

UNIVERSIDAD PANAMERICANA
Facultad de Humanidades
Maestría en Enfoques Psicoterapéuticos



**Logoterapia aplicada como tratamiento para disminuir el riesgo
de suicidio en adolescentes**
(Artículo Científico)

Laura Natalia Loria Pellecer

Guatemala, febrero de 2020

**Logoterapia aplicada como tratamiento para disminuir el riesgo
de suicidio en adolescentes**

(Artículo Científico)

Laura Natalia Loria Pellecer

Lic. Leticia Padilla Zuleta (Asesora)

Licda. Glendy J. Pérez Nisthal (Revisora)

Guatemala, febrero de 2020

Autoridades Universidad Panamericana

Rector M.Th. Mynor Augusto Herrera Lemus

Vicerrectora Académica Dra. Alba Aracely Rodríguez de González

Vicerrector Administrativo M.A. César Augusto Custodio Cobar

Secretario General EMBA Adolfo Noguera Bosque

Autoridades Facultad Humanidades

Decano M.A. Elizabeth Herrera de Tan

Vice Decano M.Sc. Ana Muñoz de Vásquez

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala septiembre de 2019.

*En virtud de que el Artículo Científico con el tema: “Logoterapia aplicada como tratamiento para disminuir el riesgo de suicidio en adolescentes”. Presentada por el (la) estudiante: **Laura Natalia Loria Pellecer**, previo a optar al grado Académico de **Maestría en Enfoques Psicoterapéuticos**, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.*


Leticia Eugenia Padilla Zuleta
Asesor

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala mes enero año 2020.

*En virtud de que el Artículo Científico con el tema: “Logoterapia aplicada como tratamiento para disminuir el riesgo de suicidio en adolescentes”. Presentada por la estudiante: **Laura Natalia Loria Pellecer**, previo a optar al grado Académico de Maestría de Enfoques Psicoterapéuticos, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.*



Licda. Glendy Jeanette Pérez Nisthal
Revisor

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, enero 2020. -----

En virtud que la presente Artículo Científico con el tema "**Logoterapia aplicada como tratamiento para disminuir el riesgo de suicidio en adolescentes**", presentado por el (la) estudiante **Laura Natalia Loria Pellecer**, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, esta Decanatura extiende **Dictamen de Aprobación** previo a optar grado académico Maestría en Enfoques psicoterapéuticos, para que **el (la) estudiante proceda a la entrega oficial en Facultad.**



M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Decano
Facultad de Humanidades

Nota: *Para efectos legales, únicamente el sustentante es responsable del contenido del presente trabajo.*

Contenido

| | |
|--|----|
| Resumen | i |
| Introducción | ii |
| | |
| Desarrollo Humano | |
| 1.1 Desarrollo del niño y del adolescente | 1 |
| 1.2 Teoría del desarrollo social | 2 |
| 1.3 Familia y tipos de familia | 6 |
| 1.3.1 Tipos de familia | 7 |
| 1.4 Apego y tipos de apego | 8 |
| 1.4.1 Tipos de apego | 9 |
| 1.5 Roles y tipos de roles | 10 |
| 1.5.1 Tipos de roles | 10 |
| 1.6 Violencia y tipos de violencia | 10 |
| 1.6.1 Tipos de violencia | 11 |
| 1.7 Abuso y tipos de abuso | 12 |
| 1.7.1 Tipos de abuso | 13 |
| | |
| Trastornos relacionados con el suicidio | |
| 2.1 Trastorno de personalidad límite | 15 |
| 2.2 Trastorno de depresión mayor | 16 |
| 2.3 Trastorno bipolar | 17 |
| 2.4 Trastorno de ansiedad | 18 |
| 2.5 Trastorno de esquizofrenia | 19 |
| | |
| Suicidio | |
| 3.1 Origen del suicidio | 23 |
| 3.2 Epidemiología | 24 |
| 3.3 Factores de riesgo | 25 |

| | |
|--|----|
| 3.4 Tipos de suicidio | 28 |
| 3.5 Personalidad del adolescente suicida | 30 |
| 4.1 Antecedentes de la logoterapia | 32 |
| 4.2 Fundamentos de la logoterapia | 33 |
| 4.3 Evaluación y diagnóstico a través de la logoterapia | 34 |
| 4.4 Terapia y farmacología | 37 |
| 4.5 Eficacia de la logoterapia en el riesgo del suicidio | 38 |
| 4.6 Terapia individual, familiar y grupal | 38 |
| 4.7 Tratamiento y técnicas | 39 |
| 4.8 Plan terapéutico | 43 |
| 4.9 Logoterapia en la actualidad | 44 |
| Conclusiones | 45 |
| Referencias | 46 |

Lista de cuadros

| | |
|---|----|
| Cuadro No. 1 La Teoría del Desarrollo Psicosocial de Erikson | 6 |
| Cuadro No. 2 Características de trastornos relacionados con el suicidio | 22 |

Lista de tablas

| | |
|--|----|
| Tabla No.1 Trastornos mentales en adolescentes mayores que intentan suicidarse | 22 |
| Tabla No. 2 Suicidios por cada 100,000 habitantes en América Latina | 27 |

Resumen

El presente artículo científico aborda el tema del suicidio, su incidencia y el avance en la actualidad en que el número de hechos aumenta en adolescentes y en la mayoría de casos es obviado y no se toman las medidas necesarias o adecuadas para evitarlo. Dentro de los motivos desencadenantes está la exigencia académica, problemas familiares, económicos entre otros, que llevan al adolescente a verse en una encrucijada y tomar la decisión de terminar con su vida.

Este trabajo toma como base fundamental la teoría de la Logoterapia, con el fin que el individuo logre encontrar el sentido de su vida, a pesar de las adversidades que se le presentan durante la misma.

En el primer capítulo se detalla el desarrollo del ser humano con sus etapas, como deberían de completarse, se desarrolla además los temas de familias, tipos de familias y como están compuestas cada una de las mismas. Posteriormente se enumeran temas como apego, violencia, que son considerados importantes en el desarrollo del individuo y su formación de personalidad.

En el segundo capítulo se enfatiza las características del trastorno, aunque el suicidio no está catalogado como trastorno existen otros que pueden ser causantes de la toma de decisión, por lo que se considera importante mencionarlos en dicho capítulo.

El tercer capítulo está compuesto por la definición y explicación amplia sobre el suicidio, exponiendo los factores de riesgo, tipos de suicidio y características importantes a tomar en cuenta en la personalidad del adolescente suicida.

En el cuarto capítulo se detalla la Logoterapia con sus técnicas e información relevante sobre la misma, con el fin de que el lector pueda tener acceso al abordaje de casos bajo esta escuela.

Introducción

El suicidio está definido por la OMS como el acto deliberado de quitarse la vida, causando una lesión cuyo grado varía dependiendo de la gravedad del mismo, con la intención de morir. Actualmente las cifras de parricidio (intentos de suicidio) y del suicidio consumado son alarmantes y se estima que aumentará en un veinte por ciento en los próximos años debido a factores tanto familiares, laborales, emocionales y de otras índoles, los cuales llevan al individuo a no encontrar una respuesta o solución viable por lo que cometen el acto.

En el campo de la psicología, es importante estar informado sobre este tema, debido a la necesidad de ayuda y que no sea tomado como “falso” cuando se presentan intentos de suicidio, se cree el mito que si la persona realiza varios intentos no llegará a tomar la decisión final, lo que es falso, debido a que los intentos previos son señales de alarma que no deben de perderse de vista y realizar el abordaje adecuado y brindar la asistencia terapéutica para el caso.

La era que se vive actualmente, es una era en donde la tecnología y la inteligencia sobrepasan los límites, los adolescentes y niños tiene mayor acceso a cualquier cosa que deseen, no se debe dejar por un lado la parte espiritual y humana, ya que con esto se puede lograr mucho más de lo esperado, aún más cuando el ser humano busca aceptación y consuelo en el terapeuta.

Se eligió la Logoterapia como base fundamental para el abordaje del suicidio, y se considera el trabajo de Viktor Frankl quien al borde de la muerte, sobreviviendo a las situaciones inhumanas, logró sacar lo mejor de sí, encontrar el sentido de su vida y ser ejemplo sobre cómo tomar las experiencias negativas como motivación para lograr el cometido y aun considerando que no se logre, luchar hasta el último momento.

Desarrollo humano

El desarrollo del ser humano abarca diferentes áreas tanto física, como motora, cognoscitiva, moral, del lenguaje y social, cada una abarcando un área específica del individuo como estructura corporal, inteligencia y eficiencia de la información recibida, el razonamiento moral que desde la infancia se aprende sobre los valores éticos de la sociedad y como se adapta a los mismos.

El desarrollo del lenguaje es la forma en que se va aprendiendo con el paso del tiempo a articular las palabras para que los seres humanos puedan comunicarse y por último el desarrollo social que es uno de los más importantes según Piaget ya que es la forma en la que se aprende a interactuar con las personas que del ambiente.

1.1 Desarrollo del niño y del adolescente

Según Morris (2005), indica que el desarrollo del niño y del adolescente cuenta con diversas áreas de desarrollo, en el desarrollo físico se hace referencia a los cambios graduales en cuanto a medidas del cuerpo del niño durante el desarrollo del mismo con el transcurso de los meses y años. En cada etapa del desarrollo físico hay medidas específicas con las cuales se puede estimar si el desarrollo del niño es el adecuado para cada etapa.

El desarrollo motor hace referencia a las habilidades adquiridas que implican los movimientos realizados en cada etapa del desarrollo del niño, por ejemplo, gatear, caminar y demás. En el desarrollo cognoscitivo el teórico de mayor influencia es Jean Piaget (1896-1980), Piaget observó y estudio a diversos niños, resolviendo problemas y realizando tareas cotidianas, posteriormente realizó preguntas para saber cómo pensaban, según Piaget el desarrollo cognoscitivo es una forma de adaptarse al ambiente.

Durante la niñez y adolescencia, ocurren cambios importantes y dilemas. tal como el complejo “El dilema de Heinz” en el cual una mujer enferma de cáncer no contaba con el dinero para pagar el medicamento y el esposo decide robar el medicamento, con este ejemplo los niños y adolescentes

participantes del ejercicio entraron en el dilema del razonamiento moral. El razonamiento moral va madurando y siendo fortalecido con el pasar de los años.

Según B.F. Skinner (1971), en el desarrollo del lenguaje se hace referencia a la base de la comunicación del ser humano. “los padres y otras personas escuchan los sonidos del bebe y refuerzan los sonidos que se parecen más al habla de los adultos. El niño dice algo y es reforzado con conductas positivas, conforme el niño crece se va mejorando y perfeccionando su lenguaje”.

Por último está el desarrollo social, siendo su mayor exponente Erik Erikson, este desarrollo es uno de los más importantes para el individuo. En la niñez las relaciones más importantes son con los padres y los cuidadores, posteriormente los hermanos y compañeros de juego.

Según Erik Erikson en el primer año de vida, los bebes aprenden a confiar en que la madre y cuidadores primarios estarán ahí si lo necesitan, a esto lo llamó el desarrollo de la confianza básica. En la adolescencia se fortalece con las relaciones de los compañeros, amigos y familiares cercanos.

1.2 Teoría del desarrollo social

Shaffer (2002), afirma que la familia como primer grupo social ha tenido a lo largo del tiempo un papel útil a nivel individual como para la sociedad, es aquí donde desde pequeños experimentan momentos de vida entre los miembros de la familia y se establecen vínculos que resultarán esenciales para la socialización. El apego es un vínculo emocional que se desarrolla en el primer año de vida, el cual hace que los bebes se sientan seguros y cómodos con sus cuidadores.

Según Bolwby (1980), el sistema de conductas de apego “son todas las conductas que están al servicio de mantenimiento de proximidad y el contacto con las figuras de apego” (p. 56).

Bordignon (2005), expone que en la formulación de la teoría del desarrollo psicosocial de Erikson se describen los estadios psicosociales del Ciclo Completo de la Vida. El primer estadio que plantea es confianza vs. desconfianza básica, se da en edad de 0 a 12-18 meses: La confianza básica es la

fuerza fundamental de esta etapa, nace de la certeza interior y de la sensación de bienestar en lo físico, en el psíquico que nace de la uniformidad, fidelidad y cualidad en el abastecimiento de la alimentación, atención y afecto proporcionados principalmente por la madre.

La desconfianza básica se desarrolla en la medida en que no encuentra respuestas a las anteriores necesidades, dándole una sensación de abandono, aislamiento, separación y confusión existencial sobre si, sobre los otros y sobre el significado de la vida.

El segundo estadio es autonomía vs. vergüenza y duda, se da en la infancia de 2 a 3 años: Es este el período de la maduración muscular–aprendizaje de la autonomía física; del aprendizaje higiénico del sistema retentivo y eliminativo; y del aprendizaje de la verbalización – de la capacidad de expresión oral. El ejercicio de estos aprendizajes se vuelve la fuente ontogenética para el desarrollo de la autonomía, esto es, de la auto-expresión de la libertad física, de locomoción y verbal; bien como de la heteronimia, esto es, de la capacidad de recibir orientación y ayuda de los otros.

Mientras tanto, un excesivo sentimiento de autoconfianza y la pérdida del autocontrol pueden hacer surgir la vergüenza y la duda, como imposibilidad de ejercitarse en su desarrollo psicomotor, entrenamiento higiénico y verbalización; y sentirse desprotegida, incapaz e inseguro de sí y de sus cualidades y competencias.

El tercer estadio es iniciativa vs. culpa y miedo, se da en edad preescolar de 3 a 5 años, la dimensión psicosexual de la edad preescolar corresponde al descubrimiento y al aprendizaje sexual (masculino y femenino), la mayor capacidad locomotora y el perfeccionamiento del lenguaje. Estas capacidades predisponen al niño para iniciarse en la realidad o en la fantasía, en el aprendizaje psicosexual (identidad de género y respectivas funciones sociales y complejo de Edipo), en el aprendizaje cognitivo (forma lógica preoperacional y comportamental) y afectivo (expresión de sentimientos).

La fuerza distónica de esta etapa es el sentimiento de culpa que nace del fracaso en el aprendizaje psicosexual, cognitivo y conductual y el miedo de enfrentarse a los otros en el aprendizaje psicosexual, psicomotor, escolar o en otra actividad.

El cuarto estadio es laboriosidad vs. inferioridad se da en etapa escolar a latencia de 5 a 6 años y de 11 a 13 años. En el período de la latencia disminuyen los intereses por la sexualidad personal y social, acentuándose los intereses por el grupo del mismo sexo. La niñez desarrolla el sentido de la laboriosidad, para el aprendizaje cognitivo, para la iniciación científica y tecnológica; para la formación del futuro profesional, la productividad y la creatividad.

Es capaz de acoger instrucciones sistemáticas de los adultos en la familia, en la escuela y en la sociedad; tiene condiciones para observar los ritos, normas, leyes, sistematizaciones y organizaciones para realizar y dividir tareas, responsabilidades y compromisos.

El quinto estadio es identidad vs. confusión de roles/ identidad, se da en la adolescencia de los 12 a los 20 años, el período de la pubertad y de la adolescencia se inicia con la combinación del crecimiento rápido del cuerpo y de la madurez psicosexual, que despierta intereses por la sexualidad y formación de la identidad sexual. La integración psicosexual y psicosocial de esta etapa tiene la función de la formación de la identidad personal en lo psicosexual, ideológico, psicosocial, profesional, cultural y religiosa.

El sexto estadio es Intimidad vs. Aislamiento que se da en el adulto joven de 20 a 30 años: la madurez psicosexual del adolescente tiene su culminación en la capacidad de desarrollar una relación sexual saludable, con un partícipe amado del otro sexo, con quien pueda y quiera compartir con confianza mutua y regular, los ciclos de vida de procreación, de trabajo y ocio, a fin de asegurar a la descendencia futura unas mejores condiciones de vida y de trabajo.

La intimidad es la fuerza sintónica que lleva al joven adulto a confiar en alguien como compañero en el amor y en el trabajo, integrarse en afiliaciones sociales concretas y desarrollar la fuerza ética necesaria para ser fiel a esos lazos, al mismo tiempo que imponen sacrificios y compromisos

significativos. El reverso de esta situación es el aislamiento afectivo, el distanciamiento o la exclusividad que se expresa en el individualismo y egocentrismo sexual y psicosocial, individual o los dos.

El séptimo estadio es generatividad vs. estancamiento se da en el adulto de 30 a 50 años, en este estadio, se tiene la cualidad de la generatividad que es el cuidado y la inversión en la formación y la educación de las nuevas generaciones, de los propios hijos, los hijos de los otros y de la sociedad.

La crisis psicosocial del adulto se caracteriza por el conflicto de la generatividad versus el estancamiento. Después de la paternidad (maternidad) el impulso generativo incluye la capacidad de la productividad, el desarrollo de nuevos productos por el trabajo, por la ciencia y tecnología; y la creatividad, esto es, la generación de nuevas ideas para el bienestar de las nuevas generaciones.

El último estadio es integridad vs. desesperanza, que se presenta en la vejez, después de los 50 años. El trazo sintónico de este estadio es el de la integridad. En ella, los modos y los sentidos anteriores son resignificados a la luz de los valores y de las experiencias de ese momento, sean los sanos o los patológicos.

La integridad significa la aceptación de sí, la integración emocional de la confianza, de la autonomía, vivencia del amor universal, confianza en sí y en los otros, la falta, la pérdida o la debilidad de la integración se presentan por el temor a la muerte, por la desesperanza, por el desespero y por el desdén. En el siguiente cuadro se describen brevemente las etapas descritas en los párrafos anteriores según Erikson:

Cuadro No. 1

Teoría del desarrollo psicosocial de Erikson

| <i>ESTADIOS</i> | <i>CRISIS psicosociales</i> | <i>RELACIONES / VINCULACIONES</i> | <i>FUERZAS BÁSICAS</i> | <i>PATOLOGÍA ANTIPATÍAS</i> |
|--------------------|---------------------------------|--|------------------------|-----------------------------|
| 1.- Infancia | Confianza Vs. Desconfianza | Madre / Orden cósmico | Esperanza | Retraimiento |
| 2.- Niñez temprana | Autonomía Vs. Vergüenza | Padres / De ley y orden. | Voluntad | Compulsión |
| 3.- Edad de Juego | Iniciativa Vs. Culpa | Familia Básica / Dramáticas e ideales | Finalidad | Inhibición |
| 4.- Edad escolar | Industria Vs. Inferioridad | Vecindad, escuela / Formalismo-Tecnología | Competencia | Inercia |
| 5.- Adolescencia | Identidad Vs. Confusión | Pares, grupo, liderazgo/ Ideología | Fidelidad | Repudio |
| 6.- Juventud | Intimidad Vs. Aislamiento | Amistad, sexo: Afiliativas / cooperación y competición. | Amor | Exclusividad |
| 7.- Adulthood | Generatividad Vs. Estancamiento | Generacionales: trabajo dividido- casa compartida/ Cultura-Educación-Tradición | Cuidado | Actitud rechazante |
| 8.- Vejez | Integridad Vs. desesperanza | Especie humana (mis especies) / Filosóficas | Sabiduría | Desdén |

Fuente: Psicología, etapas de la vida según Erikson, actualizado (2016)

1.3 Familia y tipos de familia

El Diccionario de la lengua española (2014), define familia como un grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas. La familia surge como una necesidad de la supervivencia para los seres humanos, tradicionalmente conformada por esposo y esposa, dando lugar a hijos, nietos y demás miembros que pueden ser considerados como núcleo familiar

El núcleo familiar hace referencia a las personas con las cuales el individuo tiene mayor vínculo de parentesco, en algunos casos podría referirse a los abuelos, primos, sobrinos o solamente padres, hijos y nietos.

La familia según Guaman (2012), se refiere a “una disfuncionalidad familiar en niñas y su incidencia en el rendimiento escolar” define la familia como: “un sistema que se encuentra constituido por una red de relaciones y conformada por subsistemas en donde cada miembro evoluciona y se desarrolla a través de diferentes etapas”. (p. 39)

1.3.1 Tipos de familia

Minichin (2004), sustenta 10 tipos de familias, descritas a continuación:

Familias de *pas de deux* está compuesta por dos personas como por ejemplo un padre y un hijo, una pareja de abuelos cuyos hijos han dejado el hogar y su estructura familiar es proclive a una forma de liquen, contrayendo una recíproca dependencia casi simbiótica.

Familias de tres generaciones es una familia extensa con varias generaciones que viven en íntima relación, esta es la configuración familiar más típica en el mundo conformada por abuelos, padres e hijos.

Familias con soporte, se caracteriza por la existencia de muchos hijos y uno de ellos el mayor recibe responsabilidades parentales tomando funciones de crianza de los demás niños como representantes de los padres.

Familias acordeón, en ésta uno de los progenitores permanece alejado por tiempo prolongado usualmente por trabajo o profesión. Las funciones parentales se concentran en una sola persona al igual que las jerarquías.

Familias cambiantes se trata de aquellas familias que cambian de domicilio y de trabajo constantemente.

Familias huéspedes son familias temporarias es decir que acogen por un determinado tiempo a otra persona como por ejemplo a un niño y luego es regresado a su familia de origen o mudarse a un nuevo hogar huésped.

Familias con padrastro o madrastra hace referencia cuando una persona con hijos se casa de nuevo es decir que un padre o madre adoptivo(a) se agrega a la unidad familiar teniendo que pasar por un

proceso de integración que puede ser más o menos logrado, suele suceder que los hijos guarden lealtad a la madre o padre natural según sea el caso.

Familias con un fantasma, que han sufrido muerte o separación de algún miembro presentando problemas para reasignar las tareas del miembro que falta.

Familias descontroladas que se caracterizan por la presencia de un miembro que no acepta funciones, jerarquías ni normas y varía de acuerdo al estadio de desarrollo que se encuentran los miembros de la familia.

Familias psicossomáticas en la que su estructura incluye una excesiva insistencia en los cuidados tiernos debido a que presentan un problema psicossomático de alguno de los integrantes de la familia, parecen enteramente normales puesto que funcionan óptimamente cuando alguien está enfermo. Se destaca por las relaciones de lealtad y de protección, es la familia ideal.

1.4 Apego y tipos de apego

El apego es un vínculo emocional que se desarrolla en el primer año de vida, según Bolwby y Ainsworth (1980), el apego es un vínculo afectivo que se establece entre madre e hijo y fomenta la confianza básica y la independencia. El apego está definido como: “un vínculo emocional profundo y perdurable que conecta una persona a otra a través del tiempo y el espacio” (p. 48).

El apego surge cuando un individuo está seguro de que la otra persona estará ahí incondicionalmente, esto facilita que aparezca la empatía, que haya una comunicación emocional y el amor entre estas personas.

Desde el punto de vista cognitivo, la existencia de una relación de apego, conlleva a la construcción de un modelo mental de dicha relación, una imagen de cómo es el propio niño, representaciones

sobre la figura de apego y una teoría mental sobre la imagen que la figura de apego tiene sobre el niño.

1.4.1 Tipos de apego

Según Ainsworth (1980), hay tres tipos de apego:

En el apego seguro se evidencia ansiedad de separación con el cuidador y reaseguramiento cuando vuela a reunirse con el cuidador. Esto evidencia que hay confianza en el cuidador y su presencia le da tranquilidad y seguridad. Los niños con estilo de apego seguro son capaces de usar a sus cuidadores como una base segura cuando están angustiados, así mismo saben que los cuidadores estarán disponibles y responderán a sus necesidades.

En el apego inseguro - evitativo el niño no tiene confianza en la disponibilidad de la madre o cuidador, mostrando poca ansiedad durante la separación y desinterés en el reencuentro con la madre o cuidador, aunque no hay llanto si se evidencian cambios en el sistema nervioso como aceleración del ritmo cardiaco y otras alteraciones. Al mencionar la palabra evitativo es debido a que, aunque la madre al regresar buscara el contacto hay un rechazo por parte del niño.

En el apego inseguro-ambivalente el niño muestra ansiedad de separación, pero no se tranquiliza al reunirse con la madre o cuidador, dando a entender como si hubiera una exageración de parte del niño para asegurar la atención. Parece que la madre o cuidador está disponible solo en ciertas ocasiones y esto lo hace más propenso a sufrir de ansiedad por separación y temor.

Sin embargo, otros autores han propuesto la existencia de un cuarto tipo denominado desorganizado-desorientado que recoge muchas de las características de los dos grupos de inseguro ya descritos y que inicialmente eran considerados como inclasificables Main y Solomon, (1986). Este tipo de apego aparentemente mixto, se ha observado en un 80% de niños en situaciones de maltrato o abuso.

1.5 Roles y tipos de roles

El Diccionario de la lengua española (2014), define un rol como una función que alguien o algo desempeña. Son las expectativas y normas que un grupo tiene con respecto a sus conductas, actitudes o valores asignados en la sociedad.

Se refiere a la totalidad de expectativas y normas que un grupo tiene con respecto a la posición y conducta individual de un miembro; por lo tanto, un rol es equivalente a las expectativas de conductas que son dirigidas hacia un individuo en una situación o contexto social dados, son pautas de convivencia y determinan lo que debe hacer o no una familia.

1.5.1 Tipos de roles

Rol prescrito se refiere a la conducta que se espera que alguien tenga, es impuesto a la persona y no se puede escoger, como por ejemplo los roles familiar, padre, hijo, hermano, etc.

El Rol percibido es aquel rol que la persona por el hecho de su propia actuación o voluntad, adopta de modo directo, es ella quien escoge el rol que desea desempeñar incluso pudiendo disuadirse del mismo si es de su gusto.

Rol desempeñado es la conducta que la persona desempeña como la palabra lo dice dependiendo de lo que ejecute, por ejemplo, a nivel laboral, de pareja, social, individual, etc.

1.6 Violencia y tipos de violencia

La definición de violencia según Chesnais (2011), dice: “La violencia en sentido estricto, la única violencia medible e incontestable es la violencia física. Es el ataque directo, corporal contra las personas. Ella reviste un triple carácter: brutal, exterior y doloroso. Lo que la define es el uso

material de la fuerza, la rudeza voluntariamente cometida en detrimento de alguien”. Dentro de las diversas definiciones de violencia podemos ver el uso de la palabra fuerza y daño.

La Organización Mundial de la Salud (2012), definió la violencia como: “el uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad que tiene como consecuencia o es muy probable que tenga como consecuencia un traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte”.

1.6.1 Tipos de violencia

Rivera (2015), miembro del FUNDE: Fundación nacional para el desarrollo de El Salvador, indica que hay 5 tipos de violencia:

La violencia física que según La Ley contra la Violencia Intrafamiliar, se define como “acciones, comportamientos u omisiones que amenazan o lesionan la integridad física de una persona” (Decreto 902, 1996).

Ley contra la Violencia Intrafamiliar Decreto 902 (1996), indica que la violencia psicológica o emocional según el artículo 3, es “cualquier acción u omisión directa o indirecta cuyo propósito sea controlar o degradar las acciones, comportamientos, creencias y decisiones de otras personas, por medio de intimidación, manipulación, amenaza directa o indirecta, humillación, aislamiento o cualquier otra conducta u omisión que produzcan un perjuicio en la salud psicológica, la autodeterminación, el desarrollo integral y las posibilidades personales”

La violencia Sexual según la OMS (2013), “abarca actos que van desde el acoso verbal a la penetración forzada y una variedad de tipos de coacción, desde la presión social y la intimidación a la fuerza física”.

La violencia económica o patrimonial se refiere a la “acción u omisión de quien afecte o impida la atención adecuada de las necesidades de la familia o alguna de las personas a que se refiere la

presente ley; daña, pierde, sustrae, destruye, retiene, distrae o se apropia de objetos, instrumentos o bienes”

Por último la discriminación contra las mujeres según la Organización de las Naciones Unidas (2017), define la discriminación contra la mujer como “toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera” (ONU, 1979, art. 1).

De igual manera afirma que “El derecho internacional relativo a los derechos humanos prohíbe la discriminación basada en el sexo e incluye garantías para los hombres y las mujeres al disfrute de sus derechos en pie de igualdad. Párrafo 1) del artículo 15 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer se dispone explícitamente que los Estados que hayan ratificado la Convención, reconocerán al hombre y a la mujer los mismos derechos y en el artículo 2 se establece la obligación de los Estados que hayan ratificado la Convención de «adoptar todas las medidas adecuadas, incluso de carácter legislativo, para modificar o derogar leyes, reglamentos, usos y prácticas que constituyan discriminación contra la mujer”.

1.7 Abuso y tipos de abuso

El Diccionario de la lengua española (2014), plantea que la palabra de abuso indica: “una acción o efecto de abusar”. Supone usar mal, excesiva, injusta, impropia o indebidamente algo o a alguien.

1.7.1 Tipos de abuso

Vásquez (1990), menciona que existen 4 tipos de abuso:

Abuso físico que se refiere a cualquier acto de violencia que puede producir dolor, daño, deterioro o enfermedad, estos incluyen golpes, sacudidas, empujones, quemaduras o cualquier tipo de forma que pueda causar daño físico

Abuso Psicológico que se refiere a una acción intencional, que resulta exitosa si reduce el autoconcepto y autoestima de la víctima. Se manifiesta en conductas repetitivas, que no involucran daño o fuerza física, pero que sirven para reducir el estatus de la víctima para que se rinda fácilmente al controlador. Son conductas que provocan angustia mental en el individuo.

Abuso económico hace referencia al mal uso de los ingresos o recursos de una persona para ganancia económica o personal del otro, son todas aquellas acciones u omisiones empleadas por el agresor, que se valen de alguna ventaja monetaria y que afectan la subsistencia económica de la víctima.

Abuso sexual es definido como cualquier actividad sexual entre 2 o más personas sin consentimiento de una persona. El abuso sexual puede producirse entre adultos, de un adulto a un menor -abuso sexual a menores y abuso sexual infantil o incluso entre menores.

Por último está la negligencia que es la omisión, el descuido voluntario y consciente en la tarea cotidiana que se despliega o bien en el ejercicio de la profesión a través de la realización de un acto contrario a lo que el deber que esa persona realiza exige y supone.

Trastornos relacionados con el suicidio

Según la Organización Mundial de la Salud (2017), el suicidio está definido como "todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión o un daño, con un grado variable de la intención de morir, cualquiera sea el grado de la intención letal o de conocimiento del verdadero móvil". Afirma que más de 800 000 personas se suicidan cada año, lo que representa una muerte cada 40 segundos.

El suicidio es la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años, siendo los plaguicidas, el ahorcamiento y las armas de fuego los métodos más empleados en el mundo al momento de cometer el suicidio. Ante esto la OMS reconoce que el suicidio es una prioridad de salud pública.

Según la Organización Mundial de la Salud (2017) el primer informe mundial sobre el suicidio llamado "Prevención del suicidio, un imperativo global" (2014), procura aumentar la sensibilización respecto de la importancia del suicidio y los intentos de suicidio para la salud pública, y otorgar a la prevención del suicidio alta prioridad en la agenda mundial de salud pública. También procura alentar y apoyar a los países para que desarrollen o fortalezcan estrategias integrales de prevención del suicidio en el marco de un enfoque multisectorial de la salud pública.

La Organización Mundial de la Salud (2014), creó un manual de prevención del suicidio como recurso para consejeros, en el cual menciona ciertos factores que pueden reducir el riesgo de suicidio en los adolescentes y estos son: el apoyo de la familia, amigos y otras personas importantes, sus creencias religiosas y culturales como apoyo emocional y espiritual, una vida social satisfactoria (tomando en cuenta el bullying que es un factor sumamente importante a nivel mundial) y el acceso a la salud mental, este mismo muchas veces es limitado para las personas de escasos recursos y esto limita una mejora a nivel personal.

Debido a que el DSM 5 (2013) no tiene un capítulo específico que identifique el suicidio como una real patología, en muchos de los trastornos identificados en el mismo, existe el riesgo de ideación

suicida, al realizar la búsqueda del mismo se evidenciaron por lo menos 15 patologías en las cuales se menciona una probabilidad de riesgo de suicidio pero en este capítulo se exponen ciertos trastornos que se consideran los más relevantes o presentados más comúnmente en clínica, los cuales se describen a continuación individualmente explicando sus características para poder ser identificados para poder brindar el tratamiento adecuado:

2.1 Trastorno de personalidad límite

Según el DSM 5 (2013), el trastorno de la personalidad límite está definido como: “un patrón dominante de inestabilidad en las relaciones interpersonales, de su autoimagen y de los afectos e impulsividad propia, la cual comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que según el texto tiene que tener más de 5 hechos en los cuales se manifieste: que el paciente presente esfuerzos desesperados para evitar el desamparo ya sea real o imaginado sobre el comportamiento suicida o las conductas autolesivas.

Un patrón de relaciones interpersonales inestables o intensa que se caracterizan por alternar entre el extremo de idealización o de devaluarse. Así mismo se presenta una alteración de la identidad, la cual presenta una inestabilidad intensa y continua de la autoimagen o del sentido del yo.

Adicionalmente una o dos áreas autolesivas como gastos, sexo, drogas, atracones y otros. Indicios de suicidio, inestabilidad emocional y cambios de ánimo, episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad., sensación de vacío, enfado inapropiado o intenso, dificultad para controlar la ira, o ideas paranoides para controlar el vacío, por ultimo menciona las ideas paranoides relacionadas con el estrés o síntomas graves de disociación.

En este mismo enfocan el riesgo genético, el cual es cinco veces más frecuente de padecerlo entre los familiares genéticos de primer grado que lo padecen, así mismo hay mayor riesgo en familiares de trastorno por consumo de sustancias, trastornos depresivos y bipolares.

González (2018), menciona el trastorno en el que existe una marcada predisposición a actuar de modo impulsivo sin tener en cuenta las consecuencias, junto con ánimo inestable y caprichoso.

Hidalgo (2016), subraya que en las personas con el Trastorno de límite de personalidad están presentes las conductas autolesivas en un 60-80%, mientras Morrison (2008), menciona que el 10% de la población que lo padece se suicida según estadísticas hasta ese año.

Nezu (2006), expresa que el trastorno límite de la personalidad se diagnostica cuando un individuo muestra un patrón característico de intensa inestabilidad en cuanto a sus emociones, las relaciones interpersonales y el sentido de personalidad, presentando un patrón de comportamiento impulsivo y autodestructivo.

La característica principal del trastorno de personalidad límite presenta periodos de ira, pánico o cierta desesperación que a la misma vez alivian los malestares y causan bienestar o satisfacción personal que alivian el malestar presentado por paciente.

2.2 Trastorno de depresión mayor

Según el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, cuarta edición (2000) DSM-IV-TR, cinco de los siguientes nueve síntomas deben estar presentes todos los días por lo menos por 2 semanas: estado de ánimo depresivo la mayor parte del tiempo, pérdida constante de interés o placer, ganancia o pérdida de peso, insomnio o hipersomnia, agitación o retardo psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de poca valía o culpa excesiva, dificultades para concentrarse y tomar decisiones, pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida.

En comparación con el DSM 5 los criterios diagnósticos no varían y son los mismos con el DSM-IV-TR. En cuanto a las características diagnosticas del trastorno el DSM 5 estipula que para clasificarlo como tal los síntomas deben aparecer casi cada día, por lo menos con un estado de ánimo deprimido la mayor parte del día y casi cada día. Así mismo uno de los rasgos principales es el tiempo, por lo menos dos semanas de que el paciente presente el estado de ánimo depresivo o la pérdida de interés en casi todas las actividades, lo cual repercute en un deterioro del individuo.

El paciente describe el estado de ánimo como deprimido, triste, con desesperanza, desánimo o con el ánimo por los suelos, puede comenzar negando la tristeza, pero con el tiempo lo reconoce, en los niños y adolescentes el estado de ánimo varía un poco ya que es evidente la irritabilidad más que tristeza.

La Organización Mundial de La Salud (2017), presenta la definición de depresión como: “La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”.

Alcántar (2018), afirma que “La depresión en la adolescencia puede tomar dos formas, en la primera, el adolescente puede quejarse de una falta de sentimientos y de una sensación de vacío” (p. 125).

2.3 Trastorno bipolar

Según el DSM 5 (2013), para definir el estadio bipolar se deben enfatizar 2 estadios, el hipomaniaco que es un estado de ánimo anormal y elevado en cuanto a energía como mínimo 4 días consecutivos por lo menos todo el día. En este hay un aumento de autoestima, disminución de sueño o deseo de dormir, facilidad a la hora de distraerse.

Puede evidenciarse un estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, todos los días, disminución de peso, agitación o retraso psicomotor en la mayor parte de los días, insomnio o exceso de sueño. Fatiga o pérdida de energía muy habitual.

Este debe durar por lo menos 2 semanas y el episodio afectivo, los síntomas requeridos para el diagnóstico deben estar presentes la mayor parte del día, casi todos los días, y deben suponer un cambio apreciable del funcionamiento y la conducta habituales del sujeto. El riesgo de suicidio es mayor en el tipo de bipolaridad 2, lo cual puede verse influenciado según el DSM 5 por factores

genéticos, así mismo puede verse afectado por los parientes de primer grado.

Alzate (2018), en su tesis “Factores de riesgo en el suicidio e intento de suicidio en jóvenes homosexuales” expone: “Al suicidio se lo distingue en tiempos actuales como un trastorno multidimensional, en el cual resulta de una interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos y ambientales”. Así mismo señala que diversas investigaciones han mostrado que entre el 40% y el 60% de las personas que se suicidan al menos un mes antes han consultado un médico general más que a un psiquiatra, lo cual es alarmante.

El riesgo de suicidio existe durante todo el tiempo que duren los episodios de depresión mayor, en este caso el factor de riesgo son los intentos o amenazas de suicidio previos ya que la mayoría de los suicidios comienzan con intentos fallidos para luego llevarse a cabo.

El DSM 5 (2013), mencionan que el riesgo de suicidio aumenta con el hecho de ser varón, estar soltero o vivir solo y tener sentimientos de desesperanza y que si existe un TLP aumenta totalmente el riesgo a un suicidio futuro.

2.4 Trastorno de ansiedad

Según el DSM 5 (2013), los trastornos de ansiedad están definidos como los que comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así mismo incluyen alteraciones conductuales secundarias a esos sentimientos mencionados previamente. Así mismo remarcan la diferencia entre miedo y ansiedad de la siguiente forma: “El miedo es una respuesta emocional a una amenaza inminente, real o imaginaria, mientras que la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura”.

Riesgo de suicidio según el DSM 5 en cuanto a trastorno de ansiedad, menciona que en general cuando hay trastornos del estado del ánimo, trastornos de ansiedad o de uso de sustancias se asocia a ideas o intentos de suicidio.

Nezu (2006), expresa que la ansiedad, preocupación o síntomas físicos causan angustia o daño significativo en áreas importantes como el área social, laboral y demás.

La Organización Mundial de la Salud (2017), actualizó la información en el sitio web oficial sobre los trastornos por depresión y por ansiedad los cuales son problemas habituales de salud mental que afectan a la capacidad de trabajo y la productividad. En ese año se tenía la cifra que más de 300 millones de personas en el mundo sufren algún tipo de depresión, y más de 260 millones tienen trastornos de ansiedad.

Reyes (2013), define la ansiedad como: “una experiencia emocional normal que moviliza las operaciones defensivas del organismo, estimula el desarrollo de la personalidad, motiva el logro de metas y contribuye a mantener un elevado nivel de trabajo y conducta”.

De acuerdo con Rita Wicks- Nelson (2012), el componente fisiológico de ansiedad se evalúa midiendo parámetros como la frecuencia cardíaca, la conductancia de la piel o la transpiración palmar. Haciendo mención en el mismo que las causas de los trastornos de ansiedad pueden ser muchos y varían en intensidad dependiendo del factor que lo cause.

2.5 Trastorno de esquizofrenia

El DSM 5 (2013), como primer punto define los delirios como: “creencias fijas que no son susceptibles de cambio a la luz de las pruebas en su contra”. Los delirios pueden ser persecutorios, que es la creencia de que una persona va a ser perjudicado, acosado, por un individuo, organización o grupo (son los más comunes), los delirios referenciales que es la creencia de que ciertos gestos, comentarios, señales del medio ambiente que cree que se dirigen a al individuo (también son comunes).

También pueden aparecer delirios de grandeza que es cuando el sujeto cree que él o ella tiene habilidades, riqueza o fama excepcionales y por último los delirios erotomaníacos que es cuando el individuo cree erróneamente que otra persona está enamorada de él o ella.

También conformado por las alucinaciones las cuales las describe el DSM 5 como: “percepciones que tienen lugar sin la presencia de un estímulo externo. Son vívidas y claras, con toda la fuerza y el impacto de las percepciones normales, y no están sujetas al control voluntario.

A diferencia de la esquizofrenia el trastorno psicótico breve dura más de 1 día y remite aproximadamente en 1 mes, en cambio el trastorno esquizofreniforme se caracteriza por un cuadro sintomático parecido a la esquizofrenia con la única diferencia que dura menos de 6 meses y no necesariamente debe afectar el funcionamiento. La esquizofrenia dura al menos 6 meses e incluye al menos 1 mes con síntomas de la fase activa.

Para poder diagnosticar un trastorno como tal debe cumplir los siguientes criterios cumpliendo un tiempo aproximado de un mes, que presente delirios, alucinaciones, que tenga un discurso desorganizado (incoherencia frecuente), que presente un comportamiento muy desorganizado o catatónico, que tenga síntomas negativos como expresión emotiva disminuida o abulia.

Los síntomas negativos son comunes en las fases prodrómica y residual y pueden ser graves. Los individuos que habían sido socialmente activos pueden retraerse de sus hábitos previos. Estos comportamientos a menudo son el primer signo del trastorno. Los síntomas del estado de ánimo y los episodios del estado de ánimo completos son comunes en la esquizofrenia y pueden ser concurrentes con la sintomatología de la fase activa.

El DSM 5 (2013), expresa que los individuos con esquizofrenia pueden mostrar un afecto inapropiado como podría ser reírse en ausencia de un estímulo apropiado, un ánimo disfórico que puede tomar la forma de depresión, ansiedad o enfado, que haya alteración del patrón del sueño como puede ser sueño diurno y actividad nocturna, falta de interés por comer o rechazo de la comida y muchos otros síntomas a tomar en cuenta.

La despersonalización, la desrealización y las preocupaciones somáticas pueden aparecer y, en ocasiones, alcanzar proporciones delirantes, así mismo la ansiedad, las fobias y los déficits

cognitivos son comunes.

Rita Wicks- Nelson (2012), indica que los niños presentan muchos comportamientos problemáticos como alucinaciones, ideas delirantes en las cuales hay creencias falsas que se mantienen incluso ante la evidencia de que no es real, hay desorganización del pensamiento ya que hay modificación en la forma de pensar y refleja un habla desorganizada, haciendo mención que puede aparecer repentinamente tras breves episodios que llevan a un episodio completo o de forma gradual.

La Organización Mundial de la Salud (2015), define la esquizofrenia como: “un trastorno mental grave que afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo. Se caracteriza por una distorsión del pensamiento, las percepciones, las emociones, el lenguaje, la conciencia de sí mismo y la conducta. Algunas de las experiencias más comunes son el hecho de oír voces y los delirios.

El riesgo de suicidio en la esquizofrenia es muy alto, alrededor del 20 % intenta suicidarse en al menos una ocasión y muchos más tienen ideación suicida significativa. El comportamiento suicida a veces responde a alucinaciones que ordenan hacerse daño a uno mismo o a otros. De igual manera como en la mayoría de los trastornos hay diversos factores que pueden influenciar en la toma de decisión de cometer el acto de suicidio, ambiental, familiar, cultural, género y muchísimos más.

Según el cuadro siguiente muestra los trastornos mentales en adolescentes mayores que intentan suicidarse.

Tabla No. 1

Trastornos mentales en adolescentes mayores que intentan suicidarse

| Trastorno | Varones | | Mujeres | |
|-----------------------|----------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| | % de los que intentan suicidarse | % de los que no intentan suicidarse | % de las que intentan suicidarse | % de las que no intentan suicidarse |
| Depresión severa | 65 | 10 | 56 | 21 |
| Abuso del alcohol | 19 | 4 | 14 | 4 |
| Abuso de drogas | 29 | 6 | 13 | 5 |
| Conductas perturbadas | 32 | 9 | 12 | 4 |
| Trastorno de ajuste | 7 | 5 | 10 | 7 |
| Trastorno de ansiedad | 10 | 6 | 19 | 11 |

Fuente: Adaptado de "Suicidal attempts among older adolescents: Prevalence and co-occurrence with psychiatric disorders", de J. A. Andrews y P.M. Lewinsohn, 1992, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, pp. 655-662. Copyright © 1992. Reproducido con autorización.

Fuente: Psicopatología del niño y del adolescente (2012)

Cuadro No. 2

Características de trastornos relacionados con el suicidio y el riesgo de cometer suicidio en cada uno

| | Trastorno | Características | Riesgo de suicidio |
|---|----------------------------------|--|---|
| 1 | Trastorno de Personalidad Límite | Inestabilidad en las relaciones interpersonales, de su autoimagen y de los afectos e impulsividad propia | Conductas autolesivas en un 60-80%, 10% de la población que lo padece se suicida. |
| 2 | Trastorno de depresión mayor | Estado de ánimo como deprimido, triste, con desesperanza, desánimo | Muy alto en estado deprimido |
| 3 | Trastorno bipolar | Estado de ánimo anormal y elevado/ estado de ánimo deprimido | Bastante alto en estado deprimido |
| 4 | Trastorno de Ansiedad | Sensación de miedo y ansiedad excesivos | Bajo, pero latente |
| 5 | Trastorno de esquizofrenia | Presenta delirios: creencias fijas que no son perceptibles por uno y alucinaciones que son percepciones que tienen lugar sin la presencia de un estímulo externo | Conductas autolesivas en un 60-80%, 10% de la población que lo padece se suicida. |

Fuente: DSM -5 (2013)

Suicidio

En el sitio oficial web de La Organización Mundial de la Salud (2019), define el suicidio cómo: "todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, o un daño, con un grado variable de la intención de morir, cualquiera sea el grado de la intención letal o de conocimiento del verdadero móvil".

Sanchez (2011), define el suicidio como: "El comportamiento autodestructivo y las tentativas de suicidio no fatales" (p. 96). Los métodos que tienden a utilizar son de baja letalidad, como por ejemplo ingerir pastillas, pero en dosis inferior a la letal o laceraciones en las muñecas sin profundidad como para provocar un que la persona se desangre por ejemplo. Esto se en comparación con armas de fuego o ahorcamiento las cuales son irreversibles y letales.

3.1 Origen del suicidio

Basado en la historia, los pensadores griegos antiguos como Pitágoras siempre estuvo en contra el acto, aunque basándose más en lo matemático que en lo moral, creyendo que había sólo un número finito de almas para uso en el mundo, y que al terminar un alma trastornada repentinamente existía un desequilibrio.

También Aristóteles condenaba al suicidio, el consideraba que el suicida estaba robando a la comunidad los servicios de los miembros. Ya que el suicida robaba a la comunidad los servicios de uno de sus miembros. Platón creía que el cuerpo humano era propiedad de los dioses, por lo que al hacerse daño a uno mismo era una ofensa directa contra ley divina.

Sánchez, R. (2000), menciona que el inicio de la palabra suicidio tiene origen en David Daube, aunque la palabra suicidio tiene un origen reciente, haciendo mención que desde los principios de la historia ya se llevaba a cabo este acto tanto en hombre como en mujeres de distintas edades.

Así mismo expone que en el Modelo Integrativo de Turecki (2005), mencionan que el suicidio

consumado está relacionado muchas de las veces con conductas impulsivas y agresivas, de igual manera existe una gran gama de factores biológicos que definen un fenotipo interno de conducta suicida (como factores genéticos), eventos traumáticos durante la infancia y la adultez y por ultimo con acumulación de experiencias negativas.

3.2 Epidemiología

Como se mencionaba en el capítulo anterior el suicidio como forma de terminar la vida de una persona no tiene un solo factor influyente, según el DSM 5 (2013) existen varias enfermedades mentales que pueden influir en consumir el suicidio, estos son: trastorno límite de la personalidad, trastorno de ansiedad y depresión, bipolaridad, esquizofrenia entre muchísimos otros más.

El DSM 5 (2013), menciona por lo menos 13 a 15 trastornos específicos como TOC, trastornos alimenticios, trastornos del estado del ánimo, distimia y muchos más. Se podría decir que la mayoría de los trastornos tiene un porcentaje de riesgo de consumir el suicidio, aumentando la probabilidad si no son tratados adecuadamente o si no son diagnosticados a tiempo.

Por el alto porcentaje de suicidio anual la OMS creó un documento en 2015 preventivo y uno informativo sobre “el suicidio y trastorno mental” en el cual define al suicidio como “el acto deliberado de quitarse la vida, causándose una lesión, con un grado variable en la intención de morir”.

En este mismo explica que según estudios en el 90% de los suicidios existe un trastorno mental asociado al mismo. El proceso de llevar a cabo el suicidio pasa tiene 3 fases, la ideación o tener la idea, la planificación que como lo dice la palabra se planea, la tentativa y por ultimo cuando el suicidio es consumado o llevado a cabo.

Según el documento de suicidio y trastorno mental de la OMS (2015), ha planteado desde 1970 que diariamente intentan suicidarse 9,000 personas y que alrededor de cada año se suicidan un millón de individuos, por esto mismo lo catalogan como la tercera causa de muerte a nivel mundial.

Estos datos reflejan que, en España, en 2012 se registraron los casos de suicidios más altas de su historia: 3,539, para ser superadas posteriormente en 2013 a 3,870 personas en el año, lo cual aumento en 2014 a 3,910. Siendo esta la principal causa de muerte externa, la segunda causa de muerte, después de los tumores, en personas entre 24 y 34 años y la primera causa de muerte en hombres de esas edades.

Adicionalmente expresa que se tiene estimado para el año próximo (2020) estas cifras aumenten a un millón y medio de muertes anuales por suicidio. Debido al alarmante número de personas en riesgo la OMS en el año 2012 creó el Programa de Prevención del Suicidio (SUPRE) (2012), a esto mismo se han sumado diversos países y se creó la Asociación Internacional del Teléfono de la Esperanza (ASITES), el cual tiene como fin promover la salud emocional de los individuos en crisis mediante redes de ayuda preventiva gratuita.

Así mismo el ser humano se ve afectado por la sociedad, siendo un causante importante a nivel de estrés, si partimos de que la salud y la enfermedad son resultantes de múltiples factores podremos comprender que muchas veces las exigencias personales y sociales conllevan al individuo a tomar la decisión de consumir el suicidio. Del mismo modo los problemas familiares son una causa muy importante de la toma de esta decisión, por ende en el próximo tema se verán cuáles son los principales factores de riesgo para llevarlo a cabo.

3.3 Factores de riesgo

Alzate (2018), postula que los factores de riesgo son: “aquellas condiciones sociales, económicas o biológicas, conductuales y ambientales que están asociados y que pueden causar un incremento de la susceptibilidad para desarrollar un problema o enfermedad específicos” (p. 85).

Según la Organización Mundial de la Salud (2017), en el documento mencionado previamente

“prevención del suicidio” (2006) expone cuáles pueden ser factores de riesgo que predisponen a un individuo bajo ciertas circunstancias, lo cual los hace más vulnerables a tomar dicha decisión, estos son:

- Bajo nivel socioeconómico y educativo
- Pérdida de empleo
- Tensión social
- Problemas con el funcionamiento de la familia, las relaciones sociales y los sistemas de apoyo
- Traumas, tales como abuso físico y sexual
- Pérdidas personales
- Trastornos mentales, tales como depresión, trastornos de la personalidad, esquizofrenia, alcoholismo y abuso de sustancias
- Sentimientos de falta de valor o desesperanza
- Problemas de orientación sexual (tales como homosexualidad)
- Comportamientos idiosincrásicos (tales como estilo cognitivo y constelación de la personalidad)
- Problemas de juicio, falta de control de los impulsos y comportamientos autodestructivos
- Poca capacidad para enfrentar problemas (resiliencia)

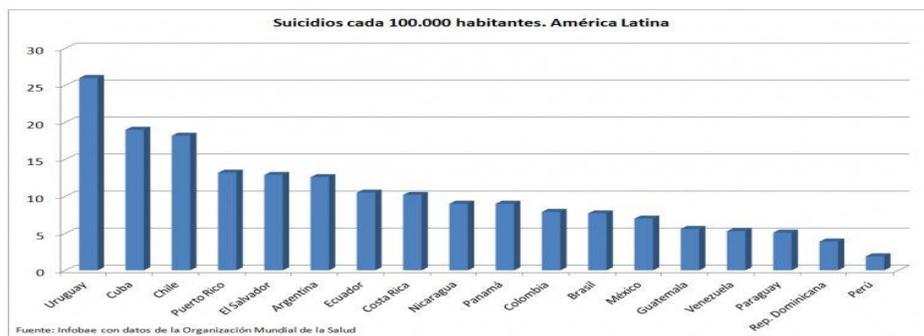
Alcántar (2011), expone que la autoestima, la ideación suicida y el ambiente familiar postula que existen factores de riesgo que intervienen en la conducta suicida, estos son:

- Nivel de desesperanza
- Ideación o plan de suicidio
- Intentos previos
- Estado emocional y afectivo
- Baja densidad de las redes de apoyo social
- Signos y síntomas de depresión
- Desintegración social
- Pérdidas afectivas recientes (soledad)

- Estatus mental

Según un artículo publicado en La Prensa Libre de Guatemala (2019), la OMS refleja en la siguiente tabla el porcentaje de suicidios por cada 100,000 habitantes en América Latina.

Tabla No. 2
Suicidios por cada 100,000 habitantes en América Latina



Fuente: Infobase con datos de la Organización Mundial de la Salud

Según la tabla estadística presentada por la Organización Mundial de la Salud en 2014 el país de América Latina con mayor porcentaje de suicidio es Uruguay es de 25, seguido por Cuba y Chile, estos son los 3 países más altos, seguidos de Puerto Rico, El Salvador y Argentina con 12% aproximadamente y así sucesivamente hasta llegar a los cinco más bajos comenzando por Guatemala con 5%, Venezuela y Paraguay con más o menos 4% y el menor es Perú con un 2% aproximadamente.

A pesar de que los datos parecieran no ser alarmantes si se hacen las cuentas quiere decir que si por cada 100,000 habitantes se suicida el 25% serian 25,000 personas que se suicidan de 100,000 al año.

Si tomamos el ejemplo de Guatemala, en 2019 contamos con 16,470,000 habitantes, si Guatemala cuenta con el 5% de suicidio cada 100,000 habitantes quieren decir que se suicidan 823,500 personas al año en nuestro país, ésta es una cifra alarmante.

Más aún si tomamos el ejemplo de Uruguay, tiene una población de 3,449,299 lo cual indica según porcentajes que se suicidan 862, 325 personas al año. La misma cantidad de personas que en nuestro país pero con una significativa diferencia de que Guatemala cuenta con más de cinco veces la población que Uruguay.

3.4 Tipos de suicidio

Marchiori (1998), señala que el intento de suicidio es en cual no se produce ningún daño físico grave pero si posee los instrumentos necesarios que resultan inofensivos con el propósito autodestructivo del individuo.

De acuerdo con ella, el intento suicida frustrado puede implicar diversos motivos. El intento puede llevarse a cabo sin una decisión certera, que el individuo desconozca las limitaciones del instrumento o del medio y por último que exista ambivalencia frente al acto suicida.

De igual manera resalta que esta conducta suicida, como es sabido, pone en riesgo la vida del individuo, y que no en todos los intentos se presentan las mismas características, haciendo énfasis en el peligro que representa para la vida del individuo.

Seguido de esta descripción, Marchiori hace una clasificación de los intentos suicidas, tomando en cuenta el método elegido, las circunstancias del lugar y las personas contempladas en el intento. En muchos casos la persona que desea suicidarse está consciente de que personas están cerca de él y sabe que acudirán a su auxilio, aun cuando los métodos elegidos sean mortales.

En ciertos casos, la intención no es morir sino provocar una autolesión para llamar la atención, por motivo de venganza, culpa o soledad. Estos casos pueden llegar a la muerte debido a que las

personas que le rodean no advirtieron la situación y la persona muere, un ejemplo puede ser que la persona muera desangrada o asfixiada.

Según Marchiori (1998), los tipos de suicidio son los siguientes:

Intento gravísimo de suicidio: Debido al proceso y por la gravedad de las consecuencias es muy similar al suicidio, aunque hay diferencia en cuanto al resultado mortal en el acto suicida. En este caso el individuo tiene ideas de muerte, un profundo estado depresivo, existe una preparación de su comportamiento suicida, pero un elemento circunstancial evita su muerte. Un ejemplo puede ser si la persona que se lleva un arma de fuego a la cabeza, dispara pero la bala no le provoca la muerte. El individuo presenta secuelas debido a las heridas físicas.

Intento grave: Las armas o medios que utiliza el individuo para llevar a cabo el comportamiento suicida no pueden provocar la muerte, ni lesiones de gravedad. Como por ejemplo las autolaceraciones o los psicofármacos.

Intento leve: En estos casos las armas o medios utilizados resultan imposibles de provocar la muerte, ocasionando como lo dice la palabra heridas leves.

Intento sin daño: Son los casos en que el medio elegido no puede producir ningún daño físico.

La Organización Mundial de la Salud (1969), propuso como ayuda a la investigación una serie de términos muy concretos y muy útiles como base común para la designación de las conductas suicidas, éstos son:

- **Acto suicida:** Es el hecho por el que un sujeto se causa una lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos
- **Suicidio:** Muerte que resulta de un acto suicida
- **Intento de Suicidio o parasuicidio:** Acto suicida cuyo resultado no fue la muerte, es realizado de forma deliberada contra sí mismo
- **Muerte:** fenómeno natural, irreversible, inevitable y que supone la finalización de la vida

3.5 Personalidad del adolescente suicida

La Organización Panamericana de la Salud (2014), refiere que “Se cometen suicidios en todas las regiones del mundo y a diversas edades. Entre jóvenes de 15 a 29 años de edad, en particular, el suicidio es la segunda causa principal de muerte a nivel mundial, repercute en las poblaciones más vulnerables del mundo y frecuente en grupos marginados y discriminados de la sociedad”.

Las ideas suicidas pueden surgir como parte de los factores psicológicos, sociales y culturales ya que estos intervienen para que un individuo pueda sentirse discriminado, presionado, frustrado o tan solo sentir que son diferentes a los demás y que no son comprendidos. Se debe tomar en cuenta que muchas veces existe el mito de que si una persona amenaza con suicidarse no lo hará, puede verse en un límite emocional y mental que lo lleve a cometer el acto.

La ideación suicida se origina cuando la persona posee pensamientos recurrentes sobre finalizar con su propia vida, la tentación de cometer suicidio o el suicidio puede ser manifestaciones de fracaso en la vida de estas personas. Si un adolescente ha demostrado tener ideas suicidas puede deberse a diversas causas que le promueven a usar los mecanismos de defensa para evadir la manera correcta de enfrentarse al mundo.

Logoterapia

Miramontes (2015), expone que es conocida en el mundo como la Tercera Escuela de Psicoterapia Vienesa, fue fundada por Viktor Frankl, quien era un neuropsiquiatra judío – vienés, quien sobrevivió a cuatro campos de concentración durante la segunda guerra mundial, mientras se encuentra en una lucha interna por querer continuar vivo va encontrando y descifrando el sentido de su propia vida.

Frank (2004), expone que “se basa en la primera fuerza motivante del hombre que es el sentido, la cual centra su atención en el futuro de los seres humanos y los valores que buscan alcanzar. La logoterapia intenta que el paciente sea consciente de lo que realmente anhela en lo más profundo de su ser” (p. 126)

Miramontes (2015), expone que el análisis existencial es un intento de aproximación al ser humano, por lo que para entender el significado de logoterapia hay que acudir a la etimología de Frankl. La palabra está compuesta de *therapeia*, que significa curación, cuidado y *logos*, tiene dos significados: “sentido” y “espíritu”.

Frankl (1995), indica que el significado de logoterapia se divide en 2, *logos* que quiere decir sentido o significado, por lo que es una terapia que tiene como fin centrar la atención en el significado de la existencia humana. Por esto, Frankl enseña que, en el fondo, el hombre está impregnado precisamente de una voluntad de sentido.

Es primordial comprender que la neurosis noógena de la que hablaba Viktor Frankl, se considera como los problemas espirituales que presentan los seres humanos y la consecuente pérdida de sentido existencial.

Vivir es asumir la responsabilidad de encontrar la respuesta correcta a los problemas que nos plantea la vida, actualmente la frustración a la que se enfrenta el ser humano ya no es sexual, sino

que es existencial, esta falta de sentido viene acompañada de un vacío, el vacío existencial que expone.

Frankl (2000), menciona que, la logoterapia tiene como propósito contemplar diferentes áreas de indicación. Como primer punto, esta terapia parte del logos, o sea, del sentido, está indicada principalmente en casos de neurosis noógena, lo cual significa que es provocada sobre todo por una pérdida del sentido de la vida.

Vargas (2005), menciona que este tipo de terapia alienta al cliente a que encuentre el significado en lo que catalogamos como un mundo insensible, descuidado y falto de un significado.

4.1 Antecedentes de la logoterapia

Viktor Frankl, principal creador de la logoterapia nacido en Viena, Austria el 26 de marzo de 1905, creció en un ambiente familiar lleno de tradiciones y calor humano, sus padres judíos, quienes les transmitieron a sus hijos sus creencias y costumbres religiosas y desde muy pequeño fue reconocido por una gran inteligencia y sensibilidad.

Creador de muchos libros entre ellos El hombre en busca del sentido, La idea psicológica del hombre, El hombre incondicional, Psicoterapia y existencialismo entre otros, atravesando por momentos sumamente complejos durante el holocausto llegó a descubrir el sentido de su vida mediante los peores momentos posibles experimentados.

Médico reconocido, neurólogo y psiquiatra quien expone en el libro El hombre en busca del sentido, que incluso en las condiciones más extremas de deshumanización y sufrimiento, el individuo puede encontrar una razón para vivir, basada en su dimensión espiritual.

Oblitas (2008) quien en un comienzo estuvo influenciado por Sigmund Freud, expone que se separó de Freud debido a que se afilió a un círculo más íntimo con los adlerianos, aunque nunca considero ser ortodoxo adleriano, obteniendo la mejor educación orientada a sus maestros Freud y Adler pero

tomando su camino y rumbo propio para luego especializarse como Psiquiatra en la Universidad de Viena, para posteriormente ser el director neurológico de la clínica Rothchildspital de Viena.

Unos años después contrae matrimonio y son enviados tanto él como su familia a los campos de concentración donde llega a experimentar los peores momentos de su vida y comienza a escribir los libros mencionados previamente.

4.2 Fundamentos de la logoterapia

Oblitas (2008), expone que uno de los mayores problemas que tiene el ser humano a finales del Siglo XX es la carencia de significado, ya que en estos tiempos la tecnología se ha desarrollado enormemente, aun así, nos encontramos inmersos en un mundo lleno de angustia y de aburrimiento.

Así mismo cita que en la actualidad se vive una crisis de identidad o pérdida del sentido de significado en todo sentido, los antiguos valores no existen, se han perdido las costumbres tradicionales. Expone así mismo que uno de los problemas más importantes es cuando el ser humano carece de significado, de metas, valores, ideales puede llevar al individuo a padecer de trastornos considerables o a cometer suicidio.

El significado y el propósito tienen diferentes definiciones, el significado hace referencia al sentido o la coherencia y el propósito se refiere a la intención o la meta. Haciendo referencia a esto Oblitas cita como Frankl, en su artículo “La auto trascendencia como fenómeno humano en 1966 dice: “El aburrimiento y la apatía son cada día mayores. Lo que he denominado vacío existencial puede señalarse como la neurosis masiva de nuestro tiempo” (p. 232).

Saravia (2013), cita a Frankl (2001) y expone: “el sentido no ha de coincidir con el ser; el sentido va por delante del ser. El sentido marca la pauta del ser. La existencia se quiebra a menos que sea vivida en términos de trascendencia hacia algo más allá de sí misma” (p. 27)

Frankl, quien a raíz de su experiencia de vida en los campos de concentración vivió la pérdida de su familia y padres, logró sobrevivir circunstancias extremas. “Provocó la segura conciencia de

haberlo perdido todo, de no poseer nada salvo nuestra existencia desnuda” (Frankl, 2004, p.42), al perder todo lo material y familiar, se aferró a la idea de sobrevivir a condiciones inhumanas y reflexionando sobre cuanto podía influir la mente del ser humano en la supervivencia, si dejarse morir o luchar. Viktor Frankl falleció el 2 de septiembre de 1997 en Viena.

Miramontes (2015), también menciona que el sentido de vida el ser humano responde a la vida al responder por su propia y singular vida, de este modo el sentido es concreto y particular, este se presenta como un cuestionamiento de la vida hacia la persona, por esto es que los seres humanos podemos hablar por nosotros mismos, ser responsables sobre la respuesta ante un deber, un sentido de cumplir y responderle a la vida, sin importar si lo que nos trae es bueno o agradable, el ser humano tiene la capacidad de decidir cómo tomar las situaciones y como interpretarlas.

4.3 Evaluación y diagnóstico a través de la logoterapia

En logoterapia se cuentan con diversos tests de evaluación, aunque son muy poco conocidos, muchos profesionales los utilizan, por ende, se describirán cada uno por individual:

Logo test

Es un instrumento de investigación específicamente de logoterapia que inició en 1971, creado por Isabel Lukas, quien es logoterapeuta discípula de Frankl, ha tomado mucho reconocimiento como el mejor instrumento para medir el logro de sentido íntimo, esto por evidenciarse mucha carencia de sentido de vida en la mayoría de los seres humanos, según la Dra. Lukas es un instrumento serio, válido y confiable que puede utilizarse en el ámbito tanto clínico como educativo, puede ser aplicado en personas mayores de 16 años, tiene como fin dar un estimado acerca de hasta qué punto considera una persona que su existencia vale la pena o tiene sentido o si carece del mismo.

La frustración existencial si es mantenida por largo tiempo puede desembocar en neurosis noógena o en una depresión noógena y así es catalogada como una enfermedad. El objetivo del Logo test también es dar una mirada para ayudar a retener y recuperar la salud a través del sentido.

Este como instrumento de estudio busca descubrir a tiempo, las posibles neurosis noógenas que se puedan presentar, hacia donde se dirige la persona, hacia donde está dirigiendo su vida, hasta qué punto se siente seguro de su vida para no caer en el vacío existencial.

Escala de recursos noológicos

Es una prueba que dura de 15- 20 minutos que puede ser aplicada a personas en edades comprendidas entre 15 y 65 años con 49 ítems a responder. La Escala de recursos noológicos, es una evaluación que permite medir el nivel de expresión de cada uno de los recursos noológicos, abarcando las diferentes áreas de trabajo de Autodistanciamiento y la Autotrascendencia, por medio de esta se puede obtener una descripción acerca del estado en que se encuentra la persona.

Esta escala le sirve al terapeuta como material de evaluación, para medir las áreas de trabajo clínico, así mismo para medir el éxito de sus intervenciones y evaluar el progreso del trabajo terapéutico, puede ser utilizada para medir recursos para el cambio de una persona, un grupo o una población particular.

PIL Test (Prueba sobre el sentido de vida)

Este Test o prueba fue creado por Crumbaugh y Maholick. Según Crumbaugh, el PIL busca medir la voluntad de sentido que tiene una persona y el vacío existencial que pueda estar presentando el individuo. Ambos conceptos tienen origen de Viktor Frankl básicos de la logoterapia. Este consta de 3 partes, la parte A consiste en una escala psicométrica de 20 ítems, que evoca respuestas acerca del grado en que una persona tiene propósitos en su vida.

La parte B y C permiten complementar mediante un análisis cualitativo los resultados que se obtuvieron en la parte A. la parte B consiste en 13 puntos con oraciones incompletas que están diseñadas para indicar que grado de propósitos en la vida está experimentando la persona.

La parte C consiste en un párrafo biográfico en el cual el individuo debe de escribir en detalle sus propósitos, ambiciones y metas en la vida.

El PIL como instrumento tiene 2 funciones básicas que son detectar la existencia del vacío existencial y usarlo como instrumento de investigación para medir el grado en que ha desarrollado una persona.

Escala Existencial

Es un instrumento de 46 ítems que puede ser administrada a personas de 20 hasta los 70 años, tiene el objetivo de documentar la dimensión espiritual o noética para lo cual evalúa las competencias personales y existenciales de una persona, esto para que pueda tratar consigo misma y con el mundo en el momento en que lo necesite.

Su creador es A. Längle quien era médico psiquiatra Alemán, discípulo de Frankl, mientras le surge la inquietud de responder si el sentido de la vida es una intuición o si es posible un camino de reflexión para llegar a encontrar sentido. Längle intuía que debía haber una serie de pasos para llegar al descubrimiento del sentido. Esta tiene que ver con el modo de estar en el mundo de la persona, de cómo vive, como siente, como se relaciona.

4.4 Terapia y farmacología

Velásquez (2012), explica que la existencia del ser humano no se presenta como algo ya concreto, sino que una de las características más relevantes del hombre es que hace lo que se llama proyecto vital, eso quiere decir que se va desarrollando conforme el paso del tiempo, no con antelación, se realiza en cada instante

Así mismo expone que en el ámbito clínico es frecuente encontrar personas que han realizado el intento de suicidio y que llegan a consulta remitidas por médicos con el fin que se les brinde ayuda a ellos y a familiares con apoyo psicológico, existen diversas situaciones o experiencias a lo largo

de la vida de un individuo en el cual puede verse afectado de manera negativa hasta el punto de considerar llevar a cabo el suicidio, entre ellas están dificultades económicas, temores, resentimientos, pérdidas, frustración, etc.

Por esta causa se cita a Frankl (2004), quien expone que es necesario hacerles ver a los pacientes que eso es un sentimiento que pueden ser modificados y que el suicidio no resuelve ningún problema.

Basave (1983), expone que el problema del suicidio se reduce al problema del sentido o a no tener sentido de la vida. Y es por esto que la logoterapia es considerada como una terapia centrada en el sentido que busca brindar un aporte considerable en la intervención clínica de la problemática.

Explica que las personas que intentan cometer el suicidio están dejando llevarse por sentimientos que no pueden hacerse pasar nunca por argumentos, por lo que Frankl expone que una vez que la persona resuelve el problema o reorienta el sentido de su vida deja de intentar suicidarse.

4.5 Eficacia de la logoterapia en el riesgo de suicidio

La logoterapia es una de las más indicadas para tratar lo que es el riesgo del suicidio, debido a que si el individuo no ha identificado cual es el sentido de su vida o no le encuentra más sentido se le puede orientar a la persona a través de la misma para que ese vacío existencial se convierta en una motivación para continuar con su vida, trabajando diversas áreas que puedan estar afectando en la vida de la persona.

4.6 Terapia individual, familiar y grupal

La logoterapia como muchas de las terapias utilizadas en la actualidad tienen una función especial en trabajar los problemas de desintegración familiar que se vienen incrementando en la actualidad,

recordando la idea que ha enfatizado Freud de que es importante que cada quien disminuya sus tensiones y tenga satisfechos todos sus deseos, sin importar lo que los rodee, a fin de conseguir su equilibrio psicofísico, buscando el placer, a la cual consideraba la motivación básica en el ser humano.

Para la logoterapia, lo que importa no es que cada quien satisfaga primero sus deseos, sino que consideremos lo que para la familia como comunidad de amor sería la exigencia de la situación y que corresponde a lo que en la persona es el sentido del momento.

Cuando se vive en la familia como ser autónomo y ejerciendo su libertad y responsabilidad, la exigencia de la situación nos pedirá auto trascendernos y auto distanciarnos, para poder descubrir así cuál es la posibilidad de sentido, es decir, cuál es la elección que deberemos hacer por el bienestar general, lo cual no significa que tengamos que sacrificar siempre nuestros propios deseos o intereses.

Cuando en una familia las decisiones se basan en la voluntad de sentido y siguiendo el pensamiento de finalidad (aquel que busca razones que unen a todos y que los responsabiliza como miembros en lo particular) y no en una voluntad de placer, de poder o búsqueda de autorrealización y siguiendo un pensamiento de causalidad (aquel que busca causas de lo negativo y que desune, no lleva a que se responsabilicen sino a declarar culpables a los demás miembros y/o al medio ambiente y la herencia), se evita en gran medida los conflictos y consecuentemente reina un clima de paz, armonía y estabilidad en donde se le aplique.

4.7 Tratamiento y técnicas

El tratamiento que se le brinde al paciente va a depender principalmente del abordaje que se le va a dar, ese mismo va a variar dependiendo de la intensidad del problema, el tipo de problema y de muchas otras características propias del paciente y de la problemática.

La logoterapia cuenta con diversas técnicas, las cuales en muchos casos no son conocidas o se sabe muy poco de ellas, estas se pueden poner en práctica durante el proceso terapéutico, por lo que se mencionaran a continuación por individual:

4.7.1 Diálogo socrático

Fabry (2001), menciona que es un instrumento utilizado por el terapeuta la mayor parte del tiempo, con el fin de ayudar al paciente en la búsqueda de sentido. Este se presenta como un diálogo que pone en contacto con el núcleo que es el espíritu y hace que se pueda hacer uso de sus recursos.

Adicionalmente a esto encontramos la espiritualidad, que se refiere a lo específicamente humano y que se manifiesta con el dialogo socrático y se utiliza principalmente para la búsqueda de sentido.

Domínguez (2011), expone que el diálogo socrático tiene cinco caminos importantes para explorar las diversas áreas en las que es posible encontrar el sentido.

Estas son: del autodescubrimiento mientras más una persona indague en quien es realmente mayor sentido podrá descubrir. La elección, mientras más opciones de elección se descubran en una situación dada, más certero se hará el sentido. La unicidad que hace referencia a encontrar el sentido en situaciones en donde uno no puede ser reemplazada fácilmente por alguien.

Fabry (2011), explica que la responsabilidad se refiere a que la vida será más significativa si se aprende a asumir sus responsabilidades en situaciones en las que tienen la opción de elegir y si es que puede aprender a no sentirse responsables cuando se enfrentan a un destino que no se pueda cambiar. Por último, la autotrascendencia que se refiere al sentido que se presenta en las personas si salen de su egocentrismo y llegan a los demás.

El diálogo socrático es una técnica en la cual se generan preguntas por parte del terapeuta para hacer conscientes las decisiones inconscientes de los que buscan esperanzas y expectativas ocultas. Tiene como fin que una persona se conozca mejor y pueda ver quien es realmente.

Frankl (1994), de la misma manera ayuda al paciente a que pueda recordar momentos o situaciones en los que sentía que su vida era significativa con el fin de ayudar a que aprenda de los sucesos pasados para que tenga más seguridad en sus capacidades, para manejar las dificultades tanto presentes como pasadas y que pueda enfrentar mejor los problemas de vida.

4.7.2 El Autodistanciamiento

Vargas (2011), expresa que el autodistanciamiento es una técnica básica que se utiliza en la logoterapia. Así mismo motiva a que el individuo se vea como realmente es.

Este tiene tres componentes importantes: que son la autocomprensión, la autorregulación y la auto proyección. La autocomprensión se refiere a poder mirarse a sí mismo, generar conexiones entre objetos intencionales, evaluar lo dado a la conciencia, describir la vivencia y aceptar lo captado, es poder darse cuenta de lo que le un individuo piensa, siente y lo que le sucede, es la posibilidad que presenta de descubrir y hacerse responsable de lo que le sucede; de identificarse y afirmarse a sí mismo a través del autoconocimiento.

El segundo componente es la autorregulación que hace referencia a la capacidad que tiene el individuo para distanciarse de sí para rebelarse a las demandas psicofísicas, hace énfasis a la autodisciplina humana que se logra adquirir. Por último, expone lo que es la auto proyección, que se refiere a la capacidad de lo espiritual para verse distinto a futuro.

4.7.3 La Autotrascendencia

Frankl (1994), explica que como todas las técnicas esta es otra técnica importante de la logoterapia, la cual expone la capacidad que tienen los seres humanos de dirigirse hacia algo más que sí mismo. Como por ejemplo la capacidad de dirigirse y realizarse en el amor por el otro. Esta puede ser

considerada como una de las bases más importantes de la logoterapia, la cual se presenta como un recurso psicológicos al igual que el autodistanciamiento.

Este es un componente intencional, quiere decir que la capacidad de estar orientado o dirigido a eventos o personas. Igual que la anterior abarca tres elementos importantes como son: la diferenciación, la afectación y la entrega. La diferenciación explica que le permite a un individuo que pueda separar lo que es de sí mismo y lo que es del otro.

Martínez (2013), menciona que afectación es el impacto que se presenta cuando se está junto a un valor o al sentido. “Es la capacidad de dejarse tocar por el sentido o el valor captado, de resonar afectivamente en su presencia” (p. 248)

Por último, la afectación es la que invita a la acción, a la entrega; esto es a la realización del sentido. Los seres humanos deben diferenciarse del otro para poder entender los valores y el sentido para llevar una vida auténtica mediante la entrega a una misión particular.

4.7.4 Intención paradójica

Oblitas (2008), menciona que la intención paradójica explica que en muchos casos existe la ansiedad anticipatoria y la angustia ante una situación temida, quedará reforzado si la situación ocurre, a lo que Frankl le llama pasividad errónea es que si el paciente no evita o se retira de las situaciones que le esperan con miedo no desaparecerá este sentimiento de ansiedad anticipatoria sobre el evento temido.

Por esto, la técnica es muy efectiva en cuanto a fobias o cualquier ansiedad anticipatoria que pueda afectar al paciente, se hace una reorientación existencial.

4.7.5 La derreflexión

Oblitas (2008), expone que ante situaciones en las cuales el paciente se exige demasiado se le hace imposible completar la tarea, como llamarle un bloqueo que el paciente evita, pero al esforzarse tanto no lo logra, sino que se activa este bloqueo.

Domínguez (2011), expone que esta técnica busca evitar la auto observación compulsiva de un individuo, logrando que se ignore, esta refuerza la capacidad de auto trascender, lo que quiere decir que puede “salir de uno mismo”, ampliando el campo de visión que tiene un individuo para reducir o eliminar la tendencia neurótica la hiperreflexión o a la hiperintención.

Busca desviar la atención del síntoma, lo que genera angustia o pensamientos obsesivos, hacia alguien o algo para poder romper el círculo vicioso que causa malestar generado por la hiperintención y la hiperreflexión. Es utilizada mayormente en casos de disfunciones sexuales, ansiedad, pensamientos obsesivos y otros.

4.8 Plan terapéutico

Domínguez (2011), menciona que el paciente puede llegar a entender que le está pasando, porque, ponerle el nombre a la crisis si es existencial, de transición o por algún evento en especial. La logoterapia cuenta con diversas técnicas muy importantes y funcionales, por lo que es importante poner en práctica el dialogo socrático

De esta misma manera es importante que el paciente pueda expresar los sentimientos que está experimentando de manera saludable, que ese permita desahogar de una manera sana la ira, la tristeza, enojo o cualquier sentimiento que pueda manejar durante el momento de la crisis.

Una herramienta importante en la expresión de los sentimientos y emociones es la tan utilizada catarsis mediante la imaginación, de esta referencia existen muchas técnicas que pueden ser aplicadas en el paciente dependiendo la intensidad o la afección de la persona.

Es importante que el paciente se pueda concentrar en sus cualidades y limitaciones que no ha podido identificar y se enfoque en las cualidades que tiene y que lo hacen único. Adicionalmente se debe trabajar en la autoestima del individuo ya que en la mayoría de las ocasiones se ve afectada y debe ser fortalecida para que la persona cuente con auto resiliencia para las próximas dificultades que se le puedan avecinar en un futuro.

Cada una de las diferentes técnicas mencionadas previamente puede ser utilizada dependiendo del caso y de cómo se aborde el problema, como la derreflexión, biblioterapia, responsabilización, descubrir el sentido de la vida. Es importante que como terapeuta se proponga como meta en equipo que la persona tenga una visión del futuro en donde propongan juntos sus metas, los propósitos, los sueños o anhelos que tenga y que de la situación le quede una experiencia positiva y un aprendizaje del mismo.

4.9 Logoterapia en la actualidad

La logoterapia como tal ha evolucionado cada año, poco a poco como todos los tipos de terapia que van convirtiéndose en más ricos y más consultados y puestos en práctica por los demás, conforme ha transcurrido el tiempo sigue estando fundamentada en la teoría de Frankl, quien fue el fundador más influyente en ella, han ido apareciendo y utilizándose las diversas pruebas o test que se inventaron.

Conclusiones

Se estima que el suicidio es la segunda causa de muerte en personas entre los 15 y 29 años según la Organización Mundial de la Salud en 2013, lo cual es un resultado alarmante y por lo tanto de suma importancia para tomar acciones preventivas en todos los ámbitos posibles.

Diversos factores pueden ser los causantes de que se consume el suicidio, siendo más factibles problemas económicos, familiares, amorosos, trastornos no tratados adecuadamente o si no son diagnosticados a tiempo.

Cualquier escuela o terapia va a ser lo suficientemente buena para asistir a una persona con ideación suicida o con intentos de suicidio previamente, sin embargo, en este caso se tomó la Logoterapia como teoría de elección para poder brindarle al individuo herramientas necesarias para que pueda encontrar el sentido de su vida.

Existen muchos trastornos que tienen un riesgo de suicidio, por lo que es importante brindar el tratamiento adecuado una vez diagnosticado para evitar un desenlace fatal. Como ejemplo puede mencionarse bipolaridad, distimia, trastorno de depresión mayor, entre otros.

Las técnicas logoterapéuticas a pesar de parecer simples llevan una complejidad debido a que se utilizan muchas veces en casos de obsesiones, fobias, neurosis, por lo que se debe de tener mucho cuidado y conocimiento al ponerlas en práctica.

Referencias

- Alcantar, M. (2002). *Prevalencia del intento suicida en estudiantes adolescentes y su relación con el consumo de drogas, la autoestima, la ideación suicida y el ambiente familiar*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México.
- American Psychological Association. (2013). *Manual de publicaciones de la American Psychological Association*. (5ª. ed.). México: Manual Moderno.
- Basave, A. (1983). *Metafísica de la Muerte*. Mexico, D. F. Editorial Limusa.
- Bedoya, E., & Montaña, L. (2016). *Suicidio y Trastorno Mental*. Rev. CES Psicología, 9 (2), 179-201.
- Bolwy, J., Ainsworth, B. (1980). *La pérdida afectiva. Tristeza y depresión*. Buenos Aires: Paidós, 1984.
- Bordignon, N. (2005). *El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto*, 2, 50-63.
- Bruzzone, D. (2008). *Afinar la conciencia, educación y búsquedas de sentido a partir de Viktor Frankl*. Buenos Aires, Argentina. Editorial Losada.
- Diesktra, R. (1989). *Epidemiology of suicide an parasuicide* Acta Psych Scand, suppl: 371:1920.
- Durkheim, E. (2013). *El suicidio y los factores psicopáticos*, (2ª. ed.) Madrid: editorial Cornac.
- Fabry, J. (2001) *Señales del camino hacia el sentido*. México. Ed. LAG.

- González-Forteza C, Andrade P, Jiménez A. (1997). *Estresores cotidianos familiares, sintomatología depresiva e ideación suicida en adolescentes mexicanos*. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, 43(4), 319-326, Argentina.
- Lukas, Elisabeth (2006). *Ganar y perder: la logoterapia y los vínculos emocionales*. España: Páidos.
- Marchiori, H. (2007). *El suicidio: Enfoque Criminal*. México, D.F. Editorial Porrúa.
- Minuchin, S. (2004) *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona, España. Editorial Gedisa, S.A
- Miramontes, F. (2015). *Volver a los escritos de Viktor Frankl*. (1ª edición). México, Editorial LAG.
- Morris, C (2005). *Psicología* (12ª Edición). Mexico, D.F. Editorial Pearson.
- Muñoz, B. (2017). *Los recursos psicológicos de la logoterapia como tratamiento para personas dependientes a la pasta base de cocaína*. (Tesis de Licenciatura) Universidad San Francisco de Quito, Quito, Ecuador.
- Noblejas de la Flor, M.A. (1994). *Logoterapia: Fundamentos, principios y aplicación. Una experiencia de evaluación del logro interior de sentido*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Educación.
- Oblitas, L. (2008). *Psicoterapias Contemporáneas* (4ª. Edición). México, D.F. Editorial Cengage Learning, S.A.
- Papalia, D. Wendkos, S., Duskin, R., (2012). *Psicología del Desarrollo, de la infancia a la adolescencia* (11ª Edición). México, D. F. Editorial McGraw-Hill Companies, Inc.

- Reyes, J. (2003). *Trastornos de ansiedad guía práctica para diagnóstico y tratamiento*. Cangrejal Editores Psi.
- Sánchez R, Orejarena, S. & Guzman, Y. (2000). *Características de los suicidas en Bogotá*. Recuperado de <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2004.v6n3/217-234>
- Sarmiento Falcón, Z., Sánchez Sánchez, S., Vargas Polanco, I., & Álvarez Rodríguez, M. (2010). *Conducta suicida y su relación con los factores de riesgo psicosociales*. Recuperado de bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_8_10/san02810.htm
- Shaffer, D (2002). *Desarrollo Social y de la personalidad*. Madrid, España. Editorial S. A. Ediciones Parafino.
- Skinner, B (1971). *Ciencia y Conducta humana, 1971*. Barcelona, España. Editorial Fontanella, S.A.
- Vázquez-Mellado, Rosamaría (1990). *Síntesis del libro: Logoterapia, una alternativa ante la frustración existencial y las adicciones*. Buenos Aires, Argentina. Editorial Losada.