



UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA  
IBEROAMERICANA S.C.



INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE 8901-25

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

“ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA GESTÁLTICA. MUJER  
PARASUICIDA DE EDAD DE 13 AÑOS”  
(ESTUDIO DE CASO)

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA.

PRESENTA:

ANAYELI HERNÁNDEZ JIMÉNEZ

ASESOR DE TESIS:

MTRA. EN C. S. PERLA MORALES GONZÁLEZ

XALATLACO, ESTADO DE MÉXICO, ENERO DE 2016.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA  
**IBEROAMERICANA S.C.**

INCORPORADA A LA UNAM, CLAVE DE INCORPORACIÓN 8901  
DIRECCIÓN GENERAL DE INCORPORACIÓN Y REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS  
PSICOLOGÍA (25)

Carretera Tenango-La Marquesa Km. 20.5 Xalatlaco Edo. de México. Teléfono: 713 135 46 16

Xalatlaco, Estado de México a 26 de agosto de 2014

ASUNTO: **SE DESIGNA DIRECTOR DE TESIS**

**MTRA. EN C. S. PERLA MORALES GONZALEZ**  
**CATEDRÁTICA DE LA LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**  
**DE LA UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA IBEROAMERICANA S. C.**

PRESENTE.

La que suscribe Lic. Mireya Castañeda Vázquez, Director Técnico de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Tecnológica Iberoamericana S.C. ante Usted respetuosamente me permito expresar lo siguiente:

Por medio de este conducto, me dirijo a Usted para informarle que la pasante en Psicología **HERNANDEZ JIMENEZ ANAYELI** con número de expediente **410544499** ha solicitado el registro de su tema de Tesis cuyo título es "**ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA GESTÁLTICA. MUJER PARASUICIDA DE EDAD DE TRECE AÑOS (ESTUDIO DE CASO)**", mismo que podrá ser modificado o corregido, exhortándole a cumplir cabalmente con los requisitos tanto de fondo como de forma que en cuanto a un trabajo de investigación de tal naturaleza se refiere y en su oportunidad le otorgue su voto aprobatorio para que obtenga el título de Licenciada en Psicología.

Sin otro particular que tratarle por el momento quedo de usted como su atenta y segura servidora.

ATENTAMENTE

*"La Educación Al Servicio De México"*

**PSIC. MIREYA CASTAÑEDA VÁZQUEZ**  
DIRECTOR TÉCNICO DEL ÁREA DE PSICOLOGÍA



Licenciatura en Psicología  
Acuerdo CIRE No. 04/09  
del 21 de Abril de 2009  
Clave de Incorporación  
UNAM 8901-25

Recibi 9/20  
27/8/2014



UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA  
**IBEROAMERICANA S.C.**  
INCORPORADA A LA UNAM, CLAVE DE INCORPORACIÓN 8901  
DIRECCIÓN GENERAL DE INCORPORACIÓN Y REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS  
PSICOLOGÍA (25)

Carretera Tenango-La Marquesa Km. 20.5 Xalatlaco Edo. de México. Teléfono: 713 135 46 16

Xalatlaco, Estado de México a 30 de octubre de 2015

**ASUNTO: SE EMITE VOTO APROBATORIO**

**LIC. MIREYA CASTAÑEDA VÁZQUEZ  
DIRECTOR TÉCNICO DE LA LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA  
DE LA UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA IBEROAMERICANA S.C.**

**P R E S E N T E**

La que suscribe Mtra. en C. S. Perla Morales González, en mi carácter de asesor del trabajo de investigación de Tesis denominado **"ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA GESTALTICA. MUJER PARASUICIDA DE EDAD DE TRECE AÑOS (ESTUDIO DE CASO)"** con el debido respeto me permito manifestarle lo siguiente:

Previo análisis, entrevistas, opiniones y ajustes metodológicos del trabajo de investigación mencionado, considero que el mismo reúne los elementos esenciales de una investigación profesional, por lo cual procedo a EMITIR MI VOTO A FAVOR, con el fin de que sea considerado como trabajo de tesis Profesional, de conformidad con la Legislación vigente de nuestra Máxima Casa de Estudios, a efecto de que se continúe con los tramites de titulación correspondientes.

Sin otro particular que tratarle por el momento, quedo de usted como su atenta y segura servidora.

**MTRA. EN C. S. PERLA MORALES GONZALEZ  
CATEDRÁTICA DE LA LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA  
UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA IBEROAMERICANA S. C.**



UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA  
**IBEROAMERICANA S.C.**  
INCORPORADA A LA UNAM, CLAVE DE INCORPORACIÓN 8901  
DIRECCIÓN GENERAL DE INCORPORACIÓN Y REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS  
**PSICOLOGÍA (25)**

Carretera Tenango-La Marquesa Km. 20.5 Xalatlaco Edo. de México. Teléfono: 713 135 46 16

Xalatlaco, Estado de México a 10 de noviembre de 2015

**ASUNTO: SE DESIGNA REVISOR DE TESIS**

**MTRA EN E. ARLINE GEORGINA ALVIRDE SALVADOR  
CATEDRÁTICA DE LA LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA  
DE LA UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA IBEROAMERICANA S. C.**

**PRESENTE.**

La que suscribe Lic. Mireya Castañeda Vázquez, Director Técnico de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Tecnológica Iberoamericana S.C. ante Usted respetuosamente me permito expresar lo siguiente:

Por medio de este conducto, me dirijo a Usted para informarle que la pasante en Psicología **ANAYELI HERNANDEZ JIMENEZ** con número de expediente 410544499 ha solicitado la revisión de su trabajo de investigación de tesis cuyo título es "**ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA GESTALTICA. MUJER PARASUICIDA DE EDAD DE TRECE AÑOS (ESTUDIO DE CASO)**", mismo que podrá ser modificado o corregido, exhortándole a cumplir cabalmente con los requisitos tanto de fondo como de forma que en cuanto a un trabajo de investigación de tal naturaleza se refiere y en su oportunidad le otorgue su voto aprobatorio para que obtenga el título de Licenciada en Psicología.

Sin otro particular que tratarle por el momento quedo de usted como su atenta y segura servidora.

**ATENTAMENTE**  
*"La Educación Al Servicio De México"*

**PSIC. MIREYA CASTAÑEDA VÁZQUEZ**  
DIRECTOR TÉCNICO DEL ÁREA DE PSICOLOGÍA



Licenciatura en Psicología  
Acuerdo CIRE No. 04/09  
del 21 de Abril de 2009  
Clave de Incorporación  
UNAM 8901-25

Recibí  
29-01-2016



UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA  
**IBEROAMERICANA S.C.**  
INCORPORADA A LA UNAM, CLAVE DE INCORPORACIÓN 8901  
DIRECCIÓN GENERAL DE INCORPORACIÓN Y REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS  
PSICOLOGÍA (25)

Carretera Tenango-La Marquesa Km. 20.5 Xalatlaco Edo. de México. Teléfono: 713 135 46 16

Xalatlaco, Estado de México a 22 de enero de 2016

ASUNTO: **SE EMITE VOTO APROBATORIO**

**LIC. MIREYA CASTAÑEDA VÁZQUEZ**  
**DIRECTOR TÉCNICO DE LA LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**  
**DE LA UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA IBEROAMERICANA S.C.**

PRESENTE

La que suscribe Mtra. Arline Georgina Alvirde Salvador, en mi carácter de revisor del trabajo de investigación de tesis denominado **"ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA GESTALTICA. MUJER PARASUICIDA DE EDAD DE TRECE AÑOS (ESTUDIO DE CASO)"** con el debido respeto me permito manifestarle lo siguiente:

Previo análisis, entrevistas, opiniones y ajustes metodológicos del trabajo de investigación mencionado, considero que el mismo reúne los elementos esenciales de una investigación profesional, por lo cual procedo a EMITIR MI VOTO A FAVOR, con el fin de que sea considerado como trabajo de tesis Profesional, de conformidad con la Legislación vigente de nuestra Máxima Casa de Estudios, a efecto de que se continúe con los tramites de titulación correspondientes.

Sin otro particular que tratarle por el momento, quedo de usted como su atenta y segura servidora.

  
**MTRA EN E. ARLINE GEORGIBNA ALVIRDE SALVADOR**  
**CATEDRÁTICA DE LA LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**  
**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA IBEROAMERICANA S. C.**



UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA  
**IBEROAMERICANA S.C.**  
INCORPORADA A LA UNAM, CLAVE DE INCORPORACIÓN 8901  
DIRECCIÓN GENERAL DE INCORPORACIÓN Y REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS  
**PSICOLOGÍA (25)**

Carretera Tenango-La Marquesa Km. 20.5 Xalatlaco Edo. de México. Teléfono: 713 135 46 16

Xalatlaco, Estado de México a 26 de enero de 2016

**P. P. ANAYELI HERNÁNDEZ JIMENEZ**  
**EXP. NUM. 410544499**

PRESENTE:

La que suscribe LIC. Mireya Castañeda Vázquez Director Técnico de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Tecnología Iberoamericana S. C. ante usted con el debido respeto manifiesto lo siguiente:

Por medio de este conducto, me es grato comunicarles que ha sido autorizado su trabajo de Tesis cuyo título es **"ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA GESTALTICA. MUJER PARASUICIDA DE EDAD DE TRECE AÑOS (ESTUDIO DE CASO)"**, por lo tanto puede proceder a realizar su impresión a fin de continuar con el trámite respectivo de titulación.

Sin otro particular que tratar por el momento, esperando que la impresión de sus ejemplares de Tesis lo lleve a cabo a la brevedad posible, quedo de Usted como su atenta y segura servidora.

ATENTAMENTE  
*"La Educación Al Servicio De México"*

**PSIC. MIREYA CASTAÑEDA VÁZQUEZ**  
DIRECTOR TÉCNICO DEL ÁREA DE PSICOLOGÍA



Licenciatura en Psicología  
Acuerdo CIRE No. 04/09  
del 21 de Abril de 2009  
Clave de Incorporación  
UNAM 8901-25

## **DEDICATORIAS**

Han transcurrido veinte seis años una historia en la que en mi vida he estado rodeada de personajes que indudablemente han sido participes en mi crecimiento espiritual, profesional y emocional, sin duda hoy es un honor compartir un sueño considerado ya concluido el cual emprendí con motivación, para ello me es grato dejar en dicho libro la importancia y el amplio reconocimiento que han dejado en mi corazón.

*“La muerte de un ser querido es un hecho inevitable en nuestras vidas y el crecimiento que de eso deviene también”.*

*Jorge Bucay*

### **A mis Abuelos**

Agustín Hernández Calderón †

Guadalupe Eligio Soriano

Julio Cesar Jiménez Parra †

Olga Morales Hernández

Angelita Morales †

Que hicieron de mis padres unos seres fuertes y con gran visión sobre los objetivos que tenían sobre sus hijos. Que apoyaron con convicción los anhelos de sus nietos, que con cariño y amor vieron de mí.

*“Crecer sin que la altura me haga perder de vista lo importante. Y lo importante... Es la vida”.*

*Jorge Bucay*

**A mis Padres y Hermanos.**

Víctor Hernández Eligio

Ma. Cristina Jiménez Hernández

Frida Sofía y Víctor Gerardo Hernández Jiménez

Por su esfuerzo, dedicación y por su voto de confianza y credibilidad que me han dado en cada eslabón que atravieso en mi vida, sin duda alguna he crecido en las mejores manos ¡LOS AMO!

“La memoria del corazón borra los malos recuerdos y magnifica los buenos y gracias a ese artificio, logramos sobre llevar el pasado”.

Gabriel García Márquez

**A mi novio**

Marco Antonio Vargas Díaz

Que ha sido participe moral de mis convicciones profesionales y emocionales por su entrega de afecto sincero, por impulsar cada uno de mis sueños haciéndome fuerte ante las adversidades.

### **A mis amigas, padrinos y tíos**

Por su honestidad y humildad ante una valiosa y significativa amistad y familiaridad, de la cual es correspondida con entrega incondicional.

### **A médicos, enfermeras y trabajadora social.**

#### **ISSEMyM e ISEM**

Que vieron en mí el ímpetu profesional y la confianza para abrir sus instituciones y hacer del conocimiento de otros la capacidad para representar múltiples problemáticas que implican orientación emocional.

### **A mis profesores**

Mtra. Georgina Arline Alvirde Salvador

La caracteriza esencial de un excelente profesor de calidad humana y profesional le hace merecedora de un amplio reconocimiento, me llena de satisfacción saber que el profesionalismo se pule con esfuerzo y perseverancia.

Mtra. Perla Morales Gonzales

Indudablemente con el tiempo comprende uno que los daños se hacen años de madurez y sin duda alguna admiro su capacidad de afrontar con profesionalismo cualquier obstáculo no obstante de su calidez y confianza que expresa con los demás.

Mtro. Bricio Alarcón Rivera.

La experiencia y la actitud habla más que mil versos hoy en día reconozco su valiosa humildad y sencillez para denotar que lo que bien se enseña jamás lo olvidan.

Lic. Maria de la Luz García González

El mejor ejemplo se demuestra con actitudes, aptitudes, visiones y sobre todo decisión, es un honor reconocer que no solo cumple con lo anterior si no que siempre tiene algo que ofrecer profesionalmente llena de calidad humana.

Lic. Víctor Abel Ramírez Bermejo

Por su dedicación profesional a la docencia, por el esfuerzo y exigencia desempeñada en cada aula misma que es reflejada en la dedicación para sus alumnos.

## **INTRODUCCIÓN**

La adolescencia es una etapa trascendental y crítica para el desarrollo humano, debido a la serie de cambios fisiológicos y psicológicos, e interpersonales que conlleva. Dichos cambios hacen al adolescente vulnerable, pues surge una crisis de identidad que los enfrenta a sí mismos, a las demandas familiares, y de la sociedad, produciéndoles gran ansiedad, rabia, confusión e incluso desesperanza dicho a ellos sus sentimientos se ven involucrados en ocasiones a frustraciones, sin embargo el adolescente no siempre las puede afrontar, debido a diferentes factores, entre ellos, sus rasgos de personalidad, el estrés cotidiano y la ausencia de redes de apoyo sociales y familiares. Dichos factores favorecen la presencia de malestar emocional en el adolescente, el cual puede desembocar en conductas de riesgo suicida o bien parasuicida, como son: ideas suicidas e intento de suicidio, que comprometen su integridad física y psicológica. Es importante señalar que el intento suicida o bien parasuicidio, forma parte de la conducta suicida. Esta última ha mostrado un incremento paulatino pero constante en la población adolescente de diversos países, y México no es la excepción.

En México, el panorama epidemiológico, muestra incrementos constantes en las tasas de suicidio e intentos en la población joven (Híjar, Rascón, Blanco, López, 1996). Particularmente, la tasa de suicidios en la población de 15 a 19 años entre 1970 y 1990 pasó de 1.49 a 2.83 por cien mil habitantes, representando un aumento del 90%. En 1990 para el grupo de 15 a 24 años, el suicidio fue la cuarta causa de muerte, sólo superada por los homicidios y accidentes automovilísticos (Borges, Rosovsky, Caballero y Gómez, 1994). A pesar de que no se cuenta con estadísticas precisas referentes al intento suicida, algunos estudios sugieren que por cada suicidio se presentan hasta diez intentos fallidos, y se ha reportado que hasta un 60% de los sujetos que lo consuman tienen una historia de intentos fallidos previos (Jiménez y Díaz Ceballos, 1995).

A pesar de que el intento suicida se ha identificado como uno de los mejores predictores de suicidio consumado (Roy, 1989; Dijkstra, 1980; Nielssen y Cols, 1990), dentro de la estructura metodológica acorde a (Villardón Gallego, 2009 cita a Diggory, 1986) se menciona que una serie de dificultades y limitaciones inherentes metodológicas que afectan tanto a la investigación como a la práctica clínica refiriéndose al tema suicidio como una determinada muestra.

Por otro lado “el análisis epidemiológico resulta complicado, ya que ningún país tiene registros confiables al respecto” (Jiménez, Díaz Ceballos, 1995). De acuerdo con (Dijkstra, 1993), uno de cada cuatro intentos se registra y recibe atención, además de que por cada suicidio consumado existen 10 tentativas fallidas.

Se considera que la depresión y la desesperanza son factores determinantes en la conducta suicida ya que estos son factores de riesgo asociados a la problemática suicida que han sido consistentemente mencionados en la literatura, son los trastornos psicoafectivos, depresivos y de ansiedad. (Terroba, Heman, Saltijeral y Martínez, 1984), encontraron como factores de riesgo, la depresión moderada, la ansiedad y las reacciones transitorias de ajuste. En el estudio con la adolescente parasuicida de edad de 13 años, se encontró una frecuencia de 80% de estados depresivos: 60% con depresión intensa, y 20% depresión severa, así como un rasgo de ansiedad predominante. Como se muestra, el impacto generado por la problemática suicida y su tendencia al incremento en la adolescente mexicana, se ha considerado que dicho fenómeno sea considerado un problema de salud pública, y por tanto corresponde a los profesionales de la salud mental investigar y enfatizar los factores que en él participan, para así poder identificar los riesgos, planear estrategias de prevención que conduzcan a intervenir en el aumento en las tasas del suicidio y parasuicidio. Dada la importancia de la problemática, la presente tesis, tiene como objetivos 1. Dar a conocer las estrategias de intervención psicológica gestáltica a través del registro de sesiones. 2. Evaluar las características psicológicas del estado mental y factores de riesgo de la adolescente así como el motivo de

consulta, por medio de test proyectivos y psicométricos. 3. Interpretación de las pruebas proyectivas y psicométricas de la adolescente parasuicida. Para tal fin, la presente tesis ha adoptado el Enfoque Gestáltico como marco de referencia, debido a que permite obtener la relevancia e incidencia del parasuicidio / intento de suicidio, así como conocer los factores que se asocian con esta conducta. Con ello es posible identificar algunas bases para la planeación e implementación de estrategias de intervención psicológica mismas que serán medidas de intervención y prevención en la compleja conducta suicida que se encuentra afectando a nuestra población adolescente.

# **CONTENIDO**

<b>Capítulo 1 Conducta Suicida, Parasuicidio y Suicidio.....</b>	<b>1</b>
1.1 Antecedentes Históricos .....	2
1.2 Definiciones .....	8
1.2.1 Conducta suicida .....	10
1.2.2 Parasuicidio .....	12
1.2.3 Suicidio .....	12
1.3 Factores de riesgo .....	17
1.3.1 El medio social en la conducta suicida del adolescente .....	17
1.3.2 El vacío existencial como factor de suicidio.....	18
1.3.3 Rasgos psicológicos como factor de riesgo suicida.....	20
1.3.4 El factor familia en el suicidio.....	29
<b>Capítulo 2 Terapia gestáltica una alternativa frente al parasuicidio adolescente.</b>	<b>33</b>
2.1 Psicoterapia de la Gestalt.....	34
2.1.2 La sensibilización Gestalt .....	35
2.1.3 El aquí y el ahora .....	36
2.1.4 El Adolescente y su familia .....	38
2.2 Ciclo de la experiencia Gestalt.....	43
2.2.1 Bloqueos en el Ciclo de la Experiencia.....	45
2.2.2 La terapia para personas por intento suicida .....	51
2.2.3 Terapias y Tratamiento para mujer Parasuicida .....	57
2.2.4 Evaluación Clínica en Gestalt en el Suicidio Adolescente .....	60
<b>Capítulo 3 Estrategias de Intervención Gestáltica en Adolescente Parasuicida.....</b>	<b>64</b>
3.1 Técnicas y Estrategias .....	65
3.1.2 Estrategias de Intervención Gestáltica.....	66
3.2 Codificación de símbolos .....	71

3.3 Afrontando mi propia Muerte.....	73
3.4 Carta de Renuncias .....	74
3.5 Carta a los tres reyes magos .....	75
3.6 El espejo .....	76
3.7 La silla vacía .....	77
3.7 FODA.....	80
3.8 Como me ven, como me veo, como soy.....	81
3.9 La silueta.....	83
3.10 Resiliencia y Duelo.....	84
3.11 Como despejar mí camino .....	86
<b>Capitulo_4 Metodología.....</b>	<b>88</b>
4.1 Planteamiento del problema y pregunta de investigación.....	89
4.2 Justificación .....	92
4.3 Objetivos .....	96
4.4 Planteamiento de Hipótesis .....	97
4.5 Tipo y Diseño de Investigación .....	98
4.6 Tipo de enfoque .....	99
4.7 Variables .....	99
4.8 Definición de la población y muestra .....	101
4.9 Instrumentos de Investigación .....	101
4.10 Test de Persona Bajo la Lluvia. (Querol S. 2009).....	102
4.11 Inventario de depresión de Beck,( Aaron T. Beck , 2006).....	102
4.12 Test de la Casa-Árbol y Persona “HTP .....	104
4.13 Test de la familia (Porot, 1952) .....	104
4.14 Escala de desesperanza Beck.....	107
4.15 Proceso y captura de información en la Investigación .....	108

<b>Capitulo 5 RESULTADOS_Y_DISCUSION .....</b>	<b>109</b>
5.1 Resultados .....	110
5.2 Test de aplicación durante la intervención psicológica gestáltica. ....	112
5.2.1 Test de Persona Bajo la Lluvia. Querol S. (2009).....	113
5.2.2 Inventario de depresión de Beck, BDI-II Aaron T. Beck (2006) .....	118
5.2.3 Test de la Casa-Árbol y Persona “HTP”.....	119
5.2.4 Test de la familia (Porot, 1952).....	124
5.2.5 Escala de desesperanza Beck.....	125
5.2.6 Formato de cuestionario de percepción ante estrategias de intervención psicológica gestáltica. ....	126
5.2.7 Interpretación General de Test Aplicados.....	128
5.3 Discusión .....	129
<b>Capitulo 6 Conclusiones,140Recomendaciones y Propuesta Profesional .....</b>	<b>140</b>
6.1 CONCLUSIONES .....	141
6.2 Recomendaciones .....	144
6.3 Propuesta Profesional.....	145
<b>Bibliográficas .....</b>	<b>147</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>151</b>
Formato de consentimiento informado (Anexo 1) .....	152
Formato de entrevista (Anexo 2).....	156
Test persona bajo la lluvia Querol S. (2009) (Anexo 3) .....	158
Postest.....	159
Inventario de depresión de beck BDI-II Aaron T. Beck (Anexo 4).....	160
Postest.....	162
Test de la casa-árbol y persona “HTP” (Anexo 5).....	164
Postes.....	167
Test de la familia (Porot, 1952) (Anexo 6).....	170
Postets.....	171

Escala de desesperanza Beck (Anexo7) .....	172
Postest .....	173
Anexo 8 Formato de cuestionario de percepción ante estrategias de intervención psicológica gestáltica. ....	174



# **Capítulo 1**

## **Conducta Suicida, Parasuicidio y Suicidio.**

## **Capítulo 1 Conducta Suicida, Parasuicidio y Suicidio.**

### **1.1 Antecedentes Históricos**

(Villardón Gallego, 2009 cita a Diggory, 1986) supone una serie de dificultades y limitaciones inherentes metodológicas que afectan tanto a la investigación como a la práctica clínica refiriéndose al tema suicidio como una determinada muestra. La decisión de clasificar a un individuo como suicida se realiza después de su muerte y a través de una serie de inferencias.

Por tanto la investigación de suicidio se encuentra con la insalvable dificultad de no poder estudiar a la población afectada de modo directo en efecto, el colectivo afectado lo es con posterioridad a su muerte.

Si bien es cierto existen ciertas dificultades dentro de una investigación dicho que dentro de la práctica clínica el tema suicidio es determinada a partir del legado medico como muerte, sin embargo encontramos que dentro de la investigación queda como una inferencia entre pensamiento suicida, suicidio y parasuicidio por otro lado encontramos tres problemas que apuntan a la temática.

El primer problema reza que la fácil accesibilidad de los datos demográficos (Villardón Gallego, 2009 cita a Diggory, 1986) sobre suicidio puede deteriorar nuestras actitudes, en el sentido de hacernos creer expertos en el tema con tan solo conocer algunos de estos datos, e impedir la realización de los esfuerzos, todavía necesarios, para poder predecir el suicidio de un individuo.

El segundo problema apuntado por (Villardón Gallego, 2009 cita a Diggory, 1986) es que los datos demográficos pueden no ser relevantes en el problema de la predicción de la conducta del individuo.

El tercer problema de la utilización de los datos demográficos en la predicción del suicidio es que, frecuentemente, se toman como verdades eternas sin darnos cuenta

de que son muy variables y que incluso una de las características más estables puede variar de un año a otro.

Por último el cuarto problema señalado al respecto de los datos demográficos es la evidencia empírica de que se dan repetidos fracasos al tratar de replicar observaciones basadas en este tipo de datos esto puede indicar bien la invalidez de los datos demográficos (Villardón Gallego, 2009 cita a Diggory, 1986).

Considerando las cuatro problemáticas dentro de la investigación clínica se concluye que acorde a las dificultades existentes dentro la práctica clínica no siempre se acertará a dichos diagnósticos o bien pronósticos clínicos por tanto no nos hace expertos en la materia, a lo que se encontraran declives en la determinación conceptual de suicidio puesto que nos encontramos con algunas variables que influyen en la predicción de la conducta, generando cierta invalidez en los datos demográficos y clínicos.

Dentro de las dificultades metodológicas en la práctica clínica, nos encontramos con la exploración del pensamiento de suicidio no solo tiene una labor diagnóstica si no también tiene un potencial preventivo, de ahí la gran importancia de su detección.

(Villardón Gallego, 2009 cita a Diggory, 1986) expone seis barreras potenciales que pueden dificultar al clínico, visualizar a las personas relacionadas con el sujeto potencialmente suicida y el detectar tal tendencia autodestructiva.

La primera barrera es considerar que la persona no tiene la fuerza suficiente como para hablar de un tema tan doloroso para él como es la posibilidad de acabar con su vida y/o el pensar que se le puede estar sugiriendo la idea de suicidarse si se habla de ello.

La segunda se refiere a la consideración de que la persona es lo suficientemente fuerte como para no suicidarse, incluso en un estado de mucha desesperación. el

hecho de que sea mucha gente la que haya pensado o piense en el suicidio y sean pocas personas las que lo lleven a cabo fortalece esta barrera.

La tercera y cuarta barreras se relacionan con el miedo, por parte del clínico a ser rechazado, tanto por la propia persona a la que consideramos potencialmente suicida como por los compañeros.

La quinta barrera se refiere al miedo a ser (sobrepasado), esto es, a no saber qué hacer y cómo actuar en el caso de que se confirmen las dudas referidas al potencial suicida de la persona en cuestión.

Por último, el miedo a interferir en la intimidad de la persona, en su derecho a decidir sobre su vida, constituye la sexta barrera que puede obstaculizar de la detección de la ideación suicida actual de una persona.

Acordé a lo que se visualizó de las seis barreras se dice que la presencia de la vergüenza, cohibición, desesperación, miedo y dolor en el paciente es determinada como parte de la conducta, puesto que culturalmente y educativa mente se enseña que la muerte concluye en la vejez y por tanto no estamos preparados para escuchar que se suicidó o bien qué intentó suicidarse (que está muerto), esto no sólo para sus familiares sino también para el terapeuta puesto que se hacen presentes dudas y al mismo tiempo afirmaciones que se generan a través de cuestiones de la persona suicida o bien parasuicida, esto por un lado por el él otro el paciente se mostrará renuente y desesperado ante su propio pensamiento por el temor a ser juzgado. Si bien es cierto el paciente suicida generará una resolución de un pensamiento rumiante, a lo que la Gestalt determina que el suicidio es un acto creativo .

Por otro lado sí el paciente y el clínico viven en ambientes distintos, habría que añadir a las barreras antes mencionadas las diferencias en los sistemas de valores que dificultan la comprensión y la empatía. (Motto, 1989).

Lo cierto es que la empatía debe ser parte de la transferencia entre terapeuta y paciente quizá no se encuentre un grado de comprensión debió a la relación interpersonal del terapeuta sin embargo no se debe olvidar que el terapeuta debe estar equilibrado para poder generar una homeostasis en el paciente y no involucrar su cultura y moralidad, entonces con el fin de que el paciente no se sienta juzgado.

El suicidio ha sido tema de estudio científico desde hace varios años, y la palabra como tal al parecer fue inicialmente utilizada por Sir Thomas Browne, en el año 1642, en el libro *Religio Medici*, reflejando el interés de distinguir entre el homicidio (de uno mismo) y el matar a otro. Sin embargo, es hasta el siglo XX cuando se aceptó dentro de las investigaciones realizadas principalmente por psiquiatras (Sarro y de la Cruz, 1991).

El término suicidio apareció por primera vez en el diccionario de la Real Academia Española de la lengua hacia 1817, definiéndose a partir de los términos latinos *Sui* (de sí mismo) y *Cadere* (matar), definiéndose como "el acto de o la conducta que daña o destruye al propio agente".

El fundador de la doctrina psiquiátrica, (Esquirol en 1938), hace referencia a la reacción suicida como un síntoma psicópata que surge de una afección moral originada por diferentes aspectos de la vida humana como la ambición, el remordimiento, la ira, el temor y problemas familiares entre otros (Moron, 1992). Ya en la moderna psiquiatría Soubrier (citado por Clemente y González, 1996) cree que el fenómeno suicida parece más bien una patología de la desesperanza, sea cual sea el medio, la cultura o el entorno.

Se han encontrado estudios sobre el comportamiento suicida, el suicidio consumado, el intento de suicidio y la ideación suicida. Siendo así que la tasa de suicidio está aumentando entre la población joven y considerando que la conducta suicida es un continuo que va desde la mera ocurrencia a la consecución pasando por la ideación, planificación, la amenaza y el intento una de las principales y más importantes

causas de muerte en el mundo a lo largo del tiempo, se menciona que un millón de muertes al año es la segunda causa de muerte, después de los accidentes, en los jóvenes (Pfeffer, 1989; citado por Choquet y Menke, 1989).

El termino suicidio y suicida es relativamente actual, surgiendo, según algunas fuentes, en Gran Bretaña en el siglo XVII, y según en Francia en el siglo XVIII. A pesar de ello, tradicionalmente se ha defendido que la palabra tenía origen en el abate (Prévost, 1734), de quien retomaría el debate (Desfontaines, 1737) y posteriormente, Voltaire y los enciclopedistas (Pelicier 1985), siendo incluida por la academia francesa de la lengua en 1762, como **“el acto del que se mata a si mismo”** (Sarró y de la Cruz, 1991).

El fin de la represión del suicidio, coincide con la aparición de las ciencias sociales, que nacen con el capitalismo y la sociedad industrial. Dicho fenómeno se empieza a considerar como un problema social junto con la pobreza, el alcoholismo, el crimen y la enfermedad. El análisis que él autor (Jesús Sarabia Pardo, quien en su obra “Suicidio como enfermedad social” 1889), interpreta el fenómeno señalando las relaciones entre pauperismo y suicidio, influencia de los cambios políticos y de las guerras y especialmente los actos derivados de la progresiva industrialización, como el aumento demográfico de las ciudades (Ros, 1998).

En la actualidad, la actitud hacia el suicidio es menos dogmática de lo que solía ser en el pasado. El suicidio solo era castigado en países que estaban bajo la soberanía británica, no obstante, en la mayoría de los suicidios, los jueces formulaban el veredicto de que el equilibrio mental está perturbado y que el suicidio merece ser tratado por psiquiatras, y se ha establecido como delito criminal, ayudar, incitar o procurar el suicidio de otra persona. Así mismo, el intento de suicidio debe ser tratado por los profesionales como un problema médico y social.

Como se puede ver, durante siglos, el suicidio ha sido objeto de discusión moral y religiosa. En aquellos tiempos el suicidio consumado era sinónimo de libertad o

locura, de una conducta racional o irracional. Siempre se evocaba el suicidio como un acto humano, dicho tabú se relacionaba con prejuicios, que fueron generalizándose, provocando el rechazo por cuestiones religiosas, éticas o políticas (Sarró, 1991).

En este sentido, se puede decir que la valoración del suicidio a lo largo de la historia se ha ido transformado, lo cual ha dependido de aspectos culturales como: tradiciones, creencias religiosas y políticas, y de aspectos sociales como la familia, la estructura económica, etc.

Para (Ann, 2010), existen muchos modos en cómo las personas entienden o utilizan el término suicidio. Por ejemplo, aquella persona que maneja su vehículo irresponsablemente o es adicta a alguna sustancia dañina podría ser como suicida, tan igual como aquel soldado héroe que permanece detrás de sus camaradas para cubrirles de sus enemigos no obstante es consciente de las pocas probabilidades de para su propia sobrevivencia. Sócrates fue sentenciado a muerte a través de la auto-ingestión de un veneno.

Existen aquellos que cometen suicidio por medio de la policía, aunque en estos casos no ejecutan el tiro, obligan a los oficiales del orden a dispararles. Tomando en consideración los hechos expuestos, existiría mucha discrepancia para decidir a qué denominar o no suicidio.

## 1.2 Definiciones

Supone (Villardón Gallego, 2009 cita a Diggory, 1986) una serie de dificultades metodológicas que afectan tanto a la investigación como a la práctica clínica:

Dentro de las dificultades metodológicas en la investigación; se describe que la investigación del suicidio se ve afectada por una serie de dificultades metodológicas que son inherentes a las peculiaridades del tema.

Se ha comentado anteriormente que la definición y clasificación de las conductas suicidas es el primer problema con el que se encuentran los investigadores.

Respecto a las distintas definiciones que existen del término suicidio.

En el Diccionario de uso del Español de (Moliner, 1983) el suicidio se define como: “acción de matarse a sí mismo”. La palabra está formada por el pronombre latino “*sui*” y la terminación de “*homicidio*”. Suicidarse se entiende, por tanto, como “*matarse voluntariamente a sí mismo*”.

La (OMS, 1976) define el suicidio como: “Todo acto por el que un individuo se causa así mismo una lesión, o un daño, con un grado variable de la intención de morir y a través del cual pretende obtener los cambios deseados, sea el grado de la intención letal o de conocimiento del verdadero morir”. Y el parasuicidio, como “un acto sin resultado fatal mediante el cual, sin ayuda de otros, una persona se auto-lesiona o ingiere sustancias con la finalidad de conseguir cambios a través de las consecuencias actuales o esperadas sobre su estado físico”.

Para operativizar los conceptos y la terminología acerca del suicidio, es frecuente realizar una distinción entre:

**Conducta suicida:** Espectro de conductas con fatal desenlace o no, que incluyen tentativa de suicidio o suicidio (OMS, 1976).

**Ideación suicida:** Pensamientos que pueden variar desde ideas como que la vida no merece la pena, hasta planes bien estructurados sobre cómo morir o intensas preocupaciones autolesivas (OMS, 1976).

También se ha propuesto que la conducta suicida podría considerarse un continuum que va desde aspectos cognitivos como la ideación suicida y planificación, hasta los conductuales, como el intento de suicidio o suicidio.

Un aspecto clave de la conducta suicida es su intencionalidad, por lo que algunas definiciones que suelen emplearse para concretar el tipo de conducta suicida hacen referencia a la intención de la conducta:

**Suicidio frustrado:** Existiendo una verdadera intencionalidad autolítica, algunas circunstancias no previstas por el sujeto impiden la consumación del suicidio (OMS, 1976).

**Conducta autolesiva:** Lesiones autoinflingidas que producen un daño corporal manifiesto sin llegar a comprometer la vida del paciente. Este comportamiento autolesivo consiste en infligirse el daño corporal sin intencionalidad suicida (OMS, 1976).

**Amenaza de suicidio:** Se utiliza para definir aquellas expresiones manifiestas que indican a otros la intención de llevar a cabo un suicidio. Pueden ir acompañadas de acciones para iniciar el suicidio (OMS, 1976).

Un término que también se emplea con frecuencia es el de contagio, que se utiliza para definir aquellos suicidios que ocurren en breve espacio de tiempo en un sector determinado, generalmente en una comunidad o escuela

(Ann, 2010) hace un importante resumen de los enfoques más predominantes que las sustentan. El primero estaría expresado a través de una definición existencial y filosófica del suicidio, conceptualizado como un acto de auto-aniquilamiento. Esto

corresponde con la postura psicoanalítica de (Menninger, 1938), quien plantea la existencia de un odio hacia sí mismo. Este autor veía al suicidio como una auto-eliminación vinculada al odio, deseo de morir, vergüenza y desesperanza. Un enfoque filosófico del suicidio definiría al suicidio a través de cuatro elementos: la fatalidad, en la que ocurre la muerte; la reflexividad, es decir el grado de consciencia de quien realiza el acto; el elemento de acción o carencia de acción, referente al uso de medios activos o pasivos para realizar el acto; y la intencionalidad, presumiendo que existe un deseo de terminar con la propia vida.

### **1.2.1 Conducta suicida**

Comprende tanto el suicidio consumado como el intento de suicidio. El intento de suicidio es un acto suicida que no fue mortal posiblemente porque la intención autodestructiva era leve. La mayoría de las personas que intentan suicidarse muestran cierta ambivalencia sobre su deseo de morir, un intento de suicidio puede ser el resultado de un fuerte deseo de vivir y la necesidad de comunicar un “grito de ayuda”. El problema del suicidio puede haber existido siempre. Data de muchos siglos atrás. (Shneidman, 1968-1973) revisó la historia del comportamiento suicida y los diferentes enfoques teóricos. Logró establecer que, durante la época de la Grecia clásica los romanos tenían muy poco respeto por la vida, el suicidio era visto de una manera neutral, incluso positiva. La iglesia católica rechazó tales concepciones. San Agustín en el siglo IV rechazó todo tipo de comportamiento suicida y por mucho tiempo lo ha considerado como pecaminoso.

A inicios del siglo XX se realizaron otros estudios acerca del suicidio y se encontraron dos teorías o corrientes, una formulada por Emile Durkheim, enfocada sociológicamente y una por Freud enfocada desde la psicología. El trabajo realizado por **Emile Durkheim**, más conocido como “Le suicide” (El suicidio) publicado en 1897, muestra las hipótesis: en primer lugar formuló que el suicidio no es frecuente en sociedades integradas y la segunda hipótesis es que las ideas de suicidio cambian junto con los valores de la sociedad. (Enciclopedia Encarta Microsoft, 2004).

Según Durkheim a partir de la relación del individuo con el grupo social, se establecen 4 tipos de suicidio:

**Suicidio egoísta:** Son individuos que no están fuertemente integrados en el grupo social.

**Suicidio altruista:** Son individuos que están fuertemente integrados en el grupo social, sufren falta de individualidad (enfermos desahuciados, militares derrotados).

**Suicidio anónimo:** Sujetos con la integración al grupo alterada o distorsionada (ruina repentina, divorcio, cambios drásticos de hábitos o de vida).

**Suicidio fatalista:** Como resultado de un exceso de reglamentación o presión, se sienten aplastados por la disciplina o las normas (militares y jóvenes ante el fracaso escolar) (Durkheim, 1999).

Por otra parte la teoría de Sigmund Freud afirma que: "Suicidio es todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo ejecutado por la propia víctima, a sabiendas de que habría de producir este resultado" (Freud, 1912). Formulaciones psicoanalíticas según Freud postulan que la depresión y suicidio son el resultado de un gran impulso agresivo contra un objeto interior, que era amado y ahora es odiado. Freud hace resaltar la impotencia que el ser humano sufre ante la pérdida física o emocional de un objeto de amor por lo que la persona considera que el suicidio es el medio para recuperarlo. Según Freud la agresión es una "reacción primordial" del ser humano, entre su imposibilidad de evitar el dolor o buscar el placer. Posteriormente, sus investigaciones lo llevaron a la conclusión de que en todo individuo existe un instinto innato de destrucción y de muerte (Freud, 1984). Por tal razón, en los casos de atención en suicidio es importante determinar la causa de la agresión, cuál ha sido este objeto amado que se ha perdido y canalizar la agresión hacia donde debe estar dirigida, evitando la autoagresión y en consecuencia el suicidio como manifestación de ésta.

### **1.2.2 Parasuicidio**

(Van Egmond y Diekstra, 1989), distinguen el parasuicidio como un tipo de conducta homologa al intento de suicidio. Para estos autores el parasuicidio supone un comportamiento autolesivo para el sujeto pero conscientemente no moral, en tanto que el intento suicidio es entendido como un suicidio fallido. Es equivalente al concepto (gesto suicida) que utilizan algunos teóricos (Abruzzi, 1985).

La diferente concepción de intento de suicidio y parasuicidio que existe entre los distintos estudiosos del tema puede dar cuenta de las diferencias encontradas en los resultados de las investigaciones, ya que, en algunos casos, distintas poblaciones reciben los mismos nombres y, viceversa, dos poblaciones del mismo tipo son tratadas con nomenclatura diferente.

(Kreitmen, 1977) propuso la expresión parasuicidio para el acto deliberado de ingerir drogas en cantidades no prescritas terapéuticamente, pero eliminando igualmente la intención suicida.

(Aries, 1981) considera que el parasuicidio es un fenómeno nuevo. En el pasado el veneno no fue utilizado como un medio para dar la impresión de matarse sin hacerlo realmente, porque a los individuos no se les ocurría llamar la atención o ejercer presión de esa manera, su idea del suicidio era más radical, no utilizaban el intento de suicidio como un medio para darse una oportunidad.

### **1.2.3 Suicidio**

También se le denomina suicidio consumado o completo (“completed suicide”) y hace referencia a la muerte que se da como consecuencia de un acto suicida (OMS, 1969). En esta definición, la OMS le asigna importancia al resultado (la muerte) y al agente causal (el propio sujeto), pero explícitamente desecha el asunto de la intencionalidad como parte de la definición de los actos suicidas y, por ende, del suicidio.

Desde otra postura, (O 'Carroll 1996) lo define como “la muerte debida a lesiones, envenenamiento o sofocación, donde hay evidencia (explícita o implícita) de que la lesión fue auto-infligida y que la intención del occiso era matarse”

Para (Durkheim 1897-1989) el suicidio se refiere a la muerte que se produce como resultado directo o indirecto de un acto positivo o negativo, llevado a cabo por la víctima, sabiendo o creyendo que el acto producirá este resultado.

Suicidio es toda conducta consciente que íntegramente está encausada a la autodestrucción de la propia persona ya sea por omisión o por acción. La palabra suicidio se deriva del latín sui (a sí mismo) y de caedere (matar). Es una realidad humana, un escándalo, un tabú. Es una muerte violenta por lo inesperado, súbito, brutal, agresivo, corrosivo, que afecta no solo a la persona que lo lleva a cabo, sino a todo su entorno. Mata la tranquilidad de la familia y le deja un mensaje brutal (Garduño, Gomes y Peña “Tesina Suicidio en Adolescentes” Asociación Mexicana de Tanatología, A.C. 2011).

El suicidio es una de las principales y más importantes causas de muerte en el mundo. Se datan de hasta un millón de muertes al año y es la segunda causa de muerte, después de los accidentes, en los jóvenes (Garduño, Gomes y Peña “Tesina Suicidio en Adolescentes” Asociación Mexicana de Tanatología, A.C. 2011).

Durante la adolescencia, se presentan en los jóvenes cambios difíciles que les producen ansiedad y depresión y que en ocasiones pueden llegar a una tentativa de suicidio. Esta idea plantea el problema de la depresión como vivencia existencial. La manipulación de la idea de la muerte en el joven suele ser frecuente y puede ser una llamada de auxilio, una forma de comunicar su descontento a los demás, es la pérdida de fe, es desesperanza. El adolescente comienza a cometer suicidio, mucho antes de llegar al acto suicida y mucho antes de vivir las causas detonantes. Todos los suicidios y los intentos suicidas hablan de una crisis emocional, de una perturbación, de un desacuerdo social.

El suicidio es el resultado de un acto de la víctima dirigido contra su propia vida y que puede ser una lesión auto producido, o la realización de una actividad extremadamente peligrosa que, con toda probabilidad, conduce a un accidente fatal.

Otro tipo de suicidio es el que se conoce como submeditado, en donde la intención de morir no es consciente, de manera que la víctima se autodestruye lentamente.

Personas que padecen una enfermedad provocada por estados emocionales o por sentimientos negativos que afectan la salud física. Otra forma indirecta de autodestrucción consiste en la ingestión de sustancias dañinas para la salud como: Drogas, alcohol y tabaco.

Según (Schneiderman, 1996) la conducta suicida se puede clasificar en cuatro tipos:

1.- La sensación de que la vida no vale la pena, sentimiento que resulta de un estado depresivo. El adolescente considera que sus sentimientos de minusvalía y desamparo nunca desaparecerán.

2.- Una conducta suicida impulsiva que puede presentarse después de una desilusión, de una frustración o de fuertes sentimientos de enojo.

3.- Una enfermedad grave, que puede llevar al individuo a pensar que no hay otra salida.

4.- El intento suicida como medio de comunicación, en el que el adolescente no desea morir, pero quiere comunicar algo por medio del suicidio y cambiar la forma en que lo tratan las personas que lo rodean.

En la gran mayoría de los casos de suicidio, existe un elemento de comunicación en el comportamiento del adolescente y que se exterioriza con llamadas de auxilio.

Éste inicia con ideaciones suicidas y puede presentarse en forma verbal, a través de amenazas o fantasías, o de manera no verbal, en donde surgen verdaderos intentos

de autodestrucción y comportamientos dañinos, menos inmediatos o bien verdaderos intentos de autodestrucción.

La adolescencia, es considerada como una etapa dolorosa en la que el joven pasa por cambios difíciles que le producen ansiedad y depresión. La tentativa de suicidio es una conducta significativa en esta etapa y plantea el problema de la depresión como vivencia existencial y como una verdadera crisis.

Para (Baechler, 1975) el suicidio puede tener varios significados:

1. La fuga y/o huida; Que es el intento de escapar de una situación dolorosa o estresante, atentando contra la propia vida, ya que ésta se percibe como insoportable y que está fuera de control.
2. El duelo; Después de una pérdida importante para la persona y que no ha podido manejarse adecuadamente.
3. El castigo; Se presenta cuando el adolescente se siente responsable de un acto negativo y el intento suicida se dirige a expiar una falta real o imaginaria.
4. El crimen; Cuando el adolescente atenta contra su vida e intenta llevar a otro a la muerte.
5. La venganza; Cuando se atenta contra la vida y se intenta provocar el remordimiento de otra persona.
6. La petición de socorro y chantaje o bien la llamada de atención: “Es el hecho de atentar contra la propia vida para ejercer presión sobre otra persona”.
7. El sacrificio y la transición; “Es el hecho de atentar contra la propia vida para alcanzar un valor o un estado considerado superior, es decir adquirir estima superior, es morir por una causa”.

8. El juego; “Es el hecho de arriesgar la propia vida para probarse a sí mismo”, es decir, cuando se atenta contra la vida, para dar a conocer a los demás, que es valiente y forma parte del grupo.

Según este autor, las significaciones descritas llevan con más frecuencia a la muerte que otras (las cuatro primeras) y las que suelen tener consecuencias menos graves (el chantaje, la petición de socorro).

Las conductas de riesgo en el adolescente van asociadas al pensamiento fugaz de que la muerte puede encontrarse a la vuelta de la esquina y a continuación se produce una sensación de alivio, o triunfo cuando finalmente luego de realizar esas conductas el adolescente ha salido ileso.

Algunos autores consideran que la impulsividad propia de los adolescentes, explica en parte el acto suicida. Entre mayor sea la impulsividad del individuo, mayor es la posibilidad de autodestrucción. (Peck, 1992- 2008) considera a la conducta autodestructiva como un mecanismo utilizado por los adolescentes para manejar el estrés y las situaciones difíciles de la vida. Encuentra una relación entre la incapacidad del joven para manejar situaciones angustiantes y el miedo al fracaso.

La conducta suicida del joven no puede considerarse como un acto plenamente dirigido por el deseo de morir, el intento suicida involucra un debate interno entre el deseo de morir y el de seguir vivo. El adolescente que intenta suicidarse, lucha internamente entre ambos deseos.

### **1.3 Factores de riesgo**

Se hace mención que el medio social en la conducta suicida del adolescente, el vacío existencial como factor de suicidio y el factor psicológico son algunos de los factores de riesgo en la conducta, parasuicidio y suicidio. Los intentos de suicidio y el suicidio son más frecuentes en edades adolescentes y en adultos mayores (Hawton, 2012).

#### **1.3.1 El medio social en la conducta suicida del adolescente**

La seriedad del intento suicida radica en lo que el joven hace o deja de hacer para ser descubierto antes de morir. Si el fin del acto es comunicar un estado de descontento en general, el joven provocará ser descubierto antes de alcanzar su cometido de morir; sin embargo, aunque esta actuación es de menor gravedad que la de un adolescente que arregla todo para no ser descubierto, siempre debe prestarse la atención debida y ayudar al joven a elaborar y superar la crisis por la que pasa.

Existen algunos factores que pueden fomentar el suicidio en los adolescentes, pero que no son decisivos para que éste suceda. Se puede contribuir a la confusión y la depresión del joven, pero es la conjunción de una diversidad de factores los que contribuyen para llegar al extremo de la autodestrucción.

Generalmente, el individuo suicida pedirá auxilio de una u otra forma. Hay que atender las señales que el joven manifieste, pues existe la posibilidad de ayudarlo o de buscar el apoyo profesional para que aprenda a manejar efectivamente sus problemas.

La fuente principal de apoyo y aceptación tendría que ser la familia, pero en ocasiones la inexperiencia y las propias vivencias pueden alterar el funcionamiento de ésta.

Es importante descubrir el problema a tiempo para buscar soluciones reales y no centrarse únicamente en buscar culpables.

El suicidio entre los jóvenes es una tragedia no mencionada en nuestra sociedad, ya que es considerada como un tabú, un escándalo y por estar estigmatizada. De manera tradicional se ha evitado la idea de que nuestros jóvenes encuentran la vida tan dolorosa, que de forma consciente y deliberada se causan la muerte. En algunos casos puede ser más fácil llamar " accidente" a un suicidio. Las otras víctimas del suicidio son los parientes y amigos que tienen que enfrentar todo lo que implica este acto.

(Kubler-Ross 1983), psiquiatra que ha investigado de manera extensa acerca de la muerte y la agonía, nos habla de una serie de reacciones que las personas experimentan cuando un miembro de la familia ha cometido suicidio:

La primera etapa; se caracteriza por la conmoción y la negación. Se evita hablar al respecto, no se utiliza la palabra suicidio, el dolor es tan fuerte que se cierran a sus propios sentimientos.

En la segunda etapa; se empieza a manifestar el dolor, se trata de culpar a alguien o a sí mismo por lo que pasó y por último se expresa enojo hacia el suicida.

La tercera etapa; es aceptar el hecho, es dejar ir al ser querido o bien concluir con un asunto que estaba pendiente.

### **1.3.2 El vacío existencial como factor de suicidio**

Según Frankl, "En toda situación vital que representa un reto para el hombre y le plantea un problema que sólo él debe resolver, la cuestión del significado de la vida puede en realidad invertirse. El hombre no debería inquirir cuál es el sentido de la vida, sino comprender que es a él a quien se inquiere" (Frankl, 1987).

Muchas veces en los suicidas se pierde este sentido de vida, por un vacío existencial en la persona, el cual le hace sentir que no tiene elección. Esto causa una frustración existencial que desemboca en una neurosis noogénica, y el hombre tiende genuinamente a descubrir un sentido de vida y llenarlo de contenido, a lo cual llama Frankl “voluntad de sentido”.

Para encontrar el sentido es necesario encontrar el sentimiento de la felicidad que no es realmente el ser feliz o estar feliz, sino que es el tener un fundamento para ser feliz y el descubrimiento del sentido de vida se logra de acuerdo con valores de creación (ofrecer algo interno mío, producto de mi creación y trabajo), de experiencia (recibir lo que me ofrece la naturaleza y el mundo, vivencias agradables, naturales que son imágenes de Dios, la experiencia plena del amor de Dios) y de actitud que consiste en poder saber dar y recibir el mayor sentido del ser humano (Frankl, 1989).

Existen personas con una pérdida total del sentido de vida, derivada de muchas situaciones de la historia personal y social, la apatía y no encontrar un porqué y para qué de las cosas. Un pasado doloroso ha vuelto a las personas desinteresadas por lo que pasa dentro de sí mismas, situación reforzada por situaciones del ambiente, como la violencia que se vive día a día. Estos factores sumados a la incapacidad de manejar las emociones generan un sentimiento de vacío y deseo de no vivir, lo cual puede llevar a una persona a tomar el suicidio como una solución a su vacío existencial.

### **1.3.3 Rasgos psicológicos como factor de riesgo suicida**

Las variables psicológicas que pueden estar asociadas a la conducta suicida son: la impulsividad, el pensamiento dicotómico, la rigidez cognitiva, la desesperanza, la dificultad de resolución de problemas, la sobre generalización en el recuerdo autobiográfico y el perfeccionismo. Estos factores varían en función de la edad, aunque hay dos de especial importancia: la desesperanza y la rigidez cognitiva.

(Mardomingo 1993 citado en: Ros, 1998) menciona como rasgos psicológicos más comunes en la conducta suicida de niños y adolescentes: impulsividad, baja autoestima, sentimientos de desesperanza, baja tolerancia a la frustración, estilo cognoscitivo rígido, labilidad emocional y sentimientos de soledad o de tristeza.

#### **Desesperanza**

La desesperanza se entiende como la percepción que la persona tiene sobre los acontecimientos venideros, de tal manera que condicionan u orientan la conducta del individuo sobre el qué hacer. Plantearlo como un estado dinámico, es reconocer que el estar en desesperanza es el resultado de un proceso, valorado en un momento y circunstancias determinadas, y sujeto a situaciones de cambio positivo o negativo (Quintanilla, 2003). Así, la desesperanza es el sentimiento de no encontrar alternativas de solución ante una determinada situación o de no tener expectativas de futuro y, que frecuentemente se acompaña de la ausencia de un sentimiento de trascendencia.

La desesperanza representa el componente de la depresión que se asocia con una variedad de creencias sobre la eficacia personal y el papel del destino contra el esfuerzo en meta-logro. La desesperanza, o expectativas negativas acerca del futuro, se convierten en el catalizador principal del suicidio y podría ser un factor aún más importante que la depresión. En un estudio que realizaron con 207 pacientes psiquiátricos, (Beck, Emery y Greenberg 2001) encontraron que los pacientes

suicidas no diferían de aquellos que no intentaron suicidarse en términos de depresión e ideación suicida. Pero diferían en términos de desesperanza. Aquellos que murieron eran más pesimistas respecto al futuro que los que sobrevivieron, contribuyendo a su hipótesis de que la desesperanza puede ser el mayor predictor del suicidio.

Para (Beck, 1982), la desesperanza sería el puente entre la depresión y el suicidio, por medio de una proyección cognitiva del estado actual depresivo en el futuro, o dicho de otro modo, para que las personas deprimidas adopten una conducta suicida sería necesario que su proyección en el futuro se viese marcada por expectativas pesimistas y por la convicción de no tener control sobre ese destino.

(Beck, 2001) afirma que las preocupaciones suicidas parecen relacionarse con la conceptualización que el paciente tiene de una situación insostenible o desesperada. El paciente distorsiona y malinterpreta sus experiencias de un modo negativo y sin una base objetiva, anticipando un resultado negativo a cualquier intento que le lleve a conseguir sus metas. También sugiere que los individuos deprimidos tienen cogniciones inapropiadas que median entre los acontecimientos externos y las emociones, culminando en un estado generalmente negativo o pesimista.

El suicidio llega a ser la conclusión esperable de una evaluación negativa que hace el sujeto de sí mismo, en un estado de desesperación. Se ha determinado que niveles altos de satisfacción con la vida y poseer una alta autoestima son predictores de bajos niveles de desesperanza y que el mayor protector para la ideación suicida es la percepción de apoyo social (Cole, 1998).

Desde un punto de vista psicológico, es condición necesaria para la acción. Quien está sumergido en la desesperanza se siente apático, embotado, inactivo; tiene sentimientos, pero le falta la energía para actuar. La teoría de la desesperanza de la depresión o teoría de la depresión por desesperanza, propuesta por (Abramson,

Metalsky y Alloy 1989), postula una nueva teoría, nosología de los trastornos depresivos, "la depresión por desesperanza", definida principalmente por su causa.

La desesperanza se considera como la expectativa negativa acerca de la ocurrencia de un suceso valorado como muy importante, unida a sentimientos de indefensión sobre la posibilidad de cambiar la probabilidad de ocurrencia de ese suceso.

Según Kaplan, una de las peores consecuencias de la depresión puede ser el suicidio. Existen registros de que el 80% de los pacientes depresivos han tenido la fantasía del suicidio.

Y agrega: "los pacientes depresivos experimentan desesperanza, pesimismo y creen que la vida no tiene sentido. Y esto puede llevarlos a la decisión de suicidarse.

Ante un paciente que padece depresión, nunca hay que descartar la posibilidad de que exista un intento de suicidio" (Kaplan, 1999).

### **Rigidez cognitiva**

La consideración del suicidio como una solución aceptable, déficits en la capacidad para resolver problemas, y una tendencia a visualizar las situaciones en términos bipolares extremos (pensamiento dicotómico). Una percepción de "insolubilidad de los problemas" puede estar presente en jóvenes y niños suicidas. Otras dimensiones de la personalidad incluyen la introversión y el psicoticismo.

### **El pensamiento dicotómico**

(Neuringer, 1976) fue uno de los primeros en identificar algunas características disfuncionales en el estilo cognitivo de los sujetos suicidas. Sus conclusiones se apoyan en la evaluación de una muestra de sujetos ingresados en el hospital tras un intento de suicidio y que fueron comparados con una muestra de enfermos psicósomáticos y una muestra de sujetos normales, igualmente ingresados en el hospital. Los resultados de la comparación entre los tres grupos muestran que los

sujetos suicidas tienen una capacidad de discriminación semejante a los otros para la generalidad de los conceptos, pero obtienen resultados más polarizados en lo que respecta a los conceptos de vida y muerte. Posteriormente, (Neuringer y Lettieri, citado por Hughes y Neimeyer 1990), en un intento de replicar estos resultados, observaron que las personas con este tipo particular de pensamiento dicotómico tienen, ante la vida y sus problemas, una actitud más intolerante. Para ellas, las cosas son blancas o negras, maravillosas o insostenibles.

(Baumeister, 1990), en su teoría escapistista del suicidio, incluye la noción “perspectiva distorsionada del tiempo” entre las perturbaciones cognitivas más importantes de la crisis suicida.

## **Impulsividad**

La impulsividad es un factor que desinhibe el comportamiento y origina conductas de alto riesgo e incluso comportamientos suicidas, razón por la cual se asocia con intentos fallidos de suicidio o gestos suicidas, que no son valorados adecuadamente por los clínicos para identificar el riesgo de un nuevo intento de suicidio, que se presenta durante el año siguiente, con consecuencias fatales (Téllez, 2006).

Un impulso es una descarga inmediata y no controlada, determinada por un estado emocional. Es la respuesta a una necesidad imperiosa, que no tolera ser rechazada, o a un estímulo muy significativo. El impulso no es comandado por la razón y depende de motivaciones subjetivas (Kaplan y Sadock, 1990). Los impulsos regulan una parte importante de nuestra vida diaria y se deben a un estado de tensión o frustración provocado por la insatisfacción de una necesidad, que se ve aplazada por la descarga impulsiva.

La impulsividad incrementa el riesgo de suicidio cuando se asocia con depresión o abuso de alcohol o sustancias psicoactivas. Los individuos que intentaron suicidarse en forma impulsiva comparados con los que lo hicieron premeditadamente tienen

menores expectativas de morir al momento de realizar el acto suicida y utilizan métodos más violentos que con frecuencia originan secuelas físicas severas.

Una tendencia impulsiva, asociada o no a altos niveles de agresividad, estaría relacionada con la conducta suicida, particularmente con las conductas más letales (Brown y Goodwin, 1992; Maris, Berman y Maltzberger, 1992; Siever, 1994). (Evans, Platts y Liebenau, 1996) compararon la impulsividad de pacientes internados debido a un primer intento de suicidio, con la impulsividad de pacientes ingresados debido a un repetido intento de suicidio.

### **La dificultad de resolución de problemas**

El déficit en las habilidades de solución de problemas es un factor de riesgo, pero su relación con la conducta suicida parece estar mediada por la presencia de depresión y de desesperanza.

La presencia de un patrón de apego inseguro durante la infancia se ha relacionado con la ideación suicida (MEDLINE, 1966 a septiembre de 2003; y Psychinfo, 1887 a septiembre de 2003).

### **La sobregeneralización en el recuerdo autobiográfico**

La memoria autobiográfica nos permite recordar acontecimientos concretos de nuestro propio pasado, los cuales suelen incluir información referida a hechos, acciones, situaciones, afectos... que hemos experimentado personalmente en algún momento de nuestra vida (Rubín, 1998). La información almacenada sobre estos acontecimientos vividos forma la base de conocimiento autobiográfico, la cual está organizada siguiendo una estructura jerárquica. La activación de una serie de procesos concretos de recuperación que permiten descender en los niveles de la jerarquía posibilita el acceso a los recuerdos.

Los recuerdos que hacen referencia a los eventos generales se organizan en dos tipos (Barsalou, 1988; Conway & Bekerian, 1987; Williams, 1996). Por un lado, los recuerdos extendidos son aquellos que son almacenados como periodos de tiempo (por ejemplo, “el viaje que hice a Italia”, “mis vacaciones del verano pasado”) y, por otro lado, los recuerdos categóricos son aquellos guardados en forma de categorías como: personas, lugares y actividades (por ejemplo, “los martes cuando iba al gimnasio”, “las cenas de Nochebuena con mi familia”). Estos dos tipos representan los errores que se suelen producir cuando se pide a los sujetos que recuerden de forma específica. Hay que señalar que ambos son funcionalmente independientes: los sujetos que tienden a responder con una determinada categoría no lo suelen hacer con la otra; las señales que impulsan un tipo de categoría no activan la otra; y ambas categorías tienen asociaciones significativamente diferentes con un amplio rango de variables, como el periodo en el que los eventos son recordados, la frecuencia, la emotividad y la valencia de los eventos (Williams y Dritschel, 1992).

Por último, señalar que los eventos generales parecen ser los puntos naturales de acceso a nuestros recuerdos autobiográficos y quizás esto sea debido a que son fácilmente accesibles, ya que se han visto reforzados por la repetición (Serrano, 2002).

Para (Williams y Hollan 1981) el recuerdo es un proceso en el que se usa parte de la información sobre un elemento para construir una descripción del mismo, y esta descripción es la que posteriormente permite recordar dicha información. Según estos autores, un sujeto codifica sólo una parte de toda la información posible. De este modo, para recordar cualquier evento o información, en primer lugar, el sujeto realiza una breve descripción de toda la información y es ésta descripción la que utilizará posteriormente como clave o punto de entrada a la memoria para generar el recuerdo. En este mismo sentido, (Norman y Bobrow en 1979) sugieren que el recuerdo está mediatizado por la generación de descriptores de memoria.

## **Perfeccionismo**

En los últimos años, el perfeccionismo emergió como uno de los constructos psicológicos asociados a la conducta suicida.

El perfeccionismo implica ser muy autocríticos, estar esforzándose constantemente para cumplir con los estándares de los demás (por lo general los padres o tutores) y no estar seguros de la eficacia de las acciones propias.

Las principales características del perfeccionismo incluyen: gran motivación para la perfección, tendencia a fijarse objetivos no realistas, esfuerzos compulsivos para alcanzarlos, pensamiento dicotómico y atención excesiva a los fracasos pasados. La teoría escapista del suicidio (Baumeister, 1990) propone que el suicidio es una forma de escapar al malestar provocado por una aguda consciencia de sí mismo. Según esta teoría, el perfeccionismo, llevado al extremo, provocaría, en presencia de acontecimientos de vida negativos, un proceso de autoevaluación negativa y la percepción de sí mismo como inadecuado e incapaz.

Esta evaluación negativa daría lugar a estados depresivos que, proyectados al futuro, harían nacer sentimientos de desesperanza que, a su vez, producirían una disminución de las razones para vivir, permitiendo la eclosión de la ideación y conducta suicida. (Dean, Range y Goggin 1996) diseñaron un experimento destinado a comprobar este modelo teórico. Los resultados de este estudio confirmaron una fuerte y significativa correlación positiva entre el nivel de perfeccionismo y la ideación suicida.

Un estudio realizado por el Dr. Sydney Blatt de la Universidad de Yale relacionó el perfeccionismo con un alto riesgo de suicidio. “La idea es que el perfeccionismo está relacionado con la auto-crítica”, explica Blatt. Igualmente, (Hamilton y Schweitzer 2000), en un estudio sobre perfeccionismo e ideación suicida en estudiantes universitarios muestran la relación existente entre ambas variables.

## **Autocrítica**

La autocrítica es una conducta verbal que pretende producir un cambio en nuestro comportamiento para conseguir alcanzar nuestros objetivos y evitar nuestros fallos. La autocrítica lleva implícita una autoexigencia de cambiar, que es una parte fundamental de la autocrítica. La autoexigencia consiste en un impulso a cambiar, que a veces viene acompañado por una propuesta concreta de conductas a modificar.

La vergüenza y la autocrítica tienen en la vida de una persona está ligado a dos procesos clave. El primero es el grado de hostilidad, desprecio y odio dirigidos a nosotros mismos que conlleven. El segundo es relativo a la incapacidad de generar sentimientos de ternura, apaciguamiento, de querernos a nosotros mismos y de consolarnos ante los ataques internos o externos (Gilbert, 2006). Las dos generan sentimientos de depresión por la mala valoración que hacemos de nosotros mismos y de ansiedad, porque están asociadas a la amenaza de rechazo social.

(Gilbert en 2006) menciona diversas fuentes de donde se puede originar la conducta sistemática de autocrítica:

- La vergüenza la dispara para evitar que se repita la posible causa de rechazo en otras situaciones. La vergüenza puede ser de nuestros propios sentimientos, por ejemplo, podemos sentirnos avergonzados de nuestros sentimientos de agresividad o debilidad y la autocrítica se genera para pretender controlar nuestra ira o nuestra impotencia.
- Por condicionamiento operante. Podríamos estar considerándola necesaria para poder mantener nuestro papel en la sociedad, es decir, que la precisamos para esforzarnos en ser queridos o para conseguir desarrollarnos personalmente o para tener a raya las emociones negativas. En este sentido, la autocrítica también puede ser una respuesta anticipatoria de catástrofes

sociales predichas por nuestra mente, por ejemplo, “si no trabajas duro o pierdes peso o controlas tus emociones, nadie te va a querer”.

- También puede estar asociada a sentir a los demás como no seguros ni serviciales, como críticos que no están dispuestos a ayudarnos a superar el estrés y las dificultades.
- Se puede aprender por modelado, es decir, aprendiendo a tratar a los demás como ellos nos han tratado. Padres y maestros pueden enseñarnos a ser autocríticos con su ejemplo.
- Tiene relevancia cuando es una conducta o estrategia para afrontar a personas hostiles convirtiéndose en una conducta de sumisión dirigida a minimizar o evitar el ataque o la crítica.

El exceso de vergüenza y de autocrítica tiene sus raíces, como muchos otros problemas psicológicos, en abusos en la infancia, acoso en el colegio (bullying), por las relaciones familiares en las que se han expresado muy fuertemente el rechazo y la crítica o en los que se ha ignorado o negado la importancia de las emociones. (Gilbert, 2009). Cuando hemos pasado por esas experiencias, podemos haber generado una alta sensibilidad a las amenazas de rechazo o críticas y ser muy proclives a sentir vergüenza.

Dicho que la vergüenza y la autocrítica tiene vínculos en las relaciones familiares se dice que el rechazo y la crítica son factores de conjetura que pudieran existir dentro de la posibilidad de una sensibilidad emocional en el adolescente.

“La emoción es esencialmente un sentimiento personal de actitudes motrices provocadas por las situaciones de la vida diaria. A medida que el sistema de acción va cambiando de una edad a otra, así cambian también las situaciones y el modo de reaccionar de la conducta. La duración, la forma y las consecuencias del cambio no

son fortuitas, son lo bastante consecuentes para permitir extraer la conclusión de que la conducta emocional se desarrolla por grados” (Gesell, 1958).

(Gesell 1958) menciona que el crecimiento emocional es un proceso progresivo, el cual involucra una serie de relaciones interpersonales que abarcan las rutinas del cuidado personal, a los intereses y actividades del hogar, la escuela, la comunidad, a la ética de la vida diaria, etc.

Toda experiencia que se vive acompañada de una emoción intensa, puede ejercer una gran influencia sobre las actitudes, los valores y el comportamiento futuro del individuo. La incidencia puede ser favorable o desfavorable; las consecuencias desfavorables de las emociones desagradables pueden ser destructivas, por lo tanto, es necesario que estén controladas si se desea que el individuo logre un adecuado ajuste personal y social (Hurlock, 1994).

#### **1.3.4 El factor familia en el suicidio**

El ser humano a través de su historia ha sobrevivido en grupos; lo cual es inherente a la condición humana. El niño tiene entre sus necesidades más básicas el tener una madre que lo alimente, proteja y eduque. Se sabe que el hombre ha logrado sobrevivir y superar los retos del medio ambiente gracias a que es un ser gregario perteneciente a diferentes agrupamientos sociales. Las sociedades primitivas nos enseñan que en el arreglo entre sus miembros ocurre una distribución estable en las funciones y de las responsabilidades de estos en el grupo.

Cuando las sociedades se hacen más complejas entonces se requieren habilidades nuevas, estableciéndose diferentes estructuras sociales. Los segmentos de la sociedad industrial moderna, urbana y no urbana, le plantean al ser humano dos

conflictos básicos. El primero se puede identificar como la capacidad para desarrollar habilidades altamente especializadas; mientras que el segundo requiere del desarrollo de una capacidad para una rápida adaptación a un escenario socioeconómico, que se modifica constantemente.

La familia es parte de la sociedad ha tenido que confrontar cambios paralelos a esta. Sus responsabilidades han sido desde hacerse cargo de las funciones de proteger y socializar a sus miembros hasta el tener que abandonar dichas funciones, como respuestas a los requerimientos de la cultura. Desde este punto de vista, las funciones de la familia se atienen a dos objetivos distintos: uno es interno y consiste en la protección psicosocial de sus miembros; el otro es externo y se realiza a través de la acomodación a la cultura y la transmisión de esta (Minuchin, 1998).

La familia es el contexto natural para crecer y para recibir auxilio, es un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción, estas constituyen la estructura familiar, que a su vez rige el funcionamiento de los miembros de la familia, define su gama de conductas y facilita sus interacciones recíprocas. La familia necesita de una estructura visible para desempeñar sus tareas esenciales, para saber apoyar la individualización al tiempo que proporciona un sentimiento de pertenencia (Minuchin, 1998).

Como el mundo se encuentra en un estado de transmisión constante, en gran parte debido, tanto a la globalización económica como a la comunicación; a través de la alta tecnología, la familia debe acomodarse a estos cambios repentinos y modificar sus estructuras y funciones para lograr adaptarse a las nuevas situaciones. La familia que es la más pequeña unidad social, debe entonces de cambiar y adaptarse exitosamente al mismo tiempo que mantener una continuidad suficiente para la educación de los niños, brindándoles a estos un sistema de pertenencia con raíces familiares humanas firmes que le sirvan para crecer y adaptarse a su mundo social y físico.

La familia ha sido llamada la institución básica de la sociedad la mediadora entre la sociedad y el individuo. Psicológicamente, la familia es el medio primordial en el cual se adquieren las funciones necesarias para una vida realizada y productiva; el desarrollo no solo de la expresión interpersonal y emocional, un sentido de seguridad, valía y pertenencia, sino también en gran medida la habilidad tanto intelectual como interpersonal (COF,1987).

En estos días de cambio social crónico y penetrante, la familia es considerablemente aislada de las propias familias de los padres. La tarea de socialización de los hijos pequeños recae casi enteramente en los padres, hasta que los hijos están suficientemente grandes para ser influidos por sus amigos, escuelas y los medios masivos de comunicación.

(Minuchin 1998), nos explica que la familia como un sistema que opera dentro de contextos sociales específicos, tiene tres componentes:

1. La estructura de una familia es la de un sistema sociocultural abierto en un proceso de transformación.
2. La familia muestra un desarrollo desplazándose a través de un cierto número de etapas que exigen una reestructuración.
3. La familia se adapta a las circunstancias cambiantes, de modo tal que mantiene una continuidad y fomenta el crecimiento psicosocial de cada miembro.

De acuerdo con (Minuchin, 1998), la familia imparte a sus miembros un sentimiento de identidad, al mismo tiempo que los ayuda a ser suficientemente seguros como para funcionar en el mundo externo a esta:

“...el sentido de pertenencia se acompaña con una acomodación por parte del niño a los grupos familiares y con su asunción de pautas transaccionales de la estructura familiar que se mantienen a través de los diferentes acontecimientos

de la vida. El sentido de la identidad de cada miembro se encuentra influido por su sentido de pertenencia a una familia específica...”.

(Minuchi 1998), nos dice que la familia desempeña un conjunto de funciones esenciales, todas de tipo social en el sentido que da una interdependencia y una interacción con las estructuras de la sociedad. Se le puede dividir en dos grupos: de un lado las funciones físicas (reproducción, función económica, protección); y de otro las funciones culturales, afectivas y sociales (formación del individuo, instrucción, educación, socialización, desarrollo y bienestar de cada miembro de la familia).

La familia se dedica a transmitir a sus miembros todo su caudal: el de los bienes materiales, el de la moral y el honor, el de los sentimientos y las convicciones, asegura la estabilidad social, la estabilidad de las ideas y de la civilización. La familia como tal es esencialmente el ambiente que conserva. Para ello es imprescindible una familia estable que cumpla y cubra sus funciones de manera completa y sana de sus miembros.

# **Capítulo 2**

## **Terapia gestáltica una alternativa frente al parasuicidio adolescente.**

## **Capítulo 2 Terapia gestáltica una alternativa frente al parasuicidio adolescente.**

### **2.1 Psicoterapia de la Gestalt**

#### ***Fritz Perls: Psicoterapia de la Gestalt***

Menciona que el Enfoque Gestáltico (EG) es un enfoque holístico; es decir, que percibe a los objetos, y en especial a los seres vivos, como totalidades. En Gestalt decimos que "el todo es más que la suma de las partes". Todo existe y adquiere un significado al interior de un contexto específico; nada existe por sí solo, aislado.

Ahora bien el termino Gestalt es de origen alemán, sin traducción directa al castellano, pero que aproximadamente significa "forma", "totalidad", "configuración".

La forma o configuración de cualquier cosa está compuesta de una "figura" y un "fondo".

En la Psicoterapia de la Gestalt especifica principios en relación con la psicología gestáltica de la percepción donde da a conocer:

- Puntos clave como:
  - Concepción del individuo como totalidad (Gestalt). También la realidad es una Gestalt.
  - Énfasis en el aquí y ahora (el pasado y futuro están ocurriendo en el presente).

## **2.1.2 La sensibilización Gestalt**

La sensibilización Gestalt tiene dos objetivos fundamentales:

1. Incrementar en la persona el darse cuenta, la cual no es una consciencia meramente racional, es promover el incremento en la capacidad de darse cuenta, con todo su organismo, de lo que le está sucediendo aquí y ahora, haciendo que la experiencia sea asimilada de manera vivencial, no solo de manera racional, porque la hipótesis es que, si se registra de manera racional puede no asimilarse verdaderamente.

“Aprender es descubrir en la experiencia, si no, no hay aprendizaje significativo”.

2. Qué la persona se responsabilice de sí misma, de sus pensamientos, acciones, sentimientos, sensaciones, etc. Evitando la culpabilización hacia fuera. Es importante aclarar que en la sensibilización Gestalt no necesariamente se hace psicoterapia. Con esto me refiero a que en un grupo que está trabajando sensibilización, lo que promueve el facilitador en los espacios de procesamiento es el darse cuenta, más no hace un trabajo de psicoterapia.

Si la persona requiere de un trabajo más profundo sobre su problemática debe de buscar un espacio de psicoterapia en donde pueda trabajarlo.

### 2.1.3 El aquí y el ahora

Es realmente difícil aceptar que todo existe en el presente momentáneo. El pasado existe e importa tan sólo como parte de la realidad presente; cosas y recuerdos acerca de los cuales pienso ahora como pertenecientes al pasado. El pasado y el futuro son nuestras concepciones acerca de lo que precedió al momento presente y lo que presajiamos que seguirá a lo actual. Y todo este adivinar ocurre AHORA. Él ahora es el presente, aquello de lo que me doy cuenta. Ya sea que estemos recordando o anticipando, lo estamos haciendo ahora. El pasado ya fue, el futuro aún no llega.

Por otro lado considera los elementos patológicos como lo son los:

- Asuntos inconclusos (figura y fondo)
- Bloqueos
- Retroflexión
- Desensibilización
- Introyección
- Proyección

Kurt Lewin, psicólogo de la primera escuela de la Gestalt de Alemania; estaba convencido que todos los fenómenos psicológicos, inclusive los que se producen por única vez, acontecen según ciertas leyes que se cumplen en términos de probabilidad. Un concepto clave de su teoría es que el comportamiento depende de esa persona y de su ambiente. Por lo tanto, un ambiente inestable durante la adolescencia puede producir inestabilidad en ese sujeto. Por esta razón, es necesario conocer los elementos del ambiente y personales en interacción de un niño, o sea su espacio vital, para comprender su conducta.

La característica del adolescente es el cambio acelerado de su espacio vital y su rol se le presenta confuso y difícil de distinguir, con barreras difíciles de superar,

inseguro de qué conducta es la apropiada para acercarse o alejarse de sus objetivos, transformándose en un ser marginal. La falta de dirección en su entorno produce en él una crisis que se manifiesta con aislamiento e inhibición y también con agresividad y extremismo.

No sólo el ambiente de un adolescente cambia en forma rápida sino que también su cuerpo sufre notables cambios que agravan su sentimiento de inadecuación y lo desequilibran emocionalmente.

Un adolescente suele ser tímido, pero agresivo, puede experimentar un conflicto interno con respecto a sus actitudes, valores, ideas o estilo de vida, tiende al extremismo y suele cambiar drásticamente su conducta.

La adolescencia, se caracteriza por eventos universales entre los que se destacan:

- El crecimiento corporal, aumento de peso, estatura y los cambios en las formas y dimensiones corporales.
- El aumento de la masa muscular y de la fuerza muscular, más marcada en el varón.
- Incremento de la velocidad de crecimiento, los cambios no siempre ocurren de forma armónica, por lo que es común que presenten torpeza motora e incoordinación, fatiga fácil, trastornos del sueño, los que pueden generar trastornos emocionales y conductuales transitorios.
- Desarrollo y maduración sexual, con la aparición de las características sexuales secundarias y el inicio de la capacidad reproductiva
- Los aspectos psicosociales están integrados en una serie de características y comportamientos:

Búsqueda de sí mismo y de su identidad.

Necesidad de independencia.

Tendencia grupal.

Evolución del pensamiento concreto al abstracto.

Manifestaciones y conductas sexuales con desarrollo de la identidad sexual.

Relaciones conflictivas con los padres que fluctúan entre la dependencia y la necesidad de separación de los mismos.

Se tornan más analíticos, con pensamientos simbólicos, en los que formulan sus propias hipótesis y llegan a conclusiones propias.

Eligen una ocupación para la que necesitarán adiestramiento y capacitación para llevarla a la práctica.

Necesidad de asumir un nuevo rol social como partícipe de una cultura o subcultura específica.

#### **2.1.4 El Adolescente y su familia**

La adolescencia como etapa de evolución y por la dificultad que a menudo presenta en la familia el adolescente y la necesidad de tener que hacer a veces terapia de familia con la pareja (padres) y algún hijo adolescente.

¿Cómo es el adolescente? Es indicado aquí escribir algo sobre como es, el cual no soporta que los adultos le perciban como alguien perteneciente únicamente a la generación del futuro; quiere también pertenecer, como todas las personas, a la generación actual, a la del aquí y el ahora. El adolescente normal se mueve entre la

relación de amor y odio a sus padres. Si predomina el amor, se identifica con ellos y se moldea a su imagen, pero cuando predomina el odio, renuncia desafiante a identificarse con ellos, o pueden darse graves deformaciones en su personalidad (Minuchin y Fisherman, 1975).

Las actitudes y acciones emocionales de cualquier miembro de la familia, se expresan en lo que necesita, en como intenta conseguirlo, en lo que está dispuesto a dar en retribución; en lo que hace si no lo consigue y en cómo responde a las necesidades de los otros.

El protagonista vive un prolongado y difícil periodo de inestabilidad con intensos cambios externos e internos (por ejemplo, endocrinos, de imagen corporal, de valores, ambientales, etcétera) que dificultan su interacción familiar, escolar y social. El adolescente es muy sensible a la cultura, su desarrollo depende en gran medida de las normas que rigen su sociedad.

El adolescente se siente afectado por las realidades del mundo. Sin embargo, el adolescente sabe que pronto será “lanzado” al mundo para vivir a su manera. Ha esperado y deseado llegar a tener la libertad y la independencia del adulto: Por otra parte, obtenerla le produce temor y ansiedad. Algunos están preparados para hacer frente al mundo.

Tomar decisiones propias, experimentar con la experiencia. Otros pueden llegar a deprimirse ante todos estos cambios, sentir ansiedad y temer lo que les depara el futuro.

Una forma de conocer la adolescencia, partiendo de los principios de la Gestalt, es tomando la percepción que él tiene de sí mismo y la que de él tiene los demás, especialmente de los adultos.

Lo que en términos de Watzlawick, equivaldría a decir: ¿Hasta qué punto es real la realidad? O, citado a Jean Paul Vigier: “Los físicos continuarán haciendo mejores y

mejores modelos del universo y ninguno de ellos será jamás el universo". Korzybkiano corresponde a que "el mapa no es territorio" John Kents: "Nada llega a ser real hasta se ha vivido. Incluso un proverbio no llega a ser proverbio hasta que la vida te lo ilustra". Aquí reside la riqueza de la experiencia (Grupos de encuentro en terapia Gestalt: de la "Silla Vacía" al círculo gestáltico Herber, 1997).

El adolescente se plantea a menudo algunos interrogatorios como: ¿Quién soy? ¿Qué soy? Sin embargo no encuentra ninguna respuesta.

La percepción que tiene uno de sí mismo y la percepción que de uno tiene los demás influyen favorable o desfavorablemente en nuestras emociones. Nuestra experiencia perceptible del mundo es selectiva; dicho en términos gestálticos, si tomamos una configuración cualquiera lo que para uno sería figura para otro sería fondo, lo que queda demostrado con el ejemplo siguiente de los números y letras. Si tomamos la línea horizontal de esta figura vemos la serie de números 12,13 y 14 y si centramos la vista en la línea de letras leemos A, B y C. Posiblemente un matemático vea antes los números y un lingüístico las letras.

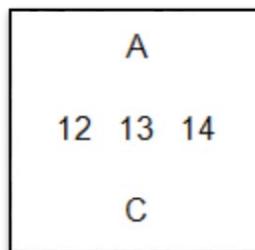


Figura 1. Percepción de serie de número y letras (figura fondo).

(Grupos de encuentro en terapia Gestalt: de la "silla vacía" al círculo gestáltico Herber, 1997).

La forma de percibir a los otros evoluciona, cómo evoluciona la percepción de las figuras geométricas en las distintas etapas del desarrollo, según los estudios realizados por (Jean Piaget, 1961), en su obra *Los mecanismos perceptivos*. Los niños pequeños perciben y describen en forma muy diferente que cuando llegan a la

adolescencia, “ven” los rasgos externos y no los psicológicos de las otras personas que les rodean.

En cuanto se refiere a la percepción de los padres o alguna otra persona significativa de su entorno, el niño las percibe como figura idealizada, más tarde en la adolescencia idealizara o sublimará a otros adultos y no a los padres, como actores o actrices, profesores, deportistas, etc. Lo mismo que el adolescente tiene que despedirse de las figuras parentales idealizadas para retomar otras, tiene que conseguir la despedida de su cuerpo de niño para tomar identidad con su nuevo cuerpo de adolescente.

El adolescente percibe en general al adulto como una figura dominante y autoritaria, a la que de alguna forma manifiesta su rebeldía, aunque tiene sentimientos y conductas polarizadas hacia ellos: de un lado desea independizarse de ellos y de otro lado busca de ellos seguridad.

Las profecías autorrealizadoras hacen que los adultos perciban hostilidad en los adolescentes y a su vez estos se vuelvan hostiles al comportamiento hostil de los adultos. La excesiva percepción de señales hostiles en los otros puede conducir a una persona a la paranoia. Si el adolescente es incapaz de sacar hacia afuera su hostilidad la volcara hacia sí mismo, sirviéndose de medios de *autodestrucción* como son la droga y el alcohol. Con estas conductas no deseadas lograra su objetivo: castigar al adulto que considera la causa de su hostilidad. Este es el mecanismo que se conoce en terapia gestalt como *retroreflectar*; hacerse a sí mismo lo que se desearía hacer a los otros.

(Bateson, Haley y Weakland, 1956-1965) se ha referido a las introyecciones en los mensajes conocidos de <<dobles ataduras>>; estos mensajes son un factor importante en la etiología de la esquizofrenia. Mensajes mixtos (incongruencia entre el mensaje verbal y no verbal corporal) que emite, en general, la madre, y son introyectados por el niño.

El adolescente tiene que luchar contra muchas introyecciones adquiridas en la infancia; introyecciones culturales, educadoras y familiares. Tiene que discriminar y determinar que introyecciones desecha y de cuales se apropia.

El adolescente establece un contacto *confluyente* con otros adolescentes al formar pandillas o tribús, se funde con su propio grupo de edad, siguiendo el principio de que la “unión hace la fuerza”. Al mismo tiempo el adolescente *deflecta* el contacto con las figuras parentales, *contacto* que tenía con ellos en la infancia.

Cuando se hace psicoterapia con adolescente estos pueden deflectar lo que dice el terapeuta o pueda confluir plenamente con él, estando siempre de acuerdo con él. Las dos formas de comunicación son tóxicas en el encuentro, frenan la evolución de la psicoterapia.

Si se da una de estas resistencias o ambas en el contexto terapéutico, puede ser vencida a la manera gestáltica no luchando contra ellas, si no aliándose con ellas.

En general el adolescente percibe un mundo hostil implantado por las normas y valores culturales impuestos por los adultos, mundo en el que predomina la agresión negativa (también existe la agresión positiva, *Creative aggression*, de Bach y Goldberg).

La adolescencia es una etapa de gran autenticidad en la que la persona adolescente se siente oprimida (*underdog*) por un opresor (*top-dog*) que es el adulto y por el mundo de obligaciones que este le impuso.

## 2.2 Ciclo de la experiencia Gestalt

En Gestalt es indispensable trabajar con una metodología en base al ciclo de la experiencia como el que se describe a continuación:



Figura 2

(Gestalt de Persona a Persona, Dr. Héctor Salama Penhos 2da Edición).

En donde, mediante Estrategias Terapéuticas Especifica se localizan los bloqueos o Resistencias.

A continuación se describen las fases de energía interrumpida y fluya libremente.

**REPOSO:** Representa el equilibrio y punto de inicio de una nueva experiencia. Tiene el mismo valor la necesidad fisiológica como la psicológica, por lo que el inicio de esta fase está conectada a la necesidad emergente, sea cual fuere.

**SENSACIÓN:** Determina la identificación en la Zona Interna al sentir físicamente una tensión de algo que aún no se conoce.

**FORMACIÓN DE LA FIGURA:** En esta fase el organismo ha diferenciado lo que le pertenece y necesita satisfacer. Se concientiza la sensación. Se establece el contacto con la Zona de la Fantasía o Intermedia.

**ENERGETIZACIÓN:** En esta fase se reúne la energía indispensable para llevarla a cabo lo que la necesidad demanda. Se potencia la energía hacia la acción.

**ACCIÓN:** En esta etapa ocurre el paso a la parte activa movilizandando la energía del organismo hacia el objeto relacional. Se actúa ya en la Zona Externa.

**PRE-CONTACTO:** Es cuando se identifica el objeto relacional para contactar. El organismo localiza la fuente de satisfacción y se dirige hacia ella.

**CONTACTO:** En esta fase se establece el contacto pleno con el satisfactor y se experimenta la unión con el mismo. El organismo experimenta placer ante la necesidad que está satisfaciendo.

**POST-CONTACTO:** En esta etapa da comienzo la des-energización hacia el reposo junto con los procesos de asimilación y de alienación de la experiencia, todo esto dentro del continuo de conciencia.

Al ciclo de la experiencia gestalt se le ha dividido en dos hemisiclos:

A- **PARTE SUPERIOR PASIVA:** Se llama así debido a que no hay acción del organismo hacia la parte externa; solo se conecta con la zona interna.

B- **PARTE INFERIOR ACTIVA:** La energía orgásmica se pone en acción con su campo dentro de un contexto único e irrepetible, es decir se relaciona con la zona externa.

Cuando el Ciclo de la Experiencia se auto-interrumpe cuando se produce un “asunto inconcluso”. Entonces se acumula en el organismo la tensión que produce la Gestalt incompleta o inconclusa. En la auto-interrupción algunas partes del cuerpo no se utilizan en su totalidad. Puede ser que un brazo y un puño hayan sido frenados para no golpear, una mandíbula no haya sido capaz de triturar, lágrimas a flor de piel no hayan logrado brotar, los pulmones se bloquean para no gritar, a la tripa no se le permite retorcerse de risa, y a la pelvis desplazarse. En todas estas situaciones el cliente auto-interrumpe el ciclo de la experiencia desviando la conducta y anulando las funciones de una parte de su cuerpo.

## 2.2.1 Bloqueos en el Ciclo de la Experiencia

El paciente que acude a tratamiento lo hace porque se encuentra ante un desafío en su momento presente al que cree que no puede superar por sí solo.

Cuando esto ocurre el terapeuta tomara en cuenta la manera en como manejo su energía libre <<Áreas de conflicto>> y en donde estará la energía bloqueada.

Llamamos bloqueos a las auto-interrupciones de la energía que la persona presenta. Los bloqueos sirven para evitar el contacto con el satisfactor y el cierre de su experiencia de acuerdo a los esquemas neuróticos adquiridos desde su infancia o adolescencia.

A continuación se definen cada uno de los procesos de auto-interrupción de la energía y su localización dentro del ciclo como se puede ver en la figura 2.

En la gestalt se toman en cuenta ocho bloqueos correspondientes a las ocho fases del ciclo y son los siguientes: 1.- Desensibilización, 2.- Proyección, 3.- introyección, 4.- retroflexión, 5.- deflexión, 6.- confluencia, 7.- fijación y 8.- retención.

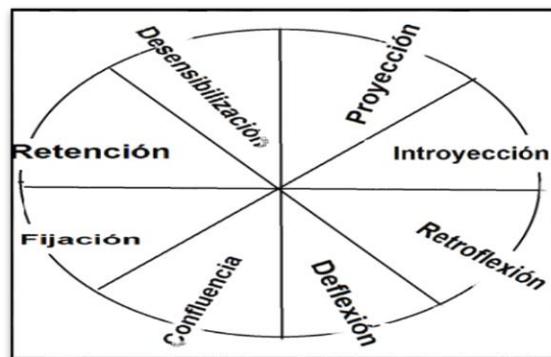


Figura 3

Gestalt de Persona a Persona, Dr. Héctor Salamá Penhos 2da Edición.

### *RETENCIÓN:*

Se halla localizado dentro de la fase de reposo. Sirve para impedir la continuidad natural de cada momento evitando el proceso de asimilación-alineación de la experiencia e impidiendo el reposo.

### *DESENSIBILIZACIÓN:*

Es la negación del contacto sensorial entre el organismo y la necesidad emergente. Se localiza en la fase de sensación.

### *PROYECCIÓN:*

Se ubica de la fase de formación de la figura. Este bloqueo, consiste en atribuir a algo externo lo que le pertenece a sí mismo, negándolo en él.

### *INTROYECCIÓN:*

Implica la incorporación de actitudes, ideas o creencias que no fueron asimiladas por el organismo y son distónicas con el Yo. Se encuentra en la fase de movilización de la energía.

### *RETROFLEXIÓN :*

La persona se hace a si misma lo que le gustaría hacerle a los demás, quienes generalmente son personas significativas. Se localiza dentro de la fase de acción. (Latner, 1994 citado por Ginger, 1998) a conceptualizo la variante de proflexión y consiste en hacerles a los demás lo que le gustaría que le hicieran a él.

### *DEFLEXIÓN:*

Este bloqueo se halla dentro de la fase de pre-contacto. El organismo evita enfrentar al objeto relacional dirigiéndote su energía a objetos alternativos y no significativos.

### *CONFLUENCIA:*

El sujeto no distingue límite alguno entre sí mismo y el medio. Confunde sus fronteras de contacto con las del ambiente que lo rodea. Está ubicado dentro de la fase que corresponde al contacto.

### *FIJACIÓN:*

Consiste en la necesidad de no retirarse del contacto establecido, lo que lo lleva a rigidizar sus patrones de conducta. Se encuentra dentro de la fase del post-contacto.

Según (Bucay, 2007) hay al menos diez factores que intervienen a la hora de elaborar el duelo, haciendo más difícil o más fácil el proceso. La calidad de la relación con el difunto, el tipo de vínculo (cercano o distante. Asuntos que hubieran quedado pendientes en la relación).

- 1.- Forma de muerte (por enfermedad terminal, por accidente; de forma previsible o de forma súbita).
- 2.- Personalidad del deudo (historia, temperamento, relaciones conflictivas)
- 3.- Participación en el cuidado de la persona que se fue (si hubo oportunidad de estar cerca y ofrecerle ayuda).
- 4.- Disponibilidad o no de apoyo social o familiar (si la red social responde o no a la pérdida).
- 5.- Problemas concomitantes (dificultades económicas, enfermedad de otro miembro de la familia, secretos familiares que se descubren con la pérdida).
- 6.- Pautas culturales del entorno (aceptación o no del proceso de duelo).
- 7.- Edad del deudo (si la persona que murió era muy joven o muy anciana).

8.- Pérdidas múltiples (perder a varias personas queridas al mismo tiempo) o acumuladas (cuando parece que la muerte ronda por la familia, varias muertes con poco tiempo de distancia una de otra).

9.- Posibilidad de contar con apoyo u obtener ayuda profesional (en ocasiones por razones geográficas, ideológicas, económicas o culturales no se busca ayuda).

Otro elemento que hay que tomar en cuenta, porque exagera todo lo anterior y del que no habla Bucay en la clasificación presentada, es la muerte por suicidio.

Las familias donde ocurre un suicidio quedan siempre con una serie de preguntas sin respuesta, y aunque algunas de ellas pudieran responderse, queda también el estigma social, el miedo de que esto vuelva a ocurrir en otro de los integrantes del grupo familiar, la culpa que atormenta por no haber percibido de forma anticipada el deseo del suicida y la imposibilidad de entender con toda claridad las razones que llevaron a esa persona a tomar la decisión de quitarse la vida (Eguiluz, 1995).

Cuando se trata de un duelo por suicidio hay que entender que el proceso, por las razones antes expuestas, es mucho más largo y doloroso.

El suicidio lleva un estigma social lo que provoca que la familia se cierre y en muchos casos se busque ocultar el suceso, como una forma de protegerse (Walsh y Mc Goldrick, 1991). En ocasiones se ha encontrado que el suicidio de un miembro de la familia, a pesar de ser un secreto familiar (Imber-Black, 2006), perdura en las mentes y en las conciencias de los integrantes del grupo, así como el temor de que este grave acontecimiento vuelva a repetirse.

Como señala (Neimeyer, 2002), "El dolor que provoca este tipo de pérdidas puede verse agravado, por la incomprensión, el sentimiento de culpa o la simple falta de atención de las personas pertenecientes al entorno social del afectado".

El dolor por la pérdida es parte de la vida.

Es imposible vivir sin experimentar dolor. La vida y el dolor son una dualidad, como tantas otras, donde no puede existir una sin la otra. Vivir significa también estar sometidos a un constante cambio y el cambio implica pérdida y duelo, dejamos algo que nos era familiar para aceptar otro algo desconocido. Dejamos la tranquilidad de la niñez, para asumir con cierto temor la adolescencia y posteriormente la juventud y la adultez.

Cada etapa representa un reto y con ello el asumir nuevas responsabilidades, dejar las cosas fáciles por ser ya conocidas, para transcurrir por campos nuevos que implican aprender cosas diferentes. De esta manera a lo largo de la vida vamos perdiendo y ganando, ganamos al crecer y aprender, pero también poco a poco vamos perdiendo la vida, somos alguien que está dejando de ser. Esta es la paradoja a la que tenemos que enfrentarnos todos los días.

Según (Viktor Frankl, 1990) el vivir duele, pero hay una gran diferencia entre dolor y sufrimiento. El dolor generalmente se refiere al dolor físico, al dolor del cuerpo cuando éste se encuentra enfermo. Hay un segundo tipo de dolor, el psicoafectivo, éste tiene que ver con las circunstancias de la vida, con el enojo y la frustración, con el miedo y con la culpa, todos estos sentimientos nos producen dolor, muchas personas pueden incluso localizarlo en alguna parte del cuerpo. Un tercer tipo de dolor es el dolor espiritual al que se le conoce como sufrimiento, es un dolor mezclado con sentimiento, es mucho más abarcativo, más avasallador y mucho más profundo y duradero. La familia que ha perdido a alguien por suicidio, o la persona que está viviendo el proceso suicida, pueden presentar estos tres tipos de dolor, la persona puede manifestar dolor físico en el pecho (sentir una gran opresión) o puede desarrollar un problema físico (hipertensión, diabetes, gastritis, depresión), lo que la conduce hacia el círculo negativo donde lo físico espiritual y cognitivo se retroalimentan.

Estamos acostumbrados a aliviar el más pequeño dolor físico cuando se presenta, nadie quiere padecer una incomodidad y menos sufrir por algo, si este algo se puede

evitar. La educación familiar y los medios, nos incitan constantemente a huir del dolor, aprendemos a no padecer y buscamos algún paliativo o hacemos lo que sea necesario para no sufrir.

Pero nadie nos ha enseñado que al establecer un contacto cercano con la pena, el dolor, el sufrimiento y la muerte, podemos aprender a valorar la vida, porque precisamente lo que le da sentido a la vida es la muerte, el saber que somos seres finitos, y que cada día que transcurre, estamos cada vez más cerca de la muerte.

Conuerdo con (Castro, 2007) quien dice que “si una persona no es capaz de tocar el dolor y el sufrimiento, nunca podrá experimentar la felicidad, ya que jamás tendrá un punto de comparación” y yo añadiría, que quien no es capaz de soportar la oscuridad y el horror de la noche oscura, no podrá disfrutar plenamente de un día de sol.

No es adecuado educar a nuestros hijos evitándoles cualquier tipo de dolor, tampoco se trata de hacerlos sufrir inútilmente, pero en la práctica clínica se encontró con padres que tratan de evitarle a sus hijos cualquier tipo de pena y malestar, no quieren llevarlos a un sepelio “para que no nos vean llorar y para que no sufran”, el suicidio de alguien cercano se vuelve “un secreto familiar”, no le informan al niño de la muerte de su mascota para “no impresionarlos”, como si ocultando la presencia de la muerte, ésta se pudiera evitar.

## **2.2.2 La terapia para personas por intento suicida**

Por lo general la persona que hace un intento de suicidio, ha estado sufriendo durante un tiempo, que puede ser largo o corto plazo, sin encontrar una manera de resolver el problema o de salir del obscuro lugar donde se encuentra.

Las estadísticas demuestran que quien ha hecho un intento tiene muchas más posibilidades de llegar al suicidio que aquel que solamente lo ha pensado.

También se sabe que entre más tiempo pase una persona pensando y planeando su muerte, más cerca se encuentra de cometer suicidio (Mondragón, Borges & Gutiérrez, 2001; Martínez, 2007).

Si consideramos además, que para llegar al suicidio por lo general, se pasa por una serie de etapas, que se inician con la idea de matarse, de desaparecer (que es un intento de escapar de situaciones sumamente conflictivas), posteriormente se pasa a la planeación, es decir la persona piensa cómo, cuándo, dónde y con qué se va a quitar la vida (Eguiluz, 2003).

Algunos hacen uno o varios intentos, que puede llevar la intención de conmocionar al sistema familiar para que las cosas cambien.

Pero, como sucede en muchos casos, si el intento no tiene ningún efecto y nada cambia después de la crisis, se pasa más tarde o más temprano a intentarlo de nuevo o al suicidio consumado. (O'Hanlon, 2005) dice que las crisis son "acontecimientos que quebrantan, paralizan y afectan nuestra vida y la percepción de nosotros mismos, hasta el punto de que perdemos la capacidad de seguir adelante".

El mismo autor señala, que existen dos tipos de crisis: a) crisis casuales y exteriores, de las que no somos responsables y b) crisis internas, que nosotros mismos generamos.

Algunas de estas crisis tienen un referente claro, aunque habrá otras que no, algunos ejemplos son:

- Un problema grave en la escuela, como el ser agredido y molestado constantemente por algunos compañeros, reprobado un curso.
- Un deterioro radical en la relación de pareja, infidelidad, desaparición del afecto, muerte de un ser querido, el uso reiterado de la violencia en la vida familiar.
- Una pérdida en las condiciones laborales, un despido, una quiebra económica en la familia.
- Una enfermedad grave que repercute en la capacidad de trabajo, en las relaciones sociales y sexuales y que incapacite para realizar la vida cotidiana.

Las crisis son parte de la vida y nos ayudan a tomar conciencia de algo que no funciona, nos permiten entender que el estilo de vida que estamos llevando ya ha llegado a su fin, en pocas palabras las crisis nos empujan a actuar, son en sí mismas una oportunidad para el cambio.

Cuando una persona está sufriendo por algo que ocurre, se siente atrapada en algunas circunstancias del pasado o del presente, no encuentra la forma de cambiar lo que está ocurriendo, ha perdido la esperanza de que el futuro puede ser distinto y no tiene fuerzas ni interés en seguir luchando, porque considera que haga lo que haga no conseguirá que las cosas sean diferentes y menos que mejoren. A veces la persona pide ayuda, le cuenta a alguien de la familia cómo se siente y qué piensa y casi de manera automática esa persona es reprimida y amonestada por decir lo que dice y pensar lo que piensa.

En otras ocasiones no lo comenta o precisamente por haberlo comentado, no lo vuelve a mencionar, pero puede presentar una serie de comportamientos, como cambios de carácter, aislamiento, cambio en los patrones de sueño y vigilia, consumo de alcohol, o algún tipo de fármaco, ausentarse de las actividades que

antes practicaba, regalar sus objetos apreciados, escribir cartas de despedida o poemas sobre la muerte, etc. Para una mirada entrenada, estas conductas serían preocupantes, pero en la mayor parte de los casos, desafortunadamente, pasan inadvertidas, ya sea porque el observador no sepa el significado de aquellas o porque ante la evidencia se cierran los ojos para no ver algo que nos duele profundamente.

Expongo a continuación algunas de estas estrategias que tendrán que adecuarse para cada caso en particular y no para ser repetidas sin los ajustes necesarios:

1.- Encontrar y utilizar modelos de solución. Indudablemente la queja, es decir lo malo que le ocurre no ha estado presente todo el tiempo, ni en todas las épocas de su vida. La idea entonces, es buscar en la historia del cliente y con su ayuda, algunas soluciones que le han funcionado en otro momento o que le han permitido reducir la gravedad del problema. Es una fórmula bastante sencilla, pero a pesar de esto es poco usada, porque muchas veces hacemos lo que decía Paul (Watzlawick, 2000), vemos que la medicina que estamos dando no reduce el malestar y en vez de cuestionar si el remedio es adecuado, lo que hacemos es “dar más de lo mismo”. Y la recomendación que propone (O’Hanlon, 2003), es sencilla “cuando lo que hacemos no funciona, hagamos otra cosa”. No se trata de que el terapeuta ofrezca soluciones al cliente, sino de ayudar a que éste encuentre la respuesta adecuada al problema. Pero uno se preguntaría ¿cómo va a hacerlo, si ha estado sufriendo durante un tiempo tratando de cambiar las cosas y no lo ha logrado?

La herramienta más efectiva con la que contamos los terapeutas es el cuestionamiento, podría decir metafóricamente, que la pregunta es como una lámpara muy potente con la cual alumbramos el camino para que el cliente encuentre la respuesta. Entonces algunas preguntas podrían ser ¿qué estaba ocurriendo cuando no se presentó el problema a pesar de que lo veías venir?, ¿antes, cuando vivías sin problemas que tipo de vida familiar llevabas? Nótese que lo que estamos buscando serían, como señalan (White y Epston, 2003) “las excepciones a la norma”;

¿cuándo fue que llegaste tarde a casa y tu padre no se enojó como pensaste ocurriría?, aquí habría que buscar que fue lo que él o ella hizo para que no sucediera el enojo, el regaño o el castigo del padre. Quizá se dé cuenta que lo que generó el cambio fue que avisó que llegaría tarde o que ese día había colaborado más que otros en las tareas de la casa.

El enfoque centrado en las soluciones, decía (Steve D'Shazer, 1985), no intenta averiguar con todo detalle en qué consiste el problema, sino en encontrar con el cliente algo que pueda aliviarlo. Cuando durante la entrevista con el joven que está pensando en el suicidio o que ya hizo un intento escuchamos algunos de los problemas por los que ha venido a terapia, éstos pueden parecernos mínimos para la drástica solución que él ha encontrado (el suicidio). Sin embargo, en ese momento para el joven son de tal envergadura y de tan larga data que no puede seguir adelante, ni tampoco se siente capaz de resolverlos. Lo importante en este caso es incitarlo a hacer algo, motivarlo para que intente algo diferente, cualquier cosa, por pequeña que parezca puede resultar muy útil para esos momentos de "parálisis" o de falta de claridad que "no le permiten ver una luz al final del túnel".

2.- Ayudar al cliente a cambiar la forma de ver los problemas, creando junto con él historias alternativas. (William O'Hanlon, 2005) dice que no hay nada más peligroso como una idea cuando ésta es la única que se tiene, y es cierto, porque la mayor parte de las ideas por las que sufre la gente son cosas que no han ocurrido o quizá nunca van a ocurrir. De modo que uno de los objetivos de la terapia habría de ser la búsqueda, junto con el cliente, de interpretaciones menos dolorosas de la realidad.

De manera que habría que rebatir ideas demostrando a través de preguntas que son incorrectas, ¿todas las veces tus padres te critican y castigan sin motivo o habrá algunas ocasiones en que sí tengan razón? Es necesario ayudar al joven a desarrollar ideas alternativas. En ocasiones conviene preguntar: Si lo que piensas fuera verdadero ¿se pueden modificar las cosas? ¿Qué podrías tú hacer para

conseguir que las cosas cambiaran? ¿Te resulta útil pensar de esta manera? ¿Qué te proporcionan estas creencias, qué ganancias obtienes?

Es importante recordar que por más completa en detalles que sea la narración de lo ocurrido, siempre la experiencia de lo vivido es mucho más rica. De modo que fácilmente se pueden encontrar aspectos significativos y vitales de la propia experiencia del cliente que contradigan esas narraciones. Como dirían (White y Epston, 1993), a través de las preguntas encontramos acontecimientos extraordinarios que rompen la regla, es decir la narración dominante, podemos ir construyendo conjuntamente una nueva historia, “una historia alternativa”. Es indudable que el problema influye sobre la persona, pero también es cierto que la persona ejerce una influencia sobre el problema.

Con el tiempo todos los grupos sociales y en especial las familias, se organizan de acuerdo a ciertas atribuciones de significado sostenidas en sus formas de comunicarse, por lo que el terapeuta que busca ser eficaz, debe estar atento a las formas de comunicación, a lo que los miembros del grupo dicen y en la forma en que entienden (interpretan) lo que otros dicen. (Karl Tomm, 1987) señala que cuando los miembros de una familia piensan que una persona “tiene” una cierta característica o un problema determinado, están ejerciendo un poder sobre él al “representar” este conocimiento respecto a esa persona.

3.- Ejecución de ejercicios o tareas para practicar en casa. Los ejercicios tienen la función de mejorar el estado de ánimo, favorecen la aparición de sentimientos positivos, mejoran la calidad de vida del cliente y si esto es así, el cliente podrá notar que también se van dando cambios positivos en su relación con los otros.

4.- Utilizar estrategias de la Psicología Positiva. Las siguientes estrategias son recomendadas para cualquier persona que asiste a terapia buscando mejorar su vida, pero algunas de las estrategias tales como: Afrontando mi propia muerte, carta de renuncias, carta a los tres reyes magos, el espejo, la silla vacía, FODA como me

ven, como me veo y como soy , la silueta, resiliencia y duelo y por ultimo como despejar mi camino, se han empleado con éxito para trabajar con personas que han sufrido crisis graves, que piensan que su vida no tiene sentido y que se encuentran inmersas en el “círculo negativo” del cual no han logrado salir solas.

(Seligman, 2003) uno de los representantes de la Psicología Positiva, señala que el optimismo “radica en encontrar causas permanentes y universales para los sucesos positivos junto con causas transitorias y específicas para los adversos”. Lo cual puede ser una buena receta para mejorar el sentido de la vida. El autor encontró que las personas que piensan de forma esperanzadora se recuperan más rápido de los problemas y una vez que logran algo positivo, tienden a continuar en esa actitud con mayor facilidad. Pero pareciera ser que el tener un pensamiento positivo es una cuestión biológica, algo con lo que se nace, lo cual no podría ser motivo de control ni existiría la posibilidad de mejorarse. Sin embargo, investigaciones recientes realizadas por (Lyubomirski, 2008) quien pertenece al grupo de Psicología Positiva, informan que en la felicidad hay un valor de referencia o un potencial para ser feliz que corresponde al 50% con el cual nacemos y está determinado genéticamente, pero hay otro 40% que depende de nuestra actividad deliberada y está en función de lo que hacemos y pensamos; y solamente un 10% corresponde a las circunstancias externas en las que cada uno vive. Esto es un descubrimiento maravilloso que demuestra que se puede incrementar el bienestar, y lo mejor de todo es que actualmente están identificados los factores que determinan la felicidad de modo que éstos pueden aprenderse si no se tienen, o incrementarse si ya existen, pero están a la baja. Dice (Lyubomirsky, 2008) autora de estas investigaciones que al “aceptar que las circunstancias de la vida no son la clave de la felicidad nos proporciona mucho poder para buscar la felicidad por nosotros mismos”.

### **2.2.3 Terapias y Tratamiento para mujer Parasuicida**

Todas las personas con ideación suicida (ideas de muerte) o que han intentado suicidarse, deben recibir atención urgente. Dicha atención será clasificada en tres tipos:

- La atención en crisis cuando la persona no lo ha intentado
- Urgente llamada también post intento, la cual será aplicada cuando la persona ha intentado por primera vez el acto suicida
- Y la atención que el parasuicida deberá recibir por un período más largo de tiempo.

La prevención de nuevos intentos. En el segundo caso la persona y la familia reciben la atención psicológica necesaria para evitar un nuevo intento.

La persona que amenaza con el suicidio se encuentra inmersa en una crisis inmediata por lo que necesita tener la esperanza de que ésta pueda resolverse. Probablemente, lo más conveniente es buscar ayuda psicológica especializada.

Uno de los objetivos del tratamiento en pacientes con ideas suicidas, es evitar un intento provocado por la desesperación debida a los síntomas mal controlados. El tratamiento del suicidio debe ser preventivo (Ladame, 1981).

Como primera medida se debe hospitalizar a una persona siempre que presente riesgos de suicidarse. La hospitalización también dependerá de:

- El diagnóstico (personas con mayor riesgo).
- La gravedad que presente el cuadro.
- La ideación suicida.
- La capacidad de salir adelante que tenga la persona.
- El apoyo social con el que cuente (por ejemplo si vive solo y no hay nadie que se ocupe de él, corre mayor riesgo).
- Otros factores de riesgo (Farberow y Shneidman, 1969).

Según diversos autores, no sólo la hospitalización es parte del tratamiento, sino que el paciente puede requerir atención ambulatoria. Esta implica que el profesional esté disponible el tiempo que sea necesario, Además de recibir medicamentos recetados por un psiquiatra en casos especiales como los diferentes tipos de depresión.

El estímulo común en casos de suicidio es un insoportable dolor psicológico. La principal regla de atención será reducir el nivel de ansiedad y sufrimiento. Durante el proceso terapéutico es importante determinar cuál es la pérdida, el impacto de la misma y la significación que tiene para la persona.

Es importante determinar el origen del enojo que la persona maneja para canalizarlo hacia allí para evitar la autoagresión. Si se encauza adecuadamente la cólera es menos probable que ocurra el acto suicida.

Es un hecho que no hay una terapia específica, se debe utilizar todo tipo de estrategias terapéuticas, proponer otras alternativas de solución a los problemas que le sobre pasan alentando a la persona a realizar una lluvia de ideas.

Se puede además, dar tareas a la persona puede servir para ganar tiempo mientras se encuentran mejores soluciones. Las personas no cometerán suicidio si tienen asuntos pendientes.

Por último mantenernos en contacto con la persona y crear redes de apoyo con familiares y personas que puedan cuidarle y darle sostén durante todo el proceso.

Después de un intento de suicidio es importante que el terapeuta preste atención a cualquier conducta que pueda significar un nuevo intento. Por parte del terapeuta es necesario saber que este tipo de pacientes necesita sentir y recibir aceptación por parte del terapeuta y de su familia, para disminuir la ambivalencia y la vergüenza de pedir la ayuda que necesita.

Es importante contribuir a que exprese sus sentimientos actuales y poder definir sus problemas en el aquí y el ahora. El paciente debe estar en constante evaluación para tener un claro conocimiento de la crisis suicida y el terapeuta deberá evaluar el grado de riesgo inmediato de poder cometerlo.

Farberow agrega: “es necesario explorar con el paciente todas las alternativas posibles. Ayudarle, cuando se sienta en riesgo, a elegir la alternativa más apropiada e idear un plan de acción que prevenga una acción inmediata” (Farberow y Shneidman, 1969).

El terapeuta con ayuda de la familia puede contribuir ayudándole a distraerse con las cosas que más le interesan, enfatizar (sé que lo estás pasando mal, pero esto pasará). Usar el contacto físico, que se sienta querido y hablarle de cosas agradables pasadas o por venir.

Valorar su persona y la importancia que tiene en su vida, lo importante y necesaria que es para los demás.

Hacer actividades agradables, deportes y entretenimientos, ayudando y contagiándole entusiasmo, hasta que poco a poco el mismo lo vaya recuperando, fijando objetivos a corto plazo, hacer proyectos, llegar a acuerdos.

El profesional debe intervenir siempre que prevea un riesgo, expresando preocupación y confianza en sus fuerzas y en el tratamiento, recordando al parasuicida las cosas que ha ido superando en la vida para que reconozca sus valores para hacerle sentir útil y valioso, demostrárselo y reforzarlo.

Si hay que mantener vigilancia, hablará de ella como un apoyo que se le brinda, para evitar que lo sienta como algo negativo, sino algo que proviene de nuestro cariño y preocupación por él o ella (Farberow y Shneidman, 1969).

#### **2.2.4 Evaluación Clínica en Gestalt en el Suicidio Adolescente**

La evaluación clínica en gestalt persigue un conocimiento de las personas centrándose directamente en ellas. Un conjunto, de recursos de evaluación, son principalmente, las entrevistas, las observaciones y las estrategias desempeñadas en la Terapia psicológica gestáltica (T.P.G. Héctor Salamá Penhos, 1990).

La noción acerca de que la evaluación clínica se centra directamente en los individuos por medio de la referencia a ciertas fuentes de datos solo proporciona al terapeuta una clase de guía muy general de conceptos y procedimientos.

Los detalles acerca del contenido de información que se persigue Gestalt y los medios que se emplean para obtener dicha información pueden variar enormemente.

Las preguntas de evaluación que son potencialmente interesantes también pueden tocar varios niveles interrelacionados y van desde el funcionamiento fisiológico hasta las relaciones con la familia y otros sistemas sociales.

La evaluación del pensamiento o conducta suicida de los niños y adolescentes es una parte esencial del proceso de tratamiento y persigue las mismas metas generales que en la evaluación de adultos (Freemann, Reinecke, & Aldekoa, 1995). En la evaluación inicial es posible estimar un riesgo que permita tomar acciones preventivas, e iniciar un enganche terapéutico para una intervención en crisis (Sánchez y Cols, 2001).

La evaluación de la conducta e ideación suicida se realiza mediante entrevistas clínicas, historial familiar y personal, los informes de los padres, profesores, amigos, y la información obtenida mediante escalas objetivas, como el cuestionario de riesgo suicida (RSQ) (Robles y Cols, 2005).

Los aspectos que deben ser evaluados incluyen los siguientes puntos:

El grado de intento de suicidio, los estresores que pueden aumentar la ideación, riesgo o probabilidad de suicidio, la concepción del individuo sobre la muerte o el morir; historia familiar de suicidios; nivel de impulsividad, potencial de actuación o control de impulsos; intentos previos; destrezas, recursos y problemas de manejo del individuo; riesgo de acciones suicidas; actitudes de los otros significativos hacia el suicidio, la muerte o el morir y actitudes de los otros significados para solicitar o recibir ayuda externa (Freeman, Reinecke & Aldekoo, 1995)

Para evaluar los estudios de caso se lleva a cabo con sujetos clínicamente deprimidos, que son evaluados individualmente mediante una gama amplia de instrumentos (algunos como los auto registros o la observación natural, características de la terapia individual, con el fin de lograr una mejoría clínicamente significativa y el mantenimiento de las ganancias (Caballo & Simón, 2001).

Una de las principales áreas de diferencia entre la evaluación de los niños y los adultos, es la disponibilidad de datos sobre los resultados académicos, los registros o comentarios anecdóticos del profesor y la información que puede obtenerse del familiar, de la religión. Como los niños viven en el entorno familiar la conducta mostrada en casa también puede evaluarse (Freemann, Reinecke & Aldekoo, 1995). Además la evaluación de la motivación para el intento de suicidio incluye:

- Sucesos que predijeron al intento
- Grado de intención suicida: Antes o durante, y después del intento, la explicación del individuo sobre el hecho y trastorno psiquiátrico diagnosticado.

“Cualquier intento de suicidio debe considerarse seriamente. Dado que algunas personas que intentan el suicidio no se hallan bajo asistencia médica y tienen demasiado miedo a pedir este tipo de ayuda es necesario que la familia o las personas cercanas se preocupen y le ayuden a buscar ayuda. La mejor esperanza está en la prevención y detención de un nuevo intento” (Ladame, 1981)

Según Ladame hay 3 cosas importantes que el profesional debe realizar para prevenir un nuevo intento de suicidio:

1. Reducir la angustia del paciente.
2. Crear una fuente de apoyo real.
3. Ofrecerle otras alternativas al suicidio.

Tal como Sherr propone: “el terapeuta ha de procurar corregir las distorsiones cognitivas que pueden haber llevado la persona a la percepción de desesperanza, infundiéndole confianza en el éxito del proceso terapéutico y procurando reforzar su capacidad de encontrar opciones y alternativas al suicidio” (Sherr, 1999: 245).

Si la intención del acto suicida es vengarse se debe hacer junto a la persona el análisis de quién castiga a quién con dicho intento. Sin lugar a dudas, la persona a quien se pretende castigar seguirá viviendo, aunque con cierto grado de culpabilidad, mayor cuanto más cercano sea el vínculo afectivo que los unía. Sin embargo, el castigado con más severidad es quien lo intenta, pues en primera instancia puede perder la vida o afectar su salud.

Debe hacérseles saber que no es el único(a) que ha sufrido los fracasos amorosos, las frustraciones, los desengaños, la pérdida de seres queridos, en fin, los diversos problemas que ocurren, porque forman parte, precisamente, de eso que se llama vida y hay que vivir, aunque sean dolorosos. También existen otras formas de solucionar las cosas por muy difíciles que parezcan.

“Los familiares y la persona deben saber que debe darse a cada problema su justo valor. Ni sobrevalorarlo ni subvalorarlo, y es aconsejable ponerlo en conocimiento de otros no inmersos en él y que pueden tener una visión más realista del mismo. Para ello se puede utilizar el médico de la familia, el psicólogo, el psiquiatra, el sacerdote o pastor, un buen amigo” (Sherr, 1999).

La efectividad de la terapia psicológica gestáltica en el adolescente lleva como herramienta una estructura terapéutica dentro de un conjunto de instrumentos

psicométricos, mismos que fueron de gran utilidad para desempeñar un arduo trabajo dentro de las estrategias de intervención psicológica gestáltica.

Dicho la terapia y tratamiento de intervención psicológica en pacientes parasuicidas no solo ha generado una inmersa crisis emocional si no también un afrontamiento en busca de la homeostasis a partir de la búsqueda de recursos afectivos y significativos en el adolescente, se detectó que el adolescente propone alternativas de solución de problemas.

# Capítulo 3

## Estrategias de Intervención Gestáltica en Adolescente Parasuicida

## **Capítulo 3 Estrategias de Intervención Gestáltica en Adolescente Parasuicida**

### **3.1 Técnicas y Estrategias**

Dentro de las técnicas y estrategias de la terapia gestáltica podremos encontrar que nos permitirán abordar una psicoterapia de enfoque gestalt abordando a la persona y siendo considerada en sí misma como un sujeto independiente y plenamente responsable de sus actos, sin plantearse causas subyacentes.

Se hallaron que a través de las estrategias psicoterapéuticas se integran características tales como: percepción subjetiva, crecimiento de sí mismo, situar lugar de percepción, rechazo de enfermedad e intervención terapéutica.

- Percepción subjetiva: Se concede importancia a la percepción subjetiva del mundo o realidad como determinante fundamental de la conducta.
- Crecimiento de sí mismo: Cada persona posee de manera innata un potencial de crecimiento o desarrollo de sí mismo orientado hacia metas positivas como la armonía, el amor o la alegría.
- Situar lugar de percepción: Sólo podemos comprender a una persona cuando nos podemos situar en su lugar para percibir el mundo desde ella misma.
- Rechazo de enfermedad: Se rechaza el concepto de enfermedad mental y las clasificaciones de los trastornos mentales, asumiendo que toda conducta es normal cuando nos colocamos en el punto de vista de la persona afectada.

- Intervención terapéutica: se suele centrar en el aquí y ahora de la experiencia actual e inmediata, concediendo poca importancia a los antecedentes históricos y a las intervenciones directivas.

Dentro del Método terapéutico se cuenta con tres estrategias o técnicas fundamentales:

1. La empatía es la resonancia entre el terapeuta y las expresiones del paciente, la expresión de empatía por parte del terapeuta al paciente la recepción del paciente de la respuesta del terapeuta.
2. Consideración positiva incondicional el terapeuta brinda la oportunidad al paciente a expresar sus sentimientos para facilitar su autoaceptación conlleva un aprecio hacia los sentimientos y la persona del paciente con todas sus aparentes contradicciones e irracionalidades.
3. La congruencia; Se refiere a la autenticidad del terapeuta ante su paciente.

### **3.1.2 Estrategias de Intervención Gestáltica**

Al enfrentarse a un problema, se hará uso de habilidades generales y el conocimiento sobre el tema para tratar de resolverlo. De este modo, se pondrá en marcha una serie de estrategias para alcanzar la solución adecuada.

Las estrategias pueden definirse como “los procesos ejecutivos mediante los cuales se eligen, coordinan y aplican las habilidades” (Nisbet y Shucksmith, 1987). Mientras que las habilidades son más específicas, las estrategias actúan de forma global ante un determinado propósito, modificándose más fácilmente para adaptarse al contexto.

Las estrategias terapéuticas sirven como apoyo a la labor del terapeuta dentro del proceso de relación de persona a persona.

Se deben tomar en cuenta diferentes variables como por ejemplo: Número de sesiones, edad, cultura, sexo, conocimiento de los bloqueos de acuerdo a las cifras obtenidas en los test aplicados.

A lo largo de un proceso psicoterapéutico gestáltico, se pueden detectar: Resistencia, Autorregulación orgásmica, Capas o estratos de la neurosis,

#### 1. Resistencia:

Este concepto se deriva del psicoanálisis y la diferencia estriba en que en terapia Gestalt en vez de destruir la resistencia, nos aliamos a ella, ya que como señalaba Laura Perls. Si hay una resistencia al cambio es porque hay una necesidad de cambio. Esta polaridad se resuelve cuando utilizamos la energía contenida en los bloqueos para alcanzar la resolución de la necesidad imperante.

#### 2. Autorregulación orgásmica:

Implica el proceso natural que ocurre con el equipo homeostático.

3. Capas o estratos de la neurosis. Para vivir plenamente, señala Fritz, la persona neurótica necesita destruir las capas que ella misma se creó. Vamos a mencionar los dos aspectos de la personalidad que incluye: *Respecto a la forma de ser y Respecto al momento existencial*

- *Respecto a la forma de ser:*

**El lugar común o señales:** En esta capa podemos encontrar un ir y venir de clichés, en donde las palabras carecen de efectividad con el objeto de no proponer un contacto real.

**Representación de un papel o un como si:** Que es el comportarse en tal forma que el individuo no se compromete con su verdadero sentir.

- *Respecto al momento existencial:*

**Estrato fóbico o callejón sin salida:** Es donde se encuentran los roles polares de Opressor (Top Dog) y Oprimido (Under Dog). También están las resistencias a ser lo que se es realmente. Es un sentimiento de pánico de estar perdido y no saber qué hacer.

**Estrato del impasse o implosión:** Aquí el individuo presenta el miedo a la nada y a la muerte, contrayendo sus emociones.

**Explosión:** Ocurre cuando se soluciona la lucha entre las fuerzas polares de una emoción espontánea. Se distinguen cuatro tipos esenciales de explosión: Estallidos de ira, alegría, aflicción y orgasmo.

La terapia gestáltica hace uso de conceptos básicos tales como: contacto, figura fondo, holismo, self, perro de arriba y perro de abajo, vacío, zonas de relación. Mismos que fueron identificados en el proceso de intervención psicológica gestáltica en mujer parasuicida.

1. Contacto: En gestalt se le toma como un darse cuenta sensorial unido a una particular forma de conducta motriz. El límite o frontera de contacto, es aquello que encuadre entre la persona y su medio. De ambas personas que participan en el encuentro, sus diferencias y sus semejanzas, sin que una de ella necesite a la otra para ser diferente a como es.

La calidad del contacto corresponde a la reacción Yo- Tú; incluye el reconocimiento y la aceptación

2. **Figura- fondo:** Es todo aquello que es foco de atención y que ocupa un lugar predominante en su necesidad de resolución. El fondo es donde destaca la figura y cuanto más discriminado se halle está más fácil será resolver la necesidad. Cuando la figura y el fondo no son fuertes y la energía no puede expresarse adecuadamente se puede hablar de presencia de patología.
3. **Holismo:** Para Perls implica ver al ser humano como un organismo unificado donde el todo es diferente a la suma de las partes y que alterada cualquier parte se altera el todo. La psicoterapia gestalt toma al individuo como un todo en relación a otros.
4. **Self:** Este concepto se refiere como el variado sistema de relaciones indispensables para que el organismo humano pueda adaptarse. En psicoterapia gestalt se considera el Self como la unidad básica de la relación con el medio en el que interactúa y a mayor conciencia adquirida, menor será el grado de patología que enfrente o le lastima en su ardua lucha hacia la autenticidad.
5. **Perro de arriba y perro de abajo:** Freud denominó a estas polaridades como súper yo y ello, en el cual el primero dictaba las normas y el segundo presentaba la imperancia de los impulsos instintivos. En análisis transaccional, estos conceptos pueden referirse al padre VS niño los roles básicos “Tú debes” y “No quiero”.
6. **Vacío:** Es una sensación displacentera relacionada con angustia. Perls sugirió dos formas de vacíos; Vacío Estéril y Vacío Fértil señalando que se podría cambiar del primero al segundo mediante una fantasía guiada en la cual se sugería al paciente a que se enfrente a su vacío, lo conozca y lo llene de lo que el desee.

7. Zonas de relación: Todo organismo necesita establecer relaciones con el ambiente que lo rodea para poder subsistir, del adecuado intercambio de energía con dicho medio queda la historia de las relaciones impregnada en la memoria.

Zona interna: Representa el enlace entre sensaciones y sentimientos.

Zona externa: Se la define como la unión con todo lo que ocurre desde la piel hacia afuera.

Zona intermedia o de la fantasía: Se relaciona con los procesos psicológicos (ideas, pensamientos, visualizaciones, etc.).

El continuo de conciencia es el proceso mediante el cual se establece un dinámico intercambio entre el organismo y el ambiente.

### 3.2 Codificación de símbolos

A continuación se presenta la codificación de símbolos como método separador que permitirá identificarse en cada una de las estrategias mencionadas.



Lugar privado

El espacio en donde se realizará cada una de las intervenciones terapéuticas debe ser privado sin interrupciones, considerando buen clima, ubicación, iluminación e incluso color.



Acompañante recomendado

El psicólogo, deberá considerar que el paciente en cada una de las intervenciones tendrá una expresión verbal y/o corporal, por lo cual debe de considerar que la presencia o desborde emocional se hará presente por lo cual el psicólogo debe estar preparado para el proceso de intervención y contención de emociones.



Cada vez que sea necesario

La repetición de respiración se realiza cada que se detecte ansiedad o estrés durante la catarsis que sostiene el paciente y/o cliente.



40 min

Es importante marcar el tiempo al inicio de sesión para evitar la indisponibilidad de la paciente y/o paciente.

Se hace mención que dentro de las estrategias de intervención psicológica gestáltica se presenta una codificación de símbolos con la finalidad de que los procesos sean ejecutados mediante la coordinación y aplicación de las habilidades.

Las estrategias de intervención psicológica gestáltica, fueron abordadas puesto que ejercieron mayor significado dentro del proceso terapéutico consideras como parte del tratamiento, para poder esclarecer la importancia significativa de las mismas se realizaron dos cuestionarios. Anexo 3

A continuación se mencionan:

- 1)*Afrontando mi propia Muerte*
- 2)*Carta de Renuncias*
- 3)*Carta a los tres reyes magos*
- 4)*El espejo*
- 5)*La silla vacía*
- 6)*FODA*
- 7)*Como me ven, como me veo, como soy.*
- 8)*La silueta*
- 9)*Resiliencia y Duelo*
- 10)*Como despejar mí camino*

### 3.3 Afrontando mi propia Muerte

 <p>Lugar privado</p>  <p>Acompañante recomendado</p>  <p>Cada vez que sea necesario</p>  <p>40 min</p>	<p>Relajación con música instrumental</p> <p>Círculo de Relajación en tiempos de tres segundos hasta llegar a los diez segundos (se repite en caso necesario, es decir si el paciente se muestra inquieto).</p> <p>Se le orienta al paciente para llegar a una imagen “bosque” mismo en el que la paciente simbolizara la situación de tranquilidad se le guía a una caminata en el bosque en el que se encuentra con el fin de que disfrute ese momento, se le hace mención que podrá tocar cada uno de los espacios, se le hace hincapié que se encuentra solo(a) que no hay nadie en ese lugar.</p> <p>En un determinado y considerado tiempo se le da aviso a la paciente que a lo lejos se escuchan pasos y que a lo lejos se escucha que lo llaman y que al parecer son (padres, hermanos, familiares y amigos).</p> <p>En cuestión de segundos el terapeuta tendrá que colocar el sonido de la ambulancia.</p> <p>Y se le sigue mencionando al paciente “que algo trágico ha sucedido, que tiene que dirigirse al sitio, que se dará cuenta que hay un círculo de personas y que estas son (padres, hermanos, familiares y amigos) todos lloran y lo llaman por su nombre, no comprendes lo que sucede hasta que te acercas y te das cuenta que eres tú quien está en el suelo, acabas de sufrir un accidente, volteas y les dices que no estás muerto que estás ahí, que te escuchen (se hace mención de una figura creyente del paciente, como lo es dios u otro) y se le dice que él se acerca y que le da una oportunidad de vida, se le</p>
---	---

	<p>cuestiona ¿estás dispuesto aceptarla? Dada la respuesta se aplica el círculo de relajación en tiempos de tres segundos hasta llegar a los diez segundos</p> <p>Se le indica que en el momento que él lo decida podrá abrir los ojos.</p> <p>Para finalizar se hace un análisis de la experiencia y el significado que le da.</p>
--	---

(Anónimo, 2010).

### 3.4 Carta de Renuncias

El miedo así como la tristeza, enojo, rabia son consideradas una emoción esencial dentro del proceso de duelo, es necesario dar recursos al paciente para permitir la expresión sana de esta emoción.

 <p>Lugar privado</p>  <p>Acompañante recomendado</p>  <p>Cada vez que sea necesario</p>	<p>Su objetivo es generar un espacio de encuentro, de intercambio afectivo emocional, combatiendo así mismo el aislamiento y la soledad que muchas personas viven hoy en día.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Para que el miedo se exprese de forma saludable, es necesario advertir al paciente que debe seguir tres sencillas normas para hacerlo: No dañar a nadie, No dañar a ninguna cosa, y No dañarse a sí mismo.</li> <li>2. Le proponemos para hacerlo que conecte con esta emoción y escriba una carta donde la pueda expresar y canalizar fuera de sí mismo.</li> <li>3. Si después de escribirla aún sigue sintiendo miedo, le invitaremos a romper la carta en mil pedazos o bien</li> </ol>
---	---

	<p>quemarla y así continuar con la expresión de esta emoción. Además, esta será una intervención que el paciente podrá hacer por sí mismo en su casa o en su vida cotidiana, de manera que pueda mantener el contacto y la expresión de esta emoción de forma sana y saludable.</p>
---	---

(Peñarrubia, 1998).

### 3.5 Carta a los tres reyes magos

La carta a los tres reyes magos es una estrategia conjuntada entre la carta del perdón y la carta de agradecimientos con el objetivo de identificar su estado de confort ante las situaciones que conllevaron al paciente a un estado de desesperanza generando un estado depresivo.

 <p>Lugar privado</p>  <p>Acompañante recomendado</p>  <p>Cada vez que sea necesario</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El paciente tendrá que realizar tres cartas a tres integrantes de su familia.</li> <li>2. Hacer un listado de las situaciones donde sienta que le falló a la otra persona, y de las que necesite disculparse.</li> <li>3. También se puede hacer un repaso de los momentos donde se haya sentido herido, decepcionado o dolido con esta persona por algo que ella hubiera hecho.</li> <li>4. Después, invitaremos al paciente a escribir una carta donde recoja todas estas situaciones.</li> <li>5. Le pediremos que reflexione sobre cada situación escrita, y que decida si quiere pedir perdón, si prefiere no hacerlo y si quiere o no perdonar al otro por aquello que sucedió.</li> <li>6. Pero debe ser algo que decida en cada una de las situaciones, y después debe escribirlo.</li> </ol>
---	---

 <p>40 min</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>7. Esta es una tarea que invitaremos al paciente a realizar en casa y a traerla hecha al grupo.</li> <li>8. Una vez realizada, le ofreceremos la oportunidad de compartirla con el terapeuta.</li> </ol>
---	---

(Bowlby, 1979).

### 3.6 El espejo

Para este ejercicio se le pide al participante que traiga un espejo en donde puedan ver su cara.

El terapeuta debe contar con un espejo de medidas aproximadas de 1.70 mtrs.

 <p>Lugar privado</p>  <p>Acompañante recomendado</p>  <p>Cada vez que sea necesario</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Relajación 15 min.</li> <li>2. Se le pide que observe con el espejo su rostro, mientras esto sucede se le pregunta que rostro ve ahí, como es su mirada , que ve, se hace una pauta y se le pide que se concentre en la nariz y se le pregunta que huele, después de 3 min.</li> <li>3. Se le pide que observe sus orejas y se le pregunta que escucha, como son, después de 3 min.</li> <li>4. Se le pide que observe su boca y se le pregunta que es lo que come esa boca que sabor tiene, que habla, después de 3 min.</li> <li>5. Se le pide que observe su cuerpo y que cree que piensen de él.</li> <li>6. El terapeuta tendrá que participar en esta cuestión, preguntándole que ve en su cuerpo, que le dice, si</li> </ol>
---	---

	<p>existen diferencias que le dicen esas diferencias. 15 min.</p> <p>7. Para finalizar se le pide al paciente y / o sujeto que vuelva a sentarse para que comenten su experiencia. 30min.</p> <p>Tiempo: 1:20 hrs Material: Espejo(s)</p>
---	---

(Prettel, 2008).

### 3.7 La silla vacía

La utilización de la silla vacía como procedimiento de la terapia gestalt se debe a Fritz Perls la denomina como silla vacía útil para trabajar proyecciones y conseguir que el paciente salga del sistema. La capacidad liberadora es muy grande, ya que muchos pacientes se quejan de no haber podido desprenderse y que les hubiera querido realizar y esto les genera pesar y culpabilidad. Para realizar este ejercicio, es necesario que el paciente conecte, previamente, con sus emociones, por lo que es recomendable dedicar un tiempo para ello, previo al ejercicio.

	<p>El objetivo de la intervención es proporcionar un espacio al paciente en el que poder llevar a cabo una despedida lo más real y emocional posible</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inicio de la sesión: se inicia de la misma forma como iniciamos comúnmente cualquiera otra sección.</li> <li>2. Observaciones iniciales: Se observa el estado general del paciente, como asiste a sección, su apariencia, gestos tono, estado emocional, etc.</li> <li>3. Se identifica una figura: se identifica de que habla o a que le presta mayor atención, El dato más significativo</li> </ol>
---	--



Acompañante recomendado



Cada vez que sea necesario



40 min

lo es por su frecuencia o por su frecuencia o por su intensidad emotiva con que se reporta.

4. Observación Fenomenológica; El terapeuta presta mayor atención al “como” que al “que” es lo que dice el paciente. Esto es cual el sentimiento, emoción, voz tono muscular, postura corporal, etc., que acompañan la narración
5. Reflejo Básico: Se refleja contenido, sentimiento y dato fenoménico para empatizar con la experiencia expuesta y hacer evidente la figura. El terapeuta nunca debe considerar que la figura ya está clara para el paciente tan solo porque la esté hablando. El reflejo básico permite la toma de conciencia de la figura en cuestión. Si a figura no está clara, se corre el riesgo de disolverse una vez colocada en la silla vacía
6. Las sillas se colocan en forma de triángulo
7. El terapeuta solicita al paciente que escoja una de las dos sillas que se encuentran frente a frente, invitándole a que se conecte, a través de la respiración, con su zona interna.
8. Con su imaginación el paciente debe buscar a su otra polaridad y situarla en la otra silla, iniciando un diálogo que le ayudará a comprender el proceso que lo lleva a que se bloquee.
9. La tercera silla, conocida con el nombre de **silla integradora**, se utiliza para que el paciente pueda tomar de cada uno de los personajes imaginados en los que representó lo mejor de ellos, eliminando simplemente aquello que ya no sirve.

	Tiempo 1:20hrs Material: 3 Sillas
--	--------------------------------------

(Prettel, 2008)

### 3.7 FODA

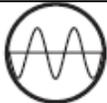
 <p>Lugar privado</p>	<p>El FODA personal se trabaja con la paciente con el objetivo de que la misma identifique lo siguiente:</p> <p><b>Fortalezas:</b> Cualidades sobresalientes.</p> <p><b>Oportunidades:</b> Son condiciones del entorno que pueden aprovecharse para seguir avanzando</p> <p><b>Debilidades:</b> Complicaciones.</p> <p><b>Amenazas:</b> Lo que pueda afectar al paciente.</p>				
 <p>Acompañante recomendado</p>	<p>En el caso de las fortalezas se motiva a la paciente a identificar el compromiso, la empatía, el optimismo, la responsabilidad, la perseverancia, el respeto, la coherencia y lo organizada cada uno representara aspectos proyectivos con el fin de que el paciente desempeñe un objetivo y/o meta a corto, mediano o largo plazo, así mismo para las oportunidades donde se denota el aumento del círculo social, apoyo familiar, personas que le ayuden a mejorar y continuar en el desarrollo de competencias en cuanto a debilidades se hará reflexionar sobre la frustración ante lo impaciente y cierto estrés en momentos de mucha carga emocional, cierta incomodidad de hablar en público, en un inicio, cierta inseguridad cuando es un tema nuevo en un inicio y por último las amenazas donde el paciente tendrá que romper con los vínculos de dependencia emocional.</p>				
 <p>Cada vez que sea necesario</p>					
 <p>40 min</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="695 1570 1003 1703"> <p>Mis fortalezas ¿Cuáles son mis cualidades sobresalientes?</p> </td> <td data-bbox="1003 1570 1333 1703"> <p>Debilidades ¿Qué factores debo mejorar?</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="695 1703 1003 1816"> <p>Oportunidades ¿Con que recursos cuento?</p> </td> <td data-bbox="1003 1703 1333 1816"> <p>Amenazas ¿Qué puede afectarme?</p> </td> </tr> </table>	<p>Mis fortalezas ¿Cuáles son mis cualidades sobresalientes?</p>	<p>Debilidades ¿Qué factores debo mejorar?</p>	<p>Oportunidades ¿Con que recursos cuento?</p>	<p>Amenazas ¿Qué puede afectarme?</p>
<p>Mis fortalezas ¿Cuáles son mis cualidades sobresalientes?</p>	<p>Debilidades ¿Qué factores debo mejorar?</p>				
<p>Oportunidades ¿Con que recursos cuento?</p>	<p>Amenazas ¿Qué puede afectarme?</p>				

(Ponce, 2007).

### 3.8 Como me ven, como me veo, como soy.

En la siguiente estrategia se pretende identificar la homeostasis del paciente con el fin de abordar algunos de los factores de riesgo suicida. Se informa que el cuestionario fue anexado y recopilado de la dinámica ¿Quién soy yo? Para obtener más objetividad en dicha estrategia.

 <p>Lugar privado</p>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Se hace relajación 15 min.</li><li>2. Se les da una hoja blanca y se le pide a la participante que pongan en la parte de arriba todo lo que las personas les dicen, como las ven y en la parte de abajo como se ven ellos, con la frase yo me veo.... Y se le pregunta cómo se sintió. 30 min.</li><li>3. En el último punto se agrega el siguiente cuestionario con la finalidad de que el terapeuta realice un análisis del paciente. 15 min.</li></ol>
 <p>Acompañante recomendado</p>	<p><b>¿QUIÉN SOY?</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Mi personaje favorito (a) es _____</li><li>2. Si pudiera tener un deseo sería _____</li><li>3. Me siento feliz cuando _____</li><li>4. Me siento muy triste cuando _____</li><li>5. Me siento muy importante cuando _____</li><li>6. Una pregunta que tengo sobre la vida es _____</li><li>7. Me enojo cuando _____</li><li>8. La fantasía que más me gustaría _____</li><li>9. Un pensamiento que habitualmente tengo es _____</li><li>10. Cuando me enojo, yo _____</li><li>11. Cuando me siento triste, yo _____</li><li>12. Cuando tengo miedo, yo _____</li><li>13. Me da miedo cuando _____</li><li>14. Algo que quiero, pero que me da miedo pedir es _____</li></ol>



Cada vez que sea necesario



40 min

15. Me siento valiente cuando \_\_\_\_\_

16. Me sentí valiente cuando \_\_\_\_\_

17. Amo a \_\_\_\_\_

18. Me veo a mi mismo (a) \_\_\_\_\_

19. Algo que hago bien es \_\_\_\_\_

20. Estoy preocupado(a) \_\_\_\_\_

21. Más que nada me gustaría \_\_\_\_\_

22. Si fuera anciano(a) \_\_\_\_\_

23. Si fuera niño (a) \_\_\_\_\_

24. Lo mejor de ser yo es \_\_\_\_\_

25. Detesto \_\_\_\_\_

26. Necesito \_\_\_\_\_

27. Deseo \_\_\_\_\_

Tiempo: 1:00 hrs

(Portal Gerza, 2008 y Prettel, 2008).

### 3.9 La silueta

La presente estrategia es proyectiva, la cual nos permitirá identificar el grado y/o capacidad de mecanismos de defensa desempeñados por la paciente. (Técnica adapta).

 <p>Lugar privado</p>  <p>Acompañante recomendado</p>  <p>Cada vez que sea necesario</p>  <p>40 min</p>	<ol style="list-style-type: none"><li>1- Instrucciones: a continuación te haré entrega del material que tengo en manos, presta atención a los siguiente:</li><li>2- Realiza una figura humana lo mejor que puedas y dale un nombre, puesto este dibujo te representara podrás hacer uso de los diversos materiales que se te han presentado.</li><li>3- Una vez concluido me proporcionarás un color que No sea de tu agrado.</li><li>4- Pide a tu paciente una breve explicación de su dibujo, recuerda mantener atención sobre su dialogo, observa la postura y disposición que tiene.</li><li>5- Ahora bien de acuerdo al discurso que has escuchado con atención indícale al paciente lo siguiente; has elegido un color que no le gusta a <u>“nombre del dibujo”</u> pues hoy tendrás una labor muy grande y tendrás que buscar la forma de “como” defenderlo.</li><li>6- El terapeuta indicara que lastimara a ese dibujo a la cuenta de tres, y debe estar preparado.</li><li>7- El terapeuta tendrá que estimular al paciente y durante el procedimiento mencionara frases como: “el día de hoy me presentaste a <u>“nombre del dibujo”</u>, no piensas defenderte” “¿Qué pasa quieres que se rompa?”</li></ol> <p>Material: Hojas Blancas y de colores, pegamento y colores Tiempo: 30 min</p>
---	---

(ADIVAC, 2008).

### 3.10 Resiliencia y Duelo

Estrategia adaptada al paciente cuyo objetivo es identificar el significado de la pérdida y duelo que le ha generado un estado depresivo y que fue uno de los factores de riesgo y desesperanza de vida.

 <p>Lugar privado</p>  <p>Acompañante recomendado</p>  <p>Cada vez que sea necesario</p>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Instrucciones al paciente, indicarle que el día de hoy tendrá que buscar el “como” hacer uso de sus habilidades y destrezas, tendrá que desempeñar el mayor esfuerzo.</li><li>2. Se coloca la hoja blanca, pincel y agua frente al paciente (esto tendrá que realizarse mientras él paciente está en relajación y con los ojos cerrados)</li><li>3. Se le estimula al paciente durante 5 minutos de relajación buscando que el paciente se oriente y/ o ubique en un lugar, situación, cosa u objeto se le hace saber que este será su objetivo y/o su meta a llegar en esta sección (se hace uso de música ambiental).</li><li>4. Se le pide que manifieste el paisaje, cosa u objeto en donde se encuentra</li><li>5. Se hace cierre de la relajación y se le pide abra los ojos y con el material que tiene enfrente plasme lo que se ha imaginado, ya que cuenta con poco tiempo, con estimulación del terapeuta hará mención que ha perdido <u>LA MANO DERECHA</u> posteriormente se nombra otra parte del cuerpo que el paciente perdido esto es con el fin de que el paciente busque alguna otra alternativa para poder plasmar su objetivo: Durante este proceso se utilizara música que estimule al paciente.</li><li>6. Se le da un lapso de 2 minutos en cada área corporal</li></ol>
---	---



7. El terapeuta hace cierre de la estrategia cuando identifique ha agotado todas las áreas corporales como lo son: manos, boca, barbilla, nariz, antebrazos, muñecas, y en algunos casos los pies.
8. Al finalizar la estrategia se le pide al paciente nos explique su experiencia ante estas pérdidas.
9. El terapeuta tendrá que hacer un análisis de la sección y de la pérdida significativa que ha manifestado el paciente

Material: Acuarelas, pincel, agua, hojas blancas, reproductor de música.

Tiempo: 50 min.

(IMPO, 2013)

### 3.11 Como despejar mí camino

La presente estrategia tiene como finalidad orientar al paciente que el darse cuenta del “como” él es el único que puede marcar su propio camino.

 <p>Lugar privado</p>  <p>Acompañante recomendado</p>  <p>Cada vez que sea necesario</p>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. 5 min. De relajación, piensa en la persona con la que tienes esta dependencia mientras cierras los ojos. Probablemente en tu pensamiento se encuentre frente a ti y muy cerca. Dile que tanto la quieres y que tanto te molesta esta dependencia. Abre los ojos.</li><li>2. Piensa en algún momento en el que hayas hecho algo por ti mismo sin importar la edad que tuvieras en ese momento. Puede ser travesura de niño o algo que decidiste hacer en alguna situación específica. <b>Nota:</b> Si no recuerdas alguna, piensa en algo que te hubiera gustado hacer como si lo estuvieras haciendo.</li><li>3. Remóntate a ese lugar cerrando los ojos. Observa donde te encuentras y que hay a tu alrededor. Escucha los sonidos y voces del lugar, así como lo que estás diciendo a ti mismo. Observa lo que estás diciendo hacer percibe esa sensación de seguridad. Respira profundamente y toca la parte de tu cuerpo donde es más intensa esta sensación de seguridad y plenitud. Vuelve a respirar profundamente. Abre los ojos.</li><li>4. Ahora regresa, cerrando los ojos, a la imagen de la persona de la que eres dependiente. Obsérvala con detenimiento y mientras respiras, haz esta imagen hacia un lado y aléjala. Cada vez que exhales, muévela hacia un espacio donde puedas verla, pero que no obstruya tu cambio hacia adelante.</li></ol>
---	--



5. En este momento marca tu propio camino justo frente a ti, se encuentra despejado y lleno de luz. Haz a un lado a esta persona, a tus seres queridos, a todos con los que convives y voltea a verlos uno por uno.

Mándales un mensaje de amor y date cuenta de que ellos tienen un camino diferente tuyo, aunque a veces coincidan en el por un tiempo

6. Con los ojos aun cerrados, ve tu camino iluminado y como va abriendo en la lejanía dándote nuevas opciones y nuevas rutas donde seguir. Respirando profundamente toca la parte de tu cuerpo donde sentiste la seguridad de decir por ti mismo hace unos minutos. Mandate este mensaje “yo soy el único dueño y responsable de mi vida”. Respira profundamente, mantén esta sensación de plenitud y da gracias por saber que tú decidiste tu vida.
7. Repite este ejercicio cada vez que te sientas dependiente de alguien o de algo, despeja tu camino, respira profundamente y repite tu mensaje.

( Armas y Usted, 2009).

# **Capítulo 4**

## **Metodología**

## **Capítulo 4 Metodología**

### **4.1 Planteamiento del problema y pregunta de investigación**

La OMS define el suicidio como un acto con resultado letal, deliberadamente, iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando, su resultado letal a través del cual pretende obtener los cambios deseados" y el parasuicidio, como "un acto sin resultado fatal mediante el cual, sin ayuda de otros, una persona se auto lesiona o ingiere sustancias con la finalidad de conseguir cambios a través de los consecuencias actuales o esperadas sobre su estado físico". Paradójicamente este fenómeno es reservado, por el familiar e inclusive por el sujeto que lleva acabo un parasuicidio, comúnmente se maneja con tanto disimulo, sin embargo es considerado una de las principales causas de muerte en México, particularmente entre los adolescentes (tercera causa de muerte) según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1996).

Después de revisar la literatura relacionada con este tema, se puede decir que las tazas oficiales de muerte por suicidio varían de una forma importante de unos países a otros pero en México hablamos poco sobre el suicidio. No porque sea irrelevante, sino porque incómoda. Tradicionalmente las tazas mayores de suicidio han venido correspondiendo a las personas de más edad y a las de sexo masculino. Sin embargo, en los últimos veintiocho años se percibe una tendencia general al aumento de muertes autoprovocadas entre los jóvenes, incluso entre los adolescentes (Hawton, 1989), y entre las mujeres (Diekstra y Hawton, 1987).

La llegada de adolescentes a hospitalización por conductas suicidas, ideación suicida o conductas autodestructivas, han encaminado a un abordaje psicoterapéutico, sin embargo nos encontramos con un sin fin de información donde se hace referencia los trastornos de personalidad, factores de riesgo, el suicidio colectivo y por otro lado está la medida preventiva donde nos contextualizan a diversas poblaciones para otorgar el apoyo preventivo, pero si bien sabemos que existe una forma de

prevención es entonces donde se hace notable la siguiente cuestión para el terapeuta. En la actualidad las personas que quieren quitarse la vida lo que intentan es alejarse de una situación real que les afecta y que para ellos es imposible de manejar.

Ahora bien la terapia gestáltica visualiza los sentimientos no expresados, a las personas significativas, son asuntos inconclusos que a menudo están relacionados con situaciones de intimidad y control, especialmente tienen que ver con situaciones traumáticas del pasado provocadas por una persona significativa (Greenberg et al., 1993).

Si bien son ciertas las respuestas emocionales, aparecen en la superficie e interfieren con el funcionamiento psíquico mucho después de que el acontecimiento o la relación allá cambiado o finalizado. La meta es tener acceso a la emoción primaria procesada y expresarla para re-procesarla. Se realiza con un cliente que tiene un asunto inconcluso. (Terapia Gestalt con un cliente, tomadas de Greenberg y Paivio, 1997).

Por lo expuesto anteriormente sobre la conducta suicida y la terapia gestalt el interés por realizar una investigación, es tener claridad de la temática en estrategias de intervención psicológica gestáltica en un estudio de caso; pensando en las necesidades y carencias de información y orientación que al respecto existen y de acuerdo al punto de vista que se ha generado en relación con el "suicidio". Se ha escrito de parasuicidas, suicidas y suicidios pero lo que no cabe lugar a dudas es que el suicidio se puede entender por muchas causas.

En este caso el paciente es una persona de mediana edad que acude a terapia por el estrés y los conflictos emocionales. La cólera y la impaciencia que siente hacia su padre le hacen estar irritable y colérico hacia sus propios hijos y teme que pueda llegar a tratarlos a ellos de la misma forma que su padre le trató a él. Tanto el terapeuta, como el cliente, están de acuerdo en que los resentimientos persistentes

del pasado son los determinantes de sus emociones actuales y de los conflictos con su familia. La sesión se inicia con quejas sobre la conducta de su padre. El terapeuta desplaza la energía del cliente del campo externo para que hable de su experiencia interna.

Ahora bien dicha información confirma que dentro del parasuicidio se determina un estado de cólera, estrés y conflictos emocionales.

El objetivo de esta investigación es evaluar cuál de las estrategias de intervención psicológica gestáltica tomo mayor significado para la conducta parasuicida dentro del estudio de caso de la adolescente parasuicida, manifestando, lo útil y práctico para la intervención y tratamiento de intento suicida.

Lo primero que se realizó fue la evaluación de características psicológicas del estado mental y factores de riesgo. Seguido de una intervención con técnicas y estrategias gestálticas y con ello responder a la interrogante **¿Cuál de ellas tomó mayor significado para la conducta parasuicida?** Por todo lo expuesto anteriormente surge la siguiente pregunta de investigación.

**Dentro de las estrategias aplicadas en la mujer parasuicida de edad de 13 años ¿Cuál de ellas tomo mayor significado para la conducta parasuicida?**

## 4.2 Justificación

Durante el período comprendido 2013-2015 se ha trabajado de manera consecutiva en la intervención terapéutica para la presentación del estudio de caso. Sin embargo se conllevó un largo lapso de tiempo para comprender de manera clara y viable la ruta de la monográfica, debido a que en primer lugar el estudio estuvo orientado a tratar el intento suicida desde el modelo teórico de la psicología gestáltica sin embargo de acuerdo a la búsqueda de información realizada se visualizó que se tiene poca información del enfoque gestáltico y dado a ello permitía darle soporte a el estudio de caso parasuicida, y por lo tanto el estudio de caso desde la perspectiva gestáltica se acrecienta de manera favorable.

Cada una de estas razones constituyen mitos relacionados con la conducta suicida y no reflejan en modo alguno las evidencias del suicidio en la adolescencia.

El intento suicida se presenta la mayoría de las veces porque están inconformes con sus vidas siendo en algunas ocasiones víctimas de la influencia social, fenómeno alarmante para la estructura bio-pico-social, y dicho lo anterior se presenta una decadencia a la que están expuestos todo el tiempo generando ideas respecto al suicidio.

El intento suicida es una problemática que permea todo el mundo, pues las tasas son reveladoras. Según (Mansilla, 2011), “diariamente se producen en el mundo de 8 mil a 10 mil intentos de suicidio, de los que 1000 lo consiguen. Según la OMS, para el 2020 el suicidio sería la décima causa de muerte en los países civilizados”.

Aprender a cuidar la única vida que tenemos los seres humanos es una cualidad que debe ser desarrollada desde la más temprana infancia. Aprender a amarse racionalmente incrementa la capacidad de amar a otros, aprender a respetarse hará que seamos respetados. Enfrentar la vida con soluciones no suicidas mejorará nuestra calidad de vida.

Además de consolidar futuros estudios sobre esta problemática, que permitirá extenderse a todo aquel profesional que velen por la seguridad é higiene mental de sus pacientes y/o sujetos, con el único fin de generar una mejor calidad de servicio de acuerdo a las necesidades del paciente, articulando una estrategia realista que incida en minimizar y ayude a la solución de dicho conflicto.

La Organización Mundial de la Salud OMS señala que para atender el fenómeno es necesario atacarlo desde tres frentes. Para empezar, es indispensable privilegiar la prevención "universal". Con ello se podrá aumentar el acceso a la atención de salud, promover la salud mental, reducir el consumo nocivo de alcohol, limitar el acceso a los medios utilizables para suicidarse y promover una información responsable por parte de los medios de difusión.

En segundo lugar, se requiere de una prevención "selectiva" que se dirija a grupos vulnerables identificados –de ahí la importancia de contar con información confiable- y estableciendo servicios de ayuda inmediata, como las líneas telefónicas. Por último, dirigir estrategias "indicadas" a personas vulnerables específicas, mediante el apoyo de la comunidad, el seguimiento a quienes salieron de los establecimientos de salud, la capacitación del personal de salud y una mejor identificación y manejo de los trastornos mentales y por uso de sustancias.

La prevención e intervención sobre suicidio debe ser un esfuerzo sistemático no sólo para el sector salud, sino también para los centros laborales, las escuelas, los centros comunitarios y en especial, para las familias. Ahora bien si para el 2020 la OMS estima que la primera enfermedad en México será la depresión y que será una de causas más relevantes para cometer suicidio, entonces se afirma así que es urgente tener una respuesta integral al fenómeno.

De acuerdo a el Instituto Nacional de Estadística y Geográfica (INEGI, 2010). La estadística cuantifica dos tipos de eventos:

Intento de suicidio. Acto de una persona, cuyo resultado atenta contra su propia existencia.

Suicidio. Acto de una persona, cuyo resultado destruye su propia existencia.

Actualmente se cuenta con escasas instituciones y profesionales de la salud que brinden apoyo psicológico a familiares y a sobrevivientes por tal motivo el siguiente estudio de caso se presentará con el fin de determinar el tratamiento psicológico bajo el enfoque gestáltico con la finalidad de aportar habilidades y estrategias de intervención terapéutica y al mismo tiempo dar a conocer los factores de riesgo en la mujer de 13 años determinando si son existentes las características psicológicas del estado mental de la conducta suicida, dichas aportaciones teóricas y/o prácticas tendrán como finalidad que estudiantes y profesionales de la salud mental se impulsen para citar dicho estudio de caso, obteniendo de éste una perspectiva donde se pueda efectuar la intervención del psicólogo en caso de intentó suicida.

Se hace mención que la elección de un individuo y/o sujeto (muestra) es porque me encontré con el caso anteriormente mencionado y dado a que existen diversas cuestiones metodológicas en el entorno al estudio del suicidio, el abordaje teórico-práctico del suicidio.

Por otra parte, el estudio sobre suicidio se ha visto rodeado de ciertas limitaciones que deben, en la medida de lo posible, superarse poco a poco.

Si bien entendemos las complejidades existentes y del porqué de la elección de la muestra dentro de la investigación del estudio de caso titulado estrategias de intervención psicológica gestáltica en mujer parasuicida de edad de 13 años se da continuidad a los hechos alarmantes dentro del tema de suicidio dado a que el tema conlleva a visualizar la problemática.

Por otro lado el aumento de suicidios e intentos suicidas son factores alarmantes y dentro de las estadísticas por suicidio e intentos suicidas están los adultos, niños,

adolescentes y geriátricos, pero hoy nos enfocaremos en la población adolescente, se hace mención que dentro de esta población así como las ya mencionadas se hacen saber mitos y realidades sobre la importancia de prevención pero si es importante prevenir entonces debe ser fundamental intervenir con sobre vivientes puesto que la incidencia de repetir dicha conducta es altamente probable. Dado que existen múltiples factores asociados con la conducta suicida y características psicológicas en el paciente, es importante elaborar una intervención continúa haciendo hincapié en la esperanza de vida del paciente.

El debate en torno al tema del suicidio es la más importante de la realidad contemporánea. En términos estrictamente psicológicos, el suicidio es un acto que pone en duda la existencia de manera drástica y definitiva. No sólo afecta a la víctima, sino también a sus familiares y amigos cercanos. Y mencionando que estos son afectados por los pacientes y que por otro lado la gran mayoría son los padres de adolescentes que han intentado quitarse la vida entonces comienza la elaboración de estrategias de intervención terapéutica

El interés investigativo, el esfuerzo humano, ético y profesional de indagar y proponer posibles soluciones sobre la inestabilidad planteada, es una alternativa viable debido a que la población se encuentra al alcancé del estudio.

De la misma manera, involucrar a los padres, familiares y maestros, para que estén capacitados y puedan detectar prematuramente a aquellos candidatos a la realización de un acto suicida y evitar que ocurra, además de contribuir a interpretar el suicidio como un proceso que tiene su historia y que contrariamente a lo que se piensa, no ocurre por impulso, sino más bien como una decisión largamente pensada, analizada, desechada y retomada en múltiples ocasiones para poner fin a una vida, en la que el suicidio es un síntoma más, el último síntoma, de una existencia infeliz, del dolor de la desesperanza.

Es muy importante que tomemos conciencia de ésta realidad que actualmente nos está sobrepasando, que actuemos oportunamente y apoyemos a nuestros jóvenes para que encuentren un sentido real de vida y aprendan a enfrentar los problemas que se les presenten de una manera efectiva.

### **4.3 Objetivos**

#### ***Objetivo General***

Evaluar las estrategias de intervención psicológica gestáltica que tomo mayor significado para la conducta parasuicida dentro del estudio de caso de la adolescente parasuicida, manifestado, lo útil y práctico para la intervención y tratamiento de intento suicida en la adolescente de sexo femenino y de edad de 13 años

#### ***Objetivos Específicos***

1. Dar a conocer las estrategias de intervención psicológica gestáltica a través del registro de sesiones.
2. Evaluar las características psicológicas del estado mental y factores de riesgo de la adolescente así como el motivo de consulta, por medio de test proyectivos y psicométricos.
3. Interpretación de las pruebas proyectivas y psicométricas de la adolescente parasuicida.

Aplicar estrategias y técnicas de intervención gestáltica: “Carta a los reyes Magos”, “El espejo”, “Enfrentando mi muerte”, “Carta de despedida”, “Afrontando mi propia muerte”, “La silla vacía”, “FODA”, “Como me ven, como me veo, como soy” “La Silueta”, “Resiliencia y Duelo”.

Evaluar y autoevaluar las estrategias y técnicas de intervención gestáltica de la adolescente parasuicida.

Análisis de la intervención y del tratamiento desde la Gestalt en el estudio de caso de adolescente parasuicida.

#### **4.4 Planteamiento de Hipótesis**

Cómo conjeturas centrales a la investigación derivadas del problema se plantea la siguiente hipótesis:

Hipótesis 1. La estrategia denominada como despejar mi camino es considerada de mayor significado dentro de la intervención terapéutica gestáltica para la conducta parasuicida.

Hipótesis nula

La estrategia denominada como despejar mi camino es considerada de menor significado dentro de la intervención terapéutica gestáltica para la conducta parasuicida.

Hipótesis alterna

De acuerdo a la intervención psicológica Gestaltica se cree que el conjunto de estrategias de intervención en la conducta parasuicida tiene relevancia significativa.

## 4.5 Tipo y Diseño de Investigación

### ***Observacional descriptivo retrospectivo***

(Dankhe ,1986; citado por Hernández, Fernández y Baptista, 2000) menciona que los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Según estos autores anteriormente mencionados los estudios descriptivos miden de manera más bien independiente que los conceptos o variables a los que se refiere, aunque pueden integrar las mediciones de cada una de dichas variables para poder describirlas en términos deseados.

### ***Diseño de Investigación***

Para el logro de objetivos y confirmación de hipótesis de investigación se desarrolló una investigación metodológica de tipo observacional descriptivo retrospectivo es con el fin de caracterizar el estudio de caso de intento de suicidio también definido como parasuicidio. La población estuvo conformada por la mujer de edad de 13 años, atendido por intento de suicidio (parasuicidio) en el municipio de Capulhuac de Mirafuentes Estado de México, durante el tiempo comprendido del 2013-2015 se encuentra bajo acompañamiento terapéutico a petición del paciente manifestando que hasta hoy en día necesita mantener seguridad y confianza en sí misma. Para ello, se revisaron las intervenciones terapéuticas, los eventos y la historia clínica e igualmente se realizó una entrevista semiestructurada con el acudiente y tutores del adolescente después del egreso hospitalario. Se identificó que los factores desencadenantes estaban relacionados especialmente con conflictos familiares y personales y además, fue diagnosticado desde los servicios médicos con trastornos del estado de ánimo como depresión. Los hallazgos permiten concluir la importancia que tienen las intervenciones psicológicas gestálticas sobre

la población adolescente, en áreas como: las relaciones sociales e intrafamiliares, la detección temprana y la atención en salud mental, tanto psicológica como psiquiátrica.

## 4.6 Tipo de enfoque

### ***Enfoque cualitativo***

Este tipo de enfoque usa una recolección de datos sin medición numérica, para descubrir o afirmar preguntas de investigación en el proceso de interpretación (Sampieri, 2006).

## 4.7 Variables

### ***Definición de variables***

***Variable:*** Es un símbolo al que le asignan números o valores. Se adoptó cualquier conjunto justificable de valores (Kerlinger, 2003).

***Variables:*** Estrategias, Parasuicidio. Estrategias de Intervención psicológica gestáltica en mujer parasuicida de edad de 13 años.

### ***Variable Dependiente CONDUCTA PARASUICIDA***

#### ***Definición conceptual:***

La conducta parasuicida (intento suicida) se entiende como un acto habitual con resultado no letal y deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, que le cause autolesión o que, sin intervención de otros, la determinaría, o bien en aquel que haya una ingesta de medicamentos en dosis superior a la reconocida como terapéutica (OMS, 1976).

#### ***Definición Operacional:***

Se entiende como todas aquellas respuestas conductuales que da un individuo ante resultados no letales causando autolesiones respecto al suicidio.

### ***Variable Independiente ESTRATEGIAS***

#### ***Definición Conceptual:***

Las estrategias pueden definirse como «los procesos ejecutivos mediante los cuales se eligen, coordinan y aplican las habilidades» (Nisbet y Shucksmith, 1987), las estrategias actúan de forma global ante un determinado propósito, modificándose más fácilmente para adaptarse al contexto.

#### ***Definición Operacional:***

Se entiende como todas aquellas respuestas favorables o desfavorables que manifiesta el paciente ante las estrategias de intervención psicológica gestáltica.

Las estrategias de intervención respecto al parasuicidio en mujer de edad de 13 años se extrajeron de acuerdo al enfoque gestáltico y estos son los siguientes:

- 1. Afrontando mi propia Muerte***
- 2. Carta de Renuncias***
- 3. Carta a los tres reyes magos***
- 4. El espejo***
- 5. La silla vacía***
- 6. FODA***
- 7. Como me ven, como me veo, como soy.***
- 8. La silueta***
- 9. Resiliencia y Duelo***
- 10. Como despejar mí camino***

**Variable contextual:** Fueron respecto al funcionamiento familiar aplicando el *Test de Persona Bajo la Lluvia*, *Inventario de depresión de Beck*, Aaron T. Beck (2006), *Test de la Casa-Árbol y Persona "HTP"*, *Test de la familia*, *Escala de desesperanza Beck*.

**Variables personales:** De sintomatología depresiva, desesperanza y riesgo suicida.

#### **4.8 Definición de la población y muestra**

Para (Padua, 2000) la muestra se refiere a un subconjunto del conjunto total, por lo tanto a continuación se define la muestra estudiada como sigue:

La muestra es de tipo probabilístico ya que en este tipo de muestra todos los elementos de la población tienen una probabilidad de ser incluidos en la muestra

El muestreo se clarifica en la unidad de análisis: objeto o individuo del que hay que obtener la información.

En el estudio se consideró a un sujeto, de sexo femenino, de edad de 13 años, estudiante, nivel socioeconómico clase media.

#### **4.9 Instrumentos de Investigación**

1. *Test de Persona Bajo la Lluvia*
2. *Inventario de depresión de Beck, BDI-II Aaron T. Beck (2006)*
3. *Test de la Casa-Árbol y Persona "HTP"*
4. *Test de la familia (Porot 1952)*
5. *Escala de desesperanza Beck.*

Los instrumentos que previamente han sido validados y cuyos indicadores principales se han mantenido en diversos contextos, fueron ejecutados en un promedio de 45 minutos por sesión, interviniendo con instrumentos que pudieran recopilar información inconsciente del paciente mismos que fueron relacionados a la temática de suicidio, parasuicidio y conducta suicida frente a la percepción de ajuste social, desesperanza y ambiente familiar.

#### **4.10 Test de Persona Bajo la Lluvia. (Querol S. 2009)**

Ofrece información sobre las condiciones que simbolizan tensión ambiental y cómo reacciona la persona ante situaciones estresantes y no estresantes, explora cuales son las situaciones que le causan angustia o por las que se siente amenazada.

#### **4.11 Inventario de depresión de Beck,( Aaron T. Beck , 2006)**

Es un instrumento de auto informé cuya finalidad es medir la severidad de la depresión en adultos y adolescentes.

Breve descripción de la variable que pretende medir el test El BDI-II **Inventario de depresión de Beck, (Aaron T. Beck , 2006)**: es un auto informe que proporciona una medida de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más. Se compone de 21 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-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, American Psychiatric Association, 1994) y CIE-10 (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud, Organización Mundial de la Salud, 1993). En concreto, se incluyen todos los criterios propuestos

en las dos referencias citadas para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor y casi todos los propuestos para el diagnóstico de distimia (en concreto, todos los del DSM-IV y el 75% del CIE-10).

#### Formato de los ítems

- Tipo Likert

En las instrucciones de la versión original del BDI-II se solicita a la persona evaluada que “si dentro del mismo grupo hay más de una afirmación que considere igualmente aplicable a su caso, elija el número más alto” y, en consecuencia, se le pide también que se asegure “de no haber elegido más de una respuesta para cada grupo, particularmente en los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito)”. No obstante, en el estudio piloto de la adaptación española, dos personas (10%) informaron no sentirse cómodas eligiendo una sola alternativa, ya que en algunos ítems había varias alternativas que las describían. Por tanto, y en consonancia con las instrucciones para la aplicación oral del cuestionario, para los estudios de investigación iniciales y análisis psicométricos de la adaptación española, se mantuvieron esas instrucciones, en las que se le pide a la persona evaluada que “si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también”, dejando que la elección de la alternativa con el número más alto descansara en el evaluador, no en la persona evaluada. Sin embargo, para poder comparar los resultados que se obtengan en la adaptación española BDI-II con los obtenidos internacionalmente, se han mantenido las instrucciones de la versión original en inglés del BDI-II (en las que se sugiere elegir solo una categoría).

#### Procedimiento de obtención de las puntuaciones directas

- El formato de los ítems es de tipo Likert con cuatro categorías de respuesta ordenadas que se codifican de 0 hasta 3. La puntuación es la suma de las respuestas a los 21 ítems. Si una persona ha elegido varias opciones en un

ítem, se toma la opción con la puntuación más alta. También se puntúan de 0 a 3 los ítems 16 y 18, que tienen 7 categorías. En estos ítems el Manual recomienda registrar la categoría seleccionada, por su valor diagnóstico.

El rango de las puntuaciones va desde 0 a 63 puntos. Cuanta más alta sea la puntuación, mayor será la severidad de los síntomas depresivos. Se establecen cuatro grupos en función de la puntuación total: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave. Test El BDI-II **Inventario de depresión de Beck, (Aaron T. Beck, 2006)**

#### **4.12 Test de la Casa-Árbol y Persona “HTP**

Es una prueba proyectiva la cual tiene como objetivo obtener información acerca de la manera en que la persona experimenta su YO en relación con los demás y su ambiente familiar, facilita la proyección de la personalidad, el estado emocional y las áreas de conflicto.

#### **4.13 Test de la familia (Porot, 1952)**

Fue creado por (Porot, 1952) es una prueba gráfica proyectiva hay que tomar en cuenta la etapa del desarrollo cronológico en la que éste se encuentra, así como la fase del desarrollo emocional.

#### **Interpretación de Joseph M. Lluís Font**

Joseph M. Lluís Font trata de dar una interpretación más sistemática del dibujo de la familia, siguiendo la tradición de algunos autores como (Cain y Gomila 1953). El autor se basa en tres aspectos para interpretar la prueba:

- a) Características generales de los dibujos.

- b) Valorización y desvalorización.
- c) Componentes jerárquicos.

Font no solo toma en cuenta estos aspectos, sino que además establece comparaciones entre los tres niveles socioculturales que estudio. Analiza también las diferencias entre hijos primogénitos, intermedios y menores, así como entre las familias de acuerdo con el número de hijos.

#### **a. Características generales de los dibujos**

**Tamaño pequeño:** Dibujos pequeños se asocian con sentimientos de inferioridad e inseguridad.

**Emplazamiento superior:** Representa el mundo de las fantasías, las ideas y tendencias espirituales.

**Borraduras:** toma en cuenta cualquier intento de borrar que haya dejado huella en el papel. Considera las borraduras como indicador de ansiedad conflictos emocionales.

**Distancia entre los personajes:** se piensa que la distancia física entre los personajes refleja la distancia emocional existente entre los mismos. A mayor distancia puede haber menor comunicación. La representación de los personajes en planos diferentes refleja, en algún grado, falta de comunicación, a no ser que los distintos planos se justifiquen por la presencia de un número elevado de personajes.

#### **b. Valorización**

**Personajes dibujados en primer lugar:** Padre como el elemento más importante de la familia, al menos en niños en etapas de latencia, como los que estudio Lluís.

El autor encontró que en todos los niveles socioculturales había una tendencia a dibujar al padre primero. Frecuentemente, el personaje más importante aparece a la

izquierda de la página, aunque en ocasiones aparece al centro y los demás miembros de la familia a su alrededor.

**Otros indicios de valoración:** Lluís considera también otros signos de valoración, como el aumento de tamaño de alguno de los elementos o personajes, y la representación de mayor cantidad de detalles, así como la tendencia a perfeccionar alguna de las figuras o elementos de la misma.

**Personaje dibujado en último lugar:** dibuja a un personaje en último lugar, construye una de las maneras posibles de desvalorizarlo, siempre que esto no sea producto del orden de la jerarquía familiar. La representación de cualquier de las figuras parentales en último lugar resultó poco frecuente en todos los niveles socioculturales estudiados por el autor. Que el niño se dibuje a asimismo en último lugar, sin ser hijo único o el menor, debe interpretarse como un signo claro de desvalorización propia.

**Supresión de algún elemento de la familia:** este indicador puede ser una defensa consistente para negar una realidad que producto ansiedad o conflicto intrapsíquicos. Desde el punto de vista Lluís, eliminar a un elemento de la propia familia es la máxima expresión posible de desvalorización e indicara, por lo menos, problemas importantes de relación; por tanto, en la interpretación de este aspecto difiere con la hecha por Corman.

**Otros indicios de desvalorización:** en algunas ocasiones, la desvalorización se proyecta por medio de una figura más pequeña, más imperfecta, con menos detalles o distanciado al miembro desvalorizado de los demás integrantes del grupo familiar.

**Omisión de las manos:** el autor piensa que debe tomarse con reservas la afirmación de que la ausencia de manos se relaciona con dificultades de contacto ambiental o sentimientos de culpa. No obstante, relacionar esta variable, con otras

arroja que en la clase media es en la que se presenta con mayor frecuencia; por lo que cree que ya la clase media es más exigente y rígida, la ausencia de manos tendría que ver con la culpabilidad. Por otra parte, encontró que la omisión de manos aumenta a medida que crece el tamaño de la familia, lo cual puede indicar que en estos casos la omisión se debe a dificultades de contacto con el ambiente.

### **C. Componentes jerárquicos**

**Bloque parental:** Lluís encontró en su muestra que, de manera frecuente, el bloque parental se dibuja en primer lugar. Cuando dicho bloque aparece, el sujeto percibe vínculos afectivos fuertes de alguno de los padres hacia alguno de los hermanos, proyecta su visión de ciertos favoritismos o una alguna situación de rivalidad entre hermanos por el afecto de los padres. No dibujar a los padres juntos y por el contrario, intercalar entre ellos a algún hermano o si mismo, siempre y cuando ninguno de los padres este desvalorizado, puede indicar que cree privilegiado al personaje intercalando o es la expresión de un deseo de sobreprotección o dependencia.

#### **4.14 Escala de desesperanza Beck**

Se trata de una escala auto administrada de respuestas dicotómicas.

**Población diana:** Población con trastorno psicótico de inicio. Útil para identificar personas con trastorno psicótico con riesgo suicida. Se trata de una escala **auto administrada** de respuestas dicotómicas.

Se puntúa 1 las respuestas “Verdadero” de los ítems **(2,4,7,9,11,12,14,16,17,18,20)** y el resto de las respuestas “Falso”. El punto de corte más adecuado se sitúa en **8**, una puntuación igual o superior indica un grado de desesperanza alto.

#### **4.15 Proceso y captura de información en la Investigación**

Para tener acceso a las fuentes adecuadas de información se utilizaron las Bibliotecas de la Facultad de Ciencias de la Conducta de la UAEMex, de la Biblioteca de la Facultad de Psicología UNAM, de la Universidad Iberoamericana, del diplomado prevención del suicidio en niños y adolescentes impartido por la Asociación Mexicana Psicológica en Tanatológica A.C (AMPET), de la biblioteca virtual de Asociación Mexicana de Tanatología A.C (AMTAC) entre otras.

La información también se obtuvo a través de la aplicación de instrumentos y/o test psicológicos mismos que fueron aplicados a mujer parasuicida de edad de 13 años, obteniendo los resultados de los test psicológicos se realizó la intervención con estrategias psicológicas con enfoque gestalt. No se dio un límite de tiempo para la aplicación y contestación de las mismas, ya que estas fueron aplicadas de acuerdo a la necesidad de la sección terapéutica.

Debido al tipo de investigación el análisis de los resultados se realizó por medio de la estadística descriptiva que es la que se dedica a la recolección, presentación y descripción de los datos numéricos.

Para la interpretación de cada ítem se llevó a cabo el siguiente procedimiento:

De cada ítem se sacó la frecuencia de acuerdo a la alternativa elegida por la mujer parasuicida de edad de 13 años, para después sacar el porcentaje de cada test.

**Capítulo 5**  
**RESULTADOS**  
**Y**  
**DISCUSION**

## Capítulo 5 RESULTADOS Y DISCUSION

### 5.1 Resultados

Por seguridad y confort de la persona se decidió mantener su información personal al resguardo, con ello garantizando el bienestar Psico-afectivo de la misma, y de los acompañantes, sin embargo dicha información no carece de veracidad.

#### ***Entrevista (Véase en página 156)***

Nombre: Betsabé Coleman

Fecha de Ingreso: 06 / JUNIO / 2013

\_\_\_\_\_  
Día      Mes      Año

Hora: 4: 00 pm HRS

#### **MOTIVO DE CONSULTA:**

Betsabé Coleman adolescente mujer de 13 años de edad, quien es referida por sus padres. Una amiga de la adolescente comento con los padres de Betsabé Coleman que la joven tenía planes de suicidarse esto generándose en el mes de febrero 2013. Los padres de Betsabé Coleman dialogaron con ella para conocer el motivo por el cual quería realizar dicha acción; a lo que Betsabé Coleman comentó que era por el nacimiento de su hermana menor quien nace en el mes de noviembre y que en estas fechas tenía siete meses ocupando el segundo lugar y quien llega después de 13 años. También los padres enfatizaron que al inicio del embarazo de su madre ella se mostró participativa e entusiasmada, pero tiempo después se mostró ajena encerrándose en su habitación. Hasta que el día 31 de mayo del 2013 decide subir al segundo piso de su casa y quitarse la vida; logrando solo lastimarse físicamente.

La adolescente comento, que al principio fue muy emocionante la llegada de su hermana ya que la había idealizado, trascurriendo el tiempo se dio cuenta que la mayoría de sus familiares prestan mayor atención a la antes mencionada y mostrando desinterés en Betsabé Coleman enfatiza que los comentarios fueron desagradables, considero que los padres se desinteresaron en sus emociones, que el discurso que le habían dado no era acorde a lo que sentía.

“Comenta que sus padres ya le habían dicho que cuando su hermana naciera todo sería igual, excepto por las compras igualitarias, así que ella comprendió eso, lo que no comprendía es porque dejaron de darle atención y cariño”.

**REMITIDO POR:** Institución ( ) Voluntario (X) Otras ( )  
Especifique:

### **DATOS PERSONALES**

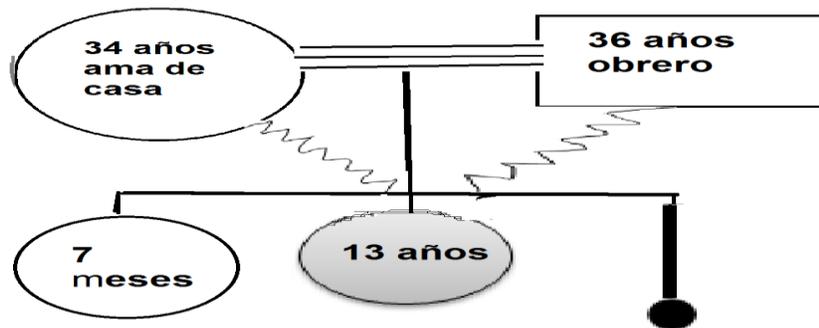
Nombre: Betsabé Coleman Edad: 13 años Género: (M) (FX) Estado Civil: Soltera  
Escolaridad: 1ero Secundaria Ocupación: Estudiante Fecha de Nacimiento: 16 de Febrero 2000 Lugar de Nacimiento: Estado de México Religión: Católica Domicilio: Reservado Lugar y tiempo de residencia: 13 años Teléfono propio: Reservado Para recados: Reservado

Nivel Socio-económico: Bajo Discapacidad: (Si) (NoX)

### **DATOS FAMILIARES**

Tutor (es): Reservado

Ocupación: Obrero / Ama de casa /Domicilio: Reservado Teléfono propio: Reservado  
Para recados: Reservado



**REFERENCIA:** Área Psicológica ( x ) **ACCIONES:** Se brindó cita para evaluación psicológica. **-ATENDERÁ:** Pasante en psicología Anayeli Hernández Jiménez

## 5.2 Test de aplicación durante la intervención psicológica gestáltica.

**Test de Persona Bajo la Lluvia. Querol S. (2009):** Ofrece información sobre las condiciones que simbolizan tensión ambiental y cómo reacciona la persona ante situaciones estresantes y no estresantes, explora cuales son las situaciones que le causan angustia o por las que se siente amenazada.

**Inventario de depresión de Beck, Aaron T. Beck (2006):** Es un instrumento de auto informé cuya finalidad es medir la severidad de la depresión en adultos y adolescentes.

**Test de la Casa-Árbol y Persona "HTP:** Es una prueba proyectiva la cual tiene como objetivo obtener información acerca de la manera en que la persona experimenta su YO en relación con los demás y su ambiente familiar, facilita la proyección de la personalidad, el estado emocional y las áreas de conflicto.

**Test de la familia** Fue creado por Porot (1952) es una prueba gráfica proyectiva hay que tomar en cuenta la etapa del desarrollo cronológico en la que éste se encuentra, así como la fase del desarrollo emocional.

**Escala de desesperanza Beck** Se trata de una escala auto administrada de respuestas dicotómicas.

### **5.2.1 Test de Persona Bajo la Lluvia. Querol S. (2009)**

*Se aplicó test de Persona Bajo la Lluvia (Véase en página 158 de Anexos)*

- **DIMENSIONES**

#### **Dibujo grande**

Necesidad de mostrarse, de ser reconocido, de ser tenido en cuenta. Auto expansivo índice de agresividad teatralidad. Si es un dibujo poco flexible, existe falta de adaptación. Dibujos grandes y plásticos suelen verse en los artistas.

- **EMPLAZAMIENTO**

#### **Margen izquierdo**

Representa el pasado, lo inconsciente y preconscious; lo materno y lo primario. Introversión, encerrarse en uno mismo

Pesimismo, debilidad, depresión, fatiga, desaliento, pereza, agotamiento. Lo que queda sin resolver, lo traumático.

#### **Margen superior:**

La ubicación en el tercio superior de la hoja indica Rasgos de personalidad eufórica, alegre, noble, espiritual, idealista.

Las figuras u objetos ubicados tocando el margen superior y, a veces, con el dibujo incompleto, indican defensas pobres, comportamientos maniáticos, rasgos psicóticos. Reducción de ideales, del mundo intelectual, del razonamiento. Pobreza de ideas, estrechez de criterio.

## **Línea redonda o curva**

Rasgos femeninos: sentido estricto. Dependencia. Espíritu maternal, femineidad.  
Conciliador: diplomático. Afectivo y sensible.

- **PRESIÓN**

### **Presión fuerte:**

- Línea pesada y pigmentada (con mucho apoyo sobre la hoja, desubicación, rasgos depresivos).

Representa fuerza física, energía vital, seguridad, extroversión, agresión, hostilidad frente al mundo, inconciencia, franqueza, excitabilidad (diferenciar entre presión fuerte y muy fuerte).

En individuos con cierto grado de evolución determina personalidad tipo líder; buenos conductores de grupo creadores de grandes ideales. Artistas escultores.

En individuos con poca evolución indican agresividad o falta de respeto.

Si existen problemas de psicomotricidad, ese apoyo sobre el papel es una manera de aferrarse, como buscando seguridad.

Para Bender puede significar psicopáticos y epilépticos.

- **TIEMPO**

### **Dificultad para comenzar el dibujo:**

Verbalizaciones previas, excusas, disculpas. Dificultad para enfrentar una tarea nueva, para tomar decisiones.

- **SECUENCIA**

Nos proporciona el grado de orientación en el espacio, como resuelve conflictos y como organiza su vida. Por ejemplo: comenzar con los pies y a partir de ahí armar el

dibujo, indica perturbación del pensamiento, no toma el camino adecuado para la resolución del problema.

- **MOVIMIENTO**

**En posición de cambiar (izquierda y derecha):** Se interpreta según hacia donde se dirige.

- **ORIENTACION DE LA PERSONA**

**Con orientación dubitativa:**

Ambivalencia. Tendencias obsesivas o paranoides. Falta de decisión. Incoordinación.

Observar especialmente hacia donde se ubica la cabeza, lo mental y hacia dónde se ubica el cuerpo, lo emocional y hacia dónde van las piernas, que son las que determinan la acción.

**Dibujos muy a la izquierda:**

Acción bloqueada. Personalidad esquizoide. Dependencia e idealismo

- **REPASO DE LINEAS, TACHADURAS, LINEAS INCOMPLETAS**

Alto monto de ansiedad. Le resulta difícil planificar la tarea. Bajo nivel de tolerancia a la frustración.

- **DETALLES ACCESORIOS Y SU UBICACIÓN**

La escasez de detalles implica sensación de vacío, depresión. Detalles excesivos se observación en sujetos maniáticos y obsesivos-compulsivos. Detalles minuciosos en los controladores y obsesivos. Ejecución demasiado perfecta del dibujo, indica temor a desorganizarse.

Una rica fantasía tiende a agregar detalles, tales como árboles, casa, paisaje etc. hay que analizar la naturaleza del agregado (obstáculo que simboliza un problema o conflicto o estado confusional) para su interpretación.

### **Gotas como lágrima**

Angustia

- **VESTIMENTA**

**Botones:** Inmadurez, dependencia, carácter obsesivo, preocupación por lo social, preocupación somática. Un solo botón: apego al vínculo materno.

### **Zapatos**

Muy marcados, conflicto sexual. Con cordones: impulsos sexuales frecuentemente en adolescentes.

### **Ausencia de paraguas**

Falta de defensas. Cuando la ausencia de paraguas se acompaña con una figura humana de anchos hombros, implica que es una persona que se defiende con su cuerpo, que apechuga, que se expone y corre riesgos.

- **PARTES DEL CUERPO**

### **Cabeza**

Debe ser lo primero que se dibuje en la localización del yo centro de todos los estímulos poder intelectual poder o dominio si dibuja en primer término la piernas y los pies desaliento, depresión.

**Cara** Es el contacto social, lo que se muestra. Sin dibujo de rasgos desconocimiento de sí mismo problemas de identidad

### **Ojos muy marcados**

Rasgos paranoides

### **Boca**

#### **Una línea recta única**

Tendencia verbal sádica- agresividad

#### **Nariz muy marcada**

Virilidad, símbolo fálico, agujeros en la nariz; agresividad, husmear. Problemas respiratorios. Alucinaciones olfativas.

### **Orejas**

Preocupación por críticas y opiniones de otros, puede reflejar deficiencia de la audición, alucinaciones auditivas

### **Cuello angosto**

Depresión

### **Cabello muy sombreado o sucio**

Regresión anal - expulsivo

### **Cuerpo cuadrado**

Primitivismo, debilidad mental

### ***Interpretación General***

De acuerdo a los indicadores presentes en la prueba se menciona que existe la probabilidad de que sea un sujeto encerrado y protegido del mundo debido a que se siente amenazado por críticas y opiniones por el entorno, necesidad de mostrarse, de ser reconocido de ser tenido en cuenta ante lo cual se percibe no adaptado y que no tiene libertad para actuar, encuentra su situación muy estresante y agobiante y ante ello sus defensas son pobres y busca refugio. Presenta inestabilidad y falta de equilibrio emocional debido a que manifiesta ansiedad, inseguridad, fatiga y estrés presenta rasgos paranoides, muestra desaliento, depresión representando el pasado, lo inconsciente y preconscious dificultad para enfrentar una tarea nueva, para tomar decisiones y conflicto con sí mismo. A nivel cognitivo primitivismo y debilidad mental.

#### **5.2.2 Inventario de depresión de Beck, BDI-II Aaron T. Beck (2006)**

**Se aplica test de Beck Aron T. Beck (Véase en página 160 de Anexos)**

Puntuación total 44 BDI-II Depresión Grave

### ***Interpretación General***

De acuerdo a los ítems correspondientes del inventario de Beck se presentan criterios de mayor incidencia en el sujeto tales como tristeza, pesimismo fracaso, sentimientos de culpa, sentimientos de castigo, autocrítica, pensamientos o deseos suicidas, cansancio, fatiga de menor frecuencia se hacen presentes pérdida de placer, agitación, pérdida de interés, indecisión, pérdida de energía, irritabilidad, disconformidad con si mismo, dificultad de concentración, desvalorización, cambios de apetito, cambios en el patrón de sueño y pérdida de interés en el sexo, correspondientes a una Puntuación total 44 BDI-II determinando que se presenta Depresión Grave.

### 5.2.3 Test de la Casa-Árbol y Persona “HTP

Se aplica test HTP (Véase en página 164, 165,166 de Anexos)

#### CASA

- **Proporción**

Imagen/tamaño Grande: ambiente restrictivo, tensión, compensación

Detalles de la imagen/simetría

Moderadas: ansiedad

- **Perspectiva**

Ubicación en la porción inferior de la página: concreción, depresión, inseguridad, inadecuación

- **Bordes de papel**

Inferior: necesidad de apoyo

- **Relación con el observador**

Visto a distancia: inestabilidad, sentimiento de rechazo, situación en el hogar fuera de control

- **Postura/presentación**

Transparencias: mala orientación en la realidad es común en los niños pequeños.

- **Detalles**

Carencia: aislamiento, común en los niños pequeños

- **Detalles esenciales:** Un muro, techo, puerta, ventana, chimenea. Comúnmente cometidos por niños pequeños.

Antropomórficos: regresión orgánica. común en los niños pequeños

Chimenea omisión: falta de afecto en el hogar

Puerta Pequeña: reticencia, inadecuación, indecisión

Cerrada/ atrancada: defensividad

Techo Énfasis: introversión, fantasía

Muros Delgados o débiles: límites del yo débiles.

Ventanas Énfasis: ambivalencia social

- **Detalles no esenciales**

Cortinas/enfatizadas: aislamiento, evasión

- **Detalles irrelevantes**

Escalones y caminos largos o angostos: aislamiento

- **Secuencia de los detalles**

Lo usual es el techo, los muros, la puerta y la ventana o la línea base, los muros y el techo

- **Calidad de la línea**

Débil: indecisión, miedo, inseguridad, yo débil

## ÁRBOL

- **Proporción**

Imagen/tamaño Grande: ambiente restrictivo, tensión, compensación

Detalles de la imagen/simetría Moderadas: ansiedad

- **Perspectiva**

Ubicación de la página izquierda: aislamiento, regresión, organicidad (hemisferio izquierdo), preocupación por sí mismo, rumiación sobre el pasado, impulsividad, necesidad de gratificación, inmediata.

- **Relación con el observador**

Visto desde lejos: aislamiento postura/presentación

Movimiento: presiones ambientales

- **Detalles**

Carencia: aislamiento, común en los niños pequeños

- **Detalles esenciales:**

Copa en forma de nube: fantasías

Tronco Base amplia: dependencia

Tipo Frutales o de navidad: dependencia, inmadurez común en los niños pequeños

- **Detalles no esenciales**

Corteza/enfatizada: ansiedad, depresión

- **Dimensionalidad en los detalles**

Unidimensional: recursos inferiores para buscar satisfacción

- **Calidad de la línea**

Recargada: tensión, ansiedad, vigor, organicidad.

## **PERSONA**

- **Proporción**

Imagen/tamaño Grande: ambiente restrictivo, tensión, compensación.

Detalles de la imagen/simetría: Moderadas: ansiedad

- **Perspectiva**

Ubicación de la página izquierda: aislamiento, regresión, organicidad (hemisferio izquierdo), preocupación por sí mismo, rumiación sobre el pasado, impulsividad, necesidad de gratificación, inmediata

- **Relación con el observador**

A la distancia: aislamiento

Mezcla de perfil con vista de frente: organicidad, retraso, psicosis

- **Postura/presentación**

### **Detalles**

Carencia: aislamiento, común en los niños pequeños.

- **Detalles esenciales:**

Brazos Énfasis: fuerte necesidad de logro agresión, castigo si la persona dibujada no es el (ella) mismo (A).

Cabeza Grande: regresión, grandiosidad

Rasgos faciales: perfil: paranoia

Ojos énfasis: paranoia

Orejas: énfasis excesivo: paranoia, alucinaciones auditivas

Boca énfasis: dependencia común en los niños pequeños

Nariz énfasis: preocupación sexual común en los niños pequeños

Piernas separadas: agresión

Línea media vertical: inferioridad, dependencia

Hombros / cuadrados o enfatizados: hostilidad

Línea de la cintura/enfatizada: conflicto social común en los niños pequeños

- **Detalles no esenciales**

Ropa

Demasiada o poca: narcisismo, desadaptación sexual

Énfasis en los botones: inmadurez común en los niños pequeños

Cabello

Enfatizado u omitido: preocupación sexual

Manos/dedos

En forma de pétalos inmadurez

Cuello

Énfasis: necesidad de control

- **Dimensionalidad en los detalles**

**Sombreado en los detalles**

Excesivo: ansiedad

**Calidad de la línea**

Recargada: tensión, ansiedad, vigor, organicidad, violencia

### ***Interpretación General***

Acorde a los indicadores se refiere que se considera que se trata de un sujeto mostrado en un ambiente restrictivo, tensión, ansiedad, inseguridad, concreción, inadecuación, depresión, necesidad de apoyo, inestabilidad, sentimiento de rechazo, situación en el hogar fuera de control, ambivalencia social, aislamiento, falta de afecto en el hogar, indecisión, límites del yo débiles, inmadurez, miedo, inseguridad, preocupación por sí mismo, rumiación sobre el pasado, impulsividad, necesidad de gratificación inmediata, presiones ambientales. Recursos inferiores para buscar satisfacción, psicosis, paranoia y necesidad de control.

### **5.2.4 Test de la familia (Porot, 1952)**

***Se aplica test de la familia (Véase en página 170 de Anexos)***

#### ***Interpretación General***

De acuerdo a los indicadores arrojados en la prueba se obtiene la probabilidad de que se trate de un sujeto con sentimientos de inferioridad e inseguridad, indicador de conflictos emocionales, distancia emocional por falta de comunicación, se encuentra en la etapa de latencia, personaje en último lugar, se muestra desvalorización propia, se hace supresión en un integrante de la familia lo cual este indicador corresponde a una defensa consistente para negar una realidad que es producto ansiedad o conflicto intrapsíquicos, dificultades de contacto ambiental o sentimientos de culpa, dificultades de contacto con el ambiente, el sujeto percibe vínculos afectivos fuertes de alguno de los padres hacia alguno de los hermanos, proyecta su visión de ciertos

favoritismos o una alguna situación de rivalidad entre hermanos por el afecto de los padres.

### **5.2.5 Escala de desesperanza Beck**

*Se aplica escala de desesperanza Beck (Véase en página 172 de Anexos)*

**Escala de desesperanza Beck** Se trata de una escala auto administrada de respuestas dicotómicas.

#### **ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK**

#### **Instrucciones para el profesional:**

**PERCENTIL 10 GRADO DE DESESPERANZA ALTO.**

#### ***Interpretación General***

De acuerdo a el punto de corte más alto se sitúa en **10**, indicando un grado de desesperanza alto, identificando rasgos psicóticos con riesgo suicida.

## 5.2.6 Formato de cuestionario de percepción ante estrategias de intervención psicológica gestáltica.

Se aplica cuestionario (Véase en página de anexos 174)

*Instrucciones: Contesta con sinceridad, colocando en los recuadros una (X) la respuesta que consideres importante para ti, el valor se le asigna de 1(Totalmente en desacuerdo) y 5(Totalmente de acuerdo). No existen reactivos buenos o malos, por lo que selecciona la que consideres relevante en este momento.*

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5

	1	2	3	4	5
1. Encontrarme frente a una situación que implique una renuncia, resulta compleja de aceptar.					
2. Hablar de la muerte, resulta desagradable e incómodo.					
3. Creo importante perdonar a alguien o a mí mismo (a) para que me genere esperanza sobre la vida.					
4. Ver mi cuerpo genera una esperanza de vida.					
5. Pienso que mis padres y yo tenemos una estable comunicación cuando los tengo frente a mí y no me genera ansiedad o miedo.					
6. El no conocer mis fortalezas y oportunidades afectan mi estado emocional.					
7. Cuando salgo a la calle y miro a mi entorno siento que la gente me mira y piensa que soy valiente.					
8. Si tuviera un vaso de agua en la mano derecha, durante un largo tiempo preferiría quitármelo de la mano.					
9. Si en este momento perdiera algo de mí, lucharía por conseguir algo mejor.					
10. Cuando recuerdo y miro a los otros pienso que ellos han elegido su camino.					
11. Considero importante tener un encuentro de expresión e intercambio afectivo emocional a través de una					

<i>carta.</i>					
<i>12. Cuando pienso, en la muerte y veo a personas que han muerto considero que mi vida es alentadora.</i>					
<i>13. Creo que cuando conozco mis debilidades y amenazas me generan seguridad para explorar mis oportunidades.</i>					
<i>14. Cuando viene a mi mente la muerte, pienso que me falta vivir.</i>					
<i>15. Si estuviera frente al peligro me quedaría y no diría nada.</i>					
<i>16. Cuando me encuentro solo (a) y reflexiva suelo agradecer situaciones o momentos agradables o desagradables generando una esperanza.</i>					
<i>17. Pienso que e podido elegir mi propio camino y que ha sido respetado por los otros.</i>					
<i>18. Cuando miro mi cuerpo en el espejo pienso que es desalentador.</i>					
<i>19. Creo que la gente me mira infeliz.</i>					
<i>20. Si estuviera frente a mis padres les diría mis inconformidades sin culpabilidad.</i>					
<b>Puntaje Total</b>					

Total de pregunta (5-20)N° de Likert x N° de ítems(20) x 1 x 5

### **Interpretación General de Cuestionario**

Acorde a los Likert obtenidos de la paciente parasuicida se considera que en el presente cuestionario se arrojaron datos de manera consistente en las estrategias de intervención terapéutica en donde dicha aplicación se considera que la estrategia con mayor significado en la paciente parasuicida fue como despejar mi camino, a lo que corresponde a un puntaje mayoritario de cinco Likert.

### **5.2.7 Interpretación General de Test Aplicados**

Parece ser que de acuerdo a los indicadores se trata de un sujeto que muestra depresión grave dado a que presenta sintomatología como tristeza, pesimismo, fracaso, sentimientos de culpa, sentimientos de castigo, autocrítica, pensamientos o deseos suicidas, cansancio, determinando que se presenta grado de desesperanza alto, identificando rasgos psicóticos con riesgo suicida.

Mismo que se proyecta encierro y protegido del mundo debido a que se siente amenazado por críticas y opiniones por el entorno biopsicosocial, por otro lado la necesidad de mostrarse, de ser reconocido de ser tenido en cuenta sin embargo existe la distancia emocional por falta de comunicación, se muestra desvalorización propia, defensa consistente para negar una realidad que es producto ansiedad o conflicto intrapsíquicos (lo inconsciente y preconscious), a pesar de que se perciben vínculos afectivos fuertes proyecta su visión de ciertos favoritismos, sentimiento de rechazo o una alguna situación de rivalidad entre hermanos por el afecto de los padres, situación en el hogar fuera de control, ambivalencia social, aislamiento, falta de afecto en el hogar, indecisión, límites del yo débiles, inmadurez, miedo, inseguridad, preocupación por sí mismo, rumiación sobre el pasado, impulsividad, necesidad de gratificación inmediata, recursos inferiores para buscar satisfacción, psicosis, paranoia y necesidad de control.

Lo antes mencionado se percibe no adaptado y que no tiene libertad para actuar, encuentra su situación muy estresante y agobiante, ante ello sus defensas son pobres y busca refugio. Presenta características diversas como inestabilidad, falta de equilibrio emocional debido a que manifiesta ansiedad, inseguridad, fatiga, presenta estrés, dificultad para enfrentar una nueva tarea, para tomar decisiones; en general se encuentra en conflicto con sí mismo a nivel cognitivo primitivismo y debilidad mental.

Para concluir se determina que acorde a los datos ya antes mencionados y anexando el cuestionario de percepción ante estrategias de intervención psicológica gestáltica se concluye que la paciente a pesar de no haber estado en adaptabilidad emocional, se consideró que a través de la estrategia despejando mi camino la paciente encuentra mayor significado en su entorno bio-psico-social.

### **5.3 Discusión**

Esta investigación tuvo como propósito evaluar cuál de las estrategias de intervención psicológica gestáltica tomo mayor significado para la conducta parasuicida, dentro del estudio de caso de la adolescente parasuicida.

Sobre todo, se pretendió examinar cuáles son aquellas estrategias y técnicas de intervención gestáltica en la conducta de un estudio de caso de la adolescente parasuicida, para evaluar las manifestaciones, utilidad y práctica de la intervención y del tratamiento.

Además, se identificaron aquellos factores asociados a la comorbilidad de otros síntomas que experimenta la persona expuesta a la experiencia suicida. A continuación, se estarán discutiendo los principales hallazgos de este estudio.

De los resultados obtenidos en esta investigación se puede deducir que la aplicación de las estrategias de intervención psicológica gestáltica en el caso de la mujer parasuicida de edad de trece años, da un panorama amplio acerca de la ideación e intento suicida que presentan la adolescente y de la relación que esta conducta tiene con aspectos psicológicos y emocionales. Se puede decir que la exposición parasuicida en algún momento de la vida parece ser desconocida en la muestra estudiada.

En México, los datos epidemiológicos muestran incrementos en las tasas de suicidios consumados e intentos de suicidio en la población joven, en particular de 15 a 19 años, lo cual es evidente que también ocurra con la adolescente parasuicida (Híjar, 1997, citado por González, 2000).

Siendo así que la tasa de suicidio está aumentando entre la población joven y considerando que la conducta suicida es un continuo que va desde la mera ocurrencia a la consecución pasando por la ideación, planificación, la amenaza y el intento una de las principales y más importantes causas de muerte en el mundo a lo largo del tiempo se menciona que un millón de muertes al año es la segunda causa de muerte, después de los accidentes, en los jóvenes (Pfeffer, 1989 citado por Choquet y Menke, 1989).

El suicidio ha sido tema de estudio científico desde hace varios años, y la palabra como tal al parecer fue inicialmente utilizada por Sir Thomas Browne, en el año 1642, en el libro *Religio Medici*, reflejando el interés de distinguir entre el homicidio (de uno mismo) y el matar a otro. Sin embargo, es hasta el siglo XX cuando se aceptó dentro de las investigaciones realizadas principalmente por psiquiatras (Sarro y de la Cruz, 1991). El término suicidio apareció por primera vez en el diccionario de la Real Academia Española de la lengua hacia 1817, definiéndose a partir de los términos latinos *Sui* (de sí mismo) y *Cadere* (matar), definiéndose como "el acto de o la conducta que daña o destruye al propio agente".

El fundador de la doctrina psiquiátrica, Esquirol en 1838, hace referencia a la reacción suicida como un síntoma psicópata que surge de una afección moral originada por diferentes aspectos de la vida humana como la ambición, el remordimiento, la ira, el temor y problemas familiares entre otros (Moron, 1992).

Ya en la moderna psiquiatría (Soubrier, 1930 citado por Clemente y González, 1996) cree que el fenómeno suicida parece más bien una patología de la desesperanza, sea cual sea el medio, la cultura o el entorno.

En la actualidad, la actitud hacia el suicidio es menos dogmática de lo que solía ser en el pasado. Durante siglos, el suicidio ha sido objeto de discusión moral y religiosa. En aquellos tiempos el suicidio consumado era sinónimo de libertad o locura, de una conducta racional o irracional.

En este sentido, se puede decir que la valoración y la evaluación clínica en gestalt persiguen un conocimiento de las personas centrándose directamente en ellas. Un conjunto, de recursos de evaluación, son principalmente, las entrevistas, las observaciones y las pruebas como el tratamiento psicológico gestáltico (Héctor Salama Penhos). Si bien es cierto el suicidio a lo largo de la historia se ha ido transformado, lo cual ha dependido de aspectos culturales como: tradiciones, creencias religiosas, políticas, y de aspectos sociales como la familia, la estructura económica, etc.

(Shneidman 1973, citado por Villardón, 1993), menciona algunas de las dificultades que presenta el concepto “suicida”

La (OMS, 1976) define el suicidio como: “Todo acto por el que un individuo se causa así mismo una lesión, o un daño, con un grado variable de la intención de morir y a través del cual pretende obtener los cambios deseados, cualquiera sea el grado de la intención letal o de conocimiento del verdadero morir”. Y el parasuicidio, como “un acto sin resultado fatal mediante el cual, sin ayuda de otros, una persona se auto-lesiona o ingiere sustancias con la finalidad de conseguir cambios a través de las consecuencias actuales o esperadas sobre su estado físico”.

Para operativizar los conceptos y la terminología acerca del suicidio, es frecuente realizar una distinción entre:

Conducta suicida: Espectro de conductas con fatal desenlace, tentativa de suicidio o suicidio.

Ideación suicida: Pensamientos que pueden variar desde ideas, hasta planes bien estructurados sobre cómo morir o intensas preocupaciones autolesivas.

Suicidio frustrado: Existiendo una verdadera intencionalidad autolítica, algunas circunstancias no previstas por el sujeto impiden la consumación del suicidio.

Conducta autolesivas: Lesiones autoinflingidas que producen un daño corporal manifiesto sin llegar a comprometer la vida sin intencionalidad suicida.

Amenaza de suicidio: Se utiliza para definir aquellas expresiones manifiestas que indican a otros la intención de llevar a cabo un suicidio. Pueden ir acompañadas de acciones para iniciar el suicidio.

Considerando el estudio de caso de la mujer parasuicida de edad de trece años ha arrojado rasgos de personalidad y dx medico legado por médicos del Hospital General Dr. Nicolás San Juan como depresión

Dentro del estudio psicológico se identificaron rasgos psicóticos y alto riesgo suicida, con criterios de desesperanza, sin bien notamos de acuerdo a el psiquiatra (Soubrier, 1930 citado por Clemente y González, 1996) parece ser encuadrar dentro de la patología de desesperanza.

De acuerdo a (Ann, 2010) y (Menninger, 1938) quienes plantean la existencia de un odio hacia sí mismo, se consideró que la mujer parasuicida de edad de trece años vio el suicidio como una auto-eliminación vinculada al odio, deseo de morir, vergüenza y desesperanza., si bien es cierto de acuerdo a los resultados obtenidos de los instrumentos aplicados refiere al vínculo de desesperanza.

A inicios del siglo XX se realizaron otros estudios acerca del suicidio y se encontraron que acuerdo a Emile Durkheim quien establece cuatro tipos de suicidio: Suicidio egoísta, Suicidio altruista, Suicidio anónimo, Suicidio fatalista, y a partir de ello se encuentra una estrecha relación con el caso de mujer parasuicida de edad de trece años donde se retoma el vínculo o bien la relación que pudiese existir de

acuerdo a la teoría del Suicidio egoísta: Donde nos menciona que son individuos que no están fuertemente integrados en el grupo social. Ahora bien de acuerdo a los resultados obtenidos del test de la familia, test de persona bajo la lluvia, se identifica la falta de integración y adaptación social. Manifestando al mismo tiempo en la entrevista la falta de comunicación y disfunción familiar. Sin embargo no se afirma dicha terminología ya que como se ha mencionado existen variantes para determinar la existencia de suicidio egoísta, puesto que la mujer que se expuso en el caso es parasuicida.

Por otra parte la teoría de Sigmund Freud afirma que: "Suicidio es todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo ejecutado por la propia víctima, a sabiendas de que habría de producir este resultado" (Freud, 1984) Formulaciones psicoanalíticas según Freud postulan que la depresión y suicidio son el resultado de un gran impulso agresivo contra un objeto interior, que era amado y ahora es odiado.

Freud hace resaltar la impotencia que el ser humano sufre ante la pérdida física o emocional de un objeto de amor por lo que la persona considera que el suicidio es el medio para recuperarlo.

Dentro de la teoría de Freud podemos decir que la mujer parasuicida de edad de trece años quien estuvo en la intervención psicológica gestáltica estaba en la fase de pérdida emocional después de la llegada de su hermana menor, y a causa de su nacimiento la misma se consideró desplazada y este fue un objeto de amor, por lo cual considero el suicidio como alternativa para recuperarlo.

Según (Schneiderman, 1996) la conducta suicida se puede clasificar en cuatro tipos:

- 1.- La sensación de que la vida no vale la pena, sentimiento que resulta de un estado depresivo. El adolescente considera que sus sentimientos de minusvalía y desamparo nunca desaparecerán.

2.- Una conducta suicida impulsiva que puede presentarse después de una desilusión, de una frustración o de fuertes sentimientos de enojo.

3.- Una enfermedad grave, que puede llevar al individuo a pensar que no hay otra salida.

4.- El intento suicida como medio de comunicación, en el que el adolescente no desea morir, pero quiere comunicar algo por medio del suicidio y cambiar la forma en que lo tratan las personas que lo rodean.

*Por otro lado nos encontramos con el **Triángulo Letal de Schneiderman**: quien ha descrito el suicidio compuesto por tres factores predisponentes y un factor desencadenante del acto.*

El factor desencadenante del comportamiento suicida, es la idea de que el dolor asociado con la situación actual puede ser anulado quitándose la vida (Rivas, 2006).

Los tres factores predisponentes son:

Odio contra sí mismo (baja autoestima), por culpa o debido a una disminución importante de la autoestima.

Un estado de extrema agitación, en el cual el sujeto se encuentra tenso y no piensa claramente.

Limitación de las posibilidades intelectuales o "visión túnel" que determinan que el sujeto no pueda ver más allá de la situación inmediata.

El acto suicida tiene su *lógica* para el individuo y se convierte en la *única salida*. También, cuando la idea de culpa es agobiante, la explicación necesaria se traduce en suicidio.

Lo mismo pasa con el sentimiento de indefensión y desesperanza, la salida o escape necesario se traducen en el suicidio.

La adolescencia, es considerada como una etapa dolorosa en la que el joven pasa por cambios difíciles que le producen ansiedad y depresión. La tentativa de suicidio es una conducta significativa en esta etapa y plantea el problema de la depresión como vivencia existencial y como una verdadera crisis.

Para (Baechler, 1975) el suicidio puede tener varios significados:

1. La fuga y/ o huida; que es el intento de escapar de una situación dolorosa o estresante, atentando contra la propia vida
2. El duelo; después de una pérdida importante para la persona y que no ha podido manejarse adecuadamente.
3. El castigo; se presenta cuando el adolescente se siente responsable de un acto negativo y el intento suicida se dirige a expiar una falta real o imaginaria.
4. El crimen; cuando el adolescente atenta contra su vida e intenta llevar a otro a la muerte.
5. La venganza; cuando se atenta contra la vida y se intenta provocar el remordimiento de otra persona.
6. La petición de socorro y chantaje o bien la llamada de atención.
7. El sacrificio y la transición; “Es el hecho de atentar contra la propia vida para alcanzar un valor o un estado considerado superior, es decir adquirir estima superior, es morir por una causa.
8. El juego; “es el hecho de arriesgar la propia vida para probarse a sí mismo”.

Las conductas de riesgo en el adolescente van asociadas al pensamiento fugaz de que la muerte puede encontrarse a la vuelta de la esquina y a continuación se produce una sensación de alivio, o triunfo cuando finalmente luego de realizar esas conductas el adolescente ha salido ileso.

Considerando los factores de riesgo en la adolescencia nos encontramos con el medio social donde radica la seriedad del intento suicida en lo que el joven hace o deja de hacer para ser descubierto antes de morir. Es importante mencionar que dentro de este factor de riesgo la mujer parasuicida de edad de trece años dio advertencias sobre dicho acto.

(Ross,1983), psiquiatra que ha investigado de manera extensa acerca de la muerte y la agonía, nos habla de una serie de reacciones que las personas experimentan cuando un miembro de la familia ha cometido suicidio:

De acuerdo a las reacciones que la familia experimenta ante un intento suicida (parasuicidio) se destaca la primera en la que se caracteriza por la *conmoción y la negación* ya que se evita hablar respecto al suicidio cerrándose ante los sentimientos de dolor., la segunda es la *presencia de dolor* al culpar a alguien o así mismo por lo que paso y por último se *expresa enojo* hacia el suicida, la tercera etapa es aceptar el hecho es dejar ir al ser querido o bien concluir con un asunto que estaba pendiente.

El vacío existencial como factor de suicidio hace referencia perdida de este sentido de vida, por un vacío existencial en la persona, el cual le hace sentir que no tiene elección. Esto causa una frustración existencial que desemboca en una neurosis noogénica, y el hombre tiende genuinamente a descubrir un sentido de vida y llenarlo de contenido, a lo cual llama Frankl “voluntad de sentido”.

Para encontrar el sentido es necesario encontrar el sentimiento de la felicidad que no es realmente el ser feliz o estar feliz, sino que es el tener un fundamento para ser feliz y el descubrimiento del sentido de vida se logra de acuerdo con valores de creación.

Dentro de los *Rasgos psicológicos como factor de riesgo suicida se consideran las variables psicológicas que pueden estar asociadas a la conducta suicida son: la impulsividad, el pensamiento dicotómico, la rigidez cognitiva, la desesperanza, la*

dificultad de resolución de problemas, la sobre generalización en el recuerdo autobiográfico y el perfeccionismo. Estos factores varían en función de la edad, aunque hay dos de especial importancia, la desesperanza y la rigidez cognitiva.

(Mardomingo, 1993 citado por Ros, 1998), menciona como rasgos psicológicos más comunes en la conducta suicida de niños y adolescentes: impulsividad, baja autoestima, sentimientos de desesperanza, baja tolerancia a la frustración, estilo cognoscitivo rígido, labilidad emocional y sentimientos de soledad o de tristeza

Según Kaplan, una de las peores consecuencias de la depresión puede ser el suicidio. Existen registros de que el 80% de los pacientes depresivos han tenido la fantasía del suicidio. De acuerdo al porcentaje se considera viable la teoría de Kaplan, recordemos que el Dx medico por la cual canalizaron a la mujer parasuicida fue depresión.

*El factor familia en el suicidio* (Minuchin, 1998), nos explica que la familia como un sistema que opera dentro de contextos sociales específicos, tiene tres componentes:

La estructura de una familia es la de un sistema sociocultural abierto en un proceso de transformación.

La familia muestra un desarrollo desplazándose a través de un cierto número de etapas que exigen una reestructuración.

La familia se adapta a las circunstancias cambiantes, de modo tal que mantiene una continuidad y fomenta el crecimiento psicosocial de cada miembro.

De acuerdo con (Minuchin, 1998), la familia imparte a sus miembros un sentimiento de identidad, al mismo tiempo que los ayuda a ser suficientemente seguros como para funcionar en el mundo externo a esta. Por otro lado Gesell menciona que el crecimiento emocional es un proceso progresivo, el cual involucra una serie de relaciones interpersonales que abarcan las rutinas del cuidado personal, a los intereses y actividades del hogar, la escuela, la comunidad, a la ética de la vida

diaria, etc. Sin embargo en la aplicación de test de la familia la mujer parasuicida de edad de trece años nos arroja datos de desadaptación familiar.

*Fritz Perls* en la *Psicoterapia de la Gestalt* menciona que el Enfoque Gestáltico (EG) es un enfoque holístico; es decir, que percibe a los objetos, y en especial a los seres vivos, como totalidades. En Gestalt decimos que "el todo es más que la suma de las partes". Todo existe y adquiere un significado al interior de un contexto específico; nada existe por sí solo, aislado.

La sensibilización gestalt tiene dos objetivos fundamentales: las cuales fueron implementadas en las estrategias de intervención psicológica gestáltica, considerando el primer objetivo, el incremento en la persona el darse cuenta, la cual no es una consciencia meramente racional, es promover el incremento en la capacidad de darse cuenta, con todo su organismo, de lo que le está sucediendo aquí y ahora, haciendo que la experiencia sea asimilada de manera vivencial, no solo de manera racional. "Aprender es descubrir en la experiencia, si no, no hay aprendizaje significativo". Y el último objetivo se abordó en que la persona se responsabilice de sí misma, de sus pensamientos, acciones, sentimientos, sensaciones, etc. Evitando la culpabilización hacia fuera.

La adolescencia como etapa de evolución y por la dificultad que a menudo presenta en la familia el adolescente y la necesidad de tener que hacer a veces terapia de familia con la pareja (padres) y algún hijo adolescente.

Es importante cuestionarnos ¿Cómo es el adolescente? Efectivamente el adolescente no soporta que los adultos le perciban como alguien perteneciente únicamente a la generación del futuro; quiere también pertenecer, como todas las personas, a la generación actual, a la del aquí y el ahora.

*Si bien es cierto el aquí y el ahora es la línea de equilibrio entre el presente momentáneo y el pasado, sin embargo existe e importa tan sólo como parte de la realidad presente; cosas y recuerdos acerca de los cuales pienso ahora como*

pertenecientes al pasado. El pasado y el futuro son nuestras concepciones acerca de lo que precedió al momento presente y lo que presagiamos que seguirá a lo actual. Él ahora es el presente, aquello de lo que me doy cuenta. Ya sea que estemos recordando o anticipando, lo estamos haciendo ahora.

La característica del adolescente es el cambio acelerado de su espacio vital y su rol se le presenta confuso y difícil de distinguir, con barreras difíciles de superar, inseguro de qué conducta es la apropiada para acercarse o alejarse de sus objetivos, transformándose en un ser marginal. La falta de dirección en su entorno produce en él una crisis que se manifiesta con aislamiento e inhibición y también con agresividad y extremismo.

Por otro lado se puede concluir que las experiencias en el adolescente tiene como manifiesto la lucha contra muchas introyecciones adquiridas en la infancia; introyecciones culturales, educadoras y familiares. Tiene que discriminar y determinar que introyecciones desecha y de cuales se apropia. El adolescente se siente afectado por las realidades del mundo. Sin embargo, el adolescente sabe que pronto será \*lanzado\*al mundo para vivir a su manera. Ha esperado y deseado llegar a tener la libertad y la independencia del adulto: por otra parte, obtenerla le produce temor y ansiedad. Algunos están preparados para hacer frente al mundo.

Tomar decisiones propias, experimentar con la experiencia. Otros puedan llegar a deprimirse ante todos estos cambios, sentir ansiedad y temer lo que les depara el futuro. Una forma de conocer la adolescencia, partiendo de los principios de la Gestalt, es tomando la percepción que él tiene de sí mismo y la que de él tiene los demás, especialmente de los adultos.

# **Capítulo 6**

## **Conclusiones, Recomendaciones y Propuesta Profesional**

## 6.1 CONCLUSIONES

El tema del suicidio es poco difundido en nuestro país centro américa . Existe un subregistro por parte de las autoridades y clasificaciones que lo invisibilizan. No existen instituciones que se dediquen a la investigación y documentación de casos, por lo que resulta un fenómeno poco conocido (Juárez y Palma,2002, citan a Revista Al día, 2002).

El sub-registro y la falta de documentación provocan que no se haya tomado hasta hoy medidas preventivas y de intervención para el problema del suicidio y parasuicidio. Y dado a ello los medios de comunicación tampoco difunden información sobre el tema.

En esta tesis he querido llamar la atención con un tema tabú en la sociedad: “ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA GESTÁLTICA EN MUJER PARASUICIDA DE EDAD DE 13 AÑOS”, con la intención de que se pierda el temor a hablar del mismo, sin estigmatizarlo, ya que urge concientizar a la población, para aplicar medidas necesarias de prevención e intervención en el caso de los sobrevivientes.

El objetivo fundamental de esta tesis era evaluar cuál de las estrategias de intervención psicológica gestáltica tomo mayor significado para la conducta descrita dentro del estudio de caso de la adolescente parasuicida, manifestado, lo útil y práctico para la intervención y tratamiento de intento suicida en la adolescente de sexo femenino y de edad de 13 años. Mismas que se aplicaron para evaluar las manifestaciones, utilidad y práctica de la intervención y del tratamiento.

Así pues, la aportación principal de este trabajo consiste en el diseño e implementación de estrategias psicológicas gestálticas en el estudio de caso de la adolescente parasuicida.

Las conclusiones se derivan del trabajo de investigación que se presenta enlazar entre sí, los temas tratados en el proceso de estrategias de intervención psicológica gestáltica y suicidio, intento suicida y parasuicidio son especificados y expuestos a continuación.

En esta tesis se demuestra que el tema implementado mediante estrategias de intervención psicológica gestáltica en parasuicidio presentado en el tercer capítulo reduce eficientemente ideas y crisis suicidas esto evaluado y presentado en el cuarto capítulo señalando la sintomatología depresiva y rasgos psicóticos de personalidad de la mujer parasuicida de edad de trece años.

Si bien es cierto las causas son diversas y complejas, pero si suele haber una constante y es que esos chicos suelen tener poco apoyo emocional en la familia o sociedad. La desesperanza y la depresión serían intervenidas de manera eficaz y evitarían una precipitación en la conducta suicida.

Ello permite que la información teórica sea aprobada para la aplicación desarrollada en esta tesis, y que de la misma manera se encuentre en la posición de no existir una causa específica ni una sola causa para el fenómeno del suicidio. El mismo es resultado de una conjunción de elementos internos y una serie de situaciones sociales inmanejables que el individuo ha experimentado y que considera abrumadoras.

Entre la conjunción de elementos internos y la serie de situaciones sociales nos encontramos con las relaciones familiares deficientes, la poca comunicación y apoyo, además de las situaciones complejas de existencia que las personas no saben manejar, son aspectos de la vida cotidiana que se constituyen como factores predisponentes en la decisión de suicidio.

Todo acto suicida es premeditado, nunca es una decisión tomada precipitadamente. Toda amenaza o comentario al respecto debe ser tomado en cuenta.

Pudo corroborarse a través del estudio de caso, que en algunas oportunidades el suicidio no lleva sólo la intención de morir; sino se acompaña de intenciones tales como: vengarse o escarmentar a la familia por un conflicto latente. En estos casos el suicidio es la mejor forma de generar culpa y dañar a quienes se quiere dañar.

La forma particular en la que cada persona decide suicidarse, el lugar y el momento en el que decide hacerlo son planeados sigilosamente, no son escogidos al azar, tienen un significado para la persona y depende en gran parte del mensaje final que se desea dejar a la familia o los allegados así como del impacto que se desea generar en ellos.

Algunos de los efectos del suicidio en la familia entrevistada son: culpa, enojo, tristeza, incertidumbre. En este caso estudiado el duelo no ha sido resuelto.

La relación familiar en el estudio de caso mejora en cuanto a comunicación y toma de decisiones. A partir del hecho intento suicida se rompieron completamente las barreras de comunicación entre los miembros de dicha familia.

Por otro lado, la familia actual es cada día más inestable. Muchos adolescentes han presenciado cambios profundos de la estructura y funcionamiento de esta; y en algunos casos han tenido que vivir pérdidas significativas. La situación en que se desarrolla la vida de algunos adolescentes es difícil y la influencia que reciben muy compleja.

Las estrategias de intervención psicológica gestáltica cuya relación con la ideación suicida, conducta suicida y parasuicidio resultó ser significativa y de importante magnitud fue la de la silla vacía. En el caso de los adolescentes con alto riesgo suicida, sus ideaciones suicidas están relacionadas de manera indirecta con la estrategia de reinterpretación positiva de la realidad.

Este acontecimiento causó un fuerte impacto en los familiares del parasuicida, provocó cambios en la vida y en la forma de pensar de éstas personas. En el caso

estudiado la familia mostro participación y seguimiento continuo sobre el proceso terapéutico. Sin embargo existieron variantes externas que en su momento fueron redes de riesgo ante la atención psicológica dado a los mitos y tabús sobre la ciencia psicológica.

## **6.2 Recomendaciones**

Como psicólogos tenemos un importante papel que cumplir, para poder explicar esta compleja conducta, por los múltiples factores implicados en la misma, y para poner en práctica programas efectivos de prevención e intervención. Es necesario educar a la población sobre el tema para que deje de estigmatizarse, para evitar que se sigan manejando mitos y creencias acerca de los suicidas, enfatizando la importancia de las relaciones familiares, el vínculo entre padres-hijos, la confianza y la comunicación como pilares importantes en el proceso de apoyo a los parasuicidas.

Establecer espacios en los que se propicie la discusión sobre el tema del suicidio para que éste no sea un “tabú”. En ese espacio los familiares puedan expresar sus vivencias y emociones, sin sentirse culpables, avergonzados o señalados.

Proporcionar atención terapéutica a familiares que se vieron afectados tras visualizar un intento suicida.

Además de que el conocimiento de los factores y mecanismos que conducen a las conductas de riesgo en especial las relaciones familiares, lo cual determinara las relaciones sociales, dicho que la familia tiene un vínculo estrecho entre las redes de apoyo y el sistema social es de gran utilidad para poner en marcha los trabajos de prevención que estén orientados a fomentar el desarrollo de habilidades, para que se logre un armonioso desarrollo físico, psicológico y emocional.

Finalmente es importante mencionar, que las limitaciones que se pudieron presentar en este tipo de estudio, se puede sugerir la realización de estudios con un diseño

prospectivo, que explique los factores protectores y de riesgo de la población adolescente que ha intentado suicidarse. Por otro lado proporcionar alguna otra estrategia de intervención psicológica gestáltica.

### **6.3 Propuesta Profesional**

Hoy en día existen grandes avances sobre la Terapia Gestalt sin embargo falta mucho que hacer dentro de la ciencia, por tanto se hace la invitación a lectores psicólogos, docentes e interesados en la salud mental a ser partícipes de la temática suicidio puesto que queda en visto que a pesar de las determinantes variables que existen para no generar el abordaje terapéutico y al mismo tiempo la prevención, vemos que falta mucho que hacer sobre dicho tema “Parasuicidio”.

No obstante la propuesta profesional que se realiza es la consiguiente; puesto que se dice que no sólo será un arduo trabajo para generar la confidencialidad de casos suicidas, sí no también poder obtener un abordaje clínico ante crisis emocionales y para ello se debería contar con los recursos necesarios, así mismo generar talleres y/o proyectos preventivos que orienten a la población.

Y sin más preámbulos sobre dicha temática se deja abierta la tentativa a realizar conferencias que permitan aperturar temas de gran redundancia clínica, ya que en el abordaje de prevención de suicidio resultara beneficioso en sectores de salud pública y privada, y si bien se imparten talleres de prevención y riesgo suicida, se denotaran socialmente ya que son temáticas escandalosas y con temor a dialogarlo, sin embargo a pesar de dificultades permitirán que receptores tengan la capacidad de identificar señales de alerta no solo en niños sino también en adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores.

Quizá exista la posibilidad de cuestionarnos del porque hablar del tema y cuales pudieran ser los beneficios; Si bien ponemos en visto el tema de muerte como

proceso natural pero al mismo tiempo el tema suicidio se determinara que no solo el “Suicida está tomando su responsabilidad sobre su vida” si no también que la muerte pude llegar de manera inesperada, pero al mismo tiempo propiciada.

Finalmente al trayecto del presente estudio se permitió visualizar que existen diversos factores determinantes, y por otro lado se enfatiza que existe la posibilidad de dar un alcance de tratamientos psicológicos por medio del Enfoque Gestáltico en este tipo de casos así como muchos otros que se pueden presentar en adolescentes puesto que existen múltiples estrategias de intervención gestáltica que permitirían abordar el estado emocional de los adolescentes puesto que se ve la presencia constante de un desequilibrio emocional a lo que corresponde la empatía así mismo la trasferencia que se pudiera tener entre el adolescente y el terapeuta, no debemos olvidar que dentro de este Enfoque Gestáltico se tiene la oportunidad de generar la presencia del aquí y ahora puesto que esto permitirá visualizar el presente de aquella conducta suicida; Por otro lado veremos que el adolescente estará en constantes cambios inapropiados para su entorno social, a lo que el adolescente se encontrara en constante aislamiento y en especial con el entorno familiar, pero esto no sería motivo conflicto ante con el terapeuta puesto que debe tomar el rol de intermediario entre el entorno familiar y el adolescente esto con la finalidad de generar una alianza terapéutica y favorecedora con el parasuicida, si bien se da el alcance de las alianzas podemos ver que las estrategias utilizadas en los adolescentes parasuicidas, o con pensamientos suicidas pueden dar un alcance en su estabilidad Bio-Psico-Social y Espiritual.

El psicólogo u otros nunca deben de olvidar que sus roles de familiaridad llevaran a conducir al adolescente a lo que se le conoce como moralidad, a lo que el parasuicida regularmente siempre responderá con renuencia puesto que está en constante cambio ante reglas y normas que se han establecido en su entorno, a lo que compete al psicólogo se deberá adentrar al adolescente para generar acuerdos, puesto que el adolescente pretende crecer pero al mismo tiempo depende de sus

redes de jerarquía (padre-madre), si bien vemos los padres se encuentran en la misma situación puesto que quieren que sus hijos crezcan pero al mismo tiempo que no dejen de considerar su valor significativo de apego, a lo que veríamos que significativamente para los padres el apego resulta también de gran conflicto.

Por último se deja abierta la propuesta profesional ante posibles cambios que pudieran surgir, puesto como se dijo con anterioridad a través de la exploración clínica y metodológica encontraremos cambios en las variables de estudio.

### **Bibliográficas**

1. Adolescencia y salud / ed. por John Coleman, Leo B. Hendry, Marion Kloep; tr. por Mariana Garduño Ávila, Gabriela Enríquez Coterá. -- México: Editorial El Manual Moderno, 2008.
2. Alizade, A. M. (1996). *Clínica con la Muerte*. Buenos Aires: Amorrortu.
3. Asociación de Investigación, Prevención e Intervención del Suicidio, (2009). *Introducción al suicidio*. Guía del Psicólogo, Vol. 297.
4. ADIVAC Asociación para el Desarrollo Integral de Personas Violadas, A.C. Taller La Silueta, 2008.
5. Borges G, Rosovsky H, Gómez C, Gutiérrez R. Epidemiología del suicidio en México de 1970 a 1994. *Salud Pública Méx* 1996; 38:197-206.
6. Bucay, J., (2013). *El Camino de las Lágrimas*. México: Océano Expres.
7. Bucay, J. (2006). *Hojas de ruta*. Colección Completa. D.F., México: Océano.
8. Bowlby, John "Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida." Ediciones Morata. 1979.

9. Castro Campillo, G., (2014). *Suicidio*. AMTAC. Material de clase. Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina, UNAM. México.
10. Comportamiento Suicida, Fernando Quintanar
11. Durkheim, E., (1995). *El suicidio*. Madrid: Akal.
12. El pensamiento de suicidio en la adolescencia. Lourdes Villardón Gallego 1 de junio 2009, Instituto de Ciencias de la Educación, Universidad de Deusto.
13. Eguiluz, R. L. (1995). Una reflexión sobre la conducta suicida desde el marco de la Terapia Familiar. *Psicología Iberoamericana Nueva Época*. 3(1), 18-23.
14. Eguiluz, L. (2001). La Teoría Sistémica. Alternativas para investigar el sistema familiar. México, D. F.: UNAM, UAT Eguiluz, R. L. (Comp.) (2003a). *Dinámica de la familia. Un enfoque psicológico sistémico*. México, D. F.: Pax-México.
15. Eguiluz, L. (Sep-Oct. 2003b). Ideación Suicida. *Perspectivas Sistémicas*. Revista Argentina, Año 15, No. 78, 3-6.
16. Elisabeth Kúbler Ross, los niños y la muerte Ed. Luciérnaga océano
17. Enfermedad Mental y Suicidio, World Federation For Mental Health
18. El suicidio enfoque criminológico Hilda Marchiori 2 edición editorial purrúa
19. El suicidio Emile Durkheim ediciones Coyoacán S.A de C.V
20. "El mito de Sísifo" de Albert Camus.
21. Estrategias de intervención en jóvenes con intento o ideación suicida1 Luz de Lourdes Eguiluz Romo2 Facultad de Psicología de la FES-Iztacala UNAM
22. Frankl V. (1991). *El hombre en busca de sentido*. Editorial Barcelona Herder.
23. González-Forteza, C., Ramos, L., Caballero, A., & Wagner, F. (2003). Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Psichotema* 14 (4), 524-532.
24. [http://www.revistauaricha.umich.mx/Articulos/uaricha\\_0816\\_066-090.pdf](http://www.revistauaricha.umich.mx/Articulos/uaricha_0816_066-090.pdf)
25. <http://www.monografias.com/trabajos65/cuentos-curan/cuentos-curan2.shtml#ixzz3Smawea44>
26. <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>

27. <http://www.tanatologiaamtac.com/descargas/tesinas/27%20Suicidio%20en%20adolescentes.pdf>.
28. [https://www.google.com.mx/url?sa=t&source=web&rct=j&url=http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/tesis/tesis\\_isabel\\_alcantar.pdf&ved=0ahUKEwioreqZycLJAhXinoMKHYIFAToQFggYMAA&usg=AFQjCNGm\\_hnXO0VGI9qcqqrOn7NUynRH0w&sig2=CblisoFlotl4E5qF23qS\\_Q](https://www.google.com.mx/url?sa=t&source=web&rct=j&url=http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/tesis/tesis_isabel_alcantar.pdf&ved=0ahUKEwioreqZycLJAhXinoMKHYIFAToQFggYMAA&usg=AFQjCNGm_hnXO0VGI9qcqqrOn7NUynRH0w&sig2=CblisoFlotl4E5qF23qS_Q)
29. Heker, L. (2003). Diálogos sobre la vida y la muerte. Buenos Aires: Aguilar.
30. Hernández, J., (1997). *El proceso suicida*. En S., Ros Montalbán (Ed.). *La Conducta Suicida*. Madrid: Libro del Año.
31. IMPO Instituto Mexicano de Psicooncología “Taller Resiliencia y Duelo”, 2013 Dr. Marco Antonio Polo Scott.
32. Kübler-Ross, E. (1994). La muerte y los moribundos. Barcelona, España: Grijalbo
33. La Matriz FODA, Alternativa de Diagnostico [en línea] Humberto Ponce Talancón, Enseñanza e Investigación en Psicología Vol. 12, Num1:113-130 [citado Enero- Junio, 2007], Disponible en Internet: [http://cneip.org/documentos/revista/CNEIP\\_12-1/Ponce\\_Talancon.pdf](http://cneip.org/documentos/revista/CNEIP_12-1/Ponce_Talancon.pdf).
34. Manual de Técnicas de PNL de estrategias PNL, por Laura Elena Armas y Coral von Ruster Primera Edición electrónica 2009.
35. Oscar Prettel Barrera “Sensibilización en Gestalt”. Formación 1er. Año Centro de Orientación y Desarrollo Humano CODEH gestalt.
36. Perls, F. (1975). Ego, hambre y agresión. Los comienzos de la terapia gestalt. Editorial fondo de cultura económica, México.
37. Peñarrubia, Francisco, “Terapia Gestalt. La vía del vacío fértil”. Alianza Editorial. 1998.
38. "Psicoterapia Existencial" de Irvin D. Yalom.
39. Prevención del suicidio en jóvenes. Salvando vidas\Ana María Chávez Hernández, México Editorial Trillas 2008.

40. ¿Qué se? El suicidio Pierre Morón profesor de psiquiatría y psicología medica cuarta edición en francés actualizada 34 mil ejemplares primera edición en español publicaciones cruz o S.A
41. Rogers, C. (1977). Psicoterapia centrada en el cliente. Editorial Paidós.
42. Sarró, B. & De la Cruz, C. (1991). *Los Suicidios*. Barcelona: Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud. Serie Salud 2000, Ediciones Martínez Roca, S.A.
43. Stengel, E. (1965). *Psicología del suicidio y los intentos suicidas*. Buenos Aires: Horme.
44. Sierra (2007). ¿Qué es el suicidio?. Para continuar la vida, vivencia personal, familiar y terapéutica en caso de suicidio. Bogotá, Colombia. Editorial San Pablo.
45. Samper M. (2007). El proceso suicida. Como prevenir la soledad, la depresión y el suicidio en niños y jóvenes. Madrid, España. Editorial Aguilar.
46. Suicidio una alternativa social Miguel Clemente y Andrés Gonzalez, 1996 editorial biblioteca nueva, S.L, Madrid 1996 almagro, 38 28010 Madrid
47. Suicidio, decisión definitiva al problema temporal, de José Luis Canales.
48. Tanatología. La inteligencia emocional y el proceso de duelo. México, D. F.: Trillas.
49. "Taller Aprendizaje Acelerado" Autor anónimo.
50. Terapia Cognitiva de la Depresión Aaron T. Beck, A John Rush, Brian F. Shaw, Gary Emery.
51. Terapia Cognitiva aplicada a la Conducta Suicida, Arthur Freeman.
52. Thomas, M. (2002). Libertad fatal, ética y política del suicidio. México: Paidós
53. Villar, A. (2002) Suicidio en niños y adolescentes. *Revista de Psiquiatría y psicología del niño y del adolescente*, 2(2), 131-145.
54. Villardón, G. (1993). *El pensamiento del suicidio en la adolescencia*. España: Instituto de Ciencias de la Educación.

# Anexos

## **Formato de consentimiento informado (Anexo 1)**

Formato de Consentimiento Informado para Padres de Familia

DOCUMENTO DE AUTORIZACION INFORMADA PARA PADRES

(Documento Informativo)

### **¿Cuál es el nombre de la investigación?**

“ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA GESTALTICA  
MUJER PARASUICIDA DE EDAD DE 13 AÑOS”.  
(ESTUDIO DE CASO)

### **¿En qué consiste esta investigación?**

Para esta investigación se ha planteado un modelo teórico que busca explicar cuáles son las variables por las cuales un adolescente puede llegar a pensar o intentar suicidarse. El objetivo de este estudio es conocer el grado de exactitud con el que tal modelo puede explicar esa conducta.

### **¿Quién es responsable de esta investigación?**

Este proyecto es adelantado por la pasante en psicología Anayeli Hernández Jiménez quien es candidata a titulada en psicología clínica, de la Universidad Tecnológica Iberoamericana, como parte de tesis.

### **¿Por qué se hace esta investigación?**

El suicidio es un problema silencioso, por lo cual se requiere de campañas y acciones que puedan prevenirlo e intervenir dado los hechos del primer intento suicida o bien falla suicida.

### **¿Qué debe hacer la persona que participa en esta investigación?**

La investigación consiste solamente en que la misma responda a cuestionarios, escalas, test y entrevistas psicológicas, acerca de temas tales como: Datos generales, consumo de sustancias psicoactivas eventos estresores vitales, depresión, desesperanza, autoestima, apoyo social, adaptación, y cohesión familiar, solución de problemas, razones para vivir, ideas suicidas e intentos suicidas. La aplicación de estos instrumentos se realizara en una sola jornada durante el horario de sesión.

### **¿Por qué se hace esta investigación con el paciente adolescente?**

Porque la adolescencia y la juventud son etapas muy particulares y si se aplicara los cuestionarios, escalas, test y entrevistas psicológicas a personas adultas no se podría conocer que pasa por la mente de las personas con menor edad.

### **¿Qué molestias o riesgos puede llegar a tener el participante en la investigación?**

El hecho de que el adolescente responda NO representa riesgo significativo para su bienestar integral. Sin embargo, se puede llegar a presentar cansancio físico por la lectura de todos los cuestionarios. De otro lado es factible que alguna de las preguntas de los cuestionarios permita que el adolescente recuerde eventos o situaciones molestas o desagradables de su vida. También es factible que una vez leídas todas las preguntas el mismo adolescente se dé cuenta de que hay algunas áreas de su vida emocional que requieren de atención o de ayuda profesional.

### **¿Qué beneficios se obtiene de esta investigación?**

El principal beneficio es para la salud de todos los jóvenes de municipios cercanos, pues al final del estudio las instituciones educativas y los organismos de la salud del municipio tendrán a su disposición la información sobre qué factores intervienen para prevenir el suicidio en los adolescentes y jóvenes de la ciudad de Toluca.

### **¿Qué pasa si mi hijo o yo tenemos alguna pregunta?**

Cualquier inquietud o pregunta que tanto usted como su hijo tenga sobre la investigación, los cuestionarios, etcétera. Pueden plantearla, en cualquier momento, al investigador / psicólogo que las aplicará. Igualmente el investigador /psicólogo responsable tiene la obligación de brindarle información relevante, obtenida durante la aplicación de los cuestionarios, test, escalas, y de las sesiones, aun cuándo dicha información clínica en la que está matriculado.

### **¿Cómo se maneja no los datos que se recolecta?**

En primer lugar la entrevista será estructurada los cuestionarios escalas test serán completamente anónimo.; es decir que no tendrá ningún dato que permita reconocer a quién lo respondió. En segundo lugar, los datos recolectados serán manejados únicamente por el investigador. En tercer lugar, se entregará un informe general al dar de alta al adolescente.

### **AUTORIZACIÓN INFORMADA**

Por medio del presente autorizo que \_\_\_\_\_, quien está bajo esta mi custodia legal, participe en la investigación denominada “ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA GESTÁLTICA. MUJER PARASUICIDA DE EDAD DE 13 AÑOS”. (ESTUDIO DE CASO)

Declaró que he leído y comprendido el documento informativo, y que se me han aclarado los aspectos relacionados con el objetivo, el adolescente, el procedimiento, los posibles riesgos y molestias y beneficios que implica la investigación.

Declaró que no he sido sometido a ningún tipo de presiones y que mi decisión de

participar en esta investigación es completamente voluntaria.

Entiendo que conservo los derechos en que la información sea manejada de manera confidencial de hacer preguntas en cualquier momento y de ser informado de datos relevantes de la investigación, en los términos que se expresa en el documento informativo.

En constancia se firma en Capulhuac de Mirafuentes Estado. De México, a los \_\_\_\_\_ días, del mes de \_\_\_\_\_, del año \_\_\_\_\_.

	Nombre	Firma	Teléfono de Contacto
Padre / Madre de familia o Acudiente			
Investigador			
Testigo 1			
Testigo 2			

## Formato de entrevista (Anexo 2)

Nombre:

Fecha de Ingreso:        /        /

\_\_\_\_\_  
Día      Mes      Año

Hora: 4: 00 HRS

### MOTIVO DE CONSULTA:

REMITIDO POR:    Institución ( )      Voluntario ( X )      Otras ( )

Especifique:

### DATOS PERSONALES

Nombre:    Edad: años    Género: (M) (F)    Estado Civil: Concubinato    Escolaridad:  
Ocupación:    Fecha de Nacimiento:    Lugar de Nacimiento:    Religión:    Domicilio:

Lugar y tiempo de residencia:

Teléfono propio: Para recados:

Nivel Socio-económico: Bajo    Discapacidad: (Si) (NoX)

### DATOS FAMILIARES

Tutor (es):

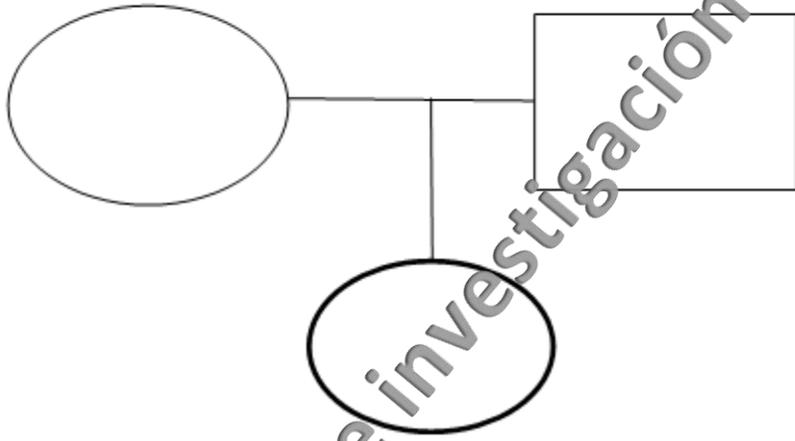
Ocupación: Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono propio: \_\_\_\_\_ Para recados: \_\_\_\_\_

REFERENCIA: Área Psicológica ( x )    Área Trabajo Social ( )    Área Jurídica ( )

**ACCIONES:** Se brindó cita para evaluación psicológica.

**ATENDERÁ:** Pasante en Psic.



Uso con fines de investigación

**Test persona bajo la lluvia Querol S. (2009) (Anexo 3)**



**Posttest**



## Inventario de depresión de beck BDI-II Aaron T. Beck (Anexo 4)

# BDI-II<sup>1</sup>

Nombre: Betsabe Estado Civil: Soltera Edad: 13 Sexo: F  
 Ocupación: Estudiante Educación: Secundaria Fecha: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea 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 (Cambio en los Hábitos de Sueño) y el ítem 18 (Cambios en el Apetito).

<p><b>1. Tristeza</b></p> <p>0 No me siento triste.                      1 Me siento triste gran parte del tiempo.                      2 Estoy triste todo el tiempo.                      ③ Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.</p> <p><b>2. Pesimismo</b></p> <p>0 No estoy desalentado respecto de 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.</p> <p><b>3. Fracaso</b></p> <p>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.</p> <p><b>4. Pérdida de Placer</b></p> <p>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 de las que solía disfrutar.                      3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.</p> <p><b>5. Sentimientos de Culpa</b></p> <p>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.</p>	<p><b>6. Sentimientos de Castigo</b></p> <p>0 No siento que estoy siendo castigado.                      1 Siento que tal vez pueda ser castigado.                      2 Espero ser castigado.                      ③ Siento que estoy siendo castigado.</p> <p><b>7. Disconformidad con Uno Mismo</b></p> <p>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 gusto a mí mismo.</p> <p><b>8. Autocrítica</b></p> <p>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.</p> <p><b>9. Pensamientos o Deseos Suicidas</b></p> <p>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.</p> <p><b>10. Llanto</b></p> <p>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.</p>
--	---

Título original: Beck Depression Inventory (Second edition)  
 Traducido y adaptado con permiso.  
 © 1996, 1987 by Aaron T. Beck, by the Psychological Corporation, USA.  
 © de la traducción al castellano 2006 by The Psychological Corporation, USA.  
 Todos los derechos reservados.

28

Subtotal Página 1

Continúa atrás

1. Adaptación: Lic. María Elena Brenlla

<p><b>11. Agitación</b></p> <p>0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.</p> <p>① Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.</p> <p>2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.</p> <p>3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.</p> <p><b>12. Pérdida de Interés</b></p> <p>0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.</p> <p>① Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.</p> <p>2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.</p> <p>3 Me es difícil interesarme por algo.</p> <p><b>13. Indecisión</b></p> <p>0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre.</p> <p>1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.</p> <p>② Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.</p> <p>3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.</p> <p><b>14. Desvalorización</b></p> <p>0 No siento que yo no sea valioso.</p> <p>1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.</p> <p>2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.</p> <p>③ Siento que no valgo nada.</p> <p><b>15. Pérdida de Energía</b></p> <p>0 Tengo tanta energía como siempre.</p> <p>1 Tengo menos energía que la que solía tener.</p> <p>② No tengo suficiente energía para hacer demasiado.</p> <p>3 No tengo energía suficiente para hacer nada.</p> <p><b>16. Cambios en los Hábitos de Sueño</b></p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.</p> <p>①a Duermo un poco más que lo habitual.</p> <p>1b Duermo un poco menos que lo habitual.</p> <p>2a Duermo mucho más que lo habitual.</p> <p>2b Duermo mucho menos que lo habitual.</p> <p>3a Duermo la mayor parte del día.</p> <p>3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.</p>	<p><b>17. Irritabilidad</b></p> <p>① No estoy más irritable que lo habitual.</p> <p>1 Estoy más irritable que lo habitual.</p> <p>2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.</p> <p>3 Estoy irritable todo el tiempo.</p> <p><b>18. Cambios en el Apetito</b></p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.</p> <p>1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.</p> <p>1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.</p> <p>②a Mi apetito es mucho menor que antes.</p> <p>2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.</p> <p>3a No tengo en absoluto en absoluto.</p> <p>3b Quiero comer todo el tiempo.</p> <p><b>19. Dificultad de Concentración</b></p> <p>0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.</p> <p>1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.</p> <p>② Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.</p> <p>3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.</p> <p><b>20. Cansancio o Fatiga</b></p> <p>0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.</p> <p>1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.</p> <p>② Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.</p> <p>3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.</p> <p><b>21. Pérdida de Interés en el Sexo</b></p> <p>① No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.</p> <p>1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.</p> <p>2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.</p> <p>3 He perdido completamente el interés en el sexo.</p>
	<p><u>28</u> Subtotal Página 2</p> <p><u>16</u> Subtotal Página 1</p> <p><u>44</u> Puntaje total</p>

## Postest

# BDI-II<sup>1</sup>

Nombre: Betsabe Estado Civil: Soltera Edad: 14 Sexo: F  
Ocupación: Estudiante Educación: Secundaria Fecha: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea 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 (Cambio 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 Estoy triste todo el tiempo.  
 3 Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

### 2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto de 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 de las 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 estoy 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 lo que soy.

### 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.

Título original: Beck Depression Inventory (Second edition)  
Traducido y adaptado con permiso.  
© 1996, 1987 by Aaron T. Beck, by the Psychological Corporation, USA.  
© de la traducción al castellano 2006 by The Psychological Corporation, USA.  
Todos los derechos reservados.

2 Subtotal Página 1

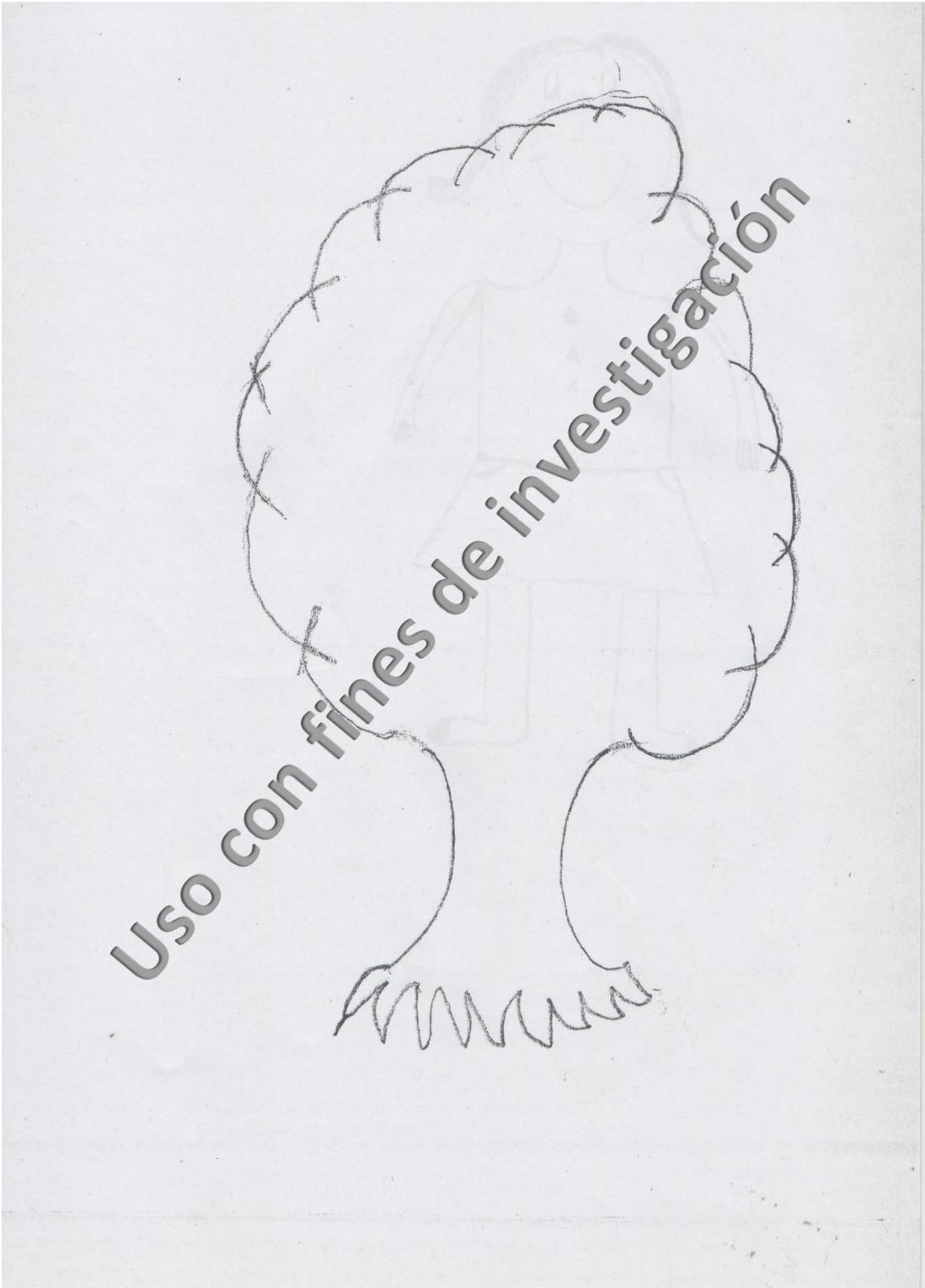
Continúa atrás

1. Adaptación: Lic. María Elena Brenlla

<p><b>11. Agitación</b></p> <p>① No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.</p> <p>1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.</p> <p>2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.</p> <p>3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.</p> <p><b>12. Pérdida de Interés</b></p> <p>① No he perdido el interés en otras actividades o personas.</p> <p>1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.</p> <p>2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.</p> <p>3 Me es difícil interesarme por algo.</p> <p><b>13. Indecisión</b></p> <p>0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre.</p> <p>① Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.</p> <p>2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.</p> <p>3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.</p> <p><b>14. Desvalorización</b></p> <p>0 No siento que yo no sea valioso.</p> <p>① No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.</p> <p>2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.</p> <p>3 Siento que no valgo nada.</p> <p><b>15. Pérdida de Energía</b></p> <p>① Tengo tanta energía como siempre.</p> <p>1 Tengo menos energía que la que solía tener.</p> <p>2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado.</p> <p>3 No tengo energía suficiente para hacer nada.</p> <p><b>16. Cambios en los Hábitos de Sueño</b></p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.</p> <hr/> <p>①a Duermo un poco más que lo habitual.</p> <hr/> <p>1b Duermo un poco menos que lo habitual.</p> <hr/> <p>2a Duermo mucho más que lo habitual.</p> <hr/> <p>2b Duermo mucho menos que lo habitual.</p> <hr/> <p>3a Duermo la mayor parte del día.</p> <hr/> <p>3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.</p>	<p><b>17. Irritabilidad</b></p> <p>① No estoy más irritable que lo habitual.</p> <p>1 Estoy más irritable que lo habitual.</p> <p>2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.</p> <p>3 Estoy irritable todo el tiempo.</p> <p><b>18. Cambios en el Apetito</b></p> <p>① No he experimentado ningún cambio en mi apetito.</p> <hr/> <p>1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.</p> <hr/> <p>1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.</p> <hr/> <p>2a Mi apetito es mucho menor que antes.</p> <hr/> <p>2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.</p> <hr/> <p>3a No tengo en apetito en absoluto.</p> <hr/> <p>3b Quiero comer todo el tiempo.</p> <p><b>19. Dificultad de Concentración</b></p> <p>① Puedo concentrarme tan bien como siempre.</p> <p>1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.</p> <p>2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.</p> <p>3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.</p> <p><b>20. Cansancio o Fatiga</b></p> <p>① No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.</p> <p>1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.</p> <p>2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.</p> <p>3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.</p> <p><b>21. Pérdida de Interés en el Sexo</b></p> <p>① No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.</p> <p>1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.</p> <p>2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.</p> <p>3 He perdido completamente el interés en el sexo.</p>
	<p><u>3</u> Subtotal Página 2</p> <p><u>2</u> Subtotal Página 1</p> <p><u>5</u> Puntaje total</p>

**Test de la casa-árbol y persona "HTP" (Anexo 5)**

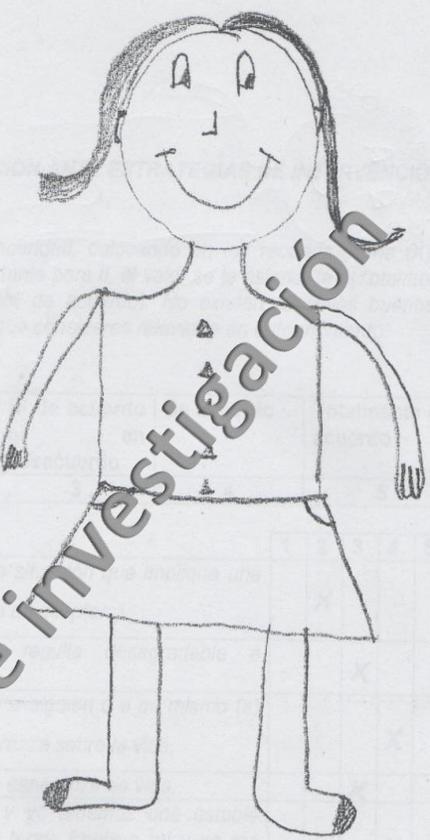




CUESTIONARIO DE PERCEPCIÓN  
PSICOLÓGICA GESTALTICA

Instrucciones: Se trata de un cuestionario que mide la percepción psicológica gestáltica. Se trata de un cuestionario que mide la percepción psicológica gestáltica. Se trata de un cuestionario que mide la percepción psicológica gestáltica.

Indicador	Responde
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	



Uso con fines de investigación

**Postes**





Uso con fines de investigación



**Test de la familia (Porot, 1952) (Anexo 6)**



## Postets



## Escala de desesperanza Beck (Anexo7)



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE CONSUMIDORES Y USUARIOS

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Unidad/Centro \_\_\_\_\_

Nº Historia \_\_\_\_\_

**ESCALA DE BECK**

Se trata de una escala autoadministrada

Instrucciones para el paciente: Por favor, señale si las siguientes afirmaciones se ajustan o no a su situación personal. Las opciones de respuestas son verdadero o falso.

	V	F
1. Espero el futuro con esperanza y entusiasmo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2. Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4. No puedo imaginar como será mi vida dentro de 10 años	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6. En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Mi futuro me parece oscuro	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9. No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
11. Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. No espero conseguir lo que realmente deseo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
14. Las cosas no marchan como yo quisiera	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Tengo una gran confianza en el futuro	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. El futuro me parece vago e incierto	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
19. Espero más bien épocas buenas que malas.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
20. No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Puntuación Total</b>	<b>10</b>	

# Posttest



Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

**Nombre**

**Fecha**

**Unidad/Centro**

**Nº Historia**

## ESCALA DE BECK

Se trata de una escala **autoadministrada**

Instrucciones para el paciente: Por favor, señale si las siguientes afirmaciones se ajustan o no a su situación personal. Las opciones de respuestas son verdadero o falso.

	V	F
1. Espero el futuro con esperanza y entusiasmo		
2. Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo		X
3. Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así	X	
4. No puedo imaginar como será mi vida dentro de 10 años	X	
5. Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer		X
6. En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar	X	
7. Mi futuro me parece oscuro		X
8. Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio	X	
9. No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro		X
10. Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro	X	
11. Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable		X
12. No espero conseguir lo que realmente deseo		X
13. Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora	X	
14. Las cosas no marchan como yo quisiera		X
15. Tengo una gran confianza en el futuro	X	
16. Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa		X
17. Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro		X
18. El futuro me parece vago e incierto		X
19. Espero más bien épocas buenas que malas.	X	
20. No parece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré		X
<b>Puntuación Total</b>		<b>1</b>

## Anexo 8 Formato de cuestionario de percepción ante estrategias de intervención psicológica gestáltica.

### CUESTIONARIO DE PERCEPCION ANTE ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN PSICOLOGICA GESTALTICA.

Instrucciones: Contesta con sinceridad, colocando en los recuadros una (X) la respuesta que consideres importante para ti, el valor se le asigna de 1 (Totalmente en desacuerdo) y 5 (Totalmente de acuerdo). No existen reactivos buenos o malos, por lo que selecciona la que consideres relevante en este momento.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5

	1	2	3	4	5
1. Encontrarme frente a una situación que implique una renuncia, resulta compleja de aceptar.		X			
2. Hablar de la muerte, resulta desagradable e incómodo.			X		
3. Creo importante perdonar a alguien o a mí mismo (a) para que me genere esperanza sobre la vida.				X	
4. Ver mi cuerpo genera una esperanza de vida.			X		
5. Pienso que mis padres y yo tenemos una estable comunicación cuando los tengo frente a mí y no me genera ansiedad o miedo.				X	
6. El no conocer mis fortalezas y oportunidades afectan mi estado emocional.		X			
7. Cuando salgo a la calle y miro a mi entorno siento que la gente me mira y pienso que soy valiente.			X		
8. Si tuviera un vaso de agua en la mano derecha, durante un largo tiempo preferiría quitármelo de la mano.				X	
9. Si en este momento perdiera algo de mí, lucharía por conseguir algo mejor.				X	
10. Cuando estoy de acuerdo y miro a los otros pienso que ellos han elegido su camino.			X		
11. Considero importante tener un encuentro de expresión e intercambio afectivo emocional a través de una carta.			X		
12. Cuando pienso, en la muerte y veo a personas que han muerto considero que mi vida es alentadora.				X	
13. Creo que cuando conozco mis debilidades y					

<i>amenazas me generan seguridad para explorar mis oportunidades.</i>				X	
14. <i>Cuando viene a mi mente la muerte, pienso que me falta vivir.</i>				X	
15. <i>Si estuviera frente al peligro me quedaría y no diría nada.</i>	X				
16. <i>Cuando me encuentro solo (a) y reflexiva suelo agradecer situaciones o momentos agradables o desagradables generando una esperanza.</i>				X	
17. <i>Pienso que e podido elegir mi propio camino y que ha sido respetado por los otros.</i>					X
18. <i>Cuando miro mi cuerpo en el espejo pienso que es desalentador.</i>	X				
19. <i>Creo que la gente me mira infeliz.</i>	X				
20. <i>Si estuviera frente a mis padres les diría mis inconformidades sin culpabilidad.</i>				X	
<b>Puntaje Total</b>					<b>5</b>

Uso con fines de investigación