (Castonguay

& Hill, 2007), posibilitando un cambio de su situación conflictiva y proporcionando una nueva experiencia interpersonal.

Sesión 7 Toma de conciencia de culpa y responsabilidad

En esta ocasión, el participante llegó con tiempo de anticipación, al iniciar nos pusimos a platicar sobre las incidencias de la semana anterior comentó que se sentía más animado, menos “bajones” pues tomo la decisión de asistir a clases de natación. Mencionó que está enojado con Dios al punto de no entender nada de lo que pasa, pero desea volver a ese compromiso. En el momento, refirió sentirse tranquilo expresando... *“como cuando te vale todo”*... Ante la actitud del sujeto, la psicoterapeuta validó y mostró los elementos de la tríada rogeriana de empatía, aceptación incondicional y congruencia (Rogers, 1957. Este proceso ayuda al cliente a sentirse conectado, a regular el afecto y a construir nuevos significados para la experiencia. El objetivo de esta sesión fue identificar en torno a los pensamientos o ideas suicidas los sentimientos de culpa y si responsabiliza a otros, pidiéndole que pensara si en algún momento se sintió víctima de las circunstancias y que sintió con respecto a las personas más cercanas a través de la técnica silla vacía, para que tomara conciencia, se expresara corporal y emocionalmente, proyectando el contenido inconsciente y así lograra la aceptación de la experiencia.

En el escenario de la silla vacía, consideró la existencia de Dios y el destino, como culpables y responsables de todos los sucesos previos a la ideación suicida... *“Yo siento que usted (Dios) me está castigando, castiga mi familia, a mi madre que no lo merece, nos ha condenado al dolor de verla sufrir (llora intensamente y se toca sus manos) es como un precio que debo pagar por apartarme de su camino, por ser desobediente”*. Mediante la respiración profunda le solicito que asiente bien los pies en el suelo y cierre sus ojos para situarlo en el aquí y ahora, asumiendo luego el papel de Dios. Al dialogar en la fantasía el participante logró resolver parte de su conflicto y se compromete ante Dios a volver, dentro de sus posibilidades, a la vida cristiana. Le pidió a Dios que lo único que desea es sentirse mejor y estar listo para lo que venga aunque la espera venga con dolor. Expresó que este ejercicio lo hizo sentirse triste... *“tenía un nudo en la garganta y llegué a pensar que no podría asumir el rol de Dios, como que no me correspondía pero, al mismo tiempo, me siento más aliviado pude llorar y llenarme de valor para expresar mi enojo, porque solo ando rumiando en mis*

pensamientos”... nos comentó que era algo que nunca le había dicho a nadie, y sintió que pudo conectarse desde su corazón dándose cuenta que es más sensible de lo que pensaba e identificó ciertas conductas que no están bien y necesita modificar.

En el análisis de la sesión, se desarrolló la proyección como un mecanismo de defensa utilizado por el participante para volcar sobre dios y el destino específicamente, su incapaz de hacerle frente a los conflictos y distorsionar su realidad como menciona Perls, (1976b) la proyección consiste en hacer responsable al ambiente de lo que se origina en el sí mismo. Se trabajó las tres zonas del darse cuenta, interior, exterior y de fantasía favoreciendo un contacto natural y espontáneo en el aquí y el ahora relacionado con lo que siente y percibe tomando conciencia de su cuerpo. Se invitó a hablar de sus experiencias en tiempo presente y estableciendo una relación yo-tú a través del diálogo existencial conectando con sus necesidades, dando un primer paso a la satisfacción de estas para el logro de co-crear relaciones auténticas y significativas (Polster & Polster, 1974).

Sesión 8 y 9 Responsabilidad individual y aspectos emocionales

Estas sesiones tuvieron como objetivo facilitar la toma de conciencia de la responsabilidad individual con aspectos emocionales, así como promover ajustes creativos evitando el lenguaje impersonal y hablando en primera persona para lograr que dialogue “desde el yo” a partir de sí mismo “yo me siento”, “yo me provoqué” para que sea un agente activo de su propio proceso psicoterapéutico. Refirió que han disminuido los bajones de depresión en la semana y los ubica en una escala del 10 al 0, en el número 6. Nos comentó, que, en estos últimos días, ha realizados ciertas modificaciones en su conducta luego de darse cuenta de que refuerzan su estado deprimido y aflorar emociones negativas. Luego, narró que cuando está en casa pasa mucho tiempo en su cuarto encerrado y ha adoptado cuando le viene los “bajones” salirse para dejar de pensar. Además, en estos últimos días, ha comenzado a cenar con su roomie, han tenido buenas pláticas y ha elogiado la comida que prepara para ambos, pues nunca lo había notado y decidió expresarle su agradecimiento. Menciono que ya iniciaron sus clases de natación y lo animan mucho. Se mostró muy comunicativo y refirió preocupación ante una conversación que tuvo con su madre luego que dieran los resultados de sus análisis donde ella le pidió que lo quiere fuerte y que cualquier decisión que tome estará bien, que están valorando unos estudios en Arizona, por lo que Daniel expresó... *“fue*

una conversación muy difícil, mi madre se comunica de forma clara y directa, siempre ha sido así y eso me gusta de ella. Me sentí desbastado cuando me dijo que hay metástasis, los dolores se han identificado y ya los médicos le orientaron atender cuestiones legales con respecto a propiedades y testamentos. Le pregunte ¿si hay algo que le falte por hacer? a lo que me respondió que no, que cuando nosotros nacimos todos sus sueños quedaron cumplidos”...El participante trae un conflicto de decidir si ante esta noticia, se regresa terminando el semestre a Cuauhtémoc con su familia o continúa la licenciatura.

Con el fin de fomentar la conciencia del ahora, la psicoterapeuta lanzó una interrogante ¿qué estas sintiendo en este instante? se le enfatizó el lenguaje desde el yo, por lo que dice... *“estoy confundido”*... ¿Qué sensaciones experimentas?... *“yo me provooco dolor de cabeza”*... ¿qué necesidad sientes que surge en ti en este instante?... *“yo necesito confiar en mi”*... y ¿qué te lo impide ahora confiar en ti?... *“yo siento temor a enfrentar”*... Realizó un ajuste creativo proponiendo esperarse dos semanas que llegarán las vacaciones de invierno para irse a su casa permitiéndole evaluar ciertas cuestiones para luego tomar decisiones. En estas sesiones se trabajó la profundización del darse cuenta y la búsqueda de la ampliación de la conciencia para el crecimiento de sí mismo y la responsabilidad por lo que se elija como plantea (Zinker, 2005).

El participante relató nuevamente una parte de su historia y al finalizar, expresó la experiencia que ha tenido y como ha logrado “darse cuenta” de aspectos ocultos hasta ese momento. Abordó cuestiones relacionadas con la etapa de la infancia como estilos de crianzas y la influencia de estos en su comportamiento actual. Hizo un recorrido por la etapa escolar hasta la adolescencia se refirió al área sexual como una necesidad de pertenencia de dar y recibir afecto, necesidad de estima... *“yo quiero ser admirado, considerado por los otros”*... y culminó en la etapa de aparición de la enfermedad de su madre hasta la actualidad. Nos compartió que al relatar su historia se sintió más en paz consigo mismo, con alivio en su pecho y en su cara. Reconoció que lo que más le afecta es lo de su madre... *“sé que hay muchas cosas por trabajar aún”*..., y exclamó... *“solo le pido a Dios fuerza para entender lo que no puedo controlar”*... Identificó que se ha dado cuenta que debe vivir un día a la vez, que antes planificaba todo a futuro, pero ya no piensa tanto en el mañana... *“he aprendido a despertarme y preguntarme ¿qué toca hoy?...”*

En las sesiones la psicoterapeuta estableció rapport al interesarme con el tema de su plática e incorpore las cinco características del contacto en el proceso dialogal que menciona Yontef, (1997), la inclusión y presencia reafirmando que estoy atenta, escuchando su relato, aceptando su fenomenología. El compromiso con el diálogo, dejándome llevar por lo que el participante me cuenta, expresando aceptación por su tarea y decisiones. Estableciendo la igualdad, vivo la relación y la no explotación mediante una relación horizontal. Además, se trabajó las necesidades sentidas asociadas a las posibilidades de autorregulación del participante como menciona Maslow (1982) los procesos de crecimiento y autorregulación de la persona depende en gran medida de la satisfacción de sus necesidades y toda persona busca mantener un equilibrio que le permita sostener su salud, en la relación entre esta búsqueda de equilibrio y las condiciones cambiantes del entorno, surgen las necesidades que el sujeto deberá resolver. Como tarea se le orientó elaborar una descripción de quien no es.

Sesión 10 y 11 Resignificación de historia de vida

Las sesiones tuvieron como objetivo promover una visión diferente acerca de la historia de vida del sujeto. El participante, realizó una actualización exponiendo que esta semana anduvo enfermo con gripa, con calentura tuvo la necesidad de ir al IMSS por atención y le dio mucho sentimientos estar solo y enfermo, pero resaltó algo positivo de esta experiencia exclamando... *“pude descansar”*... Refirió en el instante sentirse con tensión muscular y dolor de cabeza. Describió que su mamá ha estado mal en los últimos días, se le paralizó el intestino, con temperatura alta, le contaron que han ido varios familiares de la Sierra a visitarla y eso lo asusta... *“pareciera una despedida”*... La psicoterapeuta preguntó sobre la experiencia inmediata del participante, el mismo alegó que siente su miedo en el estómago, como un vacío oscuro y profundo donde identificó que le frustra estar lejos, pero al mismo tiempo cree que le ayuda no verla sufrir.

Trabajamos el awareness corporal con apropiación de la emoción, a partir de la vivencia dándose cuenta de su fenomenología (Ginger y Ginger, 1993) transitando por sus sentimientos, pensamientos o imágenes a través de la validación (Rogers, 1957), técnicas expresivas de instigación directa y técnicas supresivas para gestionar pensamientos que los alejan del presente como los debería, es posible que, rescatados de su discurso como por ejemplo... *“debería estar con ella”*... (Naranjo, 1999). Se realizó un ejercicio de relajación

para propiciar en el participante un mejor estado de confort mental y físico según plantea Kepner (2000) la respiración permite una manera de contacto con nuestra vida interna y externa para fluir y accionar a lo que en verdad queremos hacer, sentir y actuar. Luego, discutimos la tarea orientada en la sesión anterior que consistía en describir quién no era, identificando características y cualidades como... *“no soy tonto”,... “no soy mi pasado...”*,... *“No soy mala persona...”*,... *“no soy alguien débil”* tomando conciencia de diferentes aspectos positivos de sí mismo.

En un segundo momento, se invitó al sujeto a contar su historia en un estilo narrativo diferente con el objetivo de descubrir la manera en que percibe la realidad, se sintoniza en el presente para así desprenderse del pasado, de juicios, culpas y creencias que perturban su crecimiento personal. El participante hizo referencia a la película infantil Kung Fu Panda en sus tres partes como una de sus favoritas, por la enseñanza que transmite realizando una asociación con su vida y consigo mismo... *“tiene una filosofía de vida bien chida”*...narró que en la primera parte Po, por cosas del destino es elegido para ser un guerrero y salvar al valle, pero tiene que enfrentar sus propias inseguridades y prejuicios. Luego cita una bonita frase que le gusta mucho del animado... *“tu mente es como un agua agitada que cuando esta así de esa manera es difícil de ver, pero si logras calmarla, todas las respuestas estarán más claras”*... Al instante, relató la segunda parte donde habló del pasado del Panda y como este lo persigue, matan a sus padres y es adoptado y debe sacar fuerzas para desprenderse de ese pasado, y en la tercera parte, tiene que confrontar nuevos desafíos, desarrollar nuevas habilidades en los demás para comprender que significa ser un guerrero y salvar la aldea.

En el análisis de los resultados de la sesión, se evidenció que el participante se mostró motivado, creativo y risueño ante el experimento. Realizó una comparación con las diferentes etapas de la película, donde reconoció que ya logra expresar de una manera más abierta sus emociones que se refleja en los diálogos que establece entre los diferentes personajes. Hizo referencia a la necesidad que aún tiene de dejar atrás cosas del pasado y en un mayor autoconocimiento de sus potencialidades y limitantes. En este trabajo, se le acompañó para que se diera cuenta que lo más significativo es el momento actual, el pasado se transforma en fantasías catastróficas que le generan estados de tristeza y acentúan su culpabilidad concluyendo,... *“yo sé que son cosas que ya pasaron, sé que debo dejarlas atrás porque ya*

no me pertenecen, es algo que estoy trabajando”. Se retiró muy alegre de la sesión, con los deseos de llegar hasta el final como el oso Pu encontrando paz interior, enfocándose en el presente y superando todo tipo de obstáculos. En esta sesión se continuó el trabajo desde la perspectiva holística (Perls, 1976b) donde se observa todos los procesos del sujeto como parte de un todo mayor, mediante el proceso de darse cuenta el participante libera diferentes potencialidades que reconoce en sí logrando un mayor desarrollo y posibles cambios (Naranjo, 2004).

En la siguiente sesión, se empleó el dibujo como técnica proyectiva e integrativa pues como plantea Oaklander (2005) el acto mismo de dibujar, sin ninguna intervención del terapeuta, es una potente expresión del yo que ayuda a establecer nuestra propia identidad y provee una vía de expresión para los sentimientos (p.53). Se invitó a dibujar su pasado, lo cual le permitió vivenciar su pasado de un modo diferente para facilitar el darse cuenta, de que el modo en que hacemos contactos no es el único, sino que es uno de los muchos modos posibles como se muestra en la Figura 3

Figura 3. *Pintando mi pasado*



Durante el desarrollo de la actividad se mostró concentrado, donde expresó que no tiene muchas habilidades para el dibujo, pero le hace recordar su etapa infantil. La

psicoterapeuta le explicó que no se busca obtener un producto artístico perfecto, sino disfrutar la experiencia. En la exploración fenomenológica se observó con respiración calmada y postura relajada. El participante realizó una representación familiar en su casa donde logró describir su dibujo dándole a los acontecimientos familiares sucedidos en el pasado una connotación más positiva, expresando sentimientos y emociones relacionados con agradables recuerdos y experiencias. Refirió que dibujó a los integrantes por separados, porque cada uno está en el lugar de la casa que más disfruta y pasa más tiempo, y que quiso hacerlo bien colorido porque así desea que esté su vida. Esta sesión le sirvió para darse cuenta de que es bonito recordar el pasado pero de una manera positiva, que aunque se haya tenido momentos tristes lo más importante es olvidarlo, perdonar si es necesario, superarlo y enfocarse en el presente para asegurar el futuro.

Sesión 12 y 13 Identificación de limitantes

El objetivo de ambas sesiones fue que el sujeto identificara aspectos de sí mismo que le han impedido resolver los conflictos y realizara ajustes creativos mediante la combinación de la técnica de la silla vacía y el diálogo experimental. Se inició la sesión con el saludo cotidiano y la apertura al diálogo explorando sobre sus principales acontecimientos durante las semanas de vacaciones. El participante comentó... *“fueron días pésimos, mi madre estuvo con dolores constantemente”*... *“mi cumpleaños fue en el hospital junto a mi madre y me sentí triste y deprimido”*. A pesar de ello, el sujeto reconoció aspectos relevantes en sus semanas en torno a sus relaciones familiares con sus hermanos, de comunicación y afecto con su madre, refiriendo *“fueron días en los que tuve más cercanía junto a mis hermanos”*.... *“pasé más tiempo con mi madre y disfruté de sus caricias”*... *“retomé amistades que por la distancia se habían debilitado”*... *“hablé con mi madre sobre procesos legales importantes”*. Ante la escucha activa y de forma empática validé sus emociones y resalté sobre los aspectos positivos de su semana, lo cual permitió que el sujeto aumentara su sensación de bienestar, con mayor apertura y profundización al trabajo terapéutico (Yontef, 1995).

Luego, se invitó al sujeto a participar en un experimento y se le explicó su proceder, de acuerdo con Yontef (1995) la actitud experimental en el proceso terapéutico promueve un funcionamiento activo tanto del psicoterapeuta como del paciente y en éste favorece el surgimiento del darse cuenta. Ante el consentimiento del ejercicio, se inició con un

caldeamiento inespecífico con el objetivo de que el participante estableciera contacto con su zona interna a través de un ejercicio de relajación (Salama, 2004). Con voz pausada se le incitó a cerrar sus ojos y adoptará una postura cómoda para él y realizará un escaneo de sus sensaciones corporales. A partir de ello, el participante identificó cualidades de sí mismo que le impide resolver los conflictos y refirió... *“evito el conflicto”*... *“siempre me culpo por tanto no me enfrento”*... *“y como soy pesimista pienso que no voy a resolver el conflicto”*. Con ello, se logró promover el autoconocimiento en el participante siendo uno de los objetivos de la terapia Gestalt (Perls, 1976a). Dando paso a que visualizara cada uno de ellos en una silla y dialogara con los aspectos rechazados, se logró que el sujeto concientizara y autoaceptara los aspectos de su personalidad que le imposibilitan la solución de conflictos. También, al establecer el contacto y enfrentar los aspectos rechazados se acompañó al participante a redescubrir sus potencialidades para hacerle frente a sus pensamientos a través de preguntas *¿cómo sería si no fueses una persona que evita los conflictos?* Respondiendo que... *“fuese más decidido y seguro”*... *“me doy cuenta de que pudiera aplicar otras formas de solución”*... *“puedo conocerme en otras formas de responder ante los problemas”* *¿qué le dirías a esa persona pesimista?* *“mantente positivo”*... *“focalízate en el aspecto positivo del asunto”*... *“encara la situación desde una visión positiva y no permitas que lo negativo te nuble”* *¿cómo vive una persona sin culpa?* En este sentido refirió darse cuenta de que sería una *“persona más sana”*... *“creería más en mí”*... *“con más aceptación ante los errores”*, cómo plantea Yontef (1995) trabajar el darse cuenta de las potencialidades y las fortalezas en los clientes permite crear nuevas estrategias de percibir y desafiar el mundo. Durante el ejercicio, se propició la práctica fenomenológica apoyando al sujeto a describir y profundizar sus sensaciones y pensamientos, éstos vinculados en su presente e integrados en la experiencia actual (Perls, 1976b; Yontef, 1997).

En sentido general, en la sesión se promovió el darse cuenta y se amplió la consciencia de sí mismo en el participante, según Zinker (2005) ambos son elementos indispensables para el crecimiento y la responsabilidad del sujeto; también el darse cuenta figura contactar, autoaceptarse y autoconocerse (Yontef, 1995).

Sesión 14 y 15 Fortalecimiento de la autoestima

En ambas sesiones, se tuvo por objetivo que el participante identificara y fomentara sus fortalezas, recursos y cualidades ante situaciones adversas en la vida, para el fortalecimiento de la autoestima. Se empleó la técnica fantasía guiada, la cual se enmarca en las técnicas expresivas, brindándole la posibilidad de verse reflejado a través de un espejo mediante la situación que le es propuesta, buscando que el paciente sea capaz de descubrir cualidades y aspectos valiosos sobre sí mismo, un mayor autoconocimiento y autoaceptación, tomar una mayor responsabilidad sobre sus pensamientos y conducta, propiciando que establezca contacto y generando el darse cuenta (Yontef, 1997).

Se inicia la sesión preguntando cómo se sintió durante toda la semana y qué eventos significativos sucedieron, a lo que el participante refirió que hubo problemas en su trabajo, pues se dieron cambios en el personal administrativo y se establecieron más restricciones, debido a lo cual tenía mucho menos tiempo libre; alegó además que en esa semana se había sentido muy cansado y con pocos deseos de realizar sus actividades cotidianas. Ante las verbalizaciones del sujeto la psicoterapeuta buscó que viera lo positivo de la situación que planteaba, realizándose un reencuadre de significado, utilizado para que el paciente transformara su percepción del hecho, donde ante su expresión... *“me he sentido muy cansado y con muy pocos deseos de realizar mis actividades”*..., la psicoterapeuta le refirió *“parece que tu cansancio se debe a que eres una persona muy trabajadora que cumple con todas sus tareas, que se levanta muy temprano para ir a la universidad y luego para trabajar hasta altas horas de la noche”*, reconociendo que es una persona productiva, que además se sobreexige mucho y que le gusta hacer las cosas bien, dándose cuenta que siente satisfacción de tener el día muy cargado y poder lograrlo sabiendo que está dando lo mejor de sí como menciona Perls (1975) cuanto más se es consciente y se expresa un aspecto del carácter más emerge el contrario. A pesar de esto, recaló como positivo que continuaba con sus clases de natación y que conoció a una muchacha con la cual comenzó a tener comunicación por Instagram, alegando que se siente cómodo con la relación a pesar de que existen diferencias en cuanto al estatus económico, reconociendo que en otro momento se hubiese sentido inseguro y por tanto frenado a darse una oportunidad.

En un segundo momento, se le invitó al sujeto a imaginar a la persona con la cual se ha sentido más amado en su vida, identificando a su mamá, dándose cuenta y reconociendo

su amor por él en frases como: “...su mirada hacia mí es dulce...” “... me habla con mucho amor...”. Luego, se le orientó que cambie de lugar y se convirtiera en su mamá, intentando que concientice lo que ella ve en él y lo que la hace amarlo, verbalizando: “...eres un gran hijo...” “... a veces te preocupas demasiado...” “...eres muy responsable, sé que te sacrificas mucho...” “...no te preocupes tanto por nosotros...” “... lucha por tus sueños...”. Ante estas expresiones, el sujeto se conmovió y llora, aceptando la realidad de todo lo que había verbalizado desde su papel de madre. Al instante, se le pidió que sintiera ese amor que su madre le tiene, así como el suyo propio.

En la siguiente sesión se mantuvo el acompañamiento y la empatía durante todo el proceso, donde se continuó el trabajo con el fortalecimiento de la autoestima, a través de técnicas expresivas de repetición estricta seguida de elaboración, buscando promover la expresión de las emociones y pensamientos, promoviendo el darse cuenta de aquellos aspectos no conscientes para el sujeto. Primero, se le invitó al participante a recordar elogios que otras personas le hayan dicho a lo largo de su vida ante situaciones difíciles, expresando... *me han considerado un hombre y eso me hizo sentirme satisfecho, porque me di cuenta que estaba haciendo las cosas bien...* “...han expresado que soy bastante maduro para mi edad, al enfrentar las situaciones que me encuentro atravesando...” “...independencia a tan corta edad...”, “...mi responsabilidad para manejar diversas actividades y poder cumplirlas satisfactoriamente”. Esta técnica permitió que el sujeto lograra reconocer y apreciar en sí mediante los otros su potencial, sus cualidades, los recursos con los que cuenta para hacer frente y responder ante una situación (Naranjo, 1999; Yontef, 1997).

A continuación, se le pidió que mencionara 5 logros que lo hagan sentirse orgulloso de sí mismo, a lo que responde: “...entrar a la universidad...” “...haber venido a vivir a Ciudad Juárez yo solo...” “...tener ya mi propio carro...” “...haber logrado mi independencia económica, puesto que trabo desde los 16 años”... “llegar a ser una persona responsable, logrando mantener mis estudios y mi trabajo”... Luego de emitir estas verbalizaciones la psicoterapeuta le dio la instrucción de repetir estas frases y de explicar lo que para él significaban, y qué siente cuando se las dice. Describió que hasta el momento no lo había percibido y cuanto había logrado desde más chico por él mismo sin ayuda de nadie,

identificándolo como fortalezas, dándose cuenta de que puede tomar esto como referencia para afrontar otras situaciones, refiriendo, además, que se sintió cómodo, satisfecho y orgulloso consigo mismo, promoviéndose así el contacto y el darse cuenta.

Como resultados de las sesiones se logró romper el vínculo que existía con la imagen inadecuada que el sujeto se había formado de sí mismo; siendo el participante capaz de reconocer y tener más confianza en su capacidad para afrontar las situaciones conflictivas. Se logró que el participante tomara consciencia de sí mismo, sus pensamientos, emociones y situaciones, respetando sus deseos y necesidades, promoviendo su crecimiento, responsabilidad y autoafirmación (Perls, Hefferline y Goodman, 1993/2003; Zinker, 2005). Se le pidió como tarea hogareña (que puede realizar todos los días) colocarse frente al espejo y mirándose a los ojos por unos minutos, se reconozca y se diga qué vas a hacer hoy por ti como darse un consejo, un halago o ánimos para el día.

Sesión 16 Habilidades para el manejo del enojo y los impulsos

El objetivo de esta sesión fue el desarrollo de habilidades para el manejo del enojo y los impulsos a través de diversas técnicas combinadas como la silla vacía, el diálogo experimental, la exageración y elaboración de la expresión de coraje, buscando promover que identificara su enojo, reflexionara y aprendiera a expresarlo de una manera más constructiva y sana. Realicé una actualización, de los acontecimientos más importantes de la semana anterior, así como de su estado de ánimo, siendo relevante que, ante los nuevos cambios sucedidos en su trabajo, decidió realizar sus ajustes porque él no tiene control sobre las situaciones. Valido su actitud y felicito por sus nuevos ajustes creativos. Nos comentó que su semana ha estado tranquila, que se ha sentido mejor y como ha logrado un reorganización en sus relaciones interpersonales donde empieza a jugar un papel fundamental un mayor entendimiento del self condicionando nuevas formas de hacer contacto más espontáneos (Spagnuolo,2011). Observamos al participante más simpático, su rostro más sonriente y confortado.

Para iniciar, realizamos un caldeamiento inespecífico a través de ejercicios para armonizar cuerpo-mente para la sensibilización corporal e incrementar la autoexpresión, la creatividad y la capacidad para masticar y asimilar las experiencias. Se abordó la emoción del enojo debido a que en sesiones anteriores ha expresado sentirlo ante diversas

circunstancias y personas cercanas. Se le pidió visualizar una persona contra la cual sienta rencor, expresando... *“mi padre”*... y se concentrara en que estaba sintiendo su cuerpo... *“siento un calor profundo en mis orejas y cara”*... Luego, se le pidió que pensara en su padre y le expresara todo eso que siente, dejándose ir siendo todo lo emocional que pueda exclamando... *“eres un bueno para nada”*... *“eres irresponsable, inútil”*... *“nunca hemos necesitado tu dinero pero si tu soporte”*... *“te he dicho todo sobre mi madre, nunca la has visitado, ni tan siquiera preguntas”*... *“cuando ella no esté, vas a huir no podrás con todo el paquete”*... *“por eso mis hermanos no quieren saber de ti”*... Con la combinación de las técnicas, entre ellas la técnica expresiva de exageración, se logró que el participante pusiera énfasis en sus respuestas corporales ante la carga emocional que emite cuando se encuentra enojado como darse cuenta de que cierra los puños, su respiración se acelera, frunce las cejas y habla más rápido.

Se buscó reconstruir una situación con su padre lo más real posible, de manera que la viviera intensamente se intercambiaron los roles experimentando la proyección como forma de desviar la energía y evitar el contacto (Fogarty, 2018). Al concluir el experimento, el participante expresó que su enojo tiene causas reales pues las conductas de su padre no han sido las más adecuadas pero a pesar de eso, ya no le guarda resentimiento abierto a las nuevas posibilidades de contacto. En un segundo momento, la reflexión estuvo encaminada a encuadrar qué es el coraje en otros y luego en él, a través de diferentes preguntas para facilitar la identificación de la emoción y refirió que es una emoción que domina nuestra mente y cuando no sabemos expresarlo de una buena forma puede traer consecuencias o efectos negativos. Al instante, personalizar su coraje para darse cuenta y aceptarlo. Y por último, elegir y descubrir diferentes maneras de expresar el coraje sanamente.

Como resultados de esta sesión se promovió que el participante identificara su enojo a través de sensaciones corporales ubicando en que partes del cuerpo se concentra esa energía, luego lo expresará de manera verbal desbordando la emoción del enojo hacia su padre y asumiendo la responsabilidad de sus respuestas, asimilando adecuadamente el conflicto para fortalecer su capacidad de autorregulación (Perls, Hefferline y Goodman, 2006). La sesión le sirvió para decir lo que piensa y siente a su padre... *“aunque fue un ejercicio imaginario, es la primera vez que me atrevo hacerlo y creo que es un primer paso,*

me siento más seguro”... Se dio cuenta que también está en él propiciar el acercamiento con su padre y la iniciativa de poder establecer una adecuada comunicación así como incorporar nuevas formas de expresar lo que le molesta de un manera constructiva. El participante se retira de la sesión, comprometido que iniciara un acercamiento con su padre comenzando por realizarle en el transcurso de la semana una llamada telefónica.

Sesión 17 Liberación de energía y satisfacción de necesidades

La siguiente sesión tuvo por objetivo facilitar la liberación de la energía en función de la satisfacción de sus necesidades. El participante se mostró desde su llegada con facie preocupado, algo callado y desanimado, di paso a la expresión y acompañamiento, solo me propuse escucharlo atentamente a través de la relación dialógica (Yontef, 1997)... *“la situación de salud con mi madre está empeorando”*... *“Siento miedo, no sé qué va a pasar”*... *“está pasando todo muy rápido”*... *“yo pensé tener tiempo de terminar mi semestre y luego decidir según las circunstancias qué hacer”*... Se buscó que ubicara sus sensaciones y que vuelque todos esos sentimientos para que se exprese en su totalidad a través de emociones permitiendo que su exterior manifieste congruentemente todo aquello que en el interior, integrando la dupla sensación y emoción, es el satisfactor de su necesidad a lo que le llamamos formación de figura identificando necesidades de seguridad ante las futuras condiciones de vida de él y sus hermanos, sentimientos de dolor, preocupación, miedo, incertidumbre en el futuro, surgimiento de polaridades. Se le pidió al participante, que llevara a la silla vacía aquellos aspectos de su experiencia que desea modificar a través de un dialogo entre sus polaridades y que hable de como planea hacerlo como un primer acercamiento, como menciona Perls (citado en De Casso, 2003) tratamos de integrar los sucesos opuestos y ver cómo se ajustan uno con el otro, hasta hallar el centro (p.376).

En el ciclo de la experiencia del participante, se identificó como estilo de contacto la postergación, interfiriendo en el cierre de la Gestalt cuando se presiona a sí mismo, pospone la idea de no enfrentar su conflicto en el aquí y en el ahora, presencia del introyecto “no merezco” y fue abordado durante la sesión reforzando aspectos de sí mismo, profundizando el darse cuenta con la reflexión de sus fortalezas como se ha ido trabajando en sesiones anteriores. La presencia del introyecto “no merezco” fue desestructurado durante el diálogo

y la manifestación de las emociones y sentimientos, adecuándolo a su situación actual para que logre convivir de manera más sana con todo lo que le sucede (Salama, 2002).

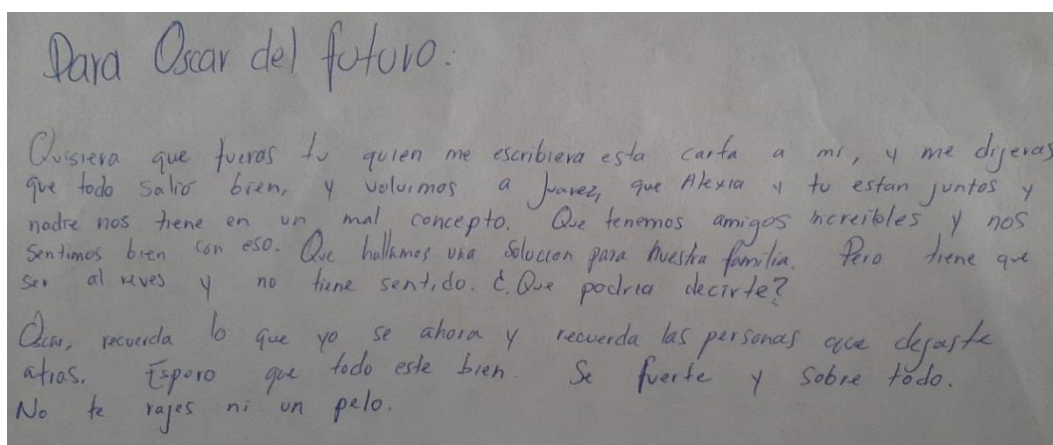
Por otro lado, la deflexión cuando siente frustración por no conseguir lo que desea, sintiendo temor a enfrentar nuevas situaciones de vida, siendo expresión orgánica que contienen aspectos funcionales a la vez, como forma de atenuar el contacto del que se anticipan consecuencias no deseables para el sujeto. Se trabajó la identificación selectiva en la silla vacía para aclarar lo que desea y no desea abriendo el abanico de posibilidades para movilizar la energía en aras de realizar la acción, expresión o contacto para lograr el equilibrio, llegando a la reflexión y a un primer acercamiento a la asimilación (Fogarty, 2018; Yontef, 1997). ¿Te sientes más tranquilo?... *“si me siento mejor”*... y suspiró profundamente... *“me retiro más calmado, con la cabeza menos pesada”*... *“venir a la terapia me hace sentirme bien”*... *“Me salvaste la vida”*... Le mostré mi agradecimiento por sus palabras y por la confianza depositada. La psicoterapeuta contestó que solo le ha brindado un acompañamiento comprometido y afectuoso, pero los principales logros son de él porque ha sido constante en el proceso, disciplinado y responsable en su asistencia y puntualidad a cada sesión, por el cumplimiento a cada tarea y apertura ante los procedimientos o experimentos (Muñoz Polit, 2008; Naranjo, 2004 y Rogers, 2004), como resultado de la sesión, se logró facilitar la expresión emocional del participante, ampliación del darse cuenta de las tres zonas interna, externa e intermedia y la asunción de su responsabilidad ante su situación. Como tarea se le orientó que escribiera una carta a su yo futuro.

Sesión 18 y 19 Construcción de proyecto de vida

El objetivo de ambas sesiones fue promover un proyecto de vida acorde a las necesidades expresadas por el sujeto, permitiéndole ser el protagonista de su propia historia y que se diera cuenta de lo que realmente desea para que estableciera con claridad sus propósitos futuros siendo sustentados en evidencias o acciones y que sean asumidos de una manera responsable. La psicoterapeuta inició con una actualización de los últimos acontecimientos explorando su estado emocional. El participante relató que pudo tomar su decisión, diciendo... *“me regreso dentro de unos días”*... *“llego el momento, sé que será duro pero me siento más preparado”*... Expresó sentirse más tranquilo conmigo mismo, que emocionalmente quizás tenga días con bajones pero ya logró identificarlos y manejarlos.

Luego, se pasó a que leyera su carta identificando sus deseos y ansias para su futuro a largo plazo. En un segundo momento, como reafirma su crecimiento en el proceso con nuevos aprendizajes para hacerle frente a las situaciones venideras y como se da ánimos desde su mundo interior como se muestra en la Figura 4

Figura 4. Carta a su yo futuro



Se empleó línea de proyecto de vida como técnica utilizada en la sesión, pidiéndole al sujeto elaborar un proyecto de vida hasta donde pueda imaginar y lo plasmara en una línea de tiempo, usando los colores para darle una connotación emocional a cada etapa. El participante durante el desarrollo de la actividad se mostró concentrado y al finalizar, se realizó un análisis sobre cada elemento dibujado, donde el sujeto hizo referencia a través de la narrativa a experiencias futuras reales coherente con su presente dándole un significado como eventos vitales, acontecimientos de cambios significativos, episodios traumáticos y aspectos relacionados con la superación personal y profesional. Ante las emociones experimentadas, relacionándolas con el suceso, utilizó colores distintivos donde transmite la correlación de las emociones con el color que podría identificarla promoviendo estados subjetivos más fluidos (Naranjo, 2004).

En la siguiente sesión, se trabajó a partir del mismo objetivo, promoviendo su proyecto de vida acorde a sus necesidades a través de la técnica relato de vida. En un primer momento, el participante comentó que había iniciado todas las gestiones pertinentes para su licencia y baja del trabajo, expresando... *“me siento calmado”*. Se realizó ejercicios de respiración pausada, con el objetivo de reorientar la atención hacia los cambios que ocurren

en nuestro cuerpo cuando estamos en estado de relajación como tensión muscular, ritmo cardíaco, presión arterial y respiración aumentando la conciencia corporal. Se le recomendó que podía utilizar las técnicas de relajación aprendidas en el proceso psicoterapéutico como de respiración y meditación para reducir niveles de estrés ayudando a mejorar su calidad de vida. En un segundo momento, se le orientó que contara nuevamente su vida reconstruyendo lo más importante, donde el participante exteriorizó su mundo emocional facilitando la expresión de sentimientos, de necesidades como de seguridad, de estima, desarrollo, pertenencia fortaleciendo el sentido de sí mismo y de los recursos que dispone para interactuar con su entorno con la definición clara de sus límites y fronteras, así como una visualización más amplia y clara de su futuro tanto a corta y largo plazo (Maslow, 1982; Spagnoulo, 2011). Se logró expandir la conciencia de la experiencia interna y externa del participante basado en la ampliación de su autoapoyo y autonomía (Yontef, 1997; Zinker, 2003).

En las sesiones se pudo observar lo que plantea Perls (1976b) la tarea del terapeuta no es hacer juicios de valor acerca de las necesidades existenciales de sus pacientes, ni reducirlos a la uniformidad, sino de facilitarle el desarrollo que le posibilitará lograr maduramente sus metas significativas (p.54). Como cierre de la sesión se le pidió que en casa buscara un momento tranquilo, cerrara los ojos, respirara profundamente durante unos minutos. Luego, visualizara su futuro a través de imágenes y acto seguido dibujarlo.

Sesión 20 Toma de conciencia de logros obtenidos en el proceso psicoterapéutico

Esta sesión denominada “Pintando el proceso terapéutico” tuvo por objetivo fomentar la toma de conciencia sobre los logros que han ido obteniendo en el proceso terapéutico para promover el darse cuenta de las experiencias vividas, lo aprendido y su posible puesta en práctica. Se abordó la actualización de su estado emocional expresando... *“esta semana he estado bien, excepto dos días que me sentí triste por la añoranza de que extrañaré mi vida acá”*... Comentó que en la semana recibió mucho ánimo por parte de diferentes conocidos que lo hicieron sentirse sosegado. Luego, en la Figura 5 se puede ver el dibujo orientado de tarea, donde el participante se representó junto a sus hermanos, acomodándole la chamarra a Fabián porque iban a misa, todos con rostros alegres, donde se hizo evidente su futuro más inmediato. Realizó una integración holística de su nivel de darse cuenta interno, intermedio

y externo a través de emociones, pensamientos, percepciones y acciones coherentes con lo expresado en sesiones anteriores (Villegas, 1986) en conjunto, con aspectos personales que le permitieron lograr la actualización del self para la facilitación de ajustes creativos.

Figura 5. *Visualización del futuro*



Posteriormente, se inició la actividad que consistió en que ambos realizaran un dibujo que reflejara el proceso terapéutico tal y como transcurrió en sus distintas etapas, luego compararan y discutieran en sesión a través de la técnica expresiva del dibujo. Durante la realización de la técnica el participante se mostró todo el tiempo comunicativo e interactivo con buen estado de ánimo. Al finalizar, se realizó un análisis de ambos dibujos y un recorrido del proceso con el fin de que el sujeto se diera cuenta a través de sus tres zonas de relación de cómo llegó, de los cambios sucedidos y de las experiencias aprendidas. En la Figura 6 se puede observar que el participante dibujó tres plantas que fueron las etapas por la que transcurrió el proceso, en la primera explicó que fue cuando llegó y como se encontraba mencionando... *“estaba como seco, pequeño, sin fuerza”*... *“casi al morir”*... *“necesitando sostén, cuidados, atención para crecer”*... esto lo ubicó hasta la sesión 7... *“La segunda planta, significó como un crecimiento lento, donde iba absorbiendo diferentes sustancias”*... *“estas sustancias eran aceptación, perdón, aprendizajes, responsabilidad”*... *“hasta la sesión 16”*... *“y en una tercera etapa hay una planta floreciendo, con hojas más vistosa, simbolizó mi crecimiento, madurez, independencia y fuerza logrado en el proceso”*...

Figura 6. *Pintando el proceso terapéutico*



Como resultado de la sesión, el participante identificó los principales logros en el proceso, dándose cuenta de su crecimiento personal aumentando su capacidad de relacionarse con otras personas, desarrollo de seguridad en sí mismo, autoconocimiento, manejo e identificación emocional, y aceptación de su situación de vida según como plantea Salama (2007) el individuo se concibe como un ser creativo en continuo crecimiento, con la posibilidad de guiar su comportamiento y encontrar por sí mismo las soluciones a sus conflictos asumiendo la responsabilidad de su vida. Además aprendió a expresar lo que siente como el enojo donde le provocaba un malestar psicológico observándose lo que señala Schnake (2012) acerca que se encuentra alterado el vínculo entre el sentir, el pensar y el actuar. El participante fue capaz mediante la reflexión de darse cuenta de las formas en que manifestaba su enojo, haciéndose responsable de sus respuestas, lograra nuevas maneras de expresarlo adecuadamente propiciando relaciones más sanas con su padre y hermano. Logró tomar conciencia de los aspectos o polaridades que lo hacen sentirse dividido y que pueden ser aceptados e incorporado (débil/fuerte, enojo/agrado, indecisión/ seguridad) viviendo en ambos polos sin restringirse a sentir, existiendo un equilibrio y autoapoyo (De Casso, 2003).

Evaluación de la intervención

Etapa 3: Etapa de Evaluación

Sesión 21 El cierre y evaluación del proceso psicoterapéutico

En esta sesión se aplicaron los instrumentos y la entrevista semiestructurada para explorar los cambios que se han sucedido en el participante mediante la Escala de Ideación Suicida de Beck, el Inventario de Depresión de Beck y la entrevista semiestructurada (Anexo 6). Esta sesión tuvo que ser adelantada, pues el sujeto ya se regresaba a su ciudad natal, me describió sus últimas gestiones, realicé una validación donde le expresé que me daba mucho gusto que haya buscado resolver y tramitar sus pendientes aprovechando contactos y asumiendo una actitud responsable y madura (Rogers, 2004). Posteriormente, se llevó a cabo la entrevista semiestructurada con el objetivo de explorar los cambios que se han sucedido en el participante a través de los aspectos concientizados, la valoración de las experiencias, la visión de sí mismo y la visión acerca de la responsabilidad luego de finalizado el proceso psicoterapéutico, reconociendo mayor capacidad de expresión e identificación de los sentimientos como menciona Perls, 1975 (citado en Young & Lester, 2001) son la sensación física que nos permite tocar y expresar nuestras emociones. Además, la importancia experimentar su vida en el presente “en el aquí y el ahora”, ya que los clientes suicidas hablan de su vida en un contexto pasado o futuro y permanecen separados de sus emociones (Ibíd., 2001). Al mismo tiempo, una mayor toma de conciencia de sí mismo, de sus fortalezas y debilidades, como de sus principales necesidades y experiencias en su contexto actual, asumiendo en parte, una aceptación ante su situaciones de vida que no puede ser modificada y ante las otras, un aumento de responsabilidad con nuevos ajustes creativos y autorregulación, como plantea Perls (1976b) la responsabilidad y la potencia obtenidas de la autorregulación otorgan una enorme responsabilidad y libertad al individuo. Como plantea Perls (citado en Young & Lester, 2001) el camino hacia la salud psicológica reside en la integración armoniosas de todas las partes de uno mismo.

Para evidenciar los cambios en la ideación suicida del participante se aplicó la Escala de Ideación Suicida de Beck como se muestra en la tabla 5 donde se manifestó en la evaluación inicial diagnóstica (pre-test) una puntuación total de 15 puntos, lo cual representó

que se encontraba dentro del nivel medio de ideación y existencia de planificación suicida no inmediata pero clara del acto, sin intentos de suicidio anteriores.

Tabla 5
Escala Ideación Suicida de Beck (pre-test)

Sección	Puntaje	Interpretación
I. Actitud hacia la vida o muerte	4	Deseo pasivo de suicidio
II. Pensamientos o deseos suicidas.	4	Ambivalente e inseguridad de control.
III. Características del intento	5	Detalles elaborados con método y oportunidad disponible
IV. Actualización del intento	2	Sin preparación real con revelación de las ideas con reservas
	0	Sin intentos de suicidio anteriores
Puntuación total	15	Riesgo de suicidio medio

Fuente: Elaboración propia

Mientras, que en la tabla 6 se muestra la evaluación final (post-test) donde obtuvo una puntuación total de 1 punto, lo cual representó no riesgo de suicido sin presencia de ideación suicida, dejando la vida/muerte a la suerte y actitud ante los pensamientos de rechazo.

Tabla 6
Escala Ideación Suicida de Beck (pos-test)

Sección	Puntaje	Interpretación
I. Actitud hacia la vida o muerte	1	Dejaría la vida/muerte a la suerte.
II. Pensamientos o deseos suicidas.	0	No, con actitud hacia los pensamientos de rechazo
Puntuación total	1	Sin riesgo de suicidio

Fuente: Elaboración propia

La tabla 7 se muestra que previo a la intervención, el participante experimentaba diversos síntomas depresivos manifestando pesimismo, sentimiento de fracaso, pérdida de placer, autocrítica, pensamientos o deseos suicidas, llanto, indecisión, estado de ánimo desagradable, sentimientos de culpa, desesperanza, baja autoestima así como cambios en los hábitos de sueño y apetito. Sin embargo, no presentaba intentos suicidas anteriores, síntomas ansiosos, baja tolerancia a la frustración, ni impulsividad; mientras que en la evaluación final post al proceso de intervención, hubo una disminución de los síntomas depresivos referidos, presentando cambios referentes a la ideación suicida, el estado de ánimo siendo agradable,

mejoras en la autoestima, sin presencia de sentimientos de pesimismo, culpa, desesperanza, fracaso ni intento suicida.

Tabla 7
Comparación de categorías pre-post intervención

Síntomas	Categorías							
	IDS		IS		Estado de ánimo		Síntomatología depresiva	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
Pesimismo							Sí	No
Fracaso							Sí	No
Pérdida de placer							Sí	No
Autocrítica							Sí	No
Pensamientos o deseos suicidas	Sí	No	No	No			Sí	No
Llanto							Sí	Sí
Indecisión							Sí	No
Desagrado					Sí	No		
Ansiedad								
Baja tolerancia a la frustración								
Impulsividad								
Sentimientos de culpa							Sí	No
Desesperanza							Sí	No
Baja autoestima							Sí	No
Cambios los hábitos de sueño							Sí	Sí
Cambios en el apetito							Sí	Sí

Fuente: Elaboración propia.

Para concluir se le recomendó la importancia de un seguimiento con sesiones de mantenimiento vía telefónica o acceder a buscar apoyo psicológico y como se planteó dentro del consentimiento informado, se le hizo entrega de una copia con los resultados.

Capítulo V. Conclusiones

*“Eres el dueño de tu vida y tus emociones,
nunca lo olvides. Para bien y para mal”
Antoine de Saint Exupéry*

Al inicio de esta intervención siempre sostuve que el trabajo psicoterapéutico con clientes que presenten ideación suicida u otro tipo de comportamiento suicida conduce a desafíos personales y profesionales, e incluso, hasta en los más experimentados profesionales, ya que el riesgo de suicidio permanece profundamente difícil de predecir, a pesar, de todas las herramientas que podamos tener a nuestro alcance. Sin embargo, no es inadmisibles, ya que existen áreas específicas que podrían ser exploradas fructíferamente por un psicoterapeuta gestáltico, incluyendo el reconocimiento de la ideación suicida y su lucha psicológica, explorando sus planes de suicidio, su enojo y la soledad subyacente, ayudarlos a tomar conciencia de sus emociones reprimidas, su ambivalencia y explorar una gama de opciones accesibles al sujeto.

Por ello, el proceso psicoterapéutico llevado a cabo mediante la Terapia Gestalt con el objetivo de analizar los cambios en la ideación suicida en un joven universitario, fue pertinente en el trabajo con la ideación suicida. El proceso puso de manifiesto, que resulta esencial no solo el manejo del aparato técnico del enfoque, sino también el manejo y establecimiento del vínculo relacional terapéutico sobre la base de la empatía, la aceptación positiva e incondicional y la autenticidad. Estas actitudes son pilares fundamentales de las intervenciones realizadas desde el enfoque humanista (Castanedo y Munguía, 2012; Rogers, 1957). Permiten que el sujeto de la intervención puede expresarse y ser el mismo, vivenciando emociones positivas que están en la base del proceso de crecimiento y cambio que promueve la terapia.

En el caso del cual se ocupa la presente intervención, fue especialmente relevante en primera instancia, identificar que el participante presentó ideación suicida y dificultades en las condiciones psicoemocionales, que se representó por un estado de ánimo desagradable e hipotímico caracterizado por tristeza y una marcada sintomatología depresiva cumpliendo lo que plantea Gallejo (2009) la ideación suicida es la manifestación de un campo donde prevalecen el sufrimiento y la desesperanza. Al mismo tiempo, uno de los primeros elementos

identificados fue el padecimiento del trastorno depresivo persistente con manifestación de episodios de tristeza y falta de energía. Aunado a una autoestima baja que lo llevaba a menospreciarse en diversas situaciones y dificultar su desenvolvimiento social, cumpliéndose el primer objetivo.

Basado en estas condiciones, el proceso de intervención estuvo guiado en favorecer el darse cuenta en el participante a través de la toma de conciencia de las tres zonas de relación interna, externa e intermedia lo que permitió beneficiar el flujo orgánico de la experiencia (Naranjo, 2004). Se promovió la autoaceptación y el fortalecimiento del yo; la auto reorganización mediante la integración de partes dispares del yo o sí mismo (Elliott, Greenberg, Watson, Timulak, & Freire, 2013) y se trabajó desde una mirada de campo enfocándonos en el todo, donde el participante es un ente biopsicosocial, es decir, un ser holístico que se autorregula junto a su entorno logrando la homeostasis (Perls, Hefferline y Goodman, 1951/2003).

Se tuvo en cuenta las necesidades asociadas a las posibilidades de autorregulación del sujeto dándose cuenta de ello, a través, del trabajo corporal y toma de conciencia de sus sentimientos y emociones (Gautier & Boeree, 2005). Por ello, en función de lograr el darse cuenta y el favorecimiento del flujo orgánico se promovió que el sujeto pudiera expresarse desde el aquí y el ahora indagando en cada sesión su estado de ánimo, y las principales emociones, lo que permitió facilitar la conciencia del presente y de lo vivenciado. Se abordó, además la ideación suicida mediante técnicas supresivas para evitar que el paciente evadiera el aquí y el ahora, buscando que experimentara lo que teme enfrentar y así se facilitó el darse cuenta. Ello es relevante en sujetos con ideación suicida debido a que los mismos temen enfrentarse al mundo, a los problemas que tienen o las consecuencias de ciertas conductas (Herrero Quintero, 2012).

Del mismo modo, se trabajó la sintomatología depresiva, con técnicas expresivas con el objetivo de que el participante expusiera lo interno, y se diera cuenta de todas sus experiencias pasadas de vida que no había percibido. Ante la indagación de estos aspectos interiores se facilita que el sujeto se encuentre consigo mismo, descubra aspectos positivos y deje a un lado los negativos, que lo han llevado a adentrarse en los terrenos de la depresión. Por otra parte, se usaron técnicas integrativas buscando que el sujeto reintegrara a su

personalidad los aspectos o conductas del aquí y ahora con las experiencias pasadas (Naranjo, 1999) al abordar la identificación de sus limitantes y el fortalecimiento de la autoestima, puede equilibrar sus aspectos personales ayudándole a superar diversas situaciones y reestablecer las funciones de contacto, cumpliéndose el segundo objetivo de diseño e implementación del proceso de psicoterapia gestalt.

Como evaluación del cierre del proceso psicoterapéutico se hizo evidente que en el participante desapareciera la ideación, reduciendo el riesgo y la sintomatología depresiva, propiciado por los cambios en estilos de pensamientos más positivos; con un estado de ánimo agradable; con mayor seguridad en sí mismo a través de fomentar su autoestima y autoconocimiento. Además, incrementó la habilidad de afrontamiento a las situaciones encontrando recursos propios ante sus principales problemas. Reforzamiento de sus relaciones interpersonales. Aumentó la aceptación de su responsabilidad (Naranjo, 1999) acerca de lo que siente, piensa, evita, desea o niega ante los problemas que enfrenta; favoreciendo la flexibilidad y del flujo orgánico, a través de la profundización de la conciencia corporal, del darse cuenta, permitiendo un mayor reconocimiento y expresión de pensamientos, emociones que fueron vivenciadas e integradas logrando un mejor funcionamiento y bienestar propio.

Para dar respuesta a la pregunta de investigación *¿Cómo son los cambios en la ideación suicida en un joven universitario mediante un proceso de psicoterapia Gestalt?* La intervención demuestra que los cambios generados durante todo el proceso psicoterapéutico residieron en favorecer la expresión espontánea de sentimientos y emociones a través de toma de conciencia y a la vez ampliando la visión de tolerancia hacia estados depresivos. A la vez, que desarrollaba una conciencia plena del momento presente, en lugar de explicar acontecimientos pasados o futuros, actualizaba su vivencia, confirmaba sus necesidades y respondía desde nuevas posibilidades del self a los conflictos y situaciones que iban surgiendo, por ello, mejoraba sus estados de ánimos y dejó de figurar las ideaciones suicidas.

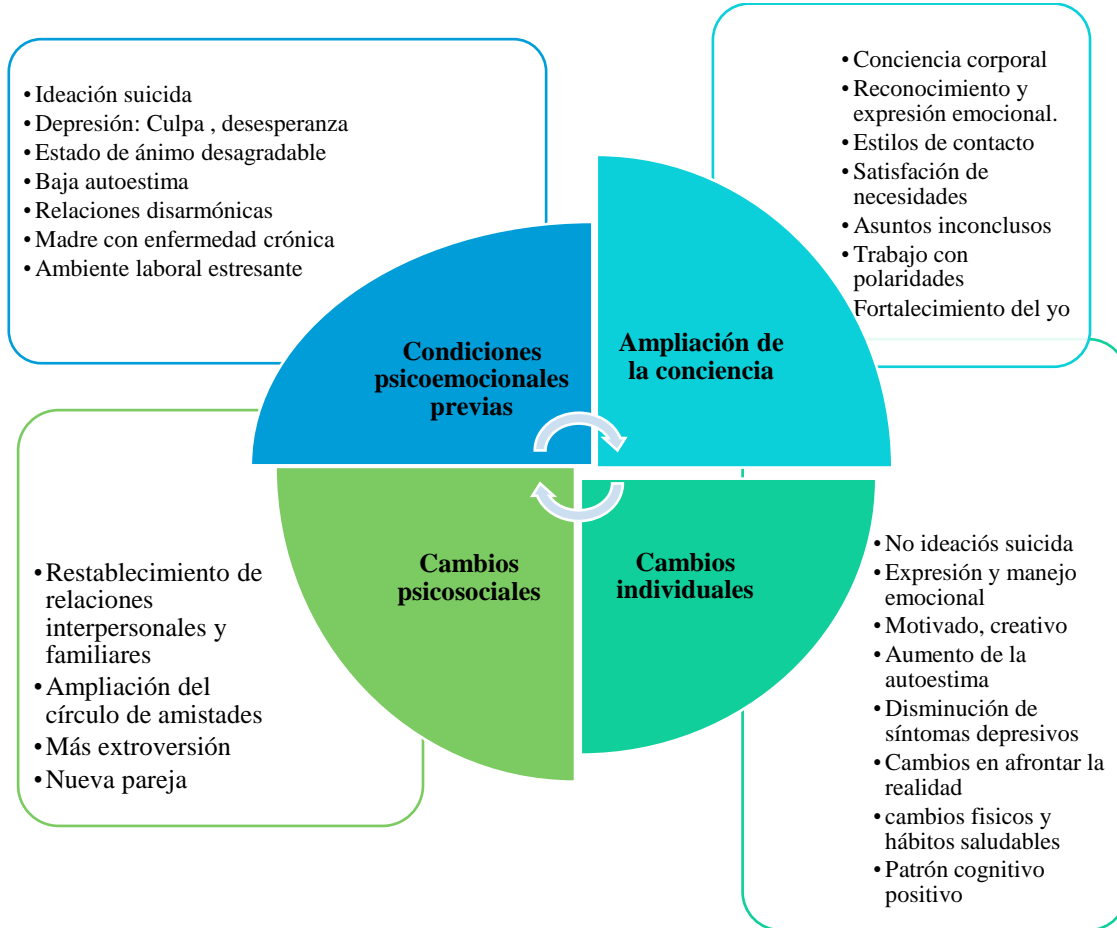
En cuanto a lo expuesto anteriormente, se considera que con la implementación del proceso de psicoterapia Gestalt se pudo constatar que se cumplió el supuesto esperado, ya que se promovió una ampliación de la consciencia, a partir de la exploración de la situación inmediata del participante, dejando a un lado las experiencias traumáticas que obstaculizaban

el darse cuenta, así logró la aceptación y profundización de sus vivencias con una mayor comprensión de la experiencia presente, estableciendo contactos más nutritivos. Además, se fortaleció la autoestima encontrando nuevas formas de autoapoyo y dándose cuenta de aspectos no concientizados previamente, que le brindaron mayor seguridad y confianza, favoreciendo a la vez, la estabilidad de sus condiciones psicoemocionales como un estado de ánimo más agradable. Asimismo, se pudo evidenciar el desarrollo de recursos propios posibilitando el crecimiento personal con mayor capacidad para la toma de decisiones, expresión emocional, surgiendo nuevas formas de estar en el contexto presente que le permitieron descubrir alternativas de solución a sus conflictos intra e interpersonales dentro de sus posibilidades, desapareciendo la ideación suicida.

El siguiente diagrama permite visualizar la condiciones psicoemocionales iniciales del participante y como se fue dando el desplazamiento funcional respondiendo de manera cada vez más adaptativa, reflejándose ello en el flujo orgánico, en su interacción psicosocial y consigo mismo. De tal caso el diagrama ha sido dividido en cuatro cuadrantes que se refieren a las condiciones psicoemocionales previas a la intervención del participante; a la ampliación de la consciencia durante el proceso y a los cambios personales y psicosociales post intervención. Es imprescindible concluir, que el proceso estuvo matizado por las actitudes terapéuticas descritas anteriormente, siendo ello una de las principales causas de los logros obtenidos.

En relación con lo anterior, se reafirman los principios humanistas según los cuales las actitudes de empatía y aceptación promueven el éxito de proceso terapéutico. El enfoque, basado en la terapia Gestalt, supone que el psicoterapeuta sigue siendo sensible al estado emocional y cognitivo del cliente, si el psicoterapeuta puede ofrecer aceptación y apoyo al sujeto para hablar sobre sus ideaciones suicidas, es probable que esto construya una relación de confianza, establezca un sentido de conexión más fuerte y brinde una conciencia invaluable a los clientes, estos comprenderán mejor la gravedad de su situación y estarán más dispuestos a entablar una relación terapéutica. El proceso de psicoterapia Gestalt se puede esquematizar como sigue:

Figura 7 Proceso de psicoterapia Gestalt para la ideación suicida



Fuente: Elaboración propia

Además, podrán descubrir una parte del self en gran medida disociada y comenzar a integrarse en lugar de simplemente sufrir. De igual forma, ante experiencias depresivas o sujetos con tendencias suicidas, la paciencia es una muestra fehaciente de la fe que se tiene por el otro, este aspecto es fundamental para la confirmación del valor y aprecio por la vida del individuo que asiste a terapia (Young & Lester, 2001).

La principales limitaciones del presente estudio, residieron en su aporte al corpus teórico metodológico de la psicoterapia Gestalt y su aplicación a los casos de ideación suicida es que al ser realizada con un solo caso, es necesario tener cautela en cómo se transfieren las conclusiones de cara a su aplicación en otras intervenciones. Por otra parte, ante la condición de trastorno depresivo persistente asociado a la ideación suicida, fue una limitante que el

participante no tuviera previo y durante el proceso una evaluación psiquiátrica o un tratamiento farmacológico, el cual resulta en muchos casos, beneficioso en la evolución de los síntomas, prevención del riesgo y combinación con la psicoterapia.

En este trabajo de tesis pretendo además, plasmar mi propio proceso durante estos dos años como psicoterapeuta humanista y educadora para la paz en formación, siendo una experiencia significativa, nutritiva e integradora tanto en el ámbito profesional como en el crecimiento personal, logrando adquirir nuevas habilidades para desempeñarme con calidad en los diversos ámbitos del ejercicio profesional como psicóloga. Las habilidades con que cuenta un psicoterapeuta van más allá de la utilización y aplicación de técnicas en cualquier enfoque terapéutico, más bien se obtienen cuando te acercas al mundo interior y experiencial del cliente, propiciando que exprese lo que es importante para él, ofrecerle apoyo y escucha activa porque probablemente sea la primera vez que experimente ser aceptado y acogido por otra persona, como es el caso, de algunas personas que presentan ideación suicida.

Nuestro deber ético es ir acompañándolo a encontrar un abanico de posibilidades para que tome sus propias soluciones, recordando que en este bello ejercicio los individuos ponen en nuestras manos sus conflictos, sufrimientos, emociones, en fin, su vida, convirtiéndose en un acto sagrado compuesto de valores y pensamientos humanistas como: la lealtad, el respeto, la compasión, la solidaridad, empatía, cooperación, responsabilidad y compromiso, pues una idea humanista es siempre posibilidad de desarrollo del hombre y progreso de cambio en la mejora del bienestar del ser humano. Además, ser promotora activa de una Cultura de Paz y desde la actividad investigativa ayuda a resolver problemáticas existentes a nivel social. De igual forma, ha aportado mi historia de vida, mi cultura ligada ahora, a otra forma de vida, hermanada de una hermosa cultura mexicana; mi familia; creencias; momentos de alegría y tristeza y otras más que me conforman, identifican y me permiten conectarme con los demás para observar al otro como un todo, de forma integral, lleno de oportunidades y dotado de gran creatividad para generar nuevas realidades.

Recomendaciones

A partir de las conclusiones obtenidas, se exponen las siguientes recomendaciones con el fin de aplicar estudios similares a una muestra más amplia de casos para continuar profundizando en la aplicación de la Psicoterapia Gestalt a sujetos con ideación suicida. Se recomienda el

desarrollo de intervenciones que habrán posibilidades desde la experiencia de jóvenes con comportamiento suicida, utilizando el enfoque Gestalt y el modelo teórico del Ciclo de la Experiencia donde la toma de conciencia para la satisfacción de las necesidades es fundamental y donde surgen diferentes estilos de contactos funcionales o disfuncionales dependiendo del contexto que emerjan, que interactúan y se presentan simultáneamente como en la presente intervención y que son valiosos para determinar fenomenológicamente donde se interrumpe el ciclo y lograr la autorregulación orgánica de la persona. Además de que no hay suficientes estudios documentados en las plataformas científicas desde esta perspectiva del suicidio y la Gestalt y los que se han revisado no brindan un seguimiento de apoyo y mantenimiento a la persona por lo que es necesario proponer métodos de seguimiento y control apropiado en las intervenciones sobre todo en estos pacientes que pueden incurrir en la conducta suicida.

La tercera recomendación es que, ante un sujeto diagnosticado con Trastorno Depresivo Persistente o Trastorno Depresivo Mayor, resulta de suma importancia, la confección de un buen diagnóstico previo que determine el tratamiento eficaz incluyendo la valoración por un psiquiatra de medicamentos antidepresivos combinado con un proceso de psicoterapia para un pronóstico más favorable en el tiempo. Por otro parte, en referencia al contexto más específico de la intervención, es importante recomendar capacitar a maestros dentro de las universidades en la detección de signos de alerta en los estudiantes y manejo inicial del pensamiento suicida para la oportuna canalización a centros de atención psicológica como una estrategia de prevención. Fomentar estrategias y campañas de prevención más amplias que involucren a docentes y estudiantes ante el manejo de la depresión y conducta suicida, así como programas que proporcionen el fomento de habilidades ante la resolución de problemas de su propia vida y del contexto, sobre todo en el estrés ante la presión y carga docente que enfrenta el estudiantado universitario.

Referencias documentales

- Aguilar, F. (2017). *Suicidios al alza en todo el estado*. Ciudad Juárez: El Diario.
- Alegre Palomino, Y., y Suárez Bustamante, M. (2006). Instrumentos de Atención a la Familia: El Familiograma y el APGAR Familiar. *RAMPA*, 1(1), 48-57. Recuperado de: <http://www.idefiperu.org/RAMNRO1/N9C-PG48-CADEC%20Instrum%20Familia2A.pdf>
- Almonte, C., Correa, A., y Montt, M. (2003). *Psicopatología infantil y de la adolescencia*. Santiago: Mediterráneo.
- Alva Sánchez, C.M. (2016). Fortalecimiento de la autoestima mediante la Psicoterapia Gestalt en estudiantes del primer ciclo de una universidad privada de Lima metropolitana. *Tesis Doctorado en Psicología*. Luis Vicaña Peri (Dir.). Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Amador Salinas, J. G., González Rivera, V., Galicia Navarro, C. G., Galindo Zamitis, P.G., Dominguez Calderón, O., Reyes García, A., y Gutiérrez Moreno, I. (2017). Resultados de un Programa de Intervención Cognitivo Conductual para tratar la conducta suicida en pacientes del Hospital Psiquiátrico Morelos. *Revista Electrónica de Psicología Iztalaca*, 20,(3), 903-923. Recuperado de: <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol20num3/Vol20No3Art5.pdf>
- APA American Psychiatric Association (2003). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV*. Barcelona: Masson.
- APA American Psychiatric Association (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Ed.)*. Washington, DC: Médica Panamericana.
- APA American Psychological Association (2010). Principios éticos de los psicólogos y Código de Conducta. Recuperado de: http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/comite_etica/Codigo_APA.pdf
- Andrés, R. (2003). *Historia del suicidio en Occidente*. Barcelona: Península.
- Asarnow, J. R., Hughes, J. L., Babeva, K. N. & Sugar, C. A. (2017). Cognitive-Behavioral Family Treatment for Suicide Attempt Prevention: A Randomized Controlled Trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 56(6), 506-514.
- Aseltine, R.H.Jr., James, A., Schilling, E.A. & Glanovsky, J. (2007). Evaluating the SOS suicide prevention program: a replication and extension. *BMC Public Health*, 7, 161.
- Bardin, L. (1991). *Análisis de contenido* (Vol. 89). Madrid: Akal.
- Barros Dos Santos, H.G., Marcon, S.R., Espinosa, M.M., Baptista, M.N., & Cabral de Paulo, P.M. (2017). Factores asociados a la presencia de ideación suicida entre universitarios. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 25:e2878. Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/es_0104-1169-rlae-25-e2878.pdf
- Beck (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*: New York: Desclée De Brouwer.
- Beck, A.T., & Steer, R.A. (1993). *Handbook of Beck Depression Inventory*. Estados Unidos: Psychological Corporation.
- Beisser, A. (1973). Teoría Paradójica del Cambio, p. 82-85. En Fagan, J. y Sheperd, I. (Comps). *Teoría y Técnica de la Psicoterapia Gestáltica*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Benavides, R. (2005). El ciclo de la experiencia en la psicoterapia Gestalt. *Procesos Psicológicos y Sociales*, 1(1), 2-6.
- Bernete, F. (2013). Análisis de contenido. AL Marín y A. Noboa (Coords.), *Conocer lo social: estrategias y técnicas de construcción y análisis de datos*, 193-225.
- Blasco, J.E. y Pérez, J.A. (2007). *Metodologías de investigación en las ciencias de la actividad física y el deporte: ampliando horizontes*. España : Club Universitario.
- Blum, R. (2000). *Un modelo conceptual de salud del adolescente*. En E. Dulanto (Ed.), *El adolescente*, 656-672. México: Mc Graw Hill.
- Bobes, J., Giner, J. y Saiz, J. (2011). *Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida*. Madrid: Triacastela.
- Borges, G., Orozco, R., Benjet, C. y Medina Mora, M. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Pública Mex*, 52, 292-304. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2010/sal104b.pdf>
- Bos, M.G., Peters, S., van de Kamp, F.C., Crone, E.A. & Tamnes, C.K. (2018). Emerging depression in adolescence coincides with accelerated frontal cortical thinning. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(9), 994-1002. doi: 10.1111/jcpp.12895.
- Brown, G.K., Have, T.T., Henriques, G.R., Xie, S.X., Hollander, J.E. & Beck, A.T. (2005). Cognitive Therapy for the Prevention of Suicide Attempts. *JAMA*, 294(5). Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16077050>
- Browne, T. (1878). *Religio medici*. Londres:Roberts Brothers.
- Buber, M. (1969). *Yo y tú*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Bustamante, F. y Florenzano, R. (2013). Programas de prevención del suicidio adolescente en establecimientos escolares: una revisión de la literatura. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 51(2), 126-136.
- Campo Redondo, M. S. (2004). Epistemología y Psicoterapia. *Revista Opción*, 20 (4), 120-137. ISSN: 1012-1587. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=31004407>
- Cañón, S.C., Castaño Castrillón, J.J., Mosquera Lozano, A.M., Nieto Angarita, L.M., Orozco Daza, M. y Giraldo Londoño, W.F. (2018). Propuesta de intervención educativa para la prevención de la conducta suicida en adolescentes en la ciudad de Manizales Colombia. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 14(1), 27-40.
- Carriles Medina, M.L. (2017) Caso clínico: investigación gestáltica en trastorno de personalidad dependiente y depresión mayor. *Maestría en Psicología Clínica y Psicoterapia*. María de Lourdes Carrillo Árcega (Dir.). México: Universidad Iberoamericana Puebla.
- Castanedo, C. y Munguía, G. (2012). *Diagnóstico, Intervención e Investigación en Psicología Humanística*. Madrid. Editorial CSS.
- Castonguay, L. G., & Hill, C. E. (2007). *Insight in psychotherapy*: American Psychological Association.
- Casullo, M. (1998). *Adolescentes en Riesgo. Identificación y Orientación Psicológica*. México: Paidós
- Cerdán Sánchez, L.F. (2019). Neurobiología de los trastornos depresivos. *Memorias del XXVII Congreso Mexicano de Psicología* , 14-18. ISSN 2007-9222. México: Sociedad Mexicana de Psicología A.C. Universidad de Guadalajara, Instituto Neurociencia.

- Cifuentes S. (2013). Comportamiento del suicidio, Colombia 2013. 1-42. Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/49517/Suicidio.pdf>
- Conger, J. (1980). Adolescencia. Generación presionada. México: Harla
- Córdoba, L.F.V. (2008). Logoterapia y bioética en la intervención clínica en el suicidio. *Revista CES Psicología*, 1(2), 1-9. ISSN: 2011-3080. Recuperado de: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/view/79/67>
- Córdova Moreno, M.A., Cubillas Rodríguez, J.M. y Román Pérez, R. (2011). ¿ Es posible prevenir el suicidio? Evaluación de un programa de prevención en estudiantes de bachillerato. *Pensamiento psicológico*, 9(17), 21-32.
- Cornejo, L.(2009). *Manual de Terapia Gestáltica aplicada a los adolescentes*. España: Desclée De Brouwer.
- Creswell, J. (1998). Qualitative inquiri and reaserch design. Chossing among five traditions.Thousand Oaks. CA. Sage publications.
- Creswell, J. (2011). Controversies in mixed methods research. *The Sage handbook of qualitative research*, 4, 269-284.
- Cruz Contreras, A. R. (2015). Diagnóstico para la prevención del suicidio a través del proceso de enfermería. Tesis de Licenciatura en Enfermería. Alejandra del Carmen Maciel Vilchis (Dir.). México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Cuenca, E., Almirón, L., Czernik, G. y Marder, G. (2005). Evaluación de rasgos de depresión en estudiantes de Veterinaria de la ciudad de Corrientes. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 12 (2). Recuperado de: http://www.alcmeon.com.ar/12/46/07_cuenca.htm
- Czernik, G., Giménez, S., Mora, M. y Almirón, L. (2006). Variables sociodemográficas y síntomas de depresión en estudiantes universitarios de Medicina de Corrientes, Argentina. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 13(2), 64-73.
- Chávez Hernández, A. M., Medina Núñez, M. C. y Macías García, L. F. (2008). Modelo psicoeducativo para la prevención del suicidio en jóvenes. *Salud Mental*, 31 (3), 197-203.
- Datilio, F., & Freeman, A. (1994). *Cognitive-Behavioral strategies in crisis intervention*. New York: Guilford.
- De Casso, P. (2003). *Gestalt, Terapia de Autenticidad*. Barcelona: Kairós.
- De la Torre Marti, M. (2013). *Protocolo para la detección y manejo inicial del suicidio*. Guía desarrollada por el Centro de Psicología Aplicada (CPA) y la Universidad Autónoma de Madrid (UAM). España.
- Denève, L. (2000). *Theory and practice of action and drama techniques: Developmental psychotherapy from an existential-dialectical viewpoint*. London and Philadelphia :Jessica Kingsley Publishers.
- Denny, T. (1978). *Storytelling and educational understanding, address delivered at National meeting of International Reading Association*. Houston, Texas.
- Durkheim, E. (1992). *El suicidio* (Vol. 37). Madrid: Akal.
- Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia psicológica* 33(2).
- Elliott, R. & Freire, E. (2007). Classical person-centered and experiential perspectives on Rogers (1957). Reino Unido: University Strathclyde.
- Elliott, R., Greenberg, L. S., Watson, J. C., Timulak, L. & Freire, E. (2013). Research on humanistic-experiential psychotherapies. New York: Wiley.

- Ferrero, A. (2000). La ética en psicología y su relación con los derechos humanos. *Fundamentos en humanidades* (2), 21-42.
- Frankl, V. E. (1997). *Teoría y terapia de las neurosis. Iniciación a la logoterapia y al análisis existencial*. Barcelona: Herder.
- Frankl, V. E. (2001). *Psicoterapia y existencialismo. Escritos selectos sobre logoterapia*. Barcelona: Herder.
- Freud, S. (1901). *Psicopatología de la vida cotidiana. Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Fogarty, M. (2014). Gestalt Therapy in Clinical Practice: From Psychopathology to the Aesthetics of Contact [Book Review]. *Gestalt Journal of Australia and New Zealand*, 11(1), 104-111. Recuperado de: <https://static1.squarespace.com/static/55556b3ae4b0c2b7c9db1195/t/555ee46be4b09f07ac43edb0/1432282219761/Francesetti+review.pdf>
- Fogarty, M. (2018). What do Gestalt therapist do in the clinic?. The expert consensus. Extracto traducido por Jorge Lozano recuperado de : <http://www.madeleinefogarty.com/gestlt-1>.
- Gallego, L.V. (2009). *El pensamiento de suicidio en la adolescencia* (Vol. 4). España: Universidad de Deusto.
- Garraza, L.G., Walrath, C., Goldston, D.B., Reid, H., & McKeon, R. (2015). Effect of the Garrett Lee Smith Memorial Suicide Prevention Program on Suicide Attempts Among Youths. *JAMA Psychiatry*, 72(11), 1143-1149.
- Gautier, R. y Boeree, G. (2005). *Teoría de la Personalidad: una selección de los mejores autores del siglo XX*. España: Unibe.
- Gauthier, J. (2008). *The Universal Declaration of Ethical Principles for Psychologists Presented at the United Nations DPI/NGO Conference in Paris*. Recuperado de: <https://www.apa.org/international/pi/2008/10/gauthier>
- Gil, J. (2014). *Decide cómo vivir tu vida. Terapia Gestalt para la vida cotidiana*. Barcelona: Comanegra.
- Ginger, S., y Ginger, A. (1993). *La Gestalt. Una terapia de contacto*. México: Editorial El Manual Moderno.
- Giner, L. y Guija, J. (2014). Número de suicidios en España: diferencias entre los datos del Instituto Nacional de Estadística y los aportados por los institutos de Medicina Legal. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7, 139-146.
- Gómez, A. Lolas, F. y Barrera, A. (1991). Los condicionantes psicosociales de la conducta suicida. *Salud Mental*, 14(1), 25-31.
- Gómez, C.C. y Borges, G. (1996). Los estudios que se han hecho en México sobre la conducta suicida: 1966-1994. *Salud Mental*, 19(1), 4555. Recuperado de: <http://www.inprf-cd.gob.mx/pdf/sm2606/sm260635.pdf>
- Gómez Restrepo, C., Rodríguez Malagón, N., Bohórquez, P., Diazgranados, F., Ospina García, M. B., y Fernández, C. (2002). Factores asociados al intento de suicidio en la población colombiana. *Revista colombiana de psiquiatría*, 31(4), 283-298.
- González, F. (2007). *Investigación cualitativa y subjetividad: los procesos de construcción de la información*. México, D.F.: McGraw-Hill Interamericana.
- González Forteza, C., Berenzon Gorn, S., Tello Granados, A. M., Facio Florez, D., y Medina Mora Icaza, M. (1998). Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes. *Salud pública de México*, 40, 430-437.

- Guavita, P. y Sanabria, P. (2006). Prevalencia de sintomatología depresiva en una población estudiantil de la Facultad de Medicina de la Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, Colombia. *Revista Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia*, 54(2), 76-87.
- Gutiérrez García, A., Contreras, C. M. y Orozco Rodríguez, R. CH. (2006). El suicidio, conceptos actuales. *Salud mental* 29(5), 66-74. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/582/58229510.pdf>
- Heidbreder, E. y Acevedo, L. (1985). *Psicologías del siglo XX*. México: Paidós.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, M. (2010). *Metodología de la investigación*. México: DF: McGraw Hill.
- Herrera Quintero, M. (2012). Consideraciones sobre la tendencia suicida desde el enfoque humanista. 1-31. Recuperado de: http://bibliotecadigital.usb.edu.co/bitstream/10819/1169/1/Consideraciones_Tendencia_Suicida_Herrera_2012.pdf
- Herrera Zenteno, E. y Undicks Vargas, E. (2008). La experiencia de los jóvenes que han intentado suicidarse y que reciben atención psicológica en el COSAM Puente Alto: Descripción desde una perspectiva humanista gestáltica. Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología. Pablo Lazcano Pizarro (Dir.). Santiago de Chile: Universidad Academia de Humanismo Cristiano.
- Hodwin, J., & Reeves, A. (2009). *En la fragilidad del contacto: el trabajo con riesgo de suicidio en una relación dialógica*, 18(1), 10-17.
- Hothersall, D. y Nuñez Herrejón, J.L. (2005). *Historia de la psicología*. México, D.F. : McGraw-Hill Interamericana
- INEGI Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (2000). *Estadísticas de intentos de suicidio y suicidios*, (6). México: INEGI.
- INEGI Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (2013). *Estadística de suicidios de los Estados Unidos Mexicanos*. México: INEGI.
- INEGI Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (2016). Informe sobre el día mundial para la prevención del suicidio. México: INEGI. Recuperado de: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/suicidios2018_Nal.pdf
- INEGI Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (2017). Características de las defunciones registradas en México durante 2017. Recuperado de: <https://www.inegi.org.mx/default.html>
- International Union of Psychological Science. (2008). *Universal Declaration of Ethical Principles for Psychologists*. Recuperado de: <https://www.iupsys.net/about/governance/universal-declaration-of-ethical-principles-for-psychologists.html>
- Jurado, S., Villegas, M. E., 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.
- Kelly, G. (2001). *Psicología de los constructos personales*. Barcelona: Paidós.
- Kepner James, I. (2000). *Proceso Corporal. Un enfoque gestáltico para el trabajo corporal en psicoterapia*. México: Manual Moderno.
- Kienhorst, C., De Wilde, E., Diekstra, R. F., & Wolters, W. (1992). Differences between adolescent suicide attempters and depressed adolescents. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85(3), 222-228.

- Kon, I.S. (1990). *Psicología de la edad juvenil*. Habana: Editorial Pueblo y Educación.
- Laporte, J.R. y Vallvé, C. (2001). *Principios básicos de investigación clínica*. Barcelona: AstraZeneca.
- Latasa, J.I., León, P.B. y Latasa, M.I. (1997). *El proceso suicida: Análisis de factores de riesgo*. España: Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.
- León Portilla, M. (1974). *Historia de México*. México: Robredo.
- León, O. y Montero, I. (2003). *Métodos de Investigación en Psicología y Educación*. Madrid: McGraw-Hill.
- Lester, D., & Brockopp, G. (1973). *Crisis intervention and counseling by telephone*. Springfield, Ill: Charles C. Thomas.
- López Marín, A.M. (2016). Psicoterapia humanista-transpersonal y depresión: Un estudio de caso. *Journal of Transpersonal Research*, 8(2), 115-12.
- Mancinas, I. (2019). *Chihuahua: un suicidio diario y sin campañas de prevención*, El Universal. Recuperado de: <https://www.eluniversal.com.mx/estados/chihuahua-un-suicidio-diario-y-sin-campanas-de-prevencion>
- Mann, J. J. (2003). Neurobiology of suicidal behaviour. *Nature Reviews Neuroscience*, 4(10), 819.
- Mann, D. (2013). Assessing Suicidal Risk. En, G. Francesetti, M. Gecele, & J. Roubal (Eds.), *Gestalt Therapy in Clinical Practice – From Psychopathology to the Aesthetics of Contact* (pp. 333-346). Milan, Italia: Franco Angeli. Recuperado de: [https://www.academia.edu/4257635/Assessing Suicidal Risk - Chapter from Gestalt Therapy in Clinical Practice?auto=download](https://www.academia.edu/4257635/Assessing_Suicidal_Risk_-_Chapter_from_Gestalt_Therapy_in_Clinical_Practice?auto=download)
- Martín, Á. y de la Rosa, C. R. (2011). *Manual práctico de psicoterapia Gestalt*. Madrid: Desclée de Brouwer.
- Maslow, A.H.(1982). *La personalidad creadora*. Barcelona: Kairós.
- May, R. (1987). *La psicología y el dilema del hombre*. México: Gedisa Mexicana.
- McCauley, E., Berk, M.S., Asarnow, J.R., Adrian, M., Cohen, J., Korslund, K. & Linehan, M.M. (2018). Efficacy of Dialectical Behavior Therapy for Adolescents at High Risk for Suicide: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 75(8), 777-785.
- Merikangas, K.R., He, J., Burstein, M., Swanson, S.A., Avenevoli, S., Cui, L,... & Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication–Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(10), 980-989.
- Mills, K.L., Goddings, A.L., Clasen, L.S., Giedd, J.N. & Blakemore, S.J. (2014). The developmental mismatch in structural brain maturation during adolescence. *Developmental Neuroscience*, 36(3-4), 147-160.
- Mills, K.L., Goddings, A.L., Herting, M.M., Meuwese, R., Blakemore, S.J., Crone, E.A.,... & Sowell, E.R. (2016). Structural brain development between childhood and adulthood: Convergence across four longitudinal samples. *Neuroimage*, 141, 273-281.
- Modes, T.E.R. (2003). Humanistic-experiential psychotherapy. *George Stricker*, 301.
- Munis, M., Santos, H., Klotiarenco, MA., Suárez, E., Infante, F., Grotberg, E. (1998). Manual de Identificación y Promoción de la Resiliencia en niños y adolescentes. OPS-OMS-Fundación W.K Kellogg-Fundación Sueca para el desarrollo internacional (ASDI).
- Muñoz Polit, M. (2008). *La sensibilidad Gestalt en el trabajo terapéutico: Desarrollo del potencial humano*. México: Pax.
- Naranjo, C. (1999). *La vieja y novísima Gestalt*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.

- Naranjo, C. (2004). Gestalt de vanguardia. México: Lumen.
- Natera, G. (2015). *El suicidio: la situación en México*. Paper presented at the Conferencia regional of salud mental. Recuperado en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/natera-suicide-mexico.pdf>
- OMS Organización Mundial de la Salud (2002). *Catalogación por la Biblioteca de la OPS Organización Panamericana de la Salud . Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington, D.C. Ginebra: OMS
- OMS Organización Mundial de la Salud (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington, D.C. Ginebra: OMS.
- OMS Organización Mundial de la Salud (2012). *Clasificación Internacional de Enfermedades 10ma revisión* Madrid: OMS.
- OMS Organización Mundial de la Salud (2013). *Proyecto de plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020*. Washington, D.C. Ginebra: OMS.
- OMS Organización Mundial de la Salud (2014). *Prevención del suicidio: un imperativo global*. Washington, DC. Ginebra: OMS.
- OMS Organización Mundial de la Salud (2016). *La depresión*. Recuperado de: <https://www.who.int/topics/depression/es/>
- OMS Organización Mundial de la Salud (2018). *Suicidio*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Ordiozrola, C.(1999). Las cuatro sesiones del duelo. Tesina AETG.
- Ozturk, S. & Ekinci, M. (2018). The effect of structured education on self-esteem and the suicide probability of male adolescents living in orphanages. *Arch Psychiatr Nurs*, 32(4), 604-609.
- Padilla Torres, Martínez Martín, Espín Jaime, y Jiménez Arriero. (2017). El tratamiento grupal de adolescentes con trastornos graves de la personalidad: Una aproximación contextual. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(132), 349-378.
- Pardo, A. G., Sandoval, D. A. y Umbarila, Z.D. (2004). Adolescencia y depresión. *Revista Colombiana de Psicología*, (13), 13-28.
- Pavez, P., Santander, N., Carranza, J., y Vera, P. (2009). Factores de riesgo familiares asociados a la conducta suicida en adolescentes con trastorno depresivo. *Revista Médica de Chile*, 137(2), 226-33.
- Pedreira, J. (1998). Las conductas suicidas en la infancia y la adolescencia. En Rodríguez, J. *Psicopatología del niño y del adolescente*, 689-708.
- Penhos, H.S., y Villareal, R. (1998). *El enfoque gestalt: Una psicoterapia Humanista*. México: Manual Moderno.
- Pérez Barrero, S.A. (2007). *¿Cómo evitar el suicidio en los adolescentes?* E-Book. Psicología on line. URL extraído el día 29 de junio de 2019 desde <https://es.scribd.com/doc/13299393/Perez-Barrero-Sergio-P-Como-Evitar-El-Suicidio-en-Adolescentes>
- Pérez, F. (2005). La entrevista como técnica de investigación social. Fundamentos teóricos, técnicos y metodológicos. *Extramuros*, 8(22), 187-210.
- Perls, F. (1975). *Ego, hambre y agresión. Los comienzos de la terapia gestalt*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Perls, F. (1976a). *Comments on the new directions. The growing edge of Gestalt therapy*, 221-226. New York: Brunner/Mazel.

- Perls, F. (1976b). *El Enfoque Gestáltico y Testimonios de Terapia*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Perls, F., Hefferline, R., y Goodman, P. (1951/2003). *Terapia Gestalt. Excitación y crecimiento de la personalidad humana*. Madrid: Sociedad de Cultura Valle-Inclán. Colección Los Libros del CTP.
- Piedrahita, L.E., Paz, K.M., y Romero, A.M. (2012). Estrategia de intervención para la prevención del suicidio en adolescentes: la escuela como contexto. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 17(2), 136-148.
- Polster, E. & Polster, M. (1974). *Gestalt therapy integrated: Contours of theory and practice* (Vol. 6). New York: Vintage.
- Rogers, C.R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of consulting psychology*, 21(2), 95.
- Rogers, C. (1985). *Terapia, personalidad y relaciones interpersonales*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Rogers, C. (2004). *El proceso de convertirse en persona*. México: Paidós.
- Salama, H.(2002). Ciclo Gestalt de Salama TPG. *Manual del Test de Psicodiagnóstico Gestalt de Salama*. México: Centro Gestalt de México.
- Salama, H. (2004). *Gestalt: de persona a persona*. (3ª. Edición). México: Alfaomega.
- Salama, H. (2010). *Psicoterapia Gestalt: procesos y metodología*. México: AMAT.
- Salcido, G. (2019). *Suicidio en jóvenes: adultos son responsables*. Norte Digital. Recuperado de: <https://nortedigital.mx/suicidio-en-jovenes-adultos-son-responsables/>
- Sanz, J. (1991). Hacia un modelo de deficiencia desde la psicología de los constructos personales de Kelly. *Boletín de Psicología*(33), 7-40.
- Sarró, B. y De la Cruz, C. (1991). *Los suicidios*. Barcelona: Martínez Roca.
- Sauceda García, J. M., del Carmen Lara Muñoz, M., & Fócil Márquez, M. (2006). Violencia autodirigida en la adolescencia: el intento de suicidio. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 63(4), 223-231.
- Schaffer, D. y Greenberg, T. (2003). Suicidio y conducta suicida en niños y adolescentes. En las múltiples caras de la depresión en niños y adolescentes. Madrid: Psiquiatría.
- Serrano Ruiz, CP., Olave Chaves, JA. (2017). Factores de riesgos asociados con la aparición de conductas suicidas en adolescentes. *Universidad Cooperativa de Colombia* 20 (2) 139-147. Recuperado de: <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/2272/2806>
- Seva Díaz, A. (1984). Los intentos de suicidio. *Psiquis: Revista de Psiquiatría, Psicología y Psicosomática*, 5(6), 9-21.
- SMP Sociedad Mexicana de Psicología (2010). *Código ético del psicólogo*. México: Trillas.
- Soler Montagud, A. (2017). El suicidio. Perspectivas filosóficas del suicidio. Recuperado de: <https://www.gestalt-terapia.es/el-suicidio-perspectivas-filosoficas/>
- Soria Trujano, R., Ávila Ramos, E., Morales Pérez, AK. (2015). Depresión y problemas de salud en estudiantes universitarios de la carrera de Medicina. Diferencias de género. *Revista de Alternativas en Psicología*, (31) 1-15. Recuperado de : <https://www.alternativas.me/attachments/article/64/3.%20Depresi%C3%B3n%20y%20problemas%20de%20salud%20en%20estudiantes.pdf>
- Spagnuolo, M. (2011). *El ahora para lo siguiente en psicoterapia: la psicoterapia de la Gestalt contada en la sociedad post-moderna*. Milano: Franco Angeli.
- Stake, R.E.(1994). *Case studies Research*. Thousands Oaks, CA: Sage Publications.

- Stanley, B., Brown, G. K., Brenner, L. A., Galfalvy, H. C., Currier, G. W., Knox, K. L., Green, K. L. (2018). Comparison of the Safety Planning Intervention With Follow-up vs Usual Care of Suicidal Patients Treated in the Emergency Department. *JAMA Psychiatry*, 75(9), 894-900.
- Stengel, E. (1965). *Psicología del suicidio y los intentos suicidas*. Buenos Aires: Horme.
- Taragano, F. (1974). *Teoría de la Gestalt: Psicología Gestáltica*, p. 129-153. En Taragano. *Psicoanálisis Gestáltico*. Buenos Aires: Paidós.
- Taylor, S.J. y Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Tercero Quintanilla, G. (1999). Perfil psicológico de adolescentes que intentaron suicidarse. *Revista Mexicana de Pediatría* 66(5) 197-202. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-1999/sp995d.pdf>
- Tobías, C., García Valdecasas, J. (2009). Psicoterapias humanístico-existenciales: fundamentos filosóficos y metodológicos. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, XXIX, 437-453. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v29n2/10.pdf>
- Valadez, I.; Amezcua, R.; González, N.; Montes, R. & Vargas, V. (2011). Maltrato entre iguales e intento suicida en sujetos adolescentes escolarizados. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 2 (9), 783-796.
- Van Heeringen, K. (2003). The neurobiology of suicide and suicidality. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 48(5), 292-300.
- Vega, I. y Sánchez, S. (2013). Terapia dialectico conductual para el trastorno de personalidad límite. *Acción Psicológica*, 10(1), 45-56. DOI: 10.5944/ap.10.1.7032. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-908X2013000100005
- Villegas, M. (1986). La Psicología humanista: historia, concepto y método. Anuario de psicología, (34). Universidad de Barcelona.
- Wilcox, H., Arria, A., Caldeira, K., Vincent, K., Pinchevsky G., O'Grady, K. (2010). Prevalence and predictors of persistent suicide ideation, plans, and attempts during college. *J. Affect Disord.* 127(1-3) 287-94. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20471691>.
- Yontef, G. (1997). *Proceso y diálogo en Gestalt. Ensayo de Terapia Gestáltica*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Young, L., & Lester, D. (2001). Gestalt Approaches to Crisis Intervention with Suicidal Clients. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 1(1), 65-74. DOI: 10.1093/brief-treatment/1.1.65. Oxford University Press. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/31377192_Gestalt_Therapy_Approaches_to_Crisis_Intervention_With_Suicidal_Clients
- Zinker, J. (1979). *El proceso creativo en la terapia gestáltica*. México: Paidós.
- Zinker, J. (2005). *En busca de la Buena Forma*. México: Instituto Humanista de Sinaloa.

Anexo 1. Consentimiento/Asentimiento Informado para participar en un proceso psicoterapéutico para la disminución de la ideación y la prevención del intento suicida en un joven universitario.

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer al participante en esta intervención con una clara explicación de la naturaleza de esta, así como de su rol en ella como participante.

Usted ha sido invitado a participar en un Proceso de Psicoterapia Gestalt para la disminución de la ideación y la prevención del intento suicida, favoreciendo cambios psicoemocionales, fortaleciendo los recursos propios que le permitan encontrar o descubrir alternativas para la solución de sus conflictos, con el objetivo de describir el impacto positivo en la implementación de este. Este enfoque psicoterapéutico gestáltico trabaja la tendencia suicida asumiendo la autorregulación de nuestras emociones y necesidades, la optimización del potencial de la persona y el autoconocimiento convirtiéndose en un modelo eficaz de desarrollo humano. Esta investigación es realizada por la Lic. Gretis Leidy Rodríguez Hernández, alumna de la Maestría en Psicoterapia Humanista y Educación para la Paz (MPHEP) de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez y por el Maestro Jorge Ramón Lozano Martínez, que dirige y supervisa el trabajo de intervención.

Si usted accede a participar en este estudio, por contar con las condiciones que requiere la intervención, se le pedirá responder preguntas en una entrevista, así como completar una escala e inventario de la forma más honesta posible. Esto tomará aproximadamente de 30 a 45 minutos de su tiempo. Además, podrá participar en 21 sesiones psicoterapéuticas con duración de una hora. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado respetando el anonimato y la confidencialidad. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. Tampoco tiene ningún beneficio monetario, pero su participación contribuirá científicamente al estudio de este tema. La información que se recoja será confidencial y sus respuestas a la escala, inventario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas con el fin de proteger su identidad. La información recabada se analizará y posteriormente será publicada con el debido anonimato en revistas científicas con aportaciones a la problemática del suicidio. Cuando concluya el estudio, se le dará una copia de los resultados si así lo requiere, además se realizará una reunión con el participante para dar a conocer los resultados.

Se le informa que este estudio ha sido aprobado por la Comisión Institucional de Ética y Bioética (CIEB) de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, misma que se realizara con los principios deontológicos y de protección a sujetos voluntarios en la investigación humana. Si tiene alguna duda sobre el estudio, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse de la intervención sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista, le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

De tener alguna pregunta de sus derechos como participante, reclamación o queja relacionada con su participación en este estudio puede comunicarse con la Lic. Gretis Leidy Rodríguez Hernández investigadora a cargo de dicha intervención al correo al183357@alumno.uacj.mx o al número 656 841 9540, o con el Mtro. Jorge Lozano Martínez al correo jorge.lozano@uacj.mx, tel. 656 6386787.

Su firma en este documento significa que ha decidido participar después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento.

Desde ya le agradecemos su participación.

Ciudad Juárez a _____

Nombre del participante

Firma

Lic. Gretis Leidy Rodríguez Hernández
Investigadora

Mtro. Jorge R. Lozano Martínez
Tutor

Anexo 2. Instrumentos de registro

Escala de Ideación Suicida de Beck

CUESTIONARIO	
ESCALA DE PENSAMIENTOS SUICIDAS	
NOMBRE _____	
Fecha _____	
I. CARACTERISTICAS DE LAS ACTITUDES HACIA LA VIDA/MUERTE.	
1. Deseo de vivir.	()
0. Moderado a fuerte	
1. Poco (Débil).	
2. Ninguno (No tiene).	
2. Deseo de morir.	()
0. Ninguno (No tiene).	
1. Poco (Débil).	
2. Moderado a fuerte.	
3. Razones para Vivir/Morir.	()
0. Vivir supera a morir.	
1. Equilibrado (es igual).	
2. Morir supera a vivir.	
4. Deseo de realizar un intento de suicidio activo.	()
0. Ninguno (inexistente).	
1. Poco (Débil).	
2. Moderado a fuerte.	
5. Deseo pasivo de suicidio.	()
0. Tomaría precauciones para salvar su vida.	
1. Dejaría la vida/muerte a la suerte.	
2. Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida.	
II. CARACTERISTICAS DE LOS PENSAMIENTOS/DESEOS DE SUICIDIO	
6. Duración.	()
0. Breves, periodos pasajeros.	
1. Periodos largos.	
2. Contínuos (Crónicos), casi contínuos.	
7. Frecuencia.	()
0. Rara, ocasionalmente.	
1. Intermittente.	
2. Persistentes y contínuos	
8. Actitud hacia los pensamientos/deseos.	()
0. Rechazo.	
1. Ambivalente; indiferente.	
2. Aceptación.	
9. Control sobre la acción/deseo de suicidio.	()
0. Tiene sentido de control.	
1. Inseguridad de control	
2. No tiene sentido de control.	
10. Razones o motivos que detienen la tentativa suicida (familia, religión, irreversibilidad o fallar).	()
0. No lo intentaría porque algo lo detiene.	
1. Cierta duda hacia los intereses que lo detienen.	
2. Ninguno o mínimo interés en las razones que lo detienen. Indicar qué factores tienen.	
11. Razones para pensar/desear el intento suicida.	()
0. Manipular el ambiente, llamar la atención, venganza.	
1. Combinación de 0-2.	
2. Escapar, acabar, salir de problemas.	
III. CARACTERISTICAS DEL INTENTO.	
12. Método: Especificidad/oportunidad de pensar el intento.	()
0. Sin considerar.	
1. Considerado, pero sin elaborar los detalles.	
2. Detalles elaborados / bien formulados.	

(Continuación)

13. Método: Disponibilidad/oportunidad de pensar el intento.	()
0. Método no disponible, no oportunidad.	
1. Método tomaría tiempo/esfuerzo; oportunidad no disponible realmente.	
2. Método y oportunidad disponible	
2a. Oportunidad futura o disponibilidad de anticipar el método.	
14. Sensación de "capacidad" para llevar a cabo el intento.	()
0. Falta de valor, debilidad, asustado, incompetente.	
1. No está seguro de tener valor.	
2. Está seguro de tener valor.	
15. Expectativa/ anticipación de un intento real.	()
0. No.	
1. Sin seguridad, sin claridad.	
2. Sí.	
IV. ACTUALIZACION DEL INTENTO.	
16. Preparación real.	()
0. Ninguna.	
1. Parcial (guardar pastillas, conseguir instrumentos).	
2. Completa.	
17. Nota Suicida.	()
0. Ninguna.	
1. Sólo pensada, iniciada, sin terminar.	
2. Escrita. Terminada.	
18. Acciones finales para preparar la muerte (testamento, arreglos, regalos).	()
0. No.	
1. Sólo pensados, arreglos parciales..	
2. Terminados	
19. Encubrimiento de la idea de realizar el intento suicida.	()
0. Revela las ideas abiertamente.	
1. Revela las ideas con reservas.	
2. Encubre, engaña, miente.	
20. Intento de suicidio Anteriores.	()
0. No.	
1. Uno.	
2. Más de uno.	

Inventario de Depresión de Beck (BDI-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.

5. 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 mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta 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.

Guía de Entrevista semiestructurada y elaboración de la historia clínica

Factores sociodemográficos

1. Edad:

2. Sexo Mujer [] Hombre []

3. Semestre_____ Programa educativo_____

4. Estado civil

a. Casado b. Soltero c. Conviviente d. Separado/divorciado

5. Sector de la ciudad donde reside: _____

Área 1. Estado personal actual (fenomenología)

Rasgos físicos significativos

Arreglo personal

Actitud

Contacto visual

Zonas de consciencia: Pueden explorarse durante toda la entrevista, por ejemplo, haciendo las siguientes preguntas:

-¿qué percibes?

-¿qué ves?

-¿qué tocas?

-¿qué sabor tienes ahora en tu boca...?

-¿qué sientes en tu cuerpo o a partir de tu cuerpo?

-¿qué sientes alrededor tuyo?...?

2) Registro emotivo-afectivo

-¿qué sientes, cuál es el sentimiento presente en ti?

-¿qué es lo que quisieras, quieres, imaginas?,

-¿sospechas o dudas algo?

3) Registro cognitivo

-¿qué crees?

-¿qué piensas?

-¿qué sabes de eso?

-¿qué quieres?

-¿quieres afirmar algo?

-¿cuál es tu necesidad ahora?

-¿sientes deseo de algo?

-¿qué rechazas?

-¿qué niegas?

-¿qué es lo que no quieres?

-¿qué no sientes?

4) Registro motor

-¿qué te apetece hacer?

-¿te apetece moverte?

-¿te estás reteniendo?

Área 2. Salud física

Enfermedades eventuales_____ Enfermedades crónicas _____Intervenciones quirúrgicas_____

Accidentes_____ Hábitos tóxicos/ Adicciones_____ Medicamentos que toma y su función____

Hábitos alimenticios_____ Deporte(s) que práctica y que ha practicado_____

Otros procesos psicoterapéuticos, psiquiátricos o neurológicos que lleva o ha llevado_____

Área 3. Dimensión Familiar:

Antecedentes patológicos personales: Gestación, Nacimiento, Hijo deseado, Desarrollo psicomotor y del lenguaje. Infancia
Situación económica de la familia (ingresos, gastos, procedencia, administración...)
Nivel cultural de la familia (estudios, profesión, intereses lúdicos, actividades culturales...)
Composición de la familia (número de personas convivientes, edades, parentesco, datos de familia extensa...)
Datos de salud (con relevancia para el funcionamiento de la familia)
El nivel de comunicación y afectividad entre los distintos miembros de la familia.
El estilo relacional y el clima afectivo intra-familiar y extra-familiar.
Las estrategias de resolución de conflictos.
Las competencias emocionales, comunicativas y sociales en los distintos miembros de la familia.

Familiograma (anexar)

Área 4. Dimensión académica y laboral:

Experiencias escolares, adaptación, desarrollo intelectual, dificultades en el aprendizaje, relaciones con coetáneos y profesores.
Edad de inicio, cargos, estabilidad laboral, relaciones con compañeros, subordinados, reconocimientos.

Área 5. Dimensión de pareja

Relaciones (Calidad / Rasgos significativos)

Vive con: Pareja / edad / tiempo / tipo de relación / Cómo es su Sexualidad

Hijos / edad / los procreo con / viven con

- Apoyo emocional
- Vida sexual
- Apoyo financiero
- Habilidades de negociación, de resolución de conflictos
- Celos e infidelidades
- Respeto y admiración recibido
- Estilo comunicativo
- Violencia física, psicológica y sexual
- Expectativas, fortalezas.

Área 6. Dimensión social:

Tipo de relación si es asertiva o conflictiva con familiares, amigos, vecinos y compañeros.

Caracterización de fortalezas y dificultades interpersonales.

Cantidad de amigos (periodicidad de acercamiento con ellos y con los conocidos).

Identificación de Habilidades sociales:

Forma de resolución de conflictos si se muestra agresivo, asertivo, confrontativo, evasivo).

Actitud que asume con los amigos más allegados se muestra pasivo, independiente, líder, equilibrado).

Cualidad interpersonal fundamental (congeniante, receloso, operador, abusador, manejable, dependiente).

Área 7. Dimensión Cognoscitiva

Distorsión de las representaciones mentales del pasado y/o futuro.

Autoimagen. / Metas importantes

Presencia de pensamientos como castastroficación, alucinaciones, racionalización, idealización paranoide, delirios, hablarse a sí mismo de manera ilógica.

Espiritualidad

Creencias/ Prácticas religiosas

Fuentes de apoyo

Actitud hacia la vida

Expectativas de la terapia y posibles capacidades de cambio.

Área 8. Dimensión afectiva

Estados de ánimo predominante. Expresiones de afecto o demanda de atención, escucha. Fluctuaciones en el estado anímico sus manifestaciones, intensidad, estabilidad y/o motivación. Principales preocupaciones, frustraciones, inquietudes, decepciones recientes, desesperanza, presencia de sentimientos de culpa, soledad, cambios en los afectos y motivos para esos cambios, autocastigo y autorreproches.

El control de impulsos sus reacciones, expresiones asociadas, nivel de autoconciencia, límites, tipo de control.

Autoconcepto:

Virtudes, principales recursos, voluntad, carácter, habilidades, logros obtenidos, potencial que presenta o que le gustaría desarrollar.

Concentración/ Memoria

Intereses: Personales, profesionales, gustos, hobbies, pasatiempos, diversiones, distracciones.

Área 9. Génesis o evolución de la problemática actual:

Pensamientos o deseos suicidas; Plan de intento de suicidio; Ejecución del intento proyectado.

¿Por qué planteaste suicidarte?

¿Cuánto tiempo planeaste suicidarte?

¿Cómo intentaste suicidarte?

¿Qué te impidió suicidarte?

¿Tenías miedo de suicidarte?

Presencia de intentos anteriores de suicidio.

Cantidad de veces: _____ Procedimiento utilizado: _____

Antecedentes de consulta psiquiátrica o psicológica en los últimos tres meses y el motivo. Indagar los activadores o precipitantes.

Factores Desencadenantes

Disfuncionalidad familiar con discusiones verbales frecuentes; divorcio; maltrato físico, verbal o psicológico entre los padres; Muerte de un ser querido; formación de una nueva familia (Padrastra/Madrastra). Otros. Especificar _____

Pareja sentimental: si/no

Conflictos de pareja como separación, agresiones físicas, infidelidad, discusiones verbales u otros, especificar.

Problemas académicos

Deserción escolar; bajo rendimiento; intimidación; acoso escolar por maestros o compañeros; ausentismo; repetición de grado; u otros.

Motivo que le llevó a pensar o tomar esta decisión

- a. Problemas económicos
- b. Problemas laborales
- c. Problemas escolares
- d. Problemas de pareja
- e. Problemas de salud
- f. Abuso sexual
- g. Por imitación
- h. Problemas legales
- i. Por llamar la atención
- j. Acto impulsivo
- k. Otros: especificar

Guía de Entrevista semiestructurada

Objetivo

- ❖ Explorar los cambios que se han sucedido en el participante.

Indicadores

- ❖ Aspectos concientizados
- ❖ Valoración de las experiencias.
- ❖ Visión de sí mismo.
- ❖ Visión acerca de la responsabilidad

Posibles preguntas:

- ❖ ¿Cómo te sentiste a lo largo de la terapia?
- ❖ ¿Qué fue lo que más te gustó de la terapia y qué hubieras cambiado? ¿Por qué?
- ❖ ¿Qué ves diferente ahora cuando mira tu experiencia pasada?
- ❖ ¿Crees que eres capaz de visualizar cosas que antes no podías? Háblame un poco de eso.
- ❖ ¿Cómo te ves a ti mismo?
- ❖ ¿Crees que eres más capaz de distinguir el significado de lo que estás sintiendo? Coméntame un poco al respecto.
- ❖ ¿Cuál es tu forma de entender la responsabilidad de cada persona acerca sus actos y consecuencias?

Cuestionario abierto (Miedos)

1. ¿Cuál crees que es tu miedo más profundo? ¿Con cuál te sientes más identificado?
2. ¿Cuándo aparece?
3. ¿Qué intensidad tiene?
4. ¿Fluctúa de unas situaciones a otras?
5. ¿Es muy frecuente?
6. ¿Qué es lo más grave que podría suceder?
7. ¿Has pensado en alguna estrategia que te permitan hacer frente a tu miedo en diferentes escenarios? ¿Cuáles? Ejemplificar.
8. ¿Qué le dirías a alguien que tiene un miedo diferente al tuyo?