

UNIVERSIDAD PANAMERICANA

Facultad de Humanidades

Maestría en Enfoques Psicoterapéuticos



**Logoterapia como tratamiento psicoterapéutico aplicado a pacientes adultos
deprimidos de nivel suicida**

(Artículo Científico)

María Esperanza Rueda Porras

Guatemala, marzo 2019

**Logoterapia como tratamiento psicoterapéutico aplicado a pacientes adultos
deprimidos de nivel suicida**

(Artículo Científico)

María Esperanza Rueda Porras

Leticia Padilla (Asesora)

Yael Lucía Pinto Chacón (Revisora)

Guatemala, marzo 2019

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

Secretaría General EMBA. Adolfo Noguera Bosque


Autoridades Facultad Humanidades

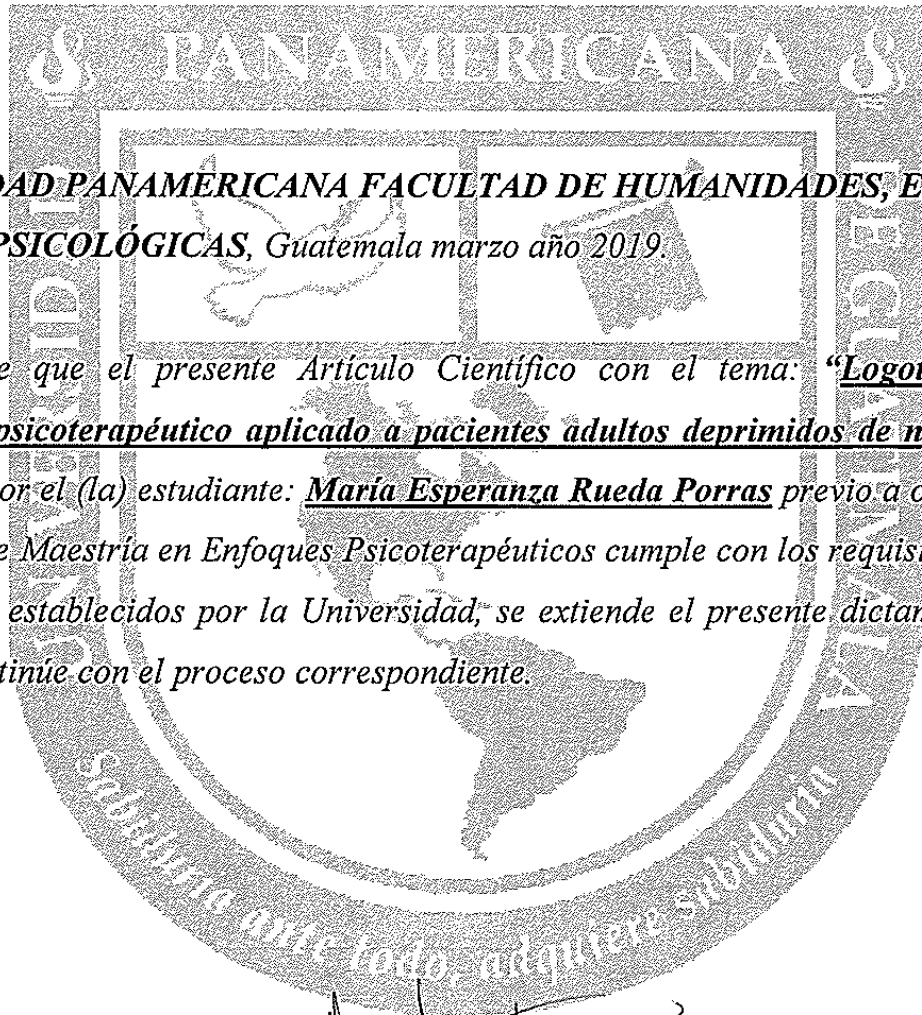
Decana M.A. Elizabeth Herrera de Tan

Vice Decana Licda. Ana Muñoz de Vásquez

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala mes mayo del 2018.

*En virtud de que el presente Artículo Científico con el tema: **“Logoterapia como tratamiento psicoterapéutico aplicado a pacientes adultos deprimidos de nivel suicida”**. Presentada por el (la) estudiante: **María Esperanza Rueda Porras** 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.*


Licda. Patricia Padilla
Asesor



UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala marzo año 2019.

*En virtud de que el presente Artículo Científico con el tema: **“Logoterapia como tratamiento psicoterapéutico aplicado a pacientes adultos deprimidos de nivel suicida”**. Presentada por el (la) estudiante: **María Esperanza Rueda Porras** 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.*

*Licda. ~~Yael~~ **Lucía Pinto Chacón**
Revisor*



UPANA

Universidad Panamericana
"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala mes de marzo del 2019. -----

En virtud de que el Informe Final del Artículo Científico, con el tema: "Logoterapia como tratamiento psicoterapéutico aplicado a pacientes adultos deprimidos de nivel suicida", presentado por el (la) estudiante María Esperanza Rueda Porras, 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 sustente es responsable del contenido del presente trabajo.

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
Depresión	
1.1 Definición	1
1.1.1 Síntomas y causa de la depresión	2
1.1.2 Tipos de depresión	4
1.1.3 Comportamientos disfuncionales	5
1.1.4 Cambios comportamentales y psicológicos debido a la depresión	7
1.1.5 Como influye la depresión en el suicidio	9
1.2 Crisis	12
1.2.1 Tipos de crisis	13
1.2.2 Factores que inciden sobre el éxito o fracaso de la resolución de crisis	15
1.3 Trauma	17
1.3.1 Tipos de trauma	20
1.3.2 Trauma complejo	22
1.4 Estrés	23
1.4.1 Tipos de estrés	26
1.4.2 Consecuencias del estrés	28
Suicidio	
2.1 Suicidio	30
2.2 Causas y factores de riesgo	31
2.2.1 Factores de riesgo de los trastornos mentales	32
2.2.2 Factores de riesgo psicológicos	34
2.3 Personalidad	38
2.3.1 Tipos de personalidad	41
2.3.2 Personalidad suicida	42

2.4 Señales de prevención	44
2.5 Estadísticas	49
Logoterapia	
3.1 Antecedentes	53
3.2 Conceptos básicos	55
3.3 Fundamentos	58
3.4 Evaluación	59
3.5 Diagnóstico	61
3.6 Logoterapia y farmacología	61
3.7 Tratamiento y técnicas de intervención	63
3.8 Eficacia de la logoterapia en pacientes deprimidos en nivel suicida	67
3.9 Plan terapéutico	68
3.10 Logoterapia en la actualidad	71
Conclusiones	74
Referencias	75
Lista de Gráficas	
Gráfica No. 1 Tasa de suicidio	50
Gráfica No. 2 Suicidio en Guatemala	51
Gráfica No. 3 Incidencia de suicidios por género en Centro América	52
Gráfica No. 4 Suicidios por edad en Centro América	52
Gráfica No. 5 Métodos de suicidio en Centro América	53
Lista de Cuadros	
Cuadro No. 1 Tipos de depresión	4
Cuadro No. 2 Etapas del desarrollo según Erikson	14
Cuadro No. 3 Tipos de Trauma según Ruppert	21
Cuadro No 4 Tipos de estrés	27

Cuadro No. 5	Características modificables e inmodificables	32
Cuadro No. 6	Factores de riesgo y protección	45
Cuadro No. 7	Tipos de evaluación de riesgo suicida	46
Cuadro No 8	Esquema de la estructura básica de la autobiografía	67
Cuadro No. 9	Plan terapéutico en crisis suicida	69
Cuadro No 10	Plan terapéutico con logoterapia	70

Lista de Imágenes

Imagen No. 1	Estilos de afrontamiento	16
Imagen No. 2	Diferencia entre crisis vitales y trauma	19
Imagen No. 3	Tipos de trauma según Freud	20
Imagen No. 4	Cambios del DSM en el trastorno de Estrés Post Traumático	23
Imagen No. 5	Estrés patológico	25
Imagen No. 6	Fases del estrés	26
Imagen No. 7	Componentes de la personalidad	39
Imagen No. 8	Rasgos de la personalidad según Lewis Golberg	41

Resumen

En el presente trabajo se muestra el estudio realizado como parte del egreso de la maestría en Enfoques Psicoterapéuticos de la Universidad Panamericana de Guatemala. En el capítulo uno se realizó una descripción se desarrollo el tema de la depresión y como esta puede influir en el suicidio, así como los temas de crisis, trauma y estrés y cuáles pueden ser los factores en donde estos puede llegar a provocar el suicidio.

En el capítulo dos se desarrolla el tema del suicidio, los factores de riesgo, incluyendo si existe algún tipo de personalidad más propenso al suicidio. Se incluyen estadísticas a nivel de Centro América para completar el trabajo. El capítulo tres hace referencia a como la logoterapia puede ayudar al paciente a encontrar el sentido de vida o el sin sentido de la muerte. A poder descubrir el sentido propio del sufrimiento y como poder trabajar a estos pacientes con sus técnicas.

Introducción

El suicidio es un problema de salud muy importante, de magnitudes reales pero que no puede ser del todo medido ni por estadísticas nacionales ni internacionales ya que no quedan registrados como suicidios consumados. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cerca de 800.000 personas se suicidan mundialmente cada año, tomando este dato como una de las principales causas de vidas pérdidas.

En los últimos meses se han escuchado distintas historias de personas que han decidido acabar con su vida. Algunos lo hacen de forma dramática y otros de forma silenciosa. Pareciera ser que no hay manera de detectar o incluso poder detener a una persona con la determinación de realizarlo. Según datos estadísticos un 50% de personas diagnosticadas con depresión tienen ideas suicidas, el 30% intentan suicidarse y el 15% lo consuman. Del millón de suicidios que ocurre cada año la Organización Mundial de la Salud (OMS), registra que el 70% se deben a la depresión.

Pero no son las únicas razones que existen para decidir acabar con la vida, estudios recientes muestran que las crisis, los traumas y el estrés pueden llevar a alguien a pensar que es mejor morir que seguir viviendo de esa manera. Se ha demostrado que el riesgo más alto se encuentra cuando el trauma y el estrés han empezado desde la niñez y han sido provocados de manera constante y de forma prolongada. El presente trabajo trata de llevar al lector a conocer sobre la depresión, crisis, traumas, estrés y suicidio y como se podría evitar cuando la persona o personas alrededor del paciente piden ayuda. Siendo la logoterapia y el sentido de vida la forma de tratar a estos pacientes.

Depresión

1.1 Definición

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), (2017) “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”. Ellos refieren que es un trastorno que puede complicar haciendo que para la persona sea difícil continuar con su vida cotidiana.

De acuerdo con Rocamora (2014) la depresión pareciera ser una enfermedad de moda, expresiones como “estoy con depre” o “estoy triste” se escuchan todo el tiempo. Pero se debe entender que es una situación distinta el no tener ganas de hacer algo o estar triste por un evento o situación a la depresión clínica. Se tendrá que definir por lo tanto la diferencia entre tristeza y depresión clínica. Serna (2017) comenta que: “La tristeza es un estado por el cual la persona deja de sentirse “plena” o al menos “normal”, considerada como una de las emociones básicas, junto con la felicidad o el miedo” (p. 8).

Rojas en su libro “Adiós, depresión”, definió que “las depresiones son un conjunto de enfermedades psíquicas, hereditarias o adquiridas, con una sintomatología determinada a la que se asocian cambios negativos de tipo somático, psicológico (vivencial), conductual, cognitivo y asertivo” (Rojas, 2008, p.28).

Según la Asociación de Psicólogos Americanos (APA) “La depresión sólo se clasifica como un trastorno del estado de ánimo cuando es seria, prolongada y cuando va mucho más allá de la reacción característica a un evento estresante de la vida” (Morris & Maisto, 2009, p.517).

Las cifras dadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2018 son

- La depresión es un trastorno mental frecuente. Se calcula que afecta a más de 300 millones de personas en el mundo.
- La depresión es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad.
- La depresión afecta más a la mujer que al hombre.
- En el peor de los casos, la depresión puede llevar al suicidio.
- Hay tratamientos eficaces para la depresión.

Se concluye con esto que la depresión es una enfermedad mental padecida a nivel mundial, que tiene síntomas tanto físicos como psíquicos. Esta contribuye a una buena parte de discapacidad laboral y es un factor importante que tener en consideración ya que puede llevar al suicidio.

1.1.1 Síntomas y causas de la depresión

Rojas afirma que “son muchos los síntomas que las personas pueden presentar al tener un deceso en el estado de ánimo, la mayoría de las personas muestran tristeza, melancolía, apatía, desgano, aburrimiento profundo, pérdida del sentido de vida, desesperación, hundimiento...” Estos síntomas pueden tener distintos matices como humor melancólico, dolor moral, sufrimiento psicológico, incapacidad para proyectarse al futuro, etc. Pero lo que siempre se presenta es la tristeza como núcleo principal. (Rojas, 2008 p.26).

De acuerdo con Morris (2007), por mucho tiempo se creyó que los trastornos del estado de ánimo eran causados por la naturaleza o por la crianza, que la depresión era causada por algún tipo de desequilibrio químico o por algún duelo no resuelto. Hoy en día con el avance de la ciencia se debe tomar en cuenta el modelo biopsicosocial, el cual dice que este y otros trastornos son el resultado de la combinación de factores.

“Aunque se barajan diversos factores ambientales, personales, laborales y hasta hereditarios como posible causa de las depresiones, lo cierto es que muchas veces ni siquiera parece haber un disparador aparente” (Rojas, 2008, p.30) Como psicólogos se deberá de poner especial cuidado en la historia clínica de cada paciente para poder buscar antecedentes que hayan influido en el desarrollo del trastorno.

Factores biológicos: “Existe evidencia consistente de que los factores genéticos desempeñan un papel importante en el desarrollo de la depresión (Mineka, Watson y Cark, 1998)” (Morris & Maisto, 2009, p.519). En el caso de la depresión estudios vinculan algunos desequilibrios químicos en el encéfalo relacionado con los neurotransmisores que afectan el estado de ánimo de las personas. Molina & Martí indican que “Algunos tipos de depresión tienden a afectar a miembros de la misma familia. Los factores que contribuyen es si padre, madre o hermana han tenido una depresión hay un riesgo mayor” afirman también que “si en la familia hay antecedentes de depresión generalmente se necesita un suceso estresante para precipitarla” (Molina & Marti, 2010 p. 16, 17).

Factores psicológicos: “Aunque se cree que varios factores psicológicos participan en la causalidad de la depresión severa, en años recientes la investigación se ha concentrado en la contribución de las distorsiones cognoscitivas inadaptadas” (Morris & Maisto, 2009, p.519). “La mayoría de las personas tiene una forma optimista de pensar que las hace sentirse moderadamente alegres. Las personas con depresión, por el contrario, tienden a minimizar sus éxitos y a recrearse en sus errores; tiene pensamiento negativo” (Molina & Martí, 2010, p. 20).

Factores sociales: “Muchos factores sociales se han relacionado con los trastornos del estado de ánimo, en particular las dificultades en las relaciones interpersonales” (Morris & Maisto, 2009, p.520).

Molina & Martí (2010) comentan que:

“La depresión es más frecuente en los 6 meses posteriores a un suceso estresante, como la muerte del cónyuge o de un ser querido, el divorcio, el matrimonio, la pérdida de empleo, el

encarcelamiento o la jubilación. Sin embargo, solo uno de cada 10 casos en los que aparece uno de estos sucesos acaba en depresión, y algunas veces aparece depresión sin que exista ninguno de estos acontecimientos” (p. 20).

1.1.2 Tipos de depresión

Los tipos de depresión se catalogan según el origen, gravedad y frecuencia. No todos los tipos de depresión necesitan tratamiento farmacológico, sin embargo, se recomienda que de ser necesarios siempre se siga con una terapia ya que estudios demuestran mayor adherencia al tratamiento.

Cuadro 1
Tipos de depresión

TIPOS DE DEPRESIÓN SEGÚN DSM 5			
Depresión	Origen	Intensidad	Uso de fármacos
Depresión Mayor	Puede o no tener origen en acontecimientos estresantes	Moderado a grave	Fármacos y terapia
Distimia	Puede ser ocasionado por estrés continuo	No es grave, síntomas son crónicos pueden durar semanas, meses o años	Fármacos y terapia
Disfórico premenstrual	Según ciclo menstrual	No es grave	Tratamiento hormonal
Inducido por sustancia / medicamento	Por enfermedad física / psiquiátrica o por consumo de drogas o sustancias	Moderado a grave	Fármacos y terapia

Elaboración propia, julio 2018.

1.1.3 Comportamientos disfuncionales

Testimonio de una persona que padeció depresión¹

"La luz entra por las rendijas de la persiana, el despertador ha sonado, sé que es miércoles y que debo levantarme, pero no puedo... Me invade un terrible cansancio, tristeza, malestar. Siento dolor, pero no sé donde, es todo y nada. Confusión. Sé que debo ir a trabajar, pero sólo la idea de enfrentarme a la ducha desata una terrible presión en mi pecho, mi corazón se agita, me cuesta respirar, siento un desasosiego que no puedo parar...No he dormido bien...todo se presenta oscuro. No tengo ganas de nada. Ni de nadie. Me pregunto qué sentido tiene seguir... Para qué levantarme, todo está mal, todo va mal, no puedo... Este pensamiento me persigue todo el día...No quiero vestirme, ni ver a nadie, porque, aunque los quiero y sé que me quieren, no puedo...no quiero que sufran, que me vean así... ¿Cómo he llegado hasta aquí? ¿Qué me pasa? Creía que era una persona fuerte... Siempre he luchado con todo, por todo, consiguiendo mis propósitos y ahora qué me pasa...no puedo. Mi cerebro sólo piensa en esto.

Lloro, no tengo ganas ni de mirarme en el espejo... estoy cansada... y sigo llorando. No tengo hambre...El estómago lo tengo cerrado... Llevo días así. Parece como si el mundo funcionara a otra velocidad. Me siento ajena a la realidad. Cuando consigo ducharme y vestirme salgo a la calle. Me cuesta andar. El ritmo de mi entorno resulta rápido, demasiado rápido. Es como si estuviera fuera de esta película en la que estoy viviendo. No soporto cruzarme con gente conocida. Evito los encuentros. Quiero estar sola, cerrada, conmigo misma...No tengo ilusión por nada ni nadie...

Como se puede observar en este testimonio la depresión interfiere con el funcionamiento normal de las personas, causa dolor y sufrimiento no únicamente a la persona, sino a todos los que le rodean. Puede durar semanas o meses y suele no solo afectar la mente sino también el cuerpo del

¹ Testimonio de una persona con depresión. Recuperado de: <https://www.carmebrit.net/2013/03/20/testimonio-de-una-persona-con-depresi%C3%B3n/>

enfermo. Las personas que lo padecen la mayoría de las veces tienen problemas con el sueño, la alimentación, autoestima y voluntad.

“Está caracterizada por una tristeza profunda y la inhibición de casi todas las funciones psíquicas, que da lugar a cinco series de síntomas: físicos, psicológicos, de conducta, cognitivos (intelectuales), asertivos y sociales” (Rojas, 2008, p. 6). Los matices que adquiere una depresión son muy difusos, ya que la fluctuación de síntomas es dinámico y nunca estático, produce un gran dolor e infelicidad en la persona enferma que se combina con una falta de expectativas hacia el futuro.

La depresión suele no presentar únicamente síntomas físicos o somáticos, casi siempre ambas sintomatología irá unida. Las personas refieren experimentar una disminución de ritmo corporal, cambios en sus pautas de sueño, pueden dormir mucho o presentar insomnio. Como un común tienden a tener una visión negativa de sí mismos, baja autoestima y sentimientos de culpa por eventos pasados. Presentan menos interés en las actividades que en algún momento les fueron interesantes, así como, sentimientos de desesperanza y negatividad que pudieran hacer en algún momento que los individuos contemplan ideas suicidas o incluso lleguen a consumarlo.

Los afectados empiezan con una pérdida en el ritmo de su vida. La vida va más lenta y cada situación se vuelve más pesada. Empiezan a tener dificultad para expresarse, el llanto muchas veces es frecuente. Se empieza a descuidar el arreglo personal y el aseo. Y una sensación de que su vida ya no es como la de antes.

1.1.4 Cambios comportamentales y psicológicos debido a la depresión

Molina & Martí comentan que: “Las personas con depresión suelen referir síntomas físicos que pueden confundirse con una enfermedad física. Esto es la llamada *depresión en mascarada*” (Molina & Martí 2010, p.33).

Síntomas físicos:

- Problemas de sueño: Dificultad para conciliar el sueño, despertar precoz o aumento de las horas de sueño. “Los problemas de sueño son frecuentes y en gran medida son los causantes del cansancio que experimentan las personas con depresión” (Molina & Martí, 2010, p. 33).
- Enlentecimiento mental y físico: La persona se siente cansada la mayoría del tiempo, por lo que encuentran dificultad en hacer las tareas cotidianas.
- Aumento o disminución del apetito: “Durante la depresión se puede perder bastante peso. Ya que la comida parece ser poco apetitosa e insípida” (Molina & Martí, 2010, p. 33).
- Aumento o disminución del peso: Algunas personas muestran síntomas atípicos de las depresiones habituales y estas podrían ser aumento de sueño, apetito y peso o todo lo contrario una disminución de ciclo del sueño, menos apetito y por consecuencia pérdida considerable de peso.
- Pérdida de interés en el sexo: “Algunas personas no se sienten capaces de mantener una relación afectiva cuando se sienten vacíos emocionalmente. Otras se sienten tan negativas que no pueden relajarse, esto puede provocar problemas físicos como dificultad en la erección en el hombre y dolor durante el acto sexual en mujeres” (Molina & Martí, 2010, p. 36).

“La depresión es una enfermedad del cuerpo y de la mente. La mayoría de las personas con depresión tienen síntomas tanto físicos como psicológicos, aunque la forma de presentación e intensidad de estos síntomas puede variar” (Molina & Martí, 2010, p. 27). Es por esta razón que

las personas dedicadas a la salud deben de tener mucho cuidado en el momento de tratar ya que pudiera ser confundida con otra enfermedad y ser tratada de manera incorrecta.

Síntomas psicológicos:

Molina & Martí presentan varios síntomas psicológicos que se deben de tomar en cuenta ya que son característicos de las depresiones. (Molina & Martí, 2010, pp. 29 -33)

- Tristeza: La tristeza es mucho más intensa que la que se siente cuando tenemos algún problema o disgusto. Es un sentimiento persistente de vacío, pérdida y miedo. En las depresiones moderadas o graves, la tristeza suele ser más intensa por la mañana y disminuir ligeramente durante el día, sin desaparecer.
- Pérdida de interés en cosas con las que antes se solía disfrutar: La persona muestra anhedonia, la capacidad de disfrutar, ya no disfrutan las actividades que antes les provocaban placer.
- Ansiedad: Ante una amenaza el cuerpo libera en la sangre la hormona adrenalina que sirve para activar y poner en alerta los músculos y el cerebro preparando al cuerpo para una situación de peligro. Las personas que padecen depresión tienen esta liberación continua lo cual provoca el estado de alerta que puede durar meses. La ansiedad y depresión combinadas pueden provocar una predisposición mayor al suicidio
- Vacío emocional: Esa sensación de necesitar algo, pero no saber que es.
- Pensamientos negativos: Las personas se culpabilizan de sucesos pasados. No reconocen lo que han hecho bien. Se olvidan de lo bueno que han hecho durante toda su vida y recuerdan las cosas malas con más frecuencia. Están centrados en detalles negativos los cuales producen preocupación, ansiedad, falta de confianza y de autoestima por lo mismo refuerza la depresión.
- Problemas de concentración o de memoria: Los pensamientos depresivos son tan intensos que les impiden pensar o concentrarse en otras cosas. Esto mismo provoca falta de atención que en personas mayores podría confundirse con demencia.

- Delirios y alucinaciones: Pensamientos distorsionados fuera de la realidad. Percepciones no reales, generalmente de sonidos. Algunas personas deprimidas pueden escuchar voces de personas que les hablan cuando en realidad no hay nadie. Estas dos características se presentan en la depresión psicótica y son gravedad alta.
- Ideas suicidas: “En la depresión, el pasado se ve malo y lleno de equivocaciones, el presente es horrible y se tiene miedo del futuro. Ante esta perspectiva las personas llegan a pensar que no vale la pena vivir, que los otros estarían mejor sin ellos, que son carga para los demás” (Molina & Martí, 2010, p. 33).

Todos estos cambios físicos y comportamentales pueden ser causados como se ha visto por la disminución de algunas sustancias químicas en el cerebro, pero también por situaciones externas que afectan a la persona. Estos cambios no se dan de la noche a la mañana, sino que van de forma paulatina por lo que muchas veces no es perceptible hasta que ya está en un grado avanzado.

1.1.5 Cómo influye la depresión en el suicidio

Según Hasibe (2012) un dicho muy común en la antigüedad era que “en la depresión abundan las ideas negras” (p.64). Si la enfermedad no se trata la persona suele tener un rechazo con el exterior y el propio yo. Volviéndose el suicidio un grito desesperado de “no puedo más, así no puedo vivir”, donde la vida deja de tener sentido y vivir se vuelve insoportable.

Para muchas personas es tan fuerte la depresión que sus pensamientos se vuelcan a buscar ideas de cómo poder escapar de ese sufrimiento. Algunas de estas personas carecen de recursos internos que les permitan encontrar salidas distintas para afrontar sus problemas. La mayoría de las personas no quiere acabar con su vida, sino que vuelve esta situación un grito desesperado de ayuda.

Morris & Maisto (2009) indican

“Las personas que consideran el suicidio están abrumadas por la desesperanza. Sienten que las cosas no pueden mejorar y no ven salida a sus dificultades. Ésta es una depresión extrema y no es un estado mental al que se llegue con facilidad. De nada sirve decirle a una persona suicida que las cosas en realidad no son tan malas, pues ella sólo lo tomará como evidencia de que nadie entiende su sufrimiento. Pero la mayoría de los suicidas desean ayuda, a pesar de su poca esperanza de obtenerla” (p. 521).

En el transcurso del presente trabajo se ha mencionado que la depresión es la principal causa de discapacidad y una importante carga mundial de morbilidad en el mundo. Datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) indican que 350 millones de personas sufren depresión y que cada año se registra 1 millón de suicidios. Roger Montenegro miembro del consejo de dirección de la Fundación Mundial de la Salud dijo para una entrevista que “La incidencia del suicidio es mayor cuando la depresión no se trata” (BBC, 2014).

Molina & Martí indican que: “Aproximadamente un 50% de los pacientes con depresión tienen ideas de suicidio, el 30% intentan suicidarse y el 15% consuman el suicidio. Del millón de suicidios que ocurre cada año según la Organización Mundial de la Salud, el 70% se deben a la depresión” (Molina & Martí, 2010, p. 41).

Según Molina & Martí (2010) los factores de riesgo suicida son:

- Sexo masculino
- Edad avanzada
- Solteros, viudos o divorciados
- Vivir solos
- Escaso soporte social
- Antecedentes familiares de suicidio

- Antecedentes personales de intentos de suicidio o de autolesiones
- Presencia de una enfermedad física crónica, dolorosa, incapacitante o terminal
- Depresión de gravedad intensa, con ideas de suicidio continuas
- Presencia de ideas delirantes (depresión psicótica)
- Abuso de alcohol
- Otros autores también toman en cuenta las situaciones críticas agudas como lo podrían ser crisis vitales o experiencias traumáticas.

Se conoce que el tema del suicidio es complejo producto del conjunto de múltiples factores psicológicos, sociales y biológicos y su estudio es un elemento esencial para su prevención. “¿Cómo se gesta esta decisión?, ¿Cómo llega una persona a elegir quitarse la vida?, ¿es un acto impulsivo o es un acto que se planea detalladamente? En la mayoría de los casos, se ha comprobado que el suicidio no es un acto impulsivo, sino una ideación que se ha ido desarrollando en un proceso de valoración y cálculo” (Canales, 2013, p.28).

Se dice que cuando la tristeza es tan intensa el sujeto puede llegar al momento en el que sienta que ya no puede más, que ya no tiene fuerza, ni ánimo, que ya está al límite, en este momento es cuando las ideas suicidas pudieran aparecer. Cuando la depresión no se trata la tendencia del suicidio aumenta. La persona empieza a fantasear con la idea, llegando a tener más intensidad y es ahí donde el paciente ya no solo tiene la idea, sino que puede llevarla a cabo.

Estas ideas pasan por etapas bastante definidas pero que no siempre siguen un orden, la primera etapa es pensar en la muerte, fantasear sobre ella no hay una claridad de realizarlo o de cómo llevarlo a cabo, esta etapa es conocida como ideas suicidas o de muerte. Luego empieza la etapa en la que el paciente considerara la muerte como una posibilidad suicida, luego se empieza la aceptación lo que en algunos casos llega a convertirse en ideas obsesivas y es cuando el paciente empieza a percibir que es su única salida. Hasta llegar al momento de ejecución que puede pasar automáticamente a la muerte.

“Para llegar a la etapa final o decisión suicida el paciente habrá dado muchas vueltas a la idea e incluso previsto hasta los más mínimos detalles, incluida la carta de despedida. Esta capacidad de reflexión se ha visto únicamente en pacientes con características depresivas y no se ha visto en otro tipo de trastorno” (Rojas, 2010, p. 34).

Una alerta que se debe tener en este tipo de pacientes es cuando parece mejorar de golpe, cuando esta no puede ser explicada por administración de ningún medicamento, ya que puede ser por que la persona ya concreto su plan suicida y se siente liberado para realizarlo. Son estos pacientes que empiezan a regalar sus objetos preciados y parecieran tener una mejoría. En ningún momento se debe creer que todo paciente así va a suicidarse, pero es una conducta que no debe pasar desapercibida en pacientes deprimidos.

1.2 Crisis

Además de los trastornos mentales como depresión, ansiedad, dependencia a sustancias, muchas personas presentan crisis emocionales que se acompañan la mayoría de las veces con alteraciones de conducta. Estas crisis pueden tener muchos orígenes en su mayoría generadas por acontecimientos estresantes, repentinos e inesperados.

La palabra crisis se deriva del griego *krísis* ‘decisión’, del verbo *kríno* yo decido, separo, juzgo’, designa el momento en que se produce un cambio muy marcado en algo o en una situación: en una enfermedad, en la naturaleza, en la vida de una persona, en la vida de una comunidad. En lenguaje corriente, significa un cambio total o parcial de una situación (López, 1999-2018).

“Se define crisis como el estado que aparece cuando una persona enfrenta un obstáculo a sus objetivos o expectativas vitales que parece ser insuperable con los métodos usuales de resolución de problemas que la persona ha utilizado en el pasado. Sobreviene entonces un período de desorganización y de alteración durante el cual se intentan diferentes soluciones (Caplan, 1964)” (Raffo, 2005, p.1)

“La crisis es un signo de las profundidades increíblemente cargado de sentido y de proyecto, un paso y una ruptura, un puente y un abismo. Todo lo que parecía ligado se rompe, pero es justamente la experiencia de la ruptura y el desgarro lo que se asegura la continuidad. El paroxismo emocional faculta el modo de unificar de nuevo la personalidad dividida (Pelicier 1981)” (Bonilla, 2013, pp. 2-3). Toda crisis da la oportunidad de nuevos comienzos, de aprender de las situaciones y comenzar con lo aprendido, pero lastimosamente también de retroceder y no aceptar el cambio.

Erickson en su teoría del desarrollo de personalidad indicó que de las crisis surgen oportunidades, cada estadio puede ser solucionado por la persona con progreso o estancamiento, “de no poder darle una resolución positiva emerge una patología, defecto o fragilidad específica para aquel estadio” (Bordignon, 2005).

Se puede inferir entonces que cuando se habla de crisis se hace referencia a cambios importantes que están sucediendo o están por pasar. Que pueden ser tomados como una pérdida o un momento de oportunidad, de crecimiento. Es una situación inevitable y va a depender de cada persona la forma de elaborar las situaciones y convertirlas en pérdida o crecimiento.

1.2.1 Tipo de crisis

Raffo (2005), comenta que “fue Freud quien inició los primeros estudios en su teoría psicoanalítica cuando señaló la relación entre situaciones vitales con el origen de la enfermedad emocional. En sus estudios queda clara la relación entre los síntomas físicos y los conflictos en la vida de las personas” (p.1). Eric Erickson continúa con los estudios describiendo las crisis evolutivas que atraviesa toda persona a lo largo de su vida.

Crisis de desarrollo

Canales cita el trabajo de Erikson (1982), el cual conceptualizó el desarrollo de la personalidad en fases diferenciadas por etapa infancia, niñez, juventud y la adultez enfatizando el desarrollo de

la persona en cada etapa. Formuló ocho etapas de desarrollo que atraviesa el ser humano a lo largo de su vida, el cual se ajusta a la adaptación de crecer y superar las crisis normales de desarrollo. Cada crisis genera estrés, este estrés que hace crecer, que ayuda a superar las etapas (Canales, 2013, p.52).

Cuadro 2
Etapas del desarrollo según Erikson

Etapa	Conflicto básico	Resultado
Infancia (0 a 12 meses)	Confianza vs. Desconfianza	Desarrollo de confianza en sí mismo y en el ambiente o desarrollo de desconfianza y temor.
Niñez temprana (1- 3 años)	Autonomía vs. vergüenza y duda	El éxito en esta etapa es el desarrollo de la autonomía o por lo contrario sentimientos de vergüenza y sentido duradero de inferioridad.
Niñez (3 a 6 años)	Iniciativa vs. Culpa	El éxito en esta etapa conduce a un sentido de propósito o sentimiento de culpa, minusvalía y resentimiento.
Niñez tardía (6 a 12 años)	Laboriosidad vs. Inferioridad	El éxito conduce a un sentido de competencia, mientras que los resultados de fracaso producen sentimientos de inferioridad, ineptitud y capacidad de ser autosuficientes.
Adolescencia (12 a 19 años)	Identidad vs. confusión de roles	El éxito de esta etapa esta en encontrar independencia e identidad interna lo contrario genera inseguridad y confusión acerca de su identidad y desesperación.
Juventud (19 a 40 años)	Intimidad vs aislamiento	El éxito lleva a relaciones seguras y comprometidas, mientras que la falta de éxito puede provocar sentimientos de soledad y sentimiento de no estar completo.
Adulthood (40 a 65 años)	Generatividad vs. Autoabsorción	El éxito conduce a sentimientos de utilidad y logro, mientras que los resultados de fracaso producen una débil participación en el mundo.
Madurez (65 hasta muerte)	Integridad vs. Desesperación	Los adultos mayores necesitan contemplar su vida anterior y sentir una sensación de plenitud. El éxito en esta etapa conduce a sentimientos de sabiduría, mientras que los resultados de fracaso producen pesar, amargura y desesperación.

Elaboración propia, julio, 2018

Crisis situacional

Raffo infiere que la crisis situacional es un “Estado temporal de trastorno psicológico caracterizado por ansiedad, confusión y desorganización, causado por un suceso inesperado que es vivenciado como amenaza o pérdida y que resulta insuperable con los mecanismos habituales de la persona para enfrentar problemas” (Raffo, 2005, p.1). Ella sostiene que las crisis suelen llevar un lapso de 4 a 6 semanas para ser resueltas por la persona ya sea de forma positiva o negativa. Ejemplo de esta crisis puede ser el divorcio, separación, desempleo, crimen, enfermedad repentina, un desastre, etc.

Este tipo de crisis presenta las siguientes características: Son repentinas, aparecen de golpe y son urgentes ya que amenazan tanto el bienestar físico como el psicológico. La persona que vive una crisis situacional comúnmente presenta síntomas como: ansiedad, cansancio, agotamiento, desamparo, confusión, tristeza, estrés, desorganización en actividades diarias como familiares, laborales y sociales.

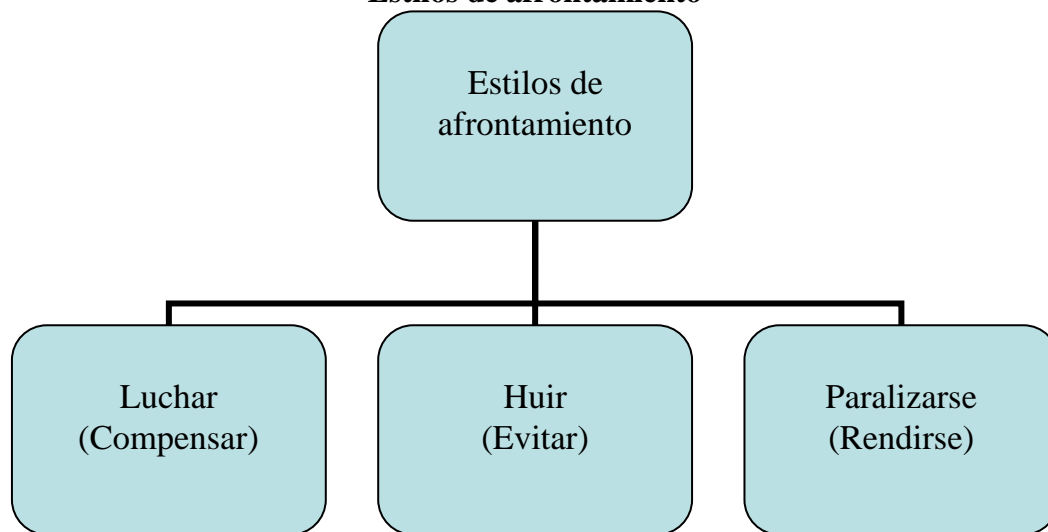
El suicidio es una posibilidad ante cualquier crisis o trauma, no importa si es circunstancial o de desarrollo. Cuando la oportunidad se contempla el mismo suicidio se vuelve una situación de crisis. Si este se lleva a cabo se convierte en una situación de crisis para la familia que deberá sobrellevar el suceso.

1.2.2 Factores que inciden sobre el éxito o fracaso de la resolución de una crisis

Toda crisis tiene un antes y un después. Ninguna persona que ha pasado por una crisis sale sin tener un aprendizaje. La crisis es pues el desequilibrio entre la dificultad y problema y los recursos que el individuo tiene para afrontarlos. Se puede decir entonces que la crisis se presenta cuando los mecanismos de afrontamientos no son suficientes para resolver el problema. Esto da un entendimiento de porque personas en situaciones similares entran en crisis y otras no.

Las personas poseen 3 estilos de afrontamientos, estos aparecen como una forma de reacción ante el peligro. Son aprendidos en la etapa infantil y sirven como protección frente a las amenazas. Son mecanismos utilizados de manera inconsciente y estarán presentes en el estilo de personalidad del individuo a lo largo de la vida (Raffo, 2005).

Imagen 1
Estilos de afrontamiento



Elaboración propia, agosto, 2018

La percepción del problema: Se dice que el problema no es el problema sino lo que la persona piensa de él. “Lo cognitivo es aquello que pertenece o que está relacionado al conocimiento. Éste, a su vez, es el cúmulo de información que se dispone gracias a un proceso de aprendizaje o a la experiencia” (Gardey, 2012). Al igual que la cognición desde niños se va desarrollando la habilidad de comprender y aceptar las emociones, hasta llegar a una inteligencia emocional. Una persona sana va a tener un entendimiento del problema pudiendo encontrar distintas salidas a los mismos a diferencia de aquellas que tienen una visión negativa o una mala percepción del mundo, de él mismo o del futuro.

La fuerza Yoica es la fortaleza del Yo, es la capacidad que tiene la persona a adaptarse y cambiar. Son todas las percepciones o patrones de conducta que se han aprendido a lo largo de la vida, por lo que puede tener un cambio constante. “La fortaleza del Yo se mide a través de la capacidad

que la persona tiene de resistir el estrés, el grado de realidad al enfrentar y resolver problemas y el repertorio de mecanismos efectivos de superación de problemas que la persona puede utilizar para mantener el equilibrio en su campo psicobiosocial” (Raffo, 2005, p. 2).

La red de apoyo familiar y social es un elemento importante a tener en cuenta para el éxito en la resolución de cualquier crisis “Los vínculos que el sujeto establece con su entorno (familiares, amigos, compañeros de trabajo, etc) y que tienen como soporte los intereses y las creencias” (Bonilla, 2013, p. 19).

La forma de resolver la crisis dependerá del significado que cada individuo le atribuya tanto a los estresores como a sus recursos, ya que ambos factores debieran de funcionar con un balance. El balance se rompe cuando el estresor pesa más que los recursos que la persona posee para solventar el problema. Es en esta circunstancia en donde hablamos de crisis. Todos estos factores son importantes para tomar en cuenta en el momento que se está trabajando con una persona con características suicidas ya que puede significar el éxito o fracaso en la resolución de la crisis que este viviendo, y el fracaso en este caso pudiera ser el suicidio.

1.3 El trauma

La palabra trauma significa herida o lesión, en el ámbito médico lo usan para describir heridas o daños en huesos o tejidos. En el ámbito psicológico esta palabra es utilizada cuando se habla de lesiones en las percepciones, emociones, pensamiento, memoria o imaginación. Al igual que lo visto en crisis, es una situación amenazante que se junta con la capacidad que tiene el individuo de poder manejar la situación. Si existe discrepancia entre la amenaza con los mecanismos de afrontamiento se convierte en una situación traumática.

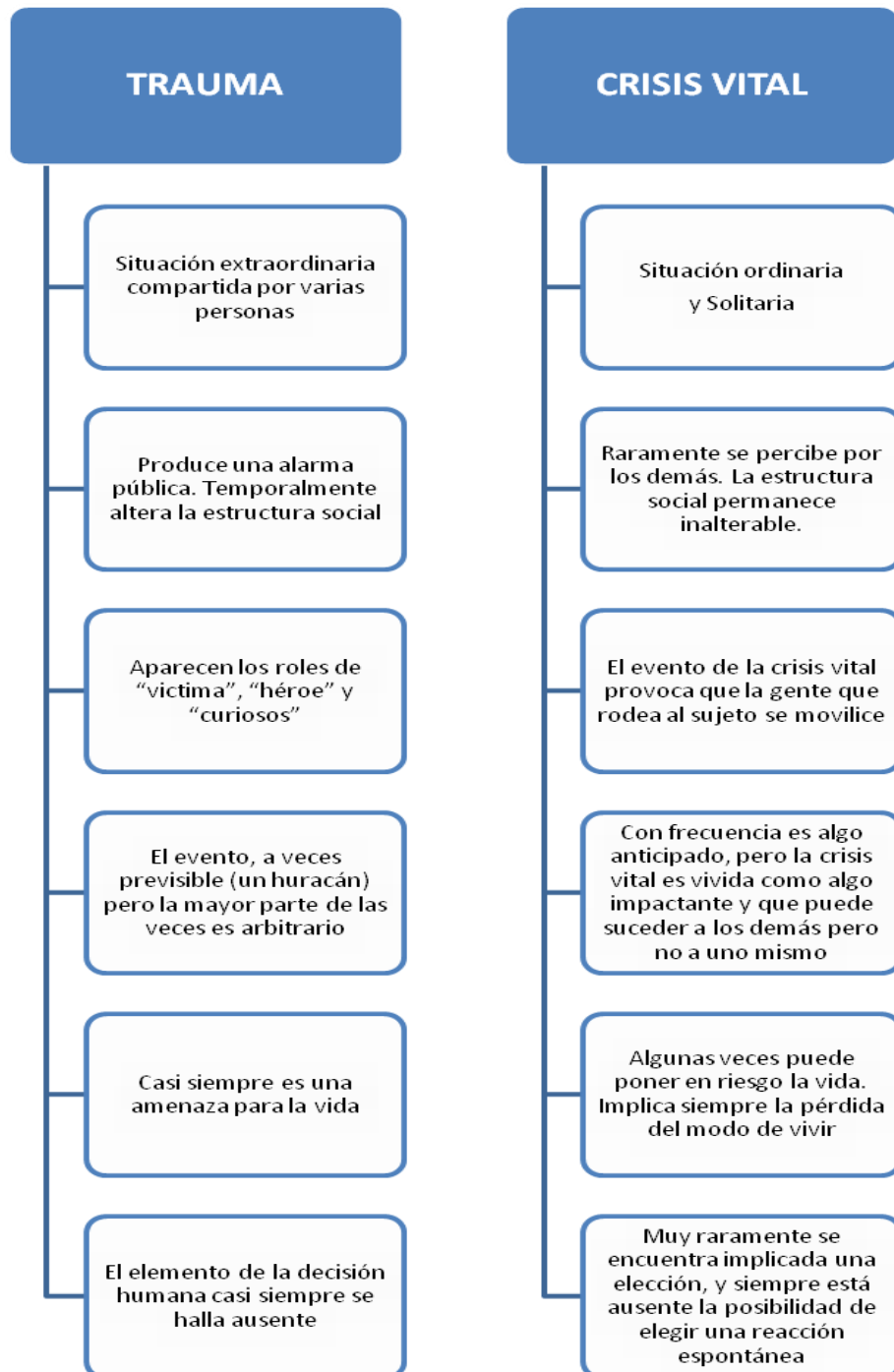
El trauma es una amenaza que se produce cuando la integridad física o psicológica de la persona está en riesgo. Se asocia frecuentemente con emociones extremas. Quiebra la seguridad, confianza, valores y creencias de la persona. “El trauma es el resultado de la exposición a condiciones que amenazan gravemente la vida o la integridad de la persona y se manifiesta por

secuelas dolorosas y persistentes que producen significativas limitaciones en distintas áreas de su existencia” (Medina 2015, p. 3).

Los traumas o eventos traumáticos algunas veces son producidos por la naturaleza, terremotos, inundaciones; otras veces producidas por el hombre: violaciones, actos terroristas, etc. “Un evento traumático está considerado como algo especialmente destructivo en la vida de los individuos, familias y comunidades afectadas” (Rubin, Wainrib y Bloch, 2001, p. 32).

Aunque existen ciertas diferencias entre las crisis vitales y el trauma hay tres aspectos que los unifican: 1) hay un individuo, 2) Existe un evento detonante y 3) Hay un contexto en donde se desarrolla. Como lo dicen Wainrib y Bloch, “Las reacciones a los eventos traumáticos y las crisis son respuestas normales a situaciones anormales” (Rubin Wainrib y Bloch, 2001, p. 40). Nada puede preparar a una persona ante un evento traumático o crítico, ni tampoco hay un predictor que indique la reacción funcional o disfuncional de cualquier individuo en concreto.

Imagen 2
Diferencia entre crisis vitales y trauma



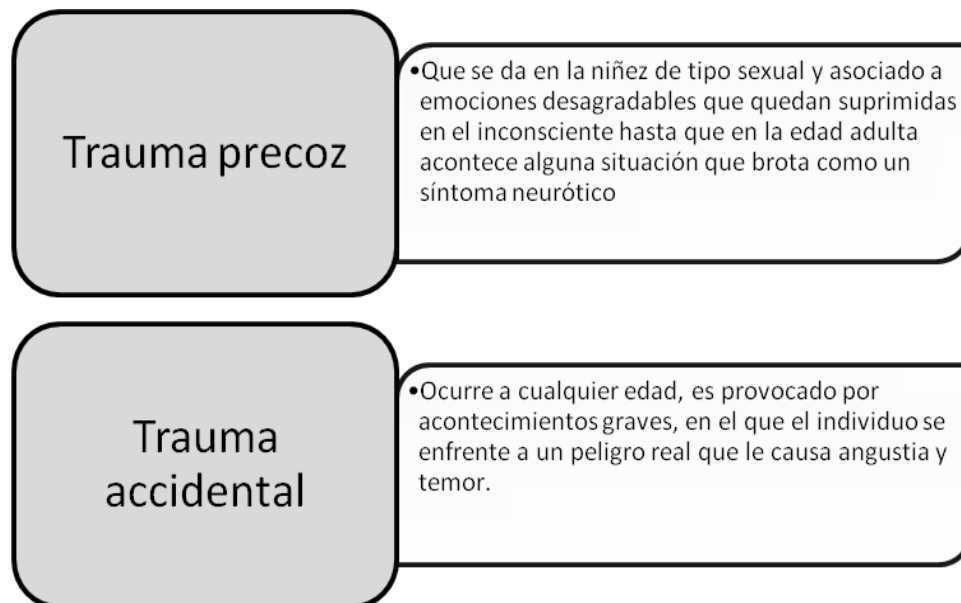
Elaboración propia, julio, 2018

1.3.1 Tipos de Trauma

Ha habido diversos intentos por clasificar el trauma. Los primeros estudios realizados son los de Freud y la teoría psicoanalítica, para este el trauma era el resultado de la ruptura de la barrera protectora de la psique frente a la excesiva estimulación exterior. El distinguió dos tipos de traumas (Amor, 2015, p. 9)

Imagen 3

Tipos de Trauma según Freud



Elaboración propia, agosto, 2018

Ruppert clasificó los traumas psicológicos de acuerdo con las causas o situación que lo originan (Ruppert, 2017. P .90).

Cuadro 3
Tipos de Trauma según Ruppert

TIPOS DE TRAUMA			
TRAUMA	SITUACIÓN	CONFLICTO EMOCIONAL	RIESGO SUICIDA
Existencial	Todo peligro mortal al que la persona se enfrenta sin poder hacer nada	<ul style="list-style-type: none"> - Pánico - Ansiedad - Adicción 	No siempre se corre un riesgo, pero no se debe descartar ya que puede presentarse de manera inconsciente como ir a velocidad alta o hacer actividades de alto riesgo sin la debida protección
Por pérdida	Pérdida de un vínculo psicológico o emocional como muerte, separación, infidelidad	<ul style="list-style-type: none"> - Depresión - Duelo - Adicciones 	De gran riesgo suicida ya que frente al sentimiento de desamparo y carencia de significado el individuo puede manejar los sentimientos dolorosos de manera inmadura
De Vinculación	Violación del vínculo emocional	<ul style="list-style-type: none"> - Trastorno límite de la personalidad - Otros trastornos de la personalidad (histriónico, narcisista, antisocial) - Vacío interior que parece ser llenado en la mayoría de los casos por las adicciones 	Estas personas a menudo se dejan tentar por la idea de la muerte ya que esta no parece ser muy diferente a la vida llena de vacío y soledad. Estos individuos se ponen en constante riesgo presentando conductas arriesgadas como el uso de drogas.

Elaboración propia, agosto, 2018

Lenore (1991) define dos tipos de trauma psicológico: Tipo I, asociado a un evento traumático único limitado en el tiempo (accidente, desastre, etc.), y Tipo II, causada por la larga duración o

repetida exposición a los eventos traumáticos (abuso, tortura, situación de combate, etc.) (Ruppert, 2017, p. 68). Este último conocido actualmente como trauma complejo.

1.3.2 Trauma complejo

El trauma complejo se refiere al trastorno que llega a sufrir una persona debido a la acumulación de traumatización crónica. Se genera cuando un individuo se mantiene en contextos traumatizantes durante un largo tiempo, cronificándose el daño y la sintomatología. O bien cuando una persona sufre, en diversos momentos vitales, experiencias traumáticas y ocurre en trauma complejo por acumulación del daño (Casares, 2016, p. 88).

Las áreas afectadas según López - Soler son: “alteraciones en las relaciones afectivas y apego, en las reacciones biológicas (físicas y psicosomáticas), en la regulación del afecto y la autorregulación, en la consciencia, con síntomas disociativos, en el control de la conducta, en la cognición y en el autoconcepto” (López-Soler, 2008, p. 167). El concepto de trauma complejo fue introducido por Judith Herman en 1992 para demostrar la existencia de una forma compleja de estrés post traumático en sobrevivientes de traumas repetitivos y prolongados” (Chiappe & Teti, 2016, p. 125).

“En 1980 se incluye por primera vez en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM III) la categoría del Trastorno de Estrés Post Traumático en el que se describían los síntomas que estaban presentando los soldados que regresaban de la guerra” (Amor, 2015, p.15). Sin embargo, estos síntomas difieren cuando el trauma empieza en la niñez, que se produce casi a diario y por un tiempo prolongado. Involucra el daño y abandono por parte de los padres o cuidadores y ocurre en periodos vulnerables como los son la niñez y la adolescencia. Es aquí donde se habla del Estrés Post Traumático Complejo.

Imagen 4 Cambios del DSM

En el trastorno de Estrés Post Traumático



Elaboración propia, agosto, 2018

Las secuelas que deja el trauma complejo son sintomáticas ya que puede llegar a presentar una variedad de síntomas psiquiátricos, somatizaciones, disociación, cambios afectivos y síntomas depresivos. Pueden desarrollar cambios de personalidad e incluso de identidad. Y se ha visto que tienen repetición de daño esto significa que los sobrevivientes de este tipo de trauma tienden a repetir patrones buscando personas que los lastimen o incluso autoinfligiéndose dolor y entre esto destaca los intentos suicidas.

1.4 Estrés

La teoría del estrés desarrollada a mediados del siglo XX por Hans Selye, explica la relación entre los eventos traumáticos con el nivel persistente de estrés generado. “Si el estrés continúa, la persona puede sufrir daño físico o psicológico irreparable o incluso la muerte” (Morris & Maisto, 2009, p 487). Como se verá en el presente trabajo, el estrés es una respuesta adaptativa y su uso persistente se vuelve patológico.

El estrés tiene un fuerte impacto social, problemas en los trabajos, en las escuelas, las malas relaciones interpersonales, el descontento y no puede quedar afuera la familia en cuyas consecuencias se pueden observar malestares matrimoniales, disolución de matrimonios, sufrimiento de hijos, abuso infantil, etc.

Orlandini (2012) afirma

“Es de considerar que el estrés ocasiona un notable impacto sobre la salud de la población que lo evidencia de distintas maneras, pero sus reacciones pueden resumirse en tres grandes grupos. Existen quienes, al no encontrar alternativas, deben optar por estilos de vida malsanos, privaciones de sueño, consumo defectuoso o exagerado de alimentos, abuso de café, tabaco, alcohol, drogas. Otro grupo manifiesta enfermedades corporales o inmunitarias causadas o agravada por los estresores y por último aquellas personas que padecen enfermedades mentales, los suicidas y los homicidas” (p. 17).

“La palabra estrés viene del latín *Stingere* que significa oprimir, apretar, atar, que en francés dio origen a estrechar, rodar con el cuerpo, con los miembros, apretar con fuerza, sofocar. Sofocar nos conduce a oprimir, apretar, angustia, opresión de corazón” (Stora, 2000).

El estrés surge cuando se reacciona, desde un punto físico y psicológico, a los cambios del ambiente. El cuerpo reacciona con inquietud, preocupación o miedo, segregando hormonas y sustancias químicas que se relacionan al estrés.

Weiss (2007) explica sobre las reacciones al estrés:

“Una amenaza real o imaginaria activa las hormonas relacionadas al estrés y nos sitúan en un modo de respuesta activa. En este estado, el cuerpo se encuentra preparado para pelear y huir, según la naturaleza del peligro. La respiración se acelera, el corazón late más rápido, la mente se activa y se concentra al mismo tiempo, los músculos reciben el suministro sanguíneo y

aumentando la fortaleza y agilidad física” (p. 6).

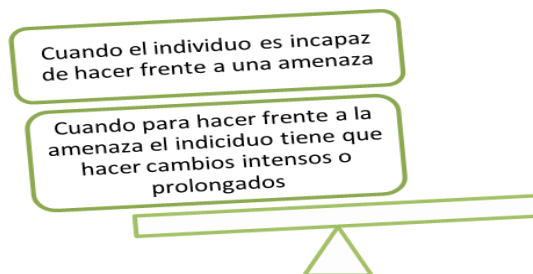
Con todos los estudios realizados se menciona a veces como bueno a veces como malo, algunas veces como inofensivo y otras como peligroso. Pero se sabe que es una reacción fisiológica normal del organismo ante estímulos del entorno, y es una respuesta eficaz que ayuda a la supervivencia de la especie. El problema es la ineficacia que se tiene para manejarlo ya que al manejarlo de manera ineficaz se vuelve una respuesta nociva para el organismo.

El estrés es como un motor, nadie puede sobrevivir sin él. Este es el que lleva a realizar cosas importantes en nuestra vida ya que es producto de la energía. El problema sobreviene cuando esa energía rebasa la capacidad de entrada al cuerpo y este colapsa. La cantidad justa de estrés es saludable, lleva a lograr las metas propuestas.

“La reacción de estrés nos permite levantarnos e ir a trabajar, correr para alcanzar un autobús, estudiar y mantenernos despiertos para alcanzar determinados objetivos y tomar cartas en el asunto para hacer frente a los innumerables problemas que salen a nuestro paso. Gracias a la ayuda del estrés, percibimos que las cosas nos afectan y nos emocionan” (Costa, Aguado, & Cestona, 2008, p. 8). La respuesta del estrés manejado de manera correcta es que es generado en emergencias puntuales, el cuerpo moviliza energía, lo que pondrá en movimiento al cuerpo frente a la amenaza el organismo aquí reaccionará preparándose para luchar o huir.

Imagen 5 **Estrés Patológico**

Estrés Patológico

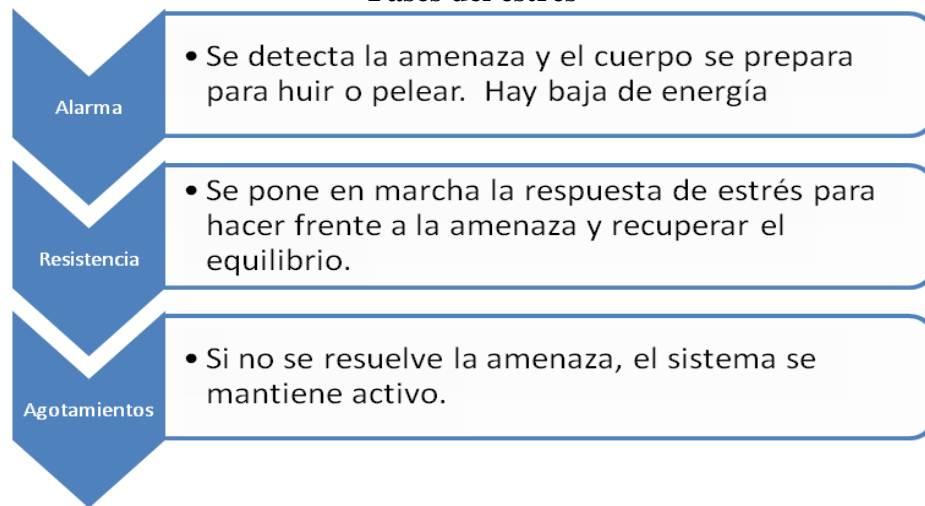


Elaboración propia, agosto, 2018

Orlandini explica que: “ una tarea deseada, agradable y fácil produce un estrés saludable, positivo o eustrés. Por el contrario, una demanda no deseada, desagradable, difícil y prolongada significa un estrés no saludable, negativo o distrés” (Orlandini, 2012, p.29).

Las tres fases en las que se basa la teoría del estrés son:

Imagen 6
Fases del estrés



Elaboración propia, agosto, 2018.

“La última fase se produce únicamente en respuesta a un estrés sostenido y es en la que se producen los trastornos relacionados con el estrés” (Torres & Balliés, 2014, p. 18).

1.4.1 Tipos de Estrés

Existen diferentes tipos de estrés: estrés agudo, estrés agudo episódico y estrés crónico. Cada uno cuenta con sus propias características, síntomas, duración y enfoques de tratamiento.

Cuadro 4
Tipos de estrés

TIPOS DE ESTRÉS			
Estrés	Definición	Síntomas	Tratamiento
Estrés agudo	Es la forma de estrés más común. Surge de las exigencias y presiones del pasado y las exigencias anticipadas del futuro	Dado que es a corto plazo, este tipo de estrés no tiene suficiente tiempo para causar daños importantes	Puede presentarse en la vida de cualquiera y es muy tratable y manejable
Estrés agudo episódico	Son personas que mantienen estrés agudo frecuente	Los síntomas son sobre agitación, dolores de cabeza, migrañas, hipertensión, dolor de pecho, enfermedades cardíacas.	Tratar el estrés agudo episódico requiere una interacción de varios niveles, por lo general ayuda profesional que puede tomar varios meses
Estrés crónico	El estrés crónico surge cuando una persona nunca ve una salida a una situación deprimente. Es el estrés de las exigencias y presiones implacables durante períodos aparentemente interminables. Sin esperanzas, la persona abandona la búsqueda de soluciones.	El estrés crónico mata a través del suicidio, la violencia, el ataque al corazón, la apoplejía e incluso el cáncer. Las personas se desgastan hasta llegar a una crisis nerviosa final y fatal	El estrés crónico es difícil de tratar y puede requerir tratamiento médico y de conducta y manejo del estrés.

Elaboración propia, agosto 2018

Hay un tipo de estrés vivido después de eventos cuyo impacto deja una parálisis emocional, en el que la vida de la persona corre peligro a este tipo de estrés está catalogado en el DSM 5 (2014) como Trastorno de estrés postraumático (TEPT), caracterizado por reexperimentación del hecho traumático, de forma involuntaria la persona lo vuelve a revivir constantemente. Este pudo haber ocurrido semanas atrás y la persona puede seguir recordando el trauma sufrido lo que le provoca un estado de ansiedad intenso.

La diferencia entre el trastorno de estrés agudo y el TEPT es la duración de los síntomas ya que en el primero duran alrededor de 4 semanas o menos mientras que en el estrés postraumático suele durar más tiempo.

Lasso (2017) indica que

"Hay variables que ayudan a entender la causa y duración del daño psicoemocional:

Edad de la persona que vive la experiencia. Siendo más vulnerables los niños.

Tiempo de duración del daño.

Persona que ejerció el daño. Entre más vínculo, historia y cariño el dolor es más profundo.

Tipo de violencia ejercido.

Estructura emocional de la persona que vive el trauma. Hay personas que a lo largo de su vida han aprendido a gestionar las experiencias desagradables y otras que su estructura psicológica es frágil y se vulneran en forma más profunda ante las adversidades" (pp. 14, 15).

1.4.2 Consecuencias del estrés

Las consecuencias del estrés son muy variadas están como se ha visto en los distintos tipos dependerá mucho de la personalidad y manera de afrontamiento que cada individuo tenga. Según los síntomas estos pueden dividirse en fisiológicos y psicológicos.

Bonet indica que: "Los eventos traumáticos de la infancia alteran de manera persistente la respuesta de estrés, generando una vulnerabilidad a la enfermedad. Dicho de otra manera, la adversidad, el estrés temprano, "da forma" o modula los sistemas de respuesta de estrés de manera persistente lo que colabora en las enfermedades del adulto" (Bonet, 2016, pp. 13-14).

Bonet (2016), refiere que el sistema simpático regula las reacciones del estrés. Este es responsable de la activación, aceleración y distribución de la energía. Funciona ante cualquier

amenaza o peligro preparando nuestro cuerpo para afrontar la situación. Se tensan los músculos, se dilatan las pupilas, se activan todos los sentidos ya que el cuerpo se prepara para el ataque o la huida. Este sistema nos permite reaccionar de manera saludable ya que es un mecanismo de defensa, pero este no puede estar constantemente activo ya que con una interminable respuesta de estrés el cuerpo pararía agotado, el sistema biológico termina quebrándose y es aquí donde inician las enfermedades tanto fisiológicas como psicológicas.

El estrés puede provocar trastornos cardiovasculares como hipertensión, taquicardia, enfermedades coronarias; problemas respiratorios como asma o hiperventilación; problemas gastrointestinales como úlceras pépticas, colitis, estreñimiento; problemas dermatológicos como sudoración excesiva o dermatitis (Durand, 2010). Problemas sexuales como impotencia eyaculación precoz, coito doloroso o alteraciones en el deseo sexual.

En el plano psicológico, están las fobias, depresiones, trastornos de la personalidad, conductas obsesivas y/o compulsivas, alteraciones del sueño, irritabilidad, olvidos frecuentes, dificultad para concentrarse y toma de decisiones. Como se vio anteriormente la depresión es un estado anímico que altera las funciones fisiológicas normales y el estrés es una reacción natural del cuerpo que tiene su origen en el cerebro y que da respuestas fisiológicas para enfrentar las amenazas. “Si bien el estrés puede llevar a la depresión y la depresión puede provocar estrés, no todas las depresiones tienen su origen en estados de estrés y no siempre el estrés es resultado de una depresión” (Durand, 2010).

Suicidio

2.1 Suicidio

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su informe la prevención del suicidio un imperativo global del (2014) definió lo siguiente

“Se entiende por suicidio el acto de matarse deliberadamente. Se entiende por intento de suicidio todo comportamiento suicida que no causa la muerte, y se refiere a intoxicación autoinfligida, lesiones o autoagresiones intencionales que pueden o no tener una intención o resultado mortal. Por comportamiento suicida se entiende una diversidad de comportamientos que incluyen pensar en el suicidio (o ideación suicida), planificar el suicidio, intentar el suicidio y cometer un suicidio propiamente dicho” (p. 12).

La CIE-10 los clasificó entre los códigos X60-X84 definiéndolos de la siguiente manera

“Acto suicida: se entiende por tal la acción mediante la cual el sujeto se causa una lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos.

Suicidio: aquella muerte que resulta de un acto suicida.

Intento de suicidio: un acto suicida cuyo resultado no fue la muerte”.

Durkheim afirmó que: “se llama suicidio a todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, a sabiendas del resultado” (Durkheim, 2012, p. 15).

Améry prefiere hablar del suicidio como “La muerte voluntaria se convierte, pues, en suicidio, la persona que se extingue a sí misma, en suicidante; suicidario será aquel que lleva en sí el proyecto de muerte voluntaria, tanto si se lo plantea seriamente como si tan sólo está jugando con

la idea” (Améry, 2005, p.14). En este sentido se debe estar alerta a cuando la persona pueda dar respuesta a tres preguntas: ¿Cómo me voy a suicidar?, ¿Dónde me voy a suicidar? ¿Cuándo me voy a suicidar? cuanto más concretas son las respuestas el riesgo de suicidio es mayor.

2.2 Causas y factores de riesgo

De acuerdo con Rocamora (2013) existen múltiples factores para que una persona piense o decida suicidarse, pueden ser por enfermedades agudas o crónicas, soledad, vejez, circunstancias nuevas, bajo control de impulsos; enfermedades psicológicas como depresión, esquizofrenia, abuso de sustancias o situaciones de crisis como divorcio, separación, crisis económica, etc.

Según la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2012)

“La identificación de los factores que aumentan o disminuyen el nivel de riesgo suicida es de gran importancia por la estrecha relación que guardan con dicha conducta. El nivel de riesgo aumenta proporcionalmente al número de factores presentes, si bien algunos tienen un peso específico mayor que otros” (p. 57).

En el artículo de la revista *Psiquiatría y Salud mental* (2012) mencionan que: “Los factores de riesgo de la conducta suicida se dividen clásicamente en dos grupos, aquellos que son clínicamente modificables (como son los trastornos psiquiátricos) y aquellos que no lo son (como los factores hereditarios, el sexo o la edad). Además de los factores de riesgo, es importante tener en cuenta los factores protectores a la hora de evaluar y prevenir el riesgo de suicidio”.

Las características modificables serán entonces todos los factores sociales, psicológicos o patológicos que pueden ser modificables por medio de una intervención terapéutica mientras las características inmodificables son todas aquellas propias del sujeto o grupo social que se caracterizaran por no poder ser modificadas con terapia.

Cuadro 5
Características Modificables e Inmodificables

Modificables	Inmodificables
Depresión Estrés Esquizofrenia Trastorno de ansiedad Abuso de sustancias Trastorno de personalidad Otros trastornos mentales Salud física Dimensiones psicológicas	Heredabilidad Sexo Edad: <ul style="list-style-type: none"> • Adolescente y adultos jóvenes • Edad geriátrica Estado civil Situación laboral y económica Creencias religiosas Apoyo social Conductas suicidas previa

Elaboración propia, julio, 2018

2.2.1 Factores de riesgo de los trastornos mentales

El suicidio es un problema complejo, no existe una sola causa ni una sola razón. Resulta de una compleja interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociales, culturales y medioambientales. Sería difícil explicar por qué algunas personas deciden cometer suicidio, y otras en una situación similar o incluso peor, no lo hacen.

La existencia de trastornos mentales es uno de los principales factores de riesgo de suicidio. Los riesgos de suicidio estimado para los trastornos mentales según la Guía de la APA publicada en 2003 muestran que: el trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor y las conductas adictivas mixtas, son los cuadros psiquiátricos con mayor riesgo de conducta suicida. Trastorno de Depresión mayor, como se vio en el capítulo anterior la mayoría de los suicidios esta comúnmente relacionado con este trastorno. La OMS asume que entre el 65 – 90% de los suicidios e intentos de suicidio se relación en algún grado con la depresión.

El DSM 5 (2014) indica que: “La posibilidad de una conducta suicida existe durante todo el tiempo que duran los episodios de depresión mayor. El factor de riesgo que se ha descrito de

manera más sistemática son los antecedentes de intentos o amenazas de suicidio, pero habría que recordar que la mayoría de los suicidios consumados no se han precedido de intentos fallidos. Otras características asociadas a un aumento del riesgo suicida consumado son: ser varón, estar solteros o vivir solo y tener intensos sentimientos de desesperanza. La presencia del trastorno límite de la personalidad aumenta notablemente el riesgo de futuros intentos de suicidio” (p. 167).

Según los últimos datos de la OMS se calcula que 350 millones de personas sufren depresión y cada año se registra un total de 1 millón de suicidios. “Estadísticas recientes indican que un 50% de los pacientes con depresión tiene ideas suicidas, el 30% intentan suicidarse y el 15% consuman el acto” (Molina & Martí, 2010, p.41).

Esquizofrenia 295.90 (F20.9): según el DSM 5 (2014) “Aproximadamente, el 5 – 6% de los individuos con esquizofrenia fallece por suicidio, 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. El riesgo de suicidio se mantiene alto a lo largo de toda la vida en los varones y en las mujeres, aunque podría ser especialmente elevado en los varones jóvenes con consumo comórbido de sustancias. Otros factores de riesgo son los síntomas depresivos o los sentimientos de desesperanza, la situación de desempleo y el período posterior a un episodio psicótico o a un alta hospitalaria” (p. 104).

Trastorno bipolar: el DSM 5 (2014) indica que: “Se estima que el riesgo de suicidio a lo largo de la vida los pacientes con trastorno bipolar son 15 veces superior al de la población general. De hecho, el trastorno bipolar supone un cuarto de todos los suicidios consumados. La historia previa de intentos de suicidio y el porcentaje de días con depresión en los últimos años se asocian a un mayor riesgo de intentos de suicidio o suicidio consumado” “El riesgo de suicidio es mayor en el trastorno bipolar II. Aproximadamente, un tercio de los pacientes con trastorno bipolar II refiere antecedentes de intentos de suicidio” (pp. 131 y 138).

Trastorno por consumo de sustancias: según el DSM 5 (2014): el trastorno de consumo de opiáceos se asocia con un mayor riesgo de intentos suicidas y de suicidios consumados. Son particularmente destacables las sobredosis de opiáceos accidentales e intencionadas. La intoxicación con opiáceos repetida o la abstinencia pueden estar asociadas con depresiones graves que, aunque temporales, pueden ser lo suficientemente intensas como para conllevar intentos de suicidio o suicidios consumados” (p. 544).

Trastornos de la conducta alimentaria: “En un estudio se observó que una de cada cuatro mujeres con trastornos de la conducta alimentaria (especialmente cuando se acompañaban de comorbilidades, como depresión o ansiedad) tenían antecedentes de ideación o conducta suicidas. Dentro de estos trastornos, la anorexia nerviosa es la que presenta un mayor riesgo de suicidio sobre todo en mujeres durante la adolescencia tardía” (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012, p. 59).

Por último, según lo indicado en la revista Psiquiatría y Salud Mental “Los trastornos de personalidad tienen una particular relevancia, ya que pueden determinar la conducta suicida de varias formas: predisponiendo a trastornos mentales mayores como depresión o alcoholismo, conduciendo a problemas en las relaciones interpersonales y en el ajuste social, precipitando acontecimientos vitales indeseables o deteriorando la capacidad de afrontar un trastorno físico o mental” (Ayuso-Mateos, et al., 2012).

2.2.2 Factores de riesgo Psicológicos

Ayuso-Mateos, et al., (2012) explican que

“El riesgo de ideación y tentativa suicida está determinado por una compleja interacción de factores genéticos y ambientales. Distintos autores estiman que el 43% de la conducta suicida se explica por la carga genética y el 57% restante por factores ambientales. La herencia en la conducta suicida parece estar determinada por, al menos, dos componentes: uno, la propia

transmisión de las enfermedades mentales, y otro, la dotación genética relacionada con la agresividad, impulsividad y otros factores de personalidad. Un metaanálisis de 21 estudios comprobó que los familiares de primer grado de sujetos suicidas tienen el triple de riesgo de llevar a cabo conductas suicidas, a pesar de no presentar patología psiquiátrica” (p. 11).

Hablamos de factores psicológicos cuando la conducta suicida se produce sin que el sujeto tenga ninguna patología diagnosticada, estos pueden ser herencia, personalidad, impulsividad, rigidez cognitiva, desesperanza, perfeccionismo, soledad, crisis, pérdidas tempranas, abusos físicos y sexuales, entre otros.

Se identifican dos categorías generales de riesgo suicida: una disfunción del control de los impulsos; y una predisposición o diátesis a manifestar una actitud disfuncional (Gutiérrez-García & Contreras, 2008). La desesperanza es la principal característica cognoscitiva de las personas suicidas. Ésta puede ser definida como un sistema de esquemas que comparten el elemento de expectativas negativas sobre el futuro y una visión desfavorable del mismo.

Teoría biológica

Esta habla de que existe una correlación de herencia y situaciones críticas. También estudios hechos post mortem a personas suicidas han revelado que los niveles bajos o altos de algunos neurotransmisores, en especial de la serotonina, están en relación directa con los intentos suicidas o los suicidios mismos.

“La heredabilidad de las conductas suicidas se demostró hace años a través de los estudios de agrupación familiar, gemelos, adopción, así como los más modernos estudios de asociación genética, sin embargo, al igual que ocurre con otras enfermedades como la hipertensión arterial, la vulnerabilidad al suicidio no se tramite según patrón de herencia simple” (Bonilla, 2013, p. 25).

Gutiérrez–García & Contreras (2008) afirman que

“Los primeros estudios indicaban que, en sujetos con intentos suicidas, se encuentran niveles reducidos del ácido 5–hidroxiindol–acético, principal metabolito de la serotonina, en el líquido cefalorraquídeo, independientemente del diagnóstico psiquiátrico previo. Más adelante, algunos estudios post–mortem han identificado alteraciones en los receptores presinápticos (5–HT_{1A}) y postsinápticos (5–HT_{2A}, 5–HT_{1A}) de la corteza prefrontal ventromedial. Esta disfunción, al parecer, se asocia con alteraciones en los genes que codifican la expresión de enzimas implicadas en la síntesis y metabolismo de la serotonina, aunada a una alteración en la expresión genética de factores neurotróficos derivados del cerebro, los cuales intervienen en la regulación funcional de las neuronas serotoninérgicas”.

Teoría Cognitivo – Conductual

La estructura cognitiva de cada individuo ha sido escrita a lo largo de su vida, parte de la concepción que la persona tiene de su entorno con lo cual logra comprender y valorar su existencia. Freeman & Reinecke (1995) afirman que: “Son estructuras cognitivas inconscientes que mantienen el sistema de valores de la persona y provocan los pensamientos automáticos del individuo. Desempeñan una función adaptativa ayudando al individuo a evaluar con efectividad sus circunstancias y guiar sus esfuerzos de manejo” (p. 45).

“Contienen conjuntos de creencias nucleares relacionadas con la visión del mundo, de los otros y sobre uno mismo y su interpretación con los demás. Los esquemas están organizados según sus funciones” (Ruiz & Marta Isabel Díaz, 2012)

La estructura cognitiva nos habla de cómo la persona elabora las situaciones que ha vivido desde su niñez, según la Terapia Cognitiva las personas pueden tener una predisposición al trastorno depresivo debido a acontecimientos y experiencias negativas y la forma de elaborarlas. Beck

llamó Triada cognitiva a la forma en que el individuo se percibe a sí mismo, al mundo y al futuro (Lellenquien, 2015). La forma negativa del individuo al percibir esta triada puede ocasionar depresión.

Según la psicóloga Lellenquien (2015), la rigidez cognitiva es la tendencia de sostener una idea, a pesar de que exista evidencia contraria, o enfocarse exclusivamente en aquellos aspectos de la realidad que concuerdan o confirman las expectativas y convicciones personales. Las personas con rigidez cognitiva se descontrolan ante los cambios, no pueden adaptarse a situaciones nuevas. Cuando la percepción propia, del mundo y del futuro es rígido el individuo se aísla del mundo. Tienen una respuesta negativa ante las adversidades y las crisis. La rigidez cognitiva junto con la desesperanza son factores de riesgo de especial importancia en las conductas suicidas.

González & Hernández (2012) comentan que

“Uno de los conceptos psicológicos más importantes de los últimos años es el de desesperanza aprendida, un estado en el que el individuo no emite respuestas para evitar la estimulación aversiva ya sea porque no encuentra ningún reforzador ante la conducta de escape, o bien porque le es imposible escapar. Cabe mencionar que la excesiva estimulación aversiva puede generar un déficit en la actividad motora del organismo y ocasionar un grave daño o la muerte. De ahí la relación natural y lógica que este fenómeno tiene con el suicidio en sus diferentes manifestaciones. Tal estimulación puede llevar a los individuos a perder la motivación, la esperanza de alcanzar metas, una renuncia a toda posibilidad de que las cosas salgan bien, se resuelvan o mejoren” (p. 314).

“El concepto de desesperanza también ha sido estudiado desde la psicología existencial, donde autores como Víktor Frankl afirman que la vida propia tiene sentido convirtiéndose en la fuerza motivacional fundamental del ser humano y una condición de la autorrealización personal” (González & Hernández , 2012, p. 316).

2.3 Personalidad

La personalidad permite conocer de cierta manera los motivos que conducen a las personas a sentir, pensar, actuar y desenvolverse en el medio y como interactúa con su entorno. Puede ser definida como la estructura dinámica que tiene la persona, la cual está compuesta por parte psicológica, conductual, emocional y social. Todas estas características son desarrolladas a medida que se interactúa y se aprende del medio.

“Los psicólogos definen la personalidad como un patrón único de pensamientos, sentimientos y conductas del individuo que persisten a través del tiempo y de las situaciones. Diferencias únicas que distinguen a una persona de las demás y que es relativamente estable y duradera” (Morris & Maisto, 2009 p. 438).

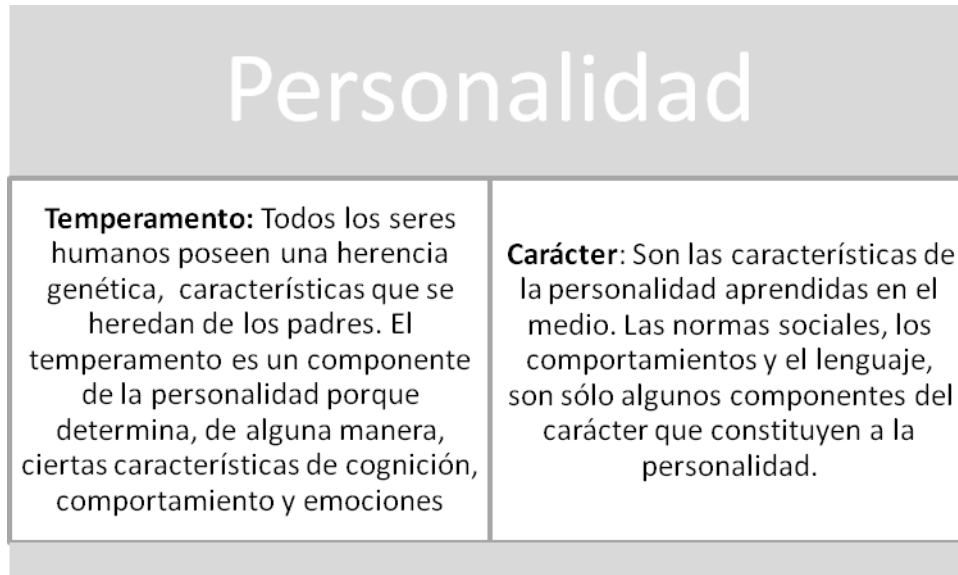
Desde que se nace, cada persona tiene su propia personalidad, con el tiempo y los diferentes factores externos se irán estructurando y modificando. Los estudios en psicología hacen énfasis en el aprendizaje de las primeras etapas de la infancia y como se ha visto a lo largo del trabajo el maltrato prolongado puede dejar huellas profundas en la personalidad adulta del individuo.

Aunque como humanos todos presentamos patrones comunes, en el desarrollo cada uno muestra personalidad diferente desde el nacimiento. “Rasgo relativamente constante de emociones, temperamento, pensamiento y conducta que hace única a una persona” (Papalia, Olds, & Feldman, 2010 p. 178).

La personalidad se conforma por dos componentes:

Imagen 7

Componentes de la personalidad



Elaboración propia, agosto, 2018

Las distintas corrientes difieren en cuanto a la importancia de uno u otro factor para el desarrollo de la personalidad, unas sostienen que el temperamento es el factor más importante, mientras que otras le dan la importancia al carácter. Pero en realidad la personalidad es determinada por ambos factores.

A lo largo del tiempo se han desarrollado distintas teorías de la personalidad que han servido para describir y explicar la conducta de las personas. Morris & Maisto indican que: “La teoría humanista de la personalidad enfatiza que tenemos una motivación positiva y progresamos hacia niveles superiores de funcionamiento; en otras palabras, que la existencia humana no se limita a manejar conflictos ocultos” (Morris & Maisto 2009, p. 451).

El primero en hablar de las distintas personalidades fue Hipócrates entre el año 460 y 357 antes de Cristo, su teoría era que las enfermedades eran causadas por desequilibrio de los fluidos

corporales, llamados humores, de aquí se origina su teoría de las 4 personalidades de acuerdo con los diferentes fluidos:

- Sanguíneo
- Colérico
- Flemático
- Melancólico

Esta teoría carecía de una base científica sin embargo dio pie a la siguiente categoría que clasificó la personalidad en tres grupos:

- Introverso
- Extroverso
- Racional
- Emocional

Teorías psicodinámicas: afirma que “la conducta es resultado de fuerzas psicológicas que interactúan dentro del individuo, a menudo fuera de la conciencia” (Morris & Maisto, 2009 p. 439). Según Freud la personalidad se desarrolla en la forma en que se satisfacen los instintos sexuales en el curso de la vida. Estas afirman por lo general que la personalidad surge de la solución de conflictos inconscientes y de las crisis de desarrollo.

Teoría humanista, existencial: enfatiza que las personas tienen motivaciones positivas y que progresan hacia niveles superiores y no solo se limitan a manejar sus conflictos interiores. “Roger descubrió que la gente cuyo yo real difería considerablemente de su ideal tenía mayor probabilidad de ser desdichada e insatisfecha” (Morris & Maisto, 2009 p. 453).

Otras teorías de la personalidad se concentran en enfoques distintos desarrollando que las personalidades adultas difieren entre sí, a esto le llamaron tipos o rasgos de personalidad. Estos pueden ser de dependencia, de ansiedad, de agresividad y de sociabilidad.

2.3.1 Tipos de personalidad

La teoría de los rasgos de personalidad afirma “un rasgo de personalidad son dimensiones o características en que la gente difiere de manera distintiva, y que estos rasgos de personalidad son dependencia, ansiedad, agresividad y sociabilidad” (Morris & Maisto, 2009 p. 453). La teoría de la personalidad de Lewis Golberg conocida también como el modelo de los cinco grandes, surgió de diferentes estudios de ciertos rasgos de la personalidad. A partir de este modelo se han desarrollado algunos test de personalidad. (Sánchez, 2017).

Imagen 8
Rasgos de personalidad según Lewis Golberg



Elaboración propia, agosto, 2018

El DSM 5 (2014), enumera 10 trastornos de la personalidad específicos, que divide en tres grupos:

Grupo A: Son personas “retraídas, frías, desconfiadas o irracionales. Estos suelen tener pocos amigos o compañeros cercanos. En este grupo se encuentran las personalidades esquizotípica, esquizoide y paranoide” (Morrison & Flegal, 2018, p.435).

Grupo B: “Se caracterizan por conductas dramática, emocional y de búsqueda de la atención. Estados de ánimo superficiales y conflictos interpersonales intensos. Aquí se incluyen los trastornos de personalidad narcisista, límite y antisocial” (Morrison & Flegal, 2018, p.435).

Grupo C: “Son a menudo ansiosos, tensos, sobrecontroladores. En este grupo se incluyen las personalidades obsesivo-compulsivo, dependientes y evitativas” (Morrison & Flegal, 2018, p.435).

2.3.2 Personalidad suicida

“La relación entre la conducta suicida y la personalidad no ha sido tan clara como la reportada entre el suicidio y los trastornos psicológicos, algunos autores la asocian con la personalidad límite y otros autores afirman que tanto el desorden de personalidad límite como el antisocial son predictores de conducta suicida.” (Quintanilla Montoya, et al., 2004, p. 3).

El suicidio es una de las principales causas de muerte a nivel mundial, este fenómeno se ve estrechamente ligado a problemas psicológicos y trastornos de personalidad como se ha visto en los capítulos anteriores. Si bien es cierto que cada persona se comporta de manera distinta y hay distintas situaciones que desencadenan la mayoría de las personas con tendencia suicida sigue ciertos patrones de pensamiento y comportamiento

Investigaciones realizadas demuestran que la personalidad de los individuos influye en la manera de ver la vida, sus percepciones. Un estudio realizado en el que se tomó como muestra a

estudiantes deprimidos y anoréxicos con estudiantes normales. En este estudio se proyectaron palabras en una pantalla con una décima de segundo. Descubrieron que las personas anoréxicas identificaron las palabras sobre comida, los deprimidos identificaron rápidamente rasgos de personalidad deprimida. “Este hallazgo sugiere que no solo la personalidad, sino también la presencia de un trastorno de personalidad influye en la percepción que tienen las personas” (Morris & Maisto, 2009 p.142).

Según la Organización Mundial de la Salud (2000) las personas suicidas presentan tres rasgos comunes del estado de ánimo que deben ser tomados en cuenta ya que no solo muestran la alerta sino al detectarlos pueden servir de ayuda para la prevención:

- “La ambivalencia: mezcla de sentimientos entorno a cometer suicidio. Urgencia de alejarse del dolor que significa vivir y aunado a eso el deseo de vivir. Muchas personas no desean morir solo no saben cómo vivir.
- Impulsividad: como todo impulso este es momentáneo con duración de horas o minutos. Se desencadena con sucesos negativos del día a día. Este es un de los principales desencadenantes de la conducta suicida, muchas veces las personas terminan lastimándose para luego arrepentirse.
- Rigidez: pensamientos drásticos. Pensar constante en la idea suicida ya que no perciben otra forma de salir del problema”.

Otros factores mencionados por otros autores son:

- Baja autoestima: sentirse menos que los demás puede desencadenar pensamientos relacionados a evitar al mundo.
- Poca habilidad social: este factor con lleva a una red de apoyo débil. Este factor es importante ya que es un factor de prevención el que la persona puede tener lazos con amigos o familiares. Cuando esta no es fuerte el individuo no tiene ayuda de seres queridos.
- Sentimientos de soledad: se relaciona con la anterior debido a que si la persona no tiene una red de apoyo fuerte lógicamente se sentirá solo sin apoyo.

- Falta de estrategias de afrontamiento: todos pasan en un momento u otro por momentos difíciles. La mayoría de las personas puede salir adelante sin ninguna dificultad gracias a herramientas y estrategias que cada persona posee. Cuando la persona le faltan estrategias pueden provocar conductas de riesgo para personas.

2.4 Señales para prevención

El proceso del suicidio no es lineal, puede transcurrir en distintos momentos por lo que los terapeutas deben estar entrenados con el tema para poder detectar esos momentos. Frases como “si tuviera el valor”, “para que vivir”, son frases que deben despertar señales de alarma.

“Investigaciones recientes indican que la prevención del suicidio, si bien es posible, comprende una serie de actividades que van desde la provisión de las mejores condiciones posibles para la educación de jóvenes y niños y el tratamiento eficaz de trastornos mentales, hasta el control medioambiental de los factores de riesgo” (Organización Mundial de la Salud, 2000, p. 4). Para la prevención del suicidio es importante tomar en cuenta los factores de riesgo suicida visto con anterioridad, así como los factores protectores al momento de evaluar el riesgo del suicidio.

Cuadro 6
Factores de riesgo y Protección

FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
<p>Antecedentes de intento de suicidio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conductas autolesivas 25% - Tentativas de suicidio 1-6% - Mas riesgo entre más edad e intentos 	<p>Adherencia al tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Búsqueda de la salud mental - Uso de antipsicóticos disminuye 85% de riesgo <p>Habilidades Sociales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manejo de ira - Solución de problemas - Afrontamiento adecuado - Autoestima - Creencias religiosas - El temor al dolor <p>Factores ambientales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Red social - Red familiar <p>Correcta evaluación:</p> <p>Tomando en cuenta los factores de riesgo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entrevista - Evaluación
<p>Trastornos psiquiátricos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trastorno bipolar 10 – 15% - Trastorno depresivo mayor 20,4 % - Conductas adictivas mixtas 19,2% - Otros cuadros psiquiátricos 	
<p>Factores psicológicos:</p> <p>Uso de sustancias</p> <p>Desempleo</p> <p>Problemas de pareja:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Separación - Divorcio <p>Viudez</p> <p>Bajo nivel educativo</p> <p>Maltrato físico</p> <p>Abuso sexual</p>	

Elaboración propia, julio, 2018.

La evaluación del riesgo suicida es una tarea difícil, incluso para los más expertos, y no existen instrumentos universalmente aceptados para detectar este riesgo sin embargo si se tienen ciertos parámetros que pueden ayudar para la detección de personas en riesgo.

Entrevista Clínica de detección de riesgo

“Se deberá constatar si la persona está en situación crítica aguda y la naturaleza de dicha crisis (cambio vital o crisis traumática) y en qué estado de la crisis se encuentra. Indagar sobre la etapa

del desarrollo suicida en que se encuentra la persona (deliberación, sopesar opciones o decisión) y evaluar el denominado “síndrome presuicidio”, que incluye el colapso afectivo, las fantasías suicidas y la restricción de las relaciones humanas” (Rojas Moreno., et al., 2013, p. 34). Para lo cual sugiera una entrevista estructurada la cual encontrará en anexos.

Evaluación psicológica para la detección de riesgo suicida

Ayuso-Mateos., et al., (2012) aseguran que: esta etapa es una de las más importantes, complejas y difíciles para cualquier persona que trabaje en salud mental. Se debe prestar mucha atención ya que lo que podría derivar en una evaluación del riesgo suicida ineficiente es la muerte. Uno de los problemas más comunes vistos es que no se documenta adecuadamente los juicios y observaciones del clínico. Otro problema es que la mayoría de de personas encargadas de la salud mental no han incorporado las escalas psicométricas de evaluación como algo de rutina. En la actualidad el Manual de Trastornos Mentales (DSM 5, 2014) ya cuenta con un eje independiente para la presencia o no de riesgo suicida.

Cuadro 7
Tipos de evaluación de Riesgo Suicida

ESCALA DE EVALUACIÓN DEL RIESGO SUICIDA			
TIPO DE ESCALA:			
No específicas de Suicidio	Comportamiento Suicida	Actos Suicidas	Constructos relacionados con el suicidio
Mini entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI)	Escala de ideación Suicida Beck (SSI)	Escala de Intencionalidad Suicida (SIS)	Escala de Desesperanza (HS) Inventario de razones para vivir (RFL)
Escala de Hamilton para la depresión (HDRS)	Escala de ideación suicida Paykel (PSS)	Gravedad Médica de la Tentativa (MDS)	Escala de impulsividad de Barrat (BIS-11)

Escala de depresión Montgomery – Asberg (MADRS)	International Suicide Prevention Trial Scale for Suicidal Thinking (InterSePT) Escala SAD PERSONS Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio (C-SSRS) Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (RS) Impresión Clínica Global para Gravedad de Riesgo Suicida (CGI-SS)		Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee (BDHI) Historia de agresión de Brown-Goodwin (BGLHA) Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes de Brugha (LTE)
---	--	--	--

Elaboración propia, julio, 2018

Hay múltiples instrumentos además de los que se incluyen, dado que no existe uno en particular siempre será recomendable utilizar aquellos que cuenten con propiedades psicométricas adecuadas y que hayan sido adaptados y validados para la cultura específica en que cada clínico se encuentre. No importa el instrumento utilizado siempre será aconsejable dejar constancia de la entrevista, historia clínica y evaluación.

La Organización Mundial de la Salud (2000), a través de su edición de la clasificación CIE-10, realiza las siguientes recomendaciones para la evaluación del riesgo suicida:

Evaluación del riesgo de suicidio en un futuro inmediato:

- Ideación suicida (esporádica versus persistente).
- Determinación (el suicidio es una posibilidad o una decisión firme).

- Plan suicida (nivel de elaboración: a mayor elaboración de un plan suicida, mayor riesgo; la disponibilidad de medios para el suicidio incrementa el riesgo).
- Soledad (falta de apoyo social y familiar incrementa el riesgo).
- Consumo de alcohol u otras sustancias (la limitación de la capacidad de autocontrol del individuo puede favorecer comportamientos suicidas).
- Dificultades sociales (la marginación, el desempleo o la falta de expectativas incrementan el riesgo).

Evaluación del paciente con un intento suicida reciente:

- Peligrosidad del método elegido.
- Grado de convicción sobre eficacia del método elegido.
- Posibilidad de ser descubierto.
- Grado de alivio al ser salvado.
- Propósito del comportamiento suicida (intentaba transmitir un mensaje o morir)
- Grado de planificación.
- Existencia (o no) de cambios en la situación psicológica o vital que desencadenó el comportamiento suicida.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) junto con la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su infografía (2018) habla sobre las medidas preventivas eficaces a nivel global:

- La restricción de acceso a los medios utilizados
- Información responsable de los medios
- Inducción de políticas sobre alcohol
- Identificación de tratamientos temprano
- Formación del personal sanitario
- Seguimiento y apoyo de la sociedad
- Adopción de enfoques multisectoriales como administración pública, sociedad civil y los medios de comunicación.

2.5 Estadísticas

El suicidio es un problema importante de magnitudes reales y aun así con poco conocimiento de datos exactos tanto a nivel nacional como internacional debido al poco registro que se tiene de los casos de suicidio consumado. En el caso Guatemala es el Instituto Nacional de Ciencias Forenses (INACIF) el encargado de las estadísticas de mortandad en el país. Sin embargo “la vocera de la entidad, Mirna Zeledón, explico que “no se cuenta con una estadística de suicidios ya que al INACIF no le corresponde identificar esa parte, únicamente tenemos datos de la causa, no de la intencionalidad o circunstancias de la muerte” (Alfaro, 2017).

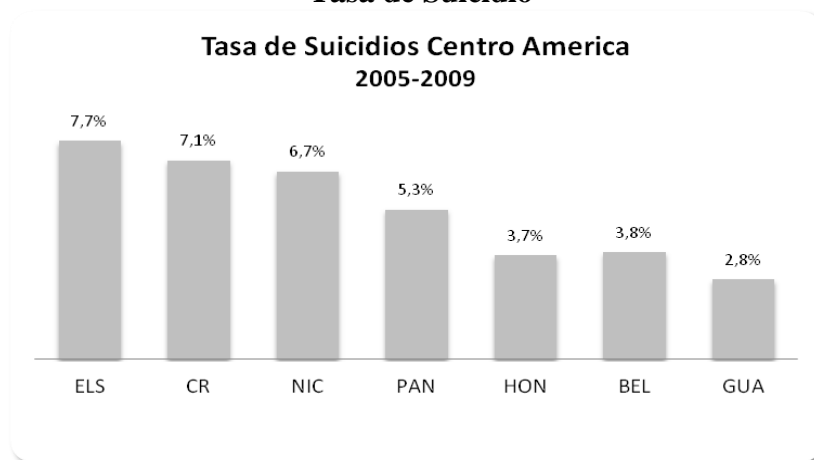
Según datos tomados del informe de la OMS (2018), son insuficientes los datos y calidad de información disponible sobre el suicidio o los intentos de suicidio debido a la dificultad de poder determinar el número real de suicidios o intentos debido a la subnotificación o clasificación errónea de las causas de defunción.

Pese a la complicación que conlleva el registro de suicidios, se dan los siguientes datos a nivel mundial la OMS (2018) obtuvo las siguientes estadísticas:

- Cerca de 800 000 personas se suicidan cada año.
- Por cada suicidio, hay muchas más tentativas de suicidio cada año. Entre la población en general, un intento de suicidio no consumado es el factor individual de riesgo más importante.
- El suicidio es la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años.
- El 78% de todos los suicidios se produce en países de ingresos bajos y medianos.
- La ingestión de plaguicidas, el ahorcamiento y las armas de fuego son algunos de los métodos más comunes de suicidio en todo el mundo.

Según la Organización Panamericana de la Salud, “aproximadamente un millón de personas en el mundo mueren por suicidio cada año, lo que equivale a una muerte cada 40 segundos El suicidio representa 1,4 % de las muertes a nivel mundial y se clasifica entre las 20 principales causas de mortalidad. En la Región de las Américas ocurren alrededor de 65.000 defunciones por suicidio anualmente” (OPS, 2014, p. 1).

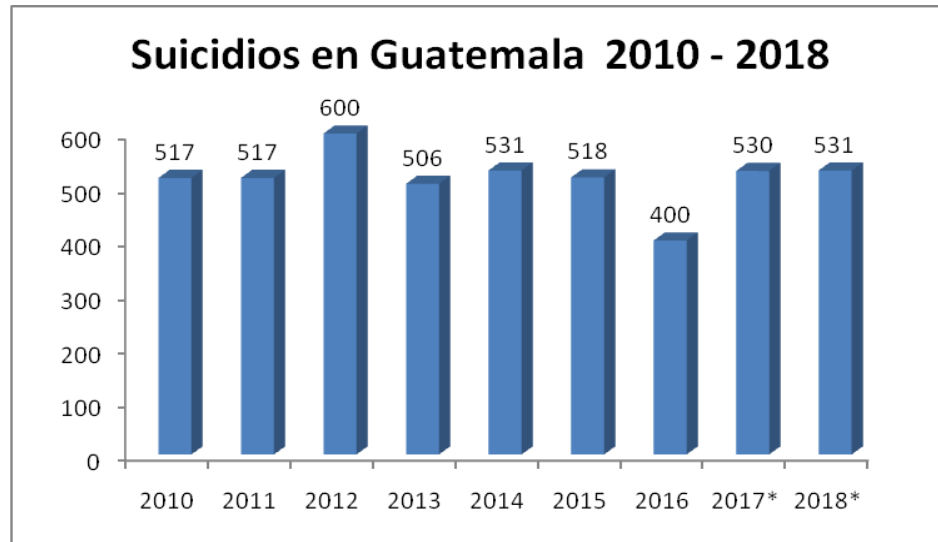
Gráfica 1
Tasa de Suicidio



Elaboración propia, julio, 2018.

Según los datos presentados por la Organización Panamericana de la Salud en el año 2014, hablaron de la tasa de suicidio en el informe Regional Mortalidad por suicidio en las Américas. En este dato se registraron los años del 2005 al 2009 en donde sobresale que el país, en ese entonces, con mayor tasa de mortalidad era el Salvador seguido por Costa Rica, en donde el país con menos suicidios registrados fue Honduras.

Gráfica 2
Suicidios en Guatemala

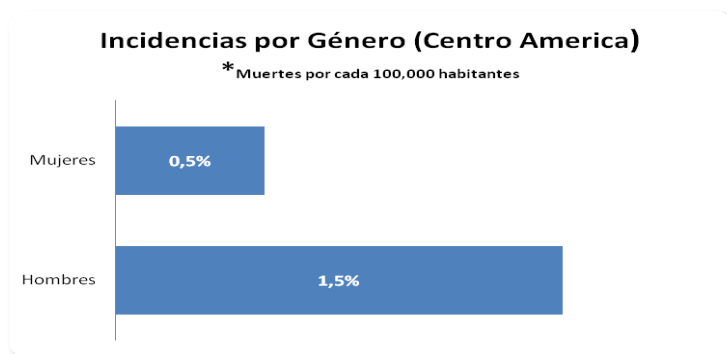


Elaboración propia, julio 2018.

En Guatemala no se lleva un registro sobre las muertes por suicidio, ya que como se dijo anteriormente el INACIF que es la entidad encargada de llevar las estadísticas de mortalidad no ven la intencionalidad sino únicamente la causa. Debido también al estigma del suicidio la mayoría de muertes es reportada como estrangulamiento, envenenamiento o asfixia.

Algunos datos son tomados de la Policía Nacional Civil y de los Bomberos. En la gráfica podemos observar que el año 2012 tuvo la cantidad de suicidios más elevada y se tiene un promedio de 581 muertes por año. En el año 2017 y 2018 son proyecciones en base a tendencia ya que no se cuenta con estadísticas oficiales confiables de los suicidios ocurridos en estos dos años.

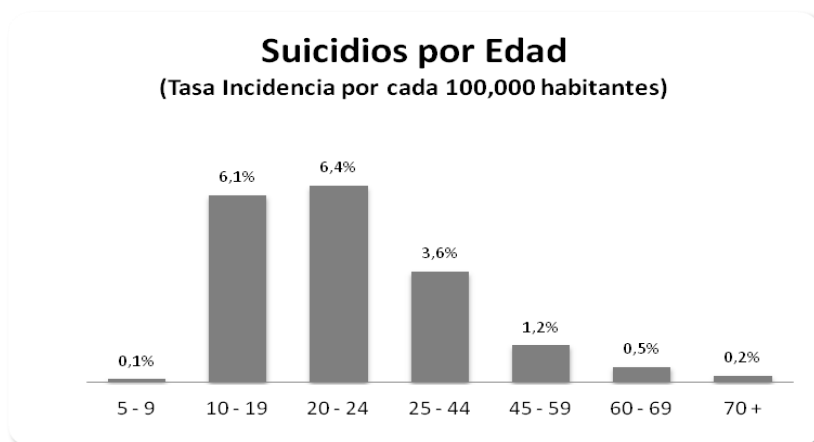
Gráfica 3
Incidencia de Suicidios por género en Centro América



Elaboración propia, julio 2018

En Centro América la el suicidio es mayor en hombres que en mujeres. En esta región por cada 3 hombres que se suicidan se suicida 1 mujer. Esto es debido a los metodos que utilizan para realizarlo ya que como se verá el hombre utiliza métodos letales en el momento del suicidio.

Gráfica 4
Suicidio por edad en Centro América

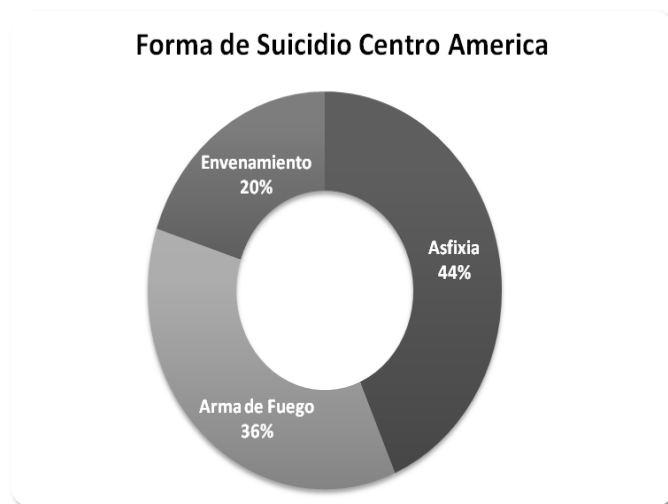


Elaboración propia, julio 2018

La tasa más alta de suicidio a nivel Centro América la tienen los jóvenes, es la tercer causa de muerte informada entre la población de 15-24 años. Según la Asociación Americana de Psiquiatría, en los adolescentes la depresión aumenta hasta 14 veces el riesgo de un primer

intento de suicidio y más de la mitad de los niños que sufren depresión intentarán suicidarse al menos una vez y eventualmente el 7% morirán.

Gráfica 5
Métodos de Suicidio más utilizados en Centro America



Elaboración propia, julio 2018

Se puede observar que el método de suicidio más reportado en Centro América es la asfixia, seguido por arma de fuego y envenenamiento. No se contempla que en Guatemala las últimas noticias son de personas que se han suicidado tirándose de puentes.

Logoterapia

3.1 Antecedentes

La Logoterapia conocida actualmente, según Miramontes (2015) como “La Tercera Escuela Vienesa de Psicoterapia” (p.59). Creada por Viktor Emil Frankl quien nació en Viena el 26 de marzo de 1905. “Desde muy pequeño mostró interés en la medicina y la reflexión filosófica” (p. 58).

De acuerdo con Miramontes (2015), en sus años escolares le empezó a apasionar el tema del sentido de vida, acudiendo a charlas y leyendo literatura de lo mismo. Intercambio alguna correspondencia con Freud y era un fiel lector de los textos de Schopen, Kierkegaard, Marx, Scheler, Lenin, Freud y Adler, entre otros. Sin embargo, fueron sus lecturas de Kierkegaard sobre la problemática existencial las que le entusiasaban más. De Adler le entusiasaban temas como la problemática del sentido, el sentido de vida, muerte y dolor.

Para 1936 Frankl ya contaba con estudios en neurología y psiquiatría por lo que llegó a ser director de un pabellón psiquiátrico llamado “pabellón de mujeres suicidas” (Fischer-Cevallos, 2016, p.23). “Su sensibilidad hacia la problemática filosófica-existencial fue reforzada con el suicidio de un compañero de estudio, cuyo cuerpo fue encontrado con un libro de Nietzsche entre sus manos. Esto convenció a Frankl de la relación que existe entre las concepciones filosóficas y la manera como se enfrenta la vida” (Luna, 2011, p. 13).

Para la segunda guerra mundial la familia de Frankl es perseguida por su origen judío. Siendo en 1942 prisioneros de la Gestapo y llevados a campos de concentración donde mueren esposa, padres y hermanos. Frankl pasó tres años en campos de concentración Türkheim, Kaufering, Theresienstadt y Auschwitz, lugar donde creó la logoterapia. “Fue en ese lugar donde su objetivo diario era buscar sentido y un significado a la muerte de tantas personas en la cámara de gas. Su lucha fue ayudar a los demás presos a “morir con la frente en alto” con dignidad” (Luna, 2011, p. 15).

Su experiencia le permitió vivir en carne propia que el humano tiene la capacidad de encontrar un significado y un sentido en cualquier circunstancia que la vida le presente. Cuando salió del campo de concentración se dedicó a dar a conocer su teoría. Escribe el libro que ahora se conoce como “El hombre en busca de sentido”. Donde escribe temas como el análisis existencial y da paso a la Logoterapia. Para 1954, Víctor Frankl había destacado la importancia de la logoterapia en el tratamiento de las neurosis noógenas, por considerarla como la terapéutica específica y destaca su relación con el análisis existencial, como una explicación antropológica de la existencia personal. (Luna, 2011).

Ya que uno de los mayores problemas del ser humano de fines del siglo XX era encontrarse carente de significado. Algunos autores han hablado de este tiempo como la era de oro y de la angustia. Se vive una fuerte “crisis e identidad o pérdida del sentido de significación”. Algunos han hablado de que, aun cuando supieran quienes eran, tenían la sensación de no importar como individuos. Viven periodos de transición en que se han perdido valores para muchas personas y las costumbres tradicionales también han perdido sentido. Es un momento en el que las personas se hallan en la enorme dificultad de encontrarse a sí mismas lo cual resulta difícil de superar.

La logoterapia es la implementación práctica del análisis existencial y a pesar de que estos términos se pueden usar de manera indistinta, se puede resumir de la siguiente manera “el análisis existencial es la antropología filosófica que orienta hacia el espíritu y la logoterapia es la terapia que parte de lo espiritual” (Miramontes, 2015, p. 65) “Frankl solía preguntar a sus pacientes aquejados de múltiples padecimientos más o menos importantes, la siguiente pregunta: ¿Por qué no se suicida usted? Y muchas veces, de las respuestas que se le daban extraía una orientación que aplicaba en psicoterapia” (Oblitas, 2004).

3.2 Conceptos básicos

La voluntad de sentido: no se debe percibir el sufrimiento humano como un factor destructor de la felicidad sino como la oportunidad de encontrar la propia identidad. Afirma que el sufrimiento es irremediable y que es en esta circunstancia donde el hombre está abocado a encontrar el sentido en su vida (Rocamora, 2017, p. 77).

El sentido del hombre es personal, nadie puede encontrarlo por él. El sentido no puede darse ni inventarse únicamente descubrirse. Le corresponderá entonces a cada individuo descubrir la voluntad del sentido.

“Es cierto que toda enfermedad tiene su sentido. Pero el sentido auténtico de una enfermedad no está allí donde le busca la investigación psicosomática, no en el qué del estar enfermo, sino más bien el cómo del sufrimiento” (Frankl, 1980, p. 105).

De acuerdo con Rocamora, Frankl planteo que el hombre no debe preguntarse sobre el sentido de vida en general, sino en el sentido de vida de la situación específica que atraviesa. Se infiere entonces que la voluntad del sentido es la que permite al hombre encontrar un porqué de su sufrimiento, y es en estas situaciones donde algunos pueden encontrar el sentido de su vida.

La logoterapia se refiere a tres tipos de sentido según Frankl (2005)

- Sentido en la vida: también conocido como sentido del momento o concreto.
- Sentido último: este sentido es revelado al hombre hasta el final de su vida.
- Suprasentido: sentido de la totalidad del mundo, esta se aborda mediante la cuestión religiosa o cosmovisión.

Libertad y responsabilidad: el ser humano es libre y esto le genera angustia y alegría. Angustia porque en el momento de hacer una elección no tendrá la certeza absoluta de haber escogido lo mejor, quedando la angustia de aquello que pudo haber sido y no fue. Y la alegría resultada de la libertad, ya que esta se tiene como la posibilidad de poder elegir.

Acerca de la libertad Frankl (2011) comenta que

“El hombre como tal está siempre del otro lado de las necesidades, si bien de este lado de las posibilidades. El hombre es esencialmente un ser que trasciende las necesidades. Ciertamente existe solo en relación con las necesidades, pero en una relación libre respecto a ellas. La necesidad y la libertad no están en un mismo plano, más bien la libertad está y se construye por encima de cualquier necesidad” (p. 93-99).

“La libertad se sitúa frente a los instintos, frente a la herencia y frente al medio ambiente. El hombre posee instintos, pero los instintos no lo poseen a él. Estos son desde siempre dominados por el hombre y guiados por su espiritualidad. Y la libertad de... y la libertad para... El hombre siempre podrá decir “no” a los instintos” (Rocamora, 2017, p. 81).

La responsabilidad es señalada por Frankl (2011), “aquello de lo que el hombre es responsable constituye la realización de sentido y de valores” (p. 104). La logoterapia dice que la

responsabilidad humana está inevitablemente unida con la toma de decisiones. Va unida al comportamiento responsable. Yo puedo ser, pero también debo ser. Es la capacidad que el humano tiene para responder a cualquier pregunta que haga la circunstancia y ser libre de tomar sus decisiones.

Los valores: con lo anterior podemos inferir que el objetivo del ser humano no es encontrar la felicidad sino encontrar un sentido a la vida. Según Frankl este objetivo se consigue mediante la realización de los valores y la felicidad.

Frankl (1980) planteó tres categorías de valores los valores creativos, los valores vivenciales y los valores de actitud. “Frankl señala tres caminos principales para encontrar el sentido de vida: realizar una obra, vivir una experiencia amando y una situación límite, con una actitud de “transformar una tragedia en triunfo (Frankl, 1988)” (Rocamora, 2017, p. 83).

- Valores creativos: son aquellas actividades que el ser humano realiza como trabajar, divertirse, ayudar a personas. Su oficio, profesión. Según Frankl es todo aquello que se entrega al mundo a través del trabajo.
- Valores de experiencia: estos tienen que ver con el amor, la verdad, el arte, las experiencias religiosas. Este se da a través de la experiencia significativa con la naturaleza. Siendo la más destacada de esta experiencia el amor.
- Valores de actitud: es la actitud que las personas tienen al encontrarse en situaciones dolorosas, absurdas e inevitables. La enfermedad, muerte, sufrimiento. Esta para Frankl era donde el humano alcanza al máximo el significado de su vida.

Triada trágica: es ineludible e inevitable y cualquier ser humano deberá de pasar por ahí. En logoterapia se le reconoce como triada trágica: sufrimiento, culpa y muerte. Estos valores son importantes porque tratan de la actitud con que la persona responde a lo inevitable. Da sentido al límite con lo que el hombre es confrontado lo moviliza al crecimiento a través del dolor. El sufrimiento puede convertirse en servicio, la culpa en un cambio y la muerte a movilizar a la persona a realizar acciones positivas.

Vacío existencial: Viktor Frankl para explicar el conflicto psíquico difería de Freud con su frustración sexual y de Adler con el complejo de inferioridad ya que para él esto era el origen de un sentimiento de vacío. Frankl insiste en que “no existe la frustración sexual, la frustración del instinto sexual, sino que se da también lo en logoterapia llamamos frustración existencial, es decir un sentimiento de falta de sentido de la propia existencia” (Frankl, 1980, p. 87). Dice también que el hombre actual no sufre por el sentimiento de tener menos valor que otro, sino por no encontrar un sentido a su existencia.

3.3 Fundamentos

Se debe recordar que la logoterapia nació a finales del siglo XX al encontrarse el mundo carente de significado, la era industrial en la que la tecnología empezaba su avance empujando al hombre y al mismo tiempo creando angustia y aburrimiento. Empezando la crisis de identidad y la falta de significado.

Los fundamentos de la logoterapia se encuentran en el análisis existencial, este se trata de una orientación antropológica de investigación. Estos términos se utilizan la mayoría de las veces juntos para designar la propuesta de Viktor Frankl (Miramontes, 2015, p. 64). Para Frankl la logoterapia y el análisis existencial son dos caras de la misma moneda. Lo que significa que la logoterapia es el método de tratamiento psicoterapéutico mientras que el análisis existencial es la orientación antropológica.

“Therapeia, significa curación, cuidado. Con lo que se puede definir la logoterapia como curación del sentido. Logos hace referencia al sentido y significado de algo, el ser humano busca siempre frente a las distintas situaciones, destino, vida, amor, muerte, dolor, etc., con esto podemos decir que es una terapia de curación o cuidado del sentido” (Miramontes, 2015, p. 64).

El análisis existencial distingue tres dimensiones dinámicas particulares: lo biológico, lo psicológico y lo noético o espiritual. “El ser humano vive una unidad y una distinción: es uno y múltiple. Tiene tres dimensiones: física, psíquica y espiritual. Cada una de estas tiene una relativa

autonomía al interior de una unidad” (Luna, 2011, p. 18). Frankl planteó en 1966, que el ser humano es distinto a los animales, ya que el humano tiene una dimensión espiritual de la cual carece el animal.

Nivel biológico o fisiológico que es el cuerpo: es aquí donde se desarrollan los procesos vitales de todo ser vivo. Son todas las necesidades físicas.

Nivel psicológico o sociológico que es la psique: es la conciencia de la vida, son los sentimientos, sensaciones, percepciones e instintos. Aquí se localiza la personalidad, carácter, impulsos, animo, deseo y placer.

Nivel espiritual o noético que es el espíritu o intelecto: exclusivo del ser humano y lo que nos diferencia de los animales. Es aquí donde se encuentra la libertad de dar sentido a la vida. Plantea la búsqueda del significado, del sentido de realidad. Es el que permite tomar ciertas actitudes hacia las circunstancias.

3.4 Evaluación

La logoterapia ha trabajado en la construcción y validación de pruebas para evaluar diferentes aspectos y realizar estimaciones empíricas del sentido de la vida. Las evaluaciones conocidas para la logoterapia en su mayoría fueron realizadas por Elisabeth Lukas alumna de Frankl. Es ella la que además de las varias obras publicadas investigó el llamado Logotest (Cabaco, Lázaro, & Litago, (2011), p. 374 prueba que mide el sentido de vida. De igual manera se tienen una prueba desarrollada en Estados Unidos la cual ha sido validada y estandarizada PIL (Purpose in life) de Crumbaugh y Maholick.

PIL Test (Purpose in life test) “desarrollado por Crumbaugh y Maholick en 1964, es un test logoterapéutico que posee la mayor difusión en él y cuyo objetivo es evaluar el “sentido de vida” o su contraparte “vacío existencial” a través de una estructura cuantitativa y cualitativa. En la

parte A cuenta con 20 ítems tipo Likert, mientras que la parte B y C es de corte cualitativo con un uso clínico exclusivamente” (Martínez Ortiz, Trujillo Cano, & Trujillo, 2012, p. 85).

El logotest fue elaborado en Viena en 1986 por Elizabeth Lukas y sus desarrollos se han llevado a cabo sobre todo en Alemania. Este teste mide las manifestaciones de la frustración existencial, y una autovaloración de las metas y el éxito en la vida, así como de la actitud hacia ello. “Las altas puntuaciones en la escala se interpretan como alerta a la salud psicológica, desde poca autorrealización e insatisfacción ante la vida hasta la frustración existencial, neurosis noógena y vacío existencial. Por el contrario, bajas puntuaciones se interpretan como adecuada psicohigiene” (Cabaco, Lázaro, & Litago, 2011, p. 374).

En la actualidad existen diversos instrumentos para la determinación operativa del sentido de la vida y otros constructos relacionados con éste, los cuales han sido utilizados en diversos contextos. Entre ellos se destacan los siguientes:

Seeking of Noetic Goals (SONG Test), de Crumbaugh (1977)

Perfil de Actitud de Vida (PAV), de Reker y Peacock (1981)

Life Meaning Scale (Acklin, Brown y Mauger, 1983)

Life Purpose Questionnaire Test, de Hutzell y Peterson (1986)

World Assumptions Scale (Janoff-Bulman, 1989)

Meaning in Life depth (MILD), de Ebersole y Quiring (1991)

Life Attitude Profile-Revised, por Reker, 1992)

Sense of Coherence Scale (Antonovsky, 1993)

Constructed Meaning Scale (Fife, 1995)

Sources of Meaning Profile-Revised (SOMP-R), de Reker (1996)

Life Evaluation Questionnaire (Salmon, Manzi y Valori, 1996)

Personal Meaning Profile (PMP), de Wong (1998)

Meaning in Life Questionnaire (MLQ), de Steger, Frazier, Oishi y Kaler (2006).

3.5 Diagnóstico

Tanto la evaluación como el diagnóstico se consideran los primeros momentos del proceso terapéutico, siendo la relación terapéutica y el encuadre la parte inicial de este proceso. El diagnóstico en el análisis existencial debe ser multidimensional. Debe guardar coherencia con los objetivos terapéuticos. Un elemento clave en el diagnóstico y pronóstico del cual hablan Lukas y Frankl es el que tiene que ver con el riesgo de colocar un “rótulo” o “etiqueta” a la problemática del consultante y él y sus familiares lo conozcan. Esto puede inducir a aumentar el daño en el del paciente y su familia, lo cual podría provocar una alteración en el estado del paciente (Luna, 2010, p. 93).

“Elizabeth Lukas habla del diagnóstico clásico y del diagnóstico alternativo, el clásico contiene varias sesiones de diagnóstico y de aplicación de pruebas, posteriormente se indican estrategias terapéuticas. Este tipo de diagnóstico viene criticado por ella misma debido a los daños que puede causar al consultante: aumento de la hiperreflexión y por lo tanto aumento de recaídas” (Luna, 2010, p. 94).

El diagnóstico alternativo implica que desde la primera sesión se introducen preguntas o ejercicios que disminuyan la hiperreflexión del consultante, la enfermedad no se etiqueta con el paciente y la etiqueta servirá únicamente para tratarlo con los colegas. La entrevista previa al diagnóstico debe ser centrada en el sentido, por lo que la técnica a utilizar es el diálogo socrático, detectándose las restricciones de la persona y ayudarla a aumentar su autodistanciamiento

3.6 Logoterapia y farmacología

Según Oblitas (2004), Las neurosis y psicosis deben tratarse con fármacos. Toda neurosis tiene un aspecto existencial que se asienta en las tres dimensiones del ser humano. Esta afecta solo la parte psíquica del hombre por lo que no es una enfermedad noética o espiritual. Las neurosis que se dan dependerán de cuál de las dimensiones se vea más afectada.

Oblitas (2004) comenta que “las psicosis son psicológicas, su etiología es física y los síntomas psíquicos”. Como se sabe la parte fisiológica no puede alterarse con psicoterapia únicamente con fármacos y mientras más afectada se vea esta dimensión menos efecto tendrá tratar al paciente únicamente con psicoterapia.

Los tipos de neurosis según la logoterapia (Oblitas, 2004) son:

Neurosis noogénica: Proviene de la palabra noesis y habla de la dimensión espiritual. Se produce por conflictos en los distintos valores, la frustración existencial es la que tiene mayores efectos. El trastorno no se manifiesta en la parte espiritual sino en la física.

Neurosis colectiva: La vida de hoy carece de organización, solo se lleva al cabo el día a día, no se hacen planes a largo plazo debido a la incertidumbre y a la visión fatalista ante la vida. Se le llama la era de la angustia dando ciertas características muy parecidas a la neurosis.

Neurosis de angustia: Son experiencias traumáticas. Detrás de una neurosis de angustia hay angustia existencial. Puede provenir del miedo a la muerte e incluso del miedo a la vida. Este miedo se puede localizar en órganos del cuerpo provocando una somatización. Aquí es donde se puede formar una fobia.

Neurosis obsesiva: Se presenta en las tres dimensiones, el paciente no es responsable de sus ideas obsesivas, pero sí de la actitud que toma ante ellas. No puede ser espontáneo ni creativo, no puede tolerar la incertidumbre, necesita la certeza de sus decisiones.

Tipos de psicosis:

Melancolía o psicosis endógena: esta tiene un factor de la libertad del destino y la actitud con la que se afrontan las enfermedades. Implica la angustia o sentimiento de culpa que parecen ser producto del miedo a la muerte y la conciencia. “la persona melancólica se vuelve ciega incapaz de ver los valores inherentes de su propio ser. La culpa brota del sentimiento de insuficiencia y como consecuencia de esa tensión puede la persona puede llegar a creer que no podrá liberarse y

llegar así a perder el sentido de vida” (Oblitas, 2004).

Esquizofrenia: La logoterapia ve a estos pacientes como alguien que no puede sentirse real. Tienen la sensación de ser observado, perseguido. Estos individuos se ven a sí mismos como objeto. Su consciencia y su responsabilidad están alterados.

Rocamora habla respecto a la farmacología y la psicoterapia diciendo que Frankl defendía el tratamiento con tranquilizantes ya que afirmaba que estos pudieran producir un cambio duradero. Hoy en día se sabe que mucha de esta medicina puede producir dependencia. También comenta que al momento de que la persona sea tratada con medicación pueda llevar simultáneamente una terapia. Varios estudios han demostrado la efectividad de los fármacos con la psicoterapia simultáneamente. Comenta que Frankl defendió el llevar psicoterapia y fármacos simultáneamente (Rocamora, 2017, p. 124).

3.7 Tratamiento y técnicas de intervención

Rocamora (2012), afirma que

“Conocer las técnicas terapéuticas es el deber primero de todo buen terapeuta, pero más importante es saber cuándo, con quién y cómo ejecutarlas. El terapeuta además de tener una amplia formación en los comportamientos suicidas precisa un adiestramiento para aprender a utilizar las diversas técnicas” (p. 125).

Hay tres tipos de estrategia logoterapéutica que son aplicables en las situaciones límites de suicidio:

La derreflexión: Para Frankl, derreflexión significa, en última instancia, ignorarse a sí mismo. Otros autores dicen sobre este tema: “Es la aplicación terapéutica de la voluntad de sentido del hombre y su capacidad de autotranscendencia (Kocourek 1979)” (Noblejas, 1994, p. 172). “La

dereflexión refuerza la capacidad de trascendencia y reduce el egocentrismo y la hiperreflexión (Lukas, 2003)” (Rocamora, 2017, p. 126).

La hiperreflexión puede ser cuando el sujeto se centra en un sólo síntoma (disfunción sexual) o puede constituir una actitud general hacia la vida de excesiva preocupación, bien por la ocurrencia de un suceso negativo importante (pérdida de un ser querido, divorcio o ruptura de pareja, no encontrar un trabajo satisfactorio) por lo cual esta hiperreflexión impide que el sujeto pueda lograr lo deseado.

Quiere decir que mientras la persona más piensa y le da vueltas al tema le costará más poder quitarse esos pensamientos circulares. En el caso de la persona suicida el tener constantemente en la mente las ideas suicidas no le permite poder ver otras alternativas a sus problemas. El objetivo del tratamiento de logoterapia con esta técnica es lograr que el paciente encuentre alternativas más sanas posibilitando la creatividad del sujeto.

Cambio o modulación de actitud: Esta técnica ayudará a que la persona pueda mejorar su actitud hacia las situaciones que está atravesando. Se dice que muchas veces el problema se encuentra en la actitud y no en el problema en sí.

Lukas (2003), comenta que:

“Cuando ya no se puede cambiar nada, siempre se está a tiempo para elegir libremente la actitud frente a lo inmutable, y de dicha actitud volverá depender la manera de soportar esa circunstancia inalterable. Nadie debe romperse por el sufrimiento. Cada persona dispone de un poder de obstinación del espíritu que le permite transformar un sufrimiento inevitable en un acto humano, es decir, en un triunfo interior” (p. 123).

Diálogo socrático: No es debatir, ni discutir, ni negociar. Dialogar significa tener una escucha activa para tener entendimiento del individuo. Se trata de que a través de preguntas abiertas se facilite a la persona llegar a la verdad. “Podemos decir que dialogar es un arte pues es algo más que un intercambio de ideas. Dialogar, en definitiva, implica hablar, callar y escuchar, para juntos encontrar la solución a un problema” (Rocamora, 2017, p.129).

Esta técnica servirá para hacer consciente la voluntad y que el individuo pueda ver otras posibilidades hacia una existencia más plena. Se tratará de esta forma de llegar a la parte sana de la persona, a su dimensión espiritual.

Noblejas (1994) comenta sobre esto que es bueno apoyarse en las diversas técnicas o estrategias, como hacer recordar al individuo experiencias pasadas, fantasía libre, interpretación logoterapéutica de los sueños y apoyo de las personas significativas.

El diálogo socrático es un arte es saber preguntar para que el interlocutor vaya encontrando sus propias respuestas. Hay varias instrucciones para poder llevarlo aplicarlo de manera correcta.

Luna (2011) indica los siguientes pasos:

Ignorancia: En preguntar está la ignorancia. La ignorancia en este sentido se convierte en sabiduría, ya que se hace consiente lo poco que se sabe y porque activa el deseo de conocimiento. Todo saber pasa por una pregunta. (p. 87).

La pregunta debe tener sentido: No debe ser neutra. La persona que interroga debe llevar una dirección, nunca hacer preguntas sin sentido cuando se hace este tipo de pregunta se vuelve difícil de responder y pierde el sentido (p. 87).

La pregunta amplía el campo de referencia y obliga a buscar alternativas. Lleva a buscar la derreflexión (p. 88).

Técnica de las preguntas ingenuas: Técnica que realizó Elisabeth Lukas derivadas del diálogo socrático a lo que ella llamó preguntas ingenuas. En estas utiliza la ironía. Se utiliza cuando el individuo quiere reafirmar una actitud o una decisión ya tomada.

Se aceptan las afirmaciones, aunque sean equivocadas.

En determinado momento se hacen preguntas irónicas, exageradas o ingenuas.

Se desarrolla el diálogo para que el individuo entre en contradicciones y termine reconociendo su equivocación. (Luna, 2011, p. 104 – 105).

Otras técnicas para utilizar de la logoterapia es la intención paradójica: su etimología proviene de la palabra para = contra; doxa = opinión. Algo que va en contra de la opinión. Esta técnica no es recomendable utilizarla en pacientes suicidas, ya que “es una técnica que educa al paciente a querer aquello que temen” (Lucas, 2011, p. 108).

Frankl insistió en la carga de ironía y humor que se debe usar en esta técnica ya que el humor es visto como terapéutico en el momento que hace que la persona logre un distanciamiento con su problema. Las neurosis de angustia y las fobias se caracterizan por una ansiedad anticipatoria, que produce al individuo miedo, creando un círculo vicioso persistente hasta que la persona logra romper la situación (Oblitas, 2004).

Autobiografía terapéutica: “La bibliografía no es otra cosa que la explicación temporal de la persona. Es este sentido a cada fecha bibliográfica, a cada detalle de la trayectoria de vida le corresponde una valoración bibliográfica y con ello un valor de expresión corporal” (Luna, 2011, p. 138).

La estructura autobiográfica se realiza de la siguiente manera:

Visión retrospectiva: Mis padres, mi tiempo preescolar, mi escolaridad, mi madurez, mi situación actual.

Visión futura: Mi futuro próximo, mi futuro lejano, mi morir, mis huellas en el mundo.

Cuadro 8

Esquema de la estructura básica de la autobiografía

La explicación temporal de la persona	La confrontación de la propia existencia con el logos
MIS PADRES	
Descripción:	¿Qué siento acerca de esto? ¿Qué pienso acerca de esto? ¿Cómo lo elaboro?
MI TIEMPO PREESCOLAR	
Descripción:	¿Qué siento acerca de esto? ¿Qué pienso acerca de esto? ¿Cómo lo elaboro?

Elaboración propia, julio, 2018

3.8 Eficacia de la logoterapia en pacientes deprimidos en nivel suicida

“La prevención suicidológica va a depender, fundamentalmente de dos factores: La rapidez con que se identifique el riesgo y elegir un tratamiento adecuado (OMS, 1969)” (Rocamora, 2017).

Según Rocamora la persona que se quiere suicidar lo que desea realmente es dejar de sufrir. En logoterapia se ven las tres dimensiones básicas que son como se ha visto en el presente trabajo son: la biológica, la psicológica y la espiritual. En esta última es que la logoterapia trabaja. Es aquí donde el hombre presenta el problema, en la frustración siendo la forma más frecuente de expresar la pasividad, aburrimiento, estrés, conductas adictivas e incluso las conductas suicidas o las situaciones límites que serían las dolorosas, irreversibles, que se escapan de el control. “En este estadio el sujeto tiene dos caminos: o encuentra el sentido en la vida o encuentra el sentido en la muerte” (Rocamora 2017, p.103).

De acuerdo con Lukas, la logoterapia se centra en buscar los motivos por los que la persona dice si a la vida a pesar de las adversidades que pueda encontrar (Lukas, 2006, p. 40). Y siempre hay que recordar que “El suicidio es una solución eterna para lo que a menudo no es más que un

problema temporal” (Rocamora, 2017, p. 105).

Todo encuentro terapéutico produce una cura, no por lo que se dice, ni por como se dice sino por la relación en sí. Todo encuentro deja huella ya sea positiva o negativa. El objetivo de la logoterapia es buscar la voluntad del sentido, buscarlo donde este reprimido o inconsciente. Frankl asegura que “la logoterapia ha de conducir al hombre a la conciencia de su ser responsable. Debe limitarse a hacer que el paciente encuentre por sí mismo los valores que están esperando su realización” (Frankl, 1992, p. 203).

Frankl y Elisabeth Lukas en sus fundamentos consideran que el hombre no nace con la capacidad de sufrir, sino que lo aprende. Frankl creía que sufrir significa crecer y también madurar. La logoterapia plantea que el sufrimiento es una de las más grandes preguntas que la vida plantea, cuando la persona no encuentra sentido a su dolor sufre y se desespera y en esa desesperanza no hay significado. Por lo que su fin es guiar a la persona a que ubique la situación dolorosa en un contexto de sentido.

“En logoterapia insiste en la actitud valiente que se debe desarrollar ante un sufrimiento inevitable, la búsqueda de sentido ante el dolor, sin embargo, es uno de los desafíos más difíciles que la vida le presenta al ser humano” (Luna, 2010, p. 33)

3.9 Plan terapéutico

Partiendo de la consideración que desde el primer momento de la aplicación de logoterapia el terapeuta deberá tomar en cuenta las tres características importantes de la terapia las cuales son la centralidad de la persona, la prioridad de la relación humana y la mayéutica. La terapia va enfocada a dirigir a la persona hacia un significado específico. La primera sesión es muy importante ya que esta facilitará la alianza terapéutica.

“La terapia en su transcurso deberá presentar para cada fase el “quien” (dimensión humana), el “qué cosa” (dimensión técnica), el “cómo” (dimensión metodológica), el “dónde” (dimensión

espacial y física) y el “por qué” (principio explicativo a la luz de la logoterapia)” (Luna, 2011, p. 57).

Para la intervención en crisis en las conductas suicidas se tomará del libro intervención en crisis suicida de Alejandro Rocamora el modelo AFVA (Acoger, Focalizar, Valorar y Actuar) ya Rocamora posee una amplia experiencia en el tema y forma de abordaje de pacientes suicidas (Rocamora, 2013, p.94).

Este modelo fue creado especialmente para la intervención en crisis:

Cuadro 9
Plan terapéutico en crisis

Plan terapéutico para una intervención en crisis suicida		
Técnica	Objetivo	Observaciones
Acoger	Facilitar la verbalización del problema Huir de los estereotipos Favorecer una transferencia positiva Primacía del contacto físico sobre la palabra Primacía del aquí y ahora La importancia de la contención El encuadre no tiene límites espaciales ni temporales Comunicación verbal breve	Esta parte de la terapia es importante ya que esta se lleva a cabo en los primeros momentos de intervención y son lo que abren paso al resto de la acción a llevar. De este paso depende el éxito de la intervención
Focalizar el problema	Clarificar y confrontar Delimitar el problema Fragmentación del problema	Esta intervención está situada a nivel consciente o pre consciente, no dejarse nada a la interpretación
Valorar la gravedad	El riesgo es real Cuál fue su comportamiento en situaciones anteriores Recursos personales y psicológicos Limitaciones (enfermedades, personalidad, patología) Posibilidad de tratamiento farmacológico y/o psicológico	La intervención debe ser breve, inmediata y centrada en las posibilidades y limitaciones.

Actuar	Recursos personales, familiares y comunitarios Derivación al especialista Seguimiento	Dependiendo de las características de la crisis las posibilidades y limitaciones de la persona se tomarán acciones adecuadas para una resolución satisfactoria
--------	---	--

Elaboración propia, agosto, 2018

El proceso psicoterapéutico centrado en el sentido

Se debe recordar que todo proceso debe adecuarse a la persona. “Este proceso suele ser ciencia y creatividad, arte y técnica, sin embargo, requiere una clara delimitación de los momentos adecuados para las diferentes formas de intervención” (Ortiz, 2013, 163).

En los primeros momentos se deberá tomar el encuadre, evaluación y diagnóstico, a consolidar la relación terapéutica y a la reducción de síntomas. Los segundos momentos, serían las siguientes sesiones se tratará el mantenimiento de la relación terapéutica, a buscar el cambio de estrategias, auto distanciamiento. Los momentos finales, se busca el contacto con la espiritualidad, prevención de recaídas y el sentido de la vida.

Plan terapéutico con Logoterapia

Tiempo de duración: Aproximadamente 6 meses con sesión semanal de 45 minutos cada una.

Cuadro 10
Plan Terapéutico con Logoterapia

Problema Clínico	Objetivo	Tipo de intervención y técnica	Observaciones
ENTREVISTA	Detectar las posibles restricciones de la persona y ayudarla a aumentar su autodistanciamiento	Procedimiento socrático	Se buscará obtener: historia clínica, estado mental, datos familiares, genograma y debilidades de la historia

EVALUACIÓN y DIAGNÓSTICA	Encontrar los restrictores psicofísicos de lo noético (y estructuras disfuncionales o patológicas) y las estrategias de afrontamiento (intentos adaptativos)	Técnicas logoterapéuticas	indica rutas de manifestación de los síntomas, así como lugares de expresión, consecuencias de su estado actual, estrategias de afrontamiento, etc.
PRUEBAS DE EVALUACIÓN PSICODIAGNÓSTICAS	Para diagnosis y prognosis de los niveles biológico, psicológico y espiritual	Logo Test Pil test Escala de depresión Escala de estrés	Se usará para detectar o descartar depresión, estrés y sentido de vida
SEGUNDO MOMENTO	Busca el contacto con la espiritualidad, ayudando a expresar sus contenidos y desplegando el sentido de la vida, consolidando el cambio a través de la prevención de recaídas y aceptando aquello que no se puede cambiar	Autodistanciamiento Autotrascendencia	Movilizar en el paciente los recursos noéticos (autodistanciamiento y la autotrascendencia)
MOMENTO FINAL	Buscar el contacto con la espiritualidad, consolidar el cambio, prevención de recaídas, sentido de vida y despliegue de espiritualidad	Autodistanciamiento Autotrascendencia, Autocomprensión Aceptación	Movilizar en el paciente los recursos noéticos (autodistanciamiento y la autotrascendencia)

Elaboración propia, agosto, 2018

3.10 Logoterapia en la actualidad

La logoterapia en el campo clínico ha tenido grandes desarrollos desde su concepción hasta la actualidad. En los últimos años ha ido creciendo a modo que se ha utilizado en el abordaje de diversos trastornos de personalidad, así como de adicciones, problemas de sueño, trastorno depresivo mayor, resolución de conflictos, juego patológico, problemas sexuales, toma de decisiones. También ha sido utilizado en otro contexto como rehabilitación, trabajo con

habitantes de la calle, abordajes familiares, y los contextos donde la intervención en crisis y las estrategias para manejar traumas son necesarias, entre muchas otras (Ortiz, 2013, p. 25).

En la actualidad se ha estudiado sobre el sentido de vida ya que se ha visto que la salud está íntimamente ligada con las emociones, pensamientos, sentimientos y comportamiento, focalizándose en los estresores y el sentido de vida. Hoy diversos estudios han revelado que personas con poco sentido de vida presentan más ansiedad, problemas clínicos y depresión siendo este un problema ya que la persona con bajo sentido de vida reporta mayor ideación suicida.

“En otro ámbito clínico de logoterapia, se han desarrollado investigaciones acerca de psicopatología y su relación con el sentido de vida, los recursos psicológicos y los trastornos de la personalidad, así como la eficacia de ciertos métodos logoterapéuticos” (Ortiz, 2013, p. 29). Estos desarrollos no solo se han dado en el contexto de la enfermedad o trastornos sino también en cuanto al abordaje que va más allá de la logoterapia individual.

Terapia grupal: Se entiende como terapia de grupo la aplicación de técnicas psicoterapéuticas de forma profesional sobre un grupo de pacientes que tienen por objetivo la modificación de conductas parecidas o similares. “El grupo mismo así como la aplicación de técnicas específicas y la realización de intervenciones por parte del terapeuta, sirve como instrumento de cambio. Esta característica otorga a la psicoterapia de grupo su excepcional potencial terapéutico” (Yalom, 1996, p. 15).

“La práctica grupal tiene su objetivo en el encuentro con el otro y en la búsqueda de sentido en la vida a partir de ese encuentro interhumano. El grupo es el modo más eficaz para que una persona deje de pensar continuamente en sí mismo. Sirve para ponerlo en situación tal que piense en el otro, que sienta el sufrimiento del otro, que apoye al que sufre y de ese modo autotrascienda” (Gandos, 2014).

La terapia de grupo puede ayudar a la mayoría de las personas que están sufriendo algún trastorno, enfermedad o problema. Entre los más utilizados se encuentran la dificultad de relacionarse con otras personas, las personas que padecen enfermedades crónicas o graves, la depresión, la ansiedad, pérdidas de seres queridos, traumas y algunos trastornos de personalidad.

Conclusiones

Se concluyó que el suicidio es un problema grave que ataca a nivel mundial, según datos estadísticos es una de las principales muertes. Los datos estadísticos no son del todo correctos ya que algunos países no llevan un registro real de las muertes autoinfligidas.

La depresión es un problema mundial que afecta a 300.000 millones de habitantes, en todo el mundo y es una de las mayores causas de incapacidad laboral, y entre los riesgos que conlleva el no ser tratada adecuadamente, el suicidio es el más alto.

Se concluyó que también están íntimamente ligados con los riesgos suicidas las crisis en especial las circunstanciales, los traumas siendo el trauma complejo el de mayor riesgo y el estrés siendo el de tipo prolongado el que corre mayor riesgo de suicidio.

La personalidad también influye en los riesgos suicidas ya que se concluye que además de poder ser modificadas ya que si el trauma y el estrés se sufren en una edad vulnerable como lo es la infancia, la persona puede llegar a presentar problemas de personalidad y conductas de autoagresión.

La logoterapia se presenta como una alternativa al tratamiento de personas con riesgo suicida y familiares, ya que entre su fin es encontrar el sentido y significado de las situaciones llevando a la persona a la autotrascendencia.

Referencias

- Adán, J. C., Arriero, M. Á., Suárez, R. O., & Palomo, T. (2004). *Suicidio. Asistencia Clínica una guía Clínica*. Madrid: Díaz de Santos.
- Alejandro Avila, B. R. (2014). *Introducción a los tratamientos psicodinamicos*. Madrid: Uned.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. México: Editorial Médica Panamericana.
- Améry, J. (2005). *Levantar la mano sobre uno mismo: Discurso sobre la muerte voluntaria*. Valencia: Pre-textos.
- Amor, J. L. (2015). *Trauma Psíquico*. Madrid: Paraninfo.
- Bonet, J. L. (2016). *Cerebro, Emociones y Estrés*. Buenos Aires: Ediciones B .
- Bonilla, A. R. (2013). *Intervención en crisis en las conductas suicidas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Bonilla, A. R. (2014). *Estoy deprimido ¿Cómo puedo salir de aquí?* Madrid: PPC Editorial.
- Canales, J. (2013). *Suicidio: Decisión definitiva al problema temporal*. Bloomington: Palibrio.
- Casares, I. N. (2016). Abordaje integral de la clínica. *Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid* , 87-104.
- Charles G. Morris, A. A. (2009). *Psicología*. México: Pearson.

Chiappe, M. V., & Teti, G. L. (2016). Trauma complejo. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, 125-132.

Costa, M., Aguado, Z., & Cestona, I. (2008). *El estrés . y el arte de amargarnos la vida*. Madrid: Instituto de Salud Pública. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid

Durkheim, É. (2012). *El Suicidio*. Madrid: Akal.

Fernández, M. Á., García, M. I., & Crespo, A. V. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

Fischer-Cevallos, E. L. (2016). *La didáctica del amor en pareja. Una visión desde la logoterapia*. San Vicente: Club Universitario.

Frankl, V. (1980). *Ante el vacío existencial*. Barcelona: Herder.

Frankl, V. (1992). *Teoría y terapia de las neurosis*. Barcelona: Herder.

Frankl, V. (2005). *Búsqueda de Dios y sentido de vida. Diálogo entre un teólogo y un psicólogo*. Barcelona: Herder.

Frankl, V. (2011). *Logoterapia y análisis existencial. Textos de cinco décadas*. Barcelona: Herder.

Freeman, A., & Reinecke, M. (1995). *Terapia Cognitiva aplicada a la conducta suicida*. Madrid: Desclée De Brouwer.

Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. (2012). Galicia: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia.

Halgin, R. P., & Whitbourne, S. K. (2009). *Psicología de la anormalidad*. México: Mc Graw Hill.

Hasibe, L. (2012). *Dile Adiós a la Depresión*. México: Sista.

Hernández, A. M., & Pérez, L. B. (2011). *Abordaje multidisciplinario sobre el suicidio en Mexico*. México: AMS.

Lasso, P. L. (2017). *Manejo de Estrés*. México: Vergara.

López, A. M., & López, T. M. (2017). *Investigación transdisciplinar del Fenómeno Suicida*. México: Manual Moderno.

López-Soler, C. (2008). *Las Reacciones Postraumáticas en la Infancia*. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* , 159-174.

Lukas, E. (2003). *Logoterapia. La búsqueda de sentido*. Barcelona: Paidós.

Lukas, E. (2006). *También tu vida tiene sentido*. México: LAG.

Luna, J. A. (2011). *Logoterapia: un enfoque humanista existencial*. Bogota: San Pablo.

Maero, F., & Quintero, P. J. (2016). *Tratamiento Breve de Activación Conductual para la Depresión*. Argentina: Akadia.

Martell, C. R., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (2015). *Activación Conductual para la depresión guía clínica*. España: Desclée.

Miramontes, F. (2015). *Volver a los escritos de Viktor E. Frankl*. México D.F.: Colección sentido.

- Molina, L. S., & Martí, B. A. (2010). *Comprender la depresión*. Barcelona: Amat Editorial.
- Moreno, I. R., Gallardo, A. P., Araneda, M. A., Chamorro, A. G., Pacheco, R. O., Rojas, S. V., et al. (2013). *Programa Nacional De Prevención Del Suicidio. Orientaciones para su Implementación*. Chile: MINSAL.
- Morris, C. G., & Maisto, A. A. (2009). *Psicología*. México: Pearson.
- Morrison, J., & Flegel, K. (2018). *La entrevista en niños y adolescentes. Habilidad y estrategias para el diagnóstico eficaz del DSM-5*. México: Manual Moderno.
- Noblejas, M. Á. (1994). *Logoterapia. Fundamentos, principios y aplicación*. Madrid: Tesis doctoral Universidad Complutense.
- Oblitas, L. A. (2004). *¿Cómo hacer psicoterapia exitosa?* Bogota: Psicom editores.
- (OPS), O. P. (1995). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. CIE-10*. Washington: Publicación Científica.
- (OPS), O. P. (2014). *MORTALIDAD POR SUICIDIO EN LAS AMERICAS - Informe Regional*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Organizacion Mundial de la Salud (OMS); Organización Panamericana de la Salud. (2014). *Prevención del suicidio un imperativo global*. Washington: World Health Organization.
- Orlandini, A. (2012). *El estrés Qué es y cómo evitarlo*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Ortiz, E. M. (2013). *Manual de psicoterapia con enfoque logoterapeutico*. Bogotá: Manual Moderno.

Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2010). *Desarrollo Humano*. México: Mc Graw Hill.

Quintero, F. M. (2016). *Tratamiento breve de activación conductual para la depresión*. Buenos Aires: AKADIA EDITORIAL.

Rocamora, A. (2017). *Cuando nada tiene sentido*. Madrid: Desclée de Brouwer.

Rojas, E. (2008). *Adiós, depresión*. Madrid: Ediciones temas de hoy, S.A.

Rubin Wainrib, B. y. (2001). *Intervención en crisis y respuesta al trauma. Teoría y práctica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Ruppert, F. (2017). *Trauma, Vínculo y Constelaciones Familiares*. Ciudad de México: Paidós.

Serna, J. M. (2017). *Depresión: Cuando la tristeza se vuelve patología*. Montefranco: Tektime.

Stora, J. B. (2000). *El Estrés*. México: Cruz O.

Weiss, B. (2007). *Eliminar el Estrés*. Barcelona: De Books.

Torres, X., & Balliés, E. (2014). *Comprender el Estrés*. Barcelona: Amat.

Yalom, I. (1996). *La guía breve de psicoterapia de grupo*. Barcelona: Paidos Iberica.

Páginas Web:

Alfaro, P. (10 de Septiembre de 2017). El suicidio: La muerte ignorada. *República*.
<https://republica.gt/2017/09/10/la-muerte-silenciada/>

(APA), A. A. (2018). *Los distintos tipos de estrés*. Recuperado el 01 de julio de 2018, de Home // Centro de Apoyo // Los distintos tipos de estrés: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/tipos.aspx>

Ayuso-Mateos, J. L., Baca-García, E., Bobes, J., Giner, J., Giner, L., Pérez, V., et al. (15 de febrero de 2012). *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. Recuperado el 15 de julio de 2018, de Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento: https://www.unioviado.es/psiquiatria/wp-content/uploads/2017/03/2012_Ayuso_Recomendaciones.pdf

BBC, R. (13 de Agosto de 2014). *BBC Mundo*. Recuperado el 2018 de Agosto de 1, de Cuáles son las depresiones con más propensión al suicidio: https://www.bbc.com/mundo/noticias/2014/08/140812_relacion_depresion_suicidios_hr

Bordignon, N. A. (julio-diciembre de 2005). *El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto*. Recuperado el junio de 2018, de Revista Lasallista de Investigación: <http://www.redalyc.org/pdf/695/69520210.pdf>

Brit, C. (20 de Marzo de 2013). *Depresión*. Recuperado el Julio de 2018, de Blog de Carme Brit: <https://www.carmebrit.net/2013/03/20/testimonio-de-una-persona-con-depresi%C3%B3n/>

Cabaco, A. S., Lázaro, A. R., & Litago, J. D. (10 de Marzo de 2011). *Propiedades Psicométricas de un instrumento (LOGOTEST) para evaluar el sentido de vida*. Obtenido de INFAD: <file:///C:/Users/PC/Downloads/Dialnet-PropiedadesPsicometricasDeUnInstrumentoLogotestPar-5876620.pdf>

Corbin, J. A. (2018). *Psicología y mente*. Recuperado el 20 de enero de 2018, de <https://psicologiaymente.net/psicologia/psicologia-emocional>

- Durand, L. (15 de Febrero de 2010). *La relación entre el estrés y la depresión*. Recuperado el 03 de Agosto de 2018, de Alto Nivel: <https://www.altonivel.com.mx/estilo-de-vida/la-relacion-entre-el-estres-y-la-depresion/>
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. (2012). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad*. Galicia: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, avalia-t. Consellería de Sanidad.
- Gandos, J. M. (31 de Marzo de 2014). *Logoterapia. Encontrar sentido a la vida* . Recuperado el 2018 de Julio de 31, de ACERCA DE LA LOGOTERAPIA GRUPAL : <https://logoterapiagalicia.blogspot.com/2014/03/acerca-de-la-logoterapia-grupal.html>
- Gardey, J. P. (2012). *Definición de cognitivo*. Recuperado el 01 de Julio de 2018, de Definicion.de: <https://definicion.de/cognitivo/>
- Garrido, J. M. (2013). *Psicopedia*. Obtenido de <http://psicopedia.org/877/la-reestructuracion-cognitiva-paso-a-paso-pdf/>
- González de Rivera y Revuelta, J. L. (2001). *Psicoterapia de la crisis*. Recuperado el 18 de junio de 2018, de Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352001000300004&lng=es&tlng=es.
- González, M. (27 de Febrero de 2014). *Periodico la Republica*. Recuperado el 28 de Julio de 2018, de Con Mano propia: <https://www.plazapublica.com.gt/content/con-la-propia-mano>
- Granada, P. d. (2016). *Los mecanismos psicológicos de defensa*. Recuperado el 01 de Julio de 2018, de Centro de Psicología Clínica Nicolás Moreno:

<http://www.nicolasmorenopsicologo.com/psicologos-granada/los-mecanismos-psicologicos-de-defensa/>

Guerri, M. (2012). *psicoactiva*. Recuperado el 20 de enero de 2018, de <https://www.psicoactiva.com/blog/que-son-las-emociones/>

Gutiérrez-García, A. G., & Contreras, C. M. (Julio - Agosto de 2008). *El suicidio y algunos de sus correlatos neurobiológicos. Primera parte*. Recuperado el Junio de 2018, de Salud Mental: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252008000400009

L., P. S. (2005). *Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Sur*. Recuperado el 28 de Junio de 2018, de Universidad de Chile: http://www.academia.edu/13432821/Intervenci%C3%B3n_en_Crisis

Lellenquien, M. (01 de Junio de 2015). *Rigidez Cognitiva: La mente cerrada*. Recuperado el Junio de 2018, de Psicología del aprendizaje: <http://psicologiaprendizaje.wixsite.com/psicoterapialenguaje/single-post/2015/06/01/La-inflexibilidad-mental-Rigidez-Cognitiva>

Luna, J. (marzo - septiembre de 2010). *Algunos criterios a tener presentes para un abordaje clínico desde el análisis existencial de Frankl*. Obtenido de Revista Vanguardia Psicológica: <file:///C:/Users/PC/Downloads/Dialnet-AlgunosCriteriosATenerPresentesParaUnAbordajeClini-4815119.pdf>

López, J. F. (1999-2018). *Hispanoteca*. Recuperado el junio de 2018, de <http://hispanoteca.eu/Foro-preguntas/ARCHIVO-Foro/Crisis%20y%20critico%20-%20Etimolog%C3%ADa.htm>

- Martínez Ortiz, E., Trujillo Cano, Á. M., & Trujillo, C. A. (Abril de 2012). *Validación del Test de Propósito Vital (pil test - purpose in life test) para Colombia*. Obtenido de Revista Argentina de Clínica Psicológica [en línea]: <http://www.redalyc.org/pdf/2819/281925884007.pdf>
- Mesén, A. G. (27 de Octubre de 2014). *Costa Rica tiene la segunda tasa de suicidio más alta en Centroamérica*. Obtenido de La Nación: <https://www.nacion.com/ciencia/costa-rica-tiene-la-segunda-tasa-de-suicidio-mas-alta-en-centroamerica/YKERCCCEYPJFENDWRIRRGMW3ALA/story/>
- Montaño, J. G. (Julio - Diciembre de 2012). *La Desesperanza Aprendida y Sus Predictores en Jóvenes: Análisis Desde el Modelo De Beck*. Recuperado el 01 de Julio de 2018, de Enseñanza e Investigación en Psicología : <http://www.redalyc.org/html/292/29224159015/>
- OMS. (22 de Marzo de 2018). *WHO*. Recuperado el 7 de Junio de 2018, de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- OMS, O. M. (Enero de 2018). *Suicidio*. Obtenido de Organización Mundial de la salud: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- OMS, O. M. (7 de abril de 2017). *WHO*. Recuperado el 1 de junio de 2018, de <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2000). *Prevención del Suicidio*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: http://www.who.int/mental_health/media/general_physicians_spanish.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2000). *Prevención Del Suicidio Un Instrumento Para Trabajadores De Atención Primaria De La Salud*. Ginebra: Organización Mundial de la

Salud. Obtenido de
http://www.who.int/mental_health/media/primaryhealthcare_workers_spanish.pdf?ua=1

Quintanilla Montoya, R. &. (Agosto de 2004). *Tipos de personalidad y conducta suicida*. Recuperado el 06 de Julio de 2018, de Investigación en Salud, VI (2):
<http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=14260209>

Raffo, S. (2005). *Intervención en Crisis*. Recuperado el 15 de julio de 2018, de
[file:///C:/Users/maria/Downloads/7A._Intervenci_n_en_Crisis%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/maria/Downloads/7A._Intervenci_n_en_Crisis%20(1).pdf)

Real Academia Española (RAE). (2018). Recuperado el 16 de 06 de 2018, de
<http://www.rae.es/publicaciones/obras-academicas/diccionarios-de-la-real-academia-espanola>

Sánchez, E. (18 de Junio de 2017). *Cinco grandes rasgos para analizar la personalidad, según Goldberg*. Recuperado el 09 de Agosto de 2018, de La mente maravillosa:
<https://lamenteesmaravillosa.com/cinco-grandes-rasgos-analizar-la-personalidad-segun-goldberg/>