



# UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

**Facultad Multidisciplinaria Oriental  
Departamento de Ciencias y Humanidades  
Sección de Psicología**

## **TEMA DE INVESTIGACION:**

**ESTUDIO EXPLORATORIO DE FACTORES PSICOSOCIALES  
PREDISPONENTES DE CONDUCTAS SUICIDAS, EN LA POBLACIÓN ENTRE  
15 A 30 AÑOS DE EDAD DE AMBOS SEXOS, PACIENTES DEL HOSPITAL  
NACIONAL DR. HÉCTOR ANTONIO HERNÁNDEZ FLORES DE SAN FRANCISCO  
GOTERA, DEPARTAMENTO DE MORAZÁN, DURANTE EL AÑO 2007.**

**TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TITULO DE:**

**LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTADO POR:**

**Br. Argueta Hernández, Sandra Arely**

**Br. García Martínez, Gloria Aracely.**

**Br. Heredia González, Mónica Cristina.**

**DOCENTE DIRECTOR:**

**Lic. Luís Roberto Granados**

**Ciudad Universitaria Oriental, Septiembre de 2007**

**San Miguel**

**El Salvador**

**Centro América**

**“ HACIA LA LIBERTAD POR LA CULTURA ”**

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**

**AUTORIDADES**

**DRA. MARIA ISABEL RODRIGUEZ**

**RECTORA**

**ING. JOAQUIN ORLANDO MACHUCA**

**VICE-RECTOR ACADEMICO**

**DRA. CARMEN RODRIGUEZ DE RIVAS**

**VICE-RECTORA ADMINISTRATIVA**

**LICDA. ALICIA MARGARITA RIVAS**

**SECRETARIA GENERAL**

**FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL**

**AUTORIDADES**

**MS. MARCELINO MEJIA GONZALEZ**

**DECANO**

**MS. NELSON DE JESUS QUINTANILLA GOMEZ**

**VICE- DECANO**

**LCDA. LOURDES ELIZABETH PRUDENCIO COREAS**

**SECRETARIA GENERAL**

**DEPARTAMENTO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES**

**AUTORIDADES**

**MS. SILVERIO HENRIQUEZ BERRIOS POLIO**

**JEFE DE DEPARTAMENTO**

**MS. RENE HUMBERTO RUIZ RAMOS**

**COORDINADOR GENERAL DE PROCESO DE GRADO**

**LIC. LUIS ROBERTO GRANADOS**

**DOCENTE DIRECTOR.**

## AGRADECIMIENTOS ESPECIALES

**A Dios Omnipotente:** Gracias damos a El, que nos ha dado la victoria en este logro tan especial en nuestras vidas, porque hizo sobreabundar para con nosotras toda sabiduría e inteligencia, por nunca desampararnos, darnos aliento, día con día, por siempre guiarnos a ser perseverantes y mantenernos firmes en nuestro objetivo final.

**A la Universidad de El Salvador:** Nuestra Alma Mater por cedernos el espacio y oportunidad, de formarnos como profesionales creándonos una conciencia social, bajo una preparación académica, humanista y cultural.

**A nuestros Docentes:** Lic Ricardo Cantón (de grata recordación), Lic. Milton Domínguez, Licda Eva Calderón, Lic. René Campos, Lic. Marcos Romero, Lic Rafael Ponce, Lic. Rubén Campos, Lic. Manuel Castro; por su dedicación, orientación, consejos para nuestra formación y por brindarnos su apoyo cuando fue necesario.

**A nuestro asesor:** Lic. Luis Roberto Granados Gómez, por su orientación y enseñanza profesional.

**A la Licda Rosibel Sorto de Soriano:** Por su ayuda, consejos valiosos para desarrollarnos como profesionales, por permitirnos trabajar en su espacio, en el Departamento de Salud Mental del Hospital Nacional de San Francisco Gotera.

**Al Dr. Jorge Albayeros:** Por brindarnos su ayuda.

**A nuestra amiga y compañera Nacia Pereira:** y así mismo a las demás personas que nos acompañaron a realizar las visitas domiciliarias en los diferentes municipios del departamento de Morazán.

**De una manera especial:** A los pacientes y sus familias por habernos colaborado

**A nuestros compañeros y amigos:** con quienes compartimos cinco años de convivencia y nos apoyaron en nuestras actividades académicas.

## DEDICATORIA

**A mi Padre Celestial:** Sé Oh Dios!, que tu fidelidad, ha sido grande, tu misericordia y amor en mi vida son reales, puedo decir con toda certeza que hasta aquí me haz ayudado y lo seguirás haciendo, derramando bendiciones en mi vida, para lograr lo que me proponga, por ello dedico este triunfo a Ti., por guardarme en el hueco de tu mano, fortaleciéndome y guiándome con sabiduría en el diario vivir.

**A mi padre Miguel Ángel Argueta:** Le doy gracias, por su amor, esfuerzo y valentía al ayudarme en todas las áreas de mi vida y por motivarme para alcanzar mi superación académica y culminar esta meta.

**A mi madre Josefina Hernández de Argueta:** Gracias por ser una madre ejemplar, que con amor incondicional ha sido y es base fundamental en mi vida, sus oraciones y esfuerzos se han hecho realidad en mí.

**A mis hermanas; Rubia Maritza Argueta Hernández e Iris Yessenia Argueta Hernández:** Por su ayuda y comprensión, por compartir momentos llenos de afecto que son inolvidables para mí, por ser mis amigas y las mejores hermanas del mundo, las amo mucho.

**A todos mis familiares y especialmente a: Tía Doris, Faris y su esposa Silvia, y Fidel:** Que de una u otra forma, me han brindado su apoyo y comprensión.

**A mis padres en la fe: David Argueta Molina y Alba Jovita Canizalez de Argueta y toda la congregación en general:** Gracias por su ayuda espiritual y apoyo incondicional en todos los ámbitos, sus consejos y oraciones han fortalecido mi vida.

**A mis compañeras y amigas: Aracely y Mónica,** más que compañeras en la realización de este trabajo, se han convertido en amigas incondicionales, compartiendo muchos momentos gratos y no gratos.

**A mis amigas: Tatiana, Lic. Dinora, Lic. Celina, Esther y Emy:** Que día con día van dejando huella imborrable en mi vida, por su leal amistad y cariño.

**A todos los Docentes:** Que desde los inicios de mi formación académica, sembraron en mi el hambre del saber y la motivación por ser cada día una persona mejor, de una forma integral.

**A todas aquellas personas:** Que de alguna forma, colaboraron para cumplir este deseo tan anhelado, les doy las gracias.

SANDRA ARELY ARGUETA HERNANDEZ

## DEDICATORIA

**A Dios: mi Padre celestial,** Mejor es adquirir sabiduría que oro preciado; y el adquirir inteligencia tiene más valor que la plata. Te agradezco Dios por haber instruido mi corazón hacia la enseñanza y mis oídos a las palabras de sabiduría iluminando mi caminar y dándome la oportunidad de culminar mi Licenciatura.

**A mi madre: Esperanza Martínez,** quien es una mujer digna de imitar y que ha hecho cumplir mis sueños y por ello agradezco sus esfuerzos y su ayuda incondicional que siempre me ha brindado sin importarle no suplir sus carencias por cubrir las mías, y que a pesar de las adversidades, me ha dado el ejemplo que si se puede lograr el éxito cuando uno se lo propone y lucha por ellos. Gracias madre por ese apoyo que me haz hecho sentir tan cercano a pesar de la distancia.

**A mi padre: Juan García,** por su amor, comprensión y ayuda que siempre me haz dado sin importar lo lejos que estás.

**A mis abuelos: Manuel García, Maria García,** quienes jugaron un papel muy significativo en mi vida, tomando la función de verdaderos padres instruyéndome por el buen camino para ser lo que ahora soy.

**A mis Hermanos/a: Idis, Hugo y Wilfredo,** por creer en mí, y darme su apoyo, alegría, cariño, felicidad y sentir unánimes mis sueños y logros.

**A mi familia y amistades:** que siempre me han dado amor y comprensión.

**A mis hermanos en la fé:** agradezco por sus oraciones emitidas a Jehová para que él me bendijera, me cuidará y siempre fuera guiada por su voluntad.

**A los docentes:** por la excelente enseñanza proporcionada en mi formación profesional.

**A mis Compañeras/os: Arely, Mónica y demás colegas,** por haber convividos momentos gratos, y por haberme permitido trabajar junto a ellas por objetivos comunes que enriquecieron aun más mi vida, tanto académica como personal.

**A todas aquellas personas:** que de una u otra manera hicieron que hoy lograra este galardón.

A todos ellos dedico este triunfo que me enorgullece y se que también es motivo de regocijo.

**GLORIA ARACELY GARCIA MARTINEZ**

## DEDICATORIA

**Gracias Mi Dios,** por escuchar siempre mis oraciones y guiarme por un buen camino; por regalarme entendimiento, salud y perseverancia, para así poder lograr el triunfo de una de mis metas; Gracias te doy ahora, por darme la oportunidad de seguir creciendo como ser humano y gracias a Ti, dedico este triunfo a:

**A mi mamá: Mercedes González,** por su amor, cuidados, orientaciones, dedicación, por su confianza y por motivarme a la superación y se que así como me llena de alegría este triunfo a ella le llena de orgullo por lograr su objetivo de verme crecer como persona y en mi proceso educativo.

**A mió tío: Francisco González.** Por brindarme su apoyo, consejos, amistad, confianza para seguir adelante y sobre todo por motivarme a superarme académicamente.

**A mi abuelo: Galileo González,** por su cariño, cuidados e incentivarne en mis estudios por medio de sus consejos.

**A mi hermano: Héctor David,** por ser un hermano cariñoso y por estar siempre unidos en todos los momentos de nuestra vida.

**A mi papá: David Heredia, a Milton y demás familia. Hermanos, tíos y primos.**

**Gracias a mis amigas y compañeras, Nacia, Silvia, Mariela, Aracely y Arely,** por compartir buenos momentos y apoyarnos en cumplir con nuestro objetivo y no decaer en nuestros estudios.

Agradezco también a **Lic Celina, Lic Janeth** por brindarme su amistad y confianza; por enseñarme y permitirme adquirir experiencia profesional.

De igual manera agradezco a los docentes por ser modelos en mi formación.

**MONICA CRISTINA HEREDIA GONZALEZ**



## INDICE

INTRODUCCIÓN.....	i
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 Situación problemática.....	2
1.2 Enunciado del problema.....	4
1.3 Justificación.....	4
1.4 Objetivos de la investigación.....	6
1.4.1 Objetivo General.....	6
1.4.2 Objetivo Especifico.....	6
1.5 Alcances y limitaciones.....	7
1.5.1 Alcances.....	7
1.5.2 Limitaciones.....	8
1.5.2.1 Población.....	8
1.5.2.2 Geográficas.....	9
CAPITULO II MARCO TEORICO	
2.1 Antecedentes.....	11
2.2 Suicidio.....	16
2.2.1 Criterios equivocados científicos con respecto al suicidio.....	17
2.2.2 El comportamiento suicida.....	21
2.2.3 Intentos Autolíticos previos.....	26
2.2.4 Intensidad de la ideación autolítico actual.....	26
2.2.5 Otros aspectos relacionados con las tentativas.....	30
2.3 Factores desencadenantes del suicidio.....	33



## CAPITULO V RESULTADOS

5.1 Presentación de Datos.....	73
5.1.1 Características de la Población Estudiada.....	73
5.1.2 Resultados e interpretación de Escalas y Test Aplicados.....	88
5.2 Análisis e Interpretación de datos.....	96
5.2.1 Análisis Cuantitativo.....	96
5.2.2 Análisis Cualitativo.....	98
5.3 Prueba de Hipótesis .....	125
5.4 Generalización de Resultados.....	126

## CAPITULO VI CONCLUSIONES Y RECOMEDACIONES

6.1 Conclusiones.....	128
6.2 Recomendaciones.....	132

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	134
---------------------------------	-----

ANEXOS.....	138
-------------	-----

ANEXO I: Listado de la muestra del estudio.

ANEXO II Mapa de Ubicación.

ANEXO III: Cuestionario de Exploración Psicosocial de Pacientes con intento suicida.

ANEXO IV: Guía de Entrevista a familiares.

ANEXO V: Escala de Riesgo Suicida de Plutchik.

ANEXO VI: Inventario de Razones para Vivir.

ANEXO VII: Escala de Intencionalidad Suicida de Beck.

ANEXO VIII: Escala de Desesperanza de Beck.

ANEXO IX: Cronograma de Actividades.

ANEXO X: Propuesta de Tratamiento.

## INTRODUCCION

En los últimos años los casos de intentos de suicidio han aumentado en la población juvenil y adulta joven, lo que representa un problema significativo para la asistencia en los servicios hospitalarios en las áreas de urgencias. La evaluación del estado psicológico del paciente condiciona la orientación terapéutica en cada caso concreto, teniendo en cuenta que las intoxicaciones fatales son más frecuentes al aumentar el número de tentativas de suicidios.

El abordaje del fenómeno de las intoxicaciones agudas supone conocer tanto su patrón epidemiológico como las características psicológicas y el entorno social del paciente. Por ello, se realizó la exploración del perfil psicosocial del ingresado en el Hospital Nacional de San Francisco Gotera por intento de suicidio de la edad de 15 a 30 años, del departamento de Morazán, por una intoxicación aguda voluntaria. En este trabajo el estudio psicosocial de los sujetos se realizó siguiendo los criterios de un cuestionario exploratorio, aplicación de entrevista al familiar cercano del paciente suicida, así como la aplicación de escalas y pruebas psicológicas al paciente. Considerando que con frecuencia el suicidio es prevenible, en general los signos de alarma estarán presentes y es preciso tomar en serio a las personas que hablan de quitarse la vida. El problema no solo afecta a la víctima, sino también a toda su estructura social: tanto familiar, amistades y conocidos.

Esta investigación es de carácter exploratoria y descriptiva, porque su contenido es primicia que incluye un análisis de forma cuantitativa y cualitativa; por la necesidad existente de conocer los patrones psicosociales que desencadenan las conductas suicidas en esta población, específicamente en el área de Morazán; Una vez establecidos estos factores tanto psicológicos como sociales, analizando los resultados de una forma minuciosa se facilita el abordaje y la ayuda a estos pacientes que intentaron quitarse la vida.

Por medio de la propuesta planteada en el presente documento, y que ayudará a brindar programas de apoyo para problemas tan frecuentes como el intento de suicidio en la zona de Morazán.

En este documento, hacemos uso de la teoría existente sobre la temática, guiándonos por la necesidad de establecer información fidedigna de esta problemática en la zona de Morazán y se ha valorado diferentes perspectivas las cuales presentamos los resultados de la investigación por el siguiente orden:

En el capítulo I, se describen los objetivos de la investigación respecto a los factores psicosociales desencadenantes, se presenta el planteamiento del problema con su respectivo enunciado, los alcances y las limitaciones surgidas en el proceso de estudio.

En el capítulo II, se muestra una recopilación teórica de autores e investigadores, sobre la conducta suicida, así mismo los términos básicos para entender muchos términos utilizados en la suicidología.

En el capítulo III, se desarrolla el sistema de Hipótesis de los factores desencadenantes además se describe la definición de variables a nivel conceptual.

En el capítulo IV, se describen los Métodos y Técnicas que contiene la descripción del tipo de investigación, la descripción de la población y muestra, así mismo las técnicas e instrumentos aplicados para realizar el estudio, y la descripción de la metodología del procedimiento del desarrollo de la investigación.

En el capítulo V, se presenta el análisis e interpretación de los resultados, mediante un análisis, cuantitativo y cualitativo de los resultados obtenidos de la

aplicación del cuestionario de exploración psicosocial e instrumentos auxiliares como lo son las escalas y test proyectivo. En base a estos dos análisis surge la prueba de hipótesis y la generalización del estudio realizado.

En el capítulo VI, se proporcionan conclusiones sobre la investigación partiendo de los datos obtenidos y la deducción propia, en base a ello las conclusiones desarrollan algunas recomendaciones.

Como información complementaria del estudio, se presentan las fuentes consultadas o referencias bibliográficas y en anexos se muestran; el instrumento diseñado por el grupo de investigación, las escalas estandarizadas y la propuesta psicoterapéutica para abordar un tratamiento a la población estudiada.



# CAPITULO I

# PLANTEAMIENTO

# DEL PROBLEMA

## 1.1 SITUACION PROBLEMATICA

En América Latina el suicidio ha alcanzado proporciones epidémicas durante los últimos períodos, convirtiéndose en una preocupación seria, en materia de salud pública. El suicidio es la tercera causa de muerte en el grupo de 15 a 24 años de edad en toda Latinoamérica y Estados Unidos, reportándose que por cada suicidio se producen de 10 a 15 intentos suicidas, y es mayor su relación para los adolescentes.

Así mismo, los reportes a nivel mundial indican que en población juvenil, existe un incremento de suicidios, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2006 publicó que la tasa de suicidios mundial fue de 16 por cada 100, 000 habitantes. Los investigadores afirman que por cada suicidio se realizan unos 10 intentos, calculándose que cada día se efectúan unos 12,000 intentos suicidas en el mundo.

Para la OMS, la tasa de suicidio es el producto de dos factores: 1. las predisposiciones internas de ciertos individuos a quitarse la vida; y 2. las circunstancias externas, entre ellas el ambiente familiar, que les llevan a actuar en un momento y lugar determinado.

<sup>1</sup> En el año 2006, el Instituto de Medicina Legal En El Salvador (IML) ha establecido que 91 personas, de 214 casos que la entidad ha valorado, se han quitado la vida asediados por problemas de alcoholismo.

Registran 38 casos más que lo hicieron en estado depresivo o por conflictos con su pareja. No obstante esta causa tiene una variable. Muchos homicidios han sido cometidos por la misma pareja, que luego de asesinar a su esposa o compañera (y muchas veces a sus propios hijos) se quitan la vida.

---

<sup>1</sup> Extraído de artículo de la Prensa Grafica. Noviembre 2006



En 2006, las autoridades también reportan dos suicidios de jóvenes por embarazos no deseados y 12 más cuyos protagonistas padecían enfermedades físicas incurables, otra variable poco común es el de problemas económicos.

La OMS calcula que por cada suicidio consumado también se producen entre 10 y 20 intentos fallidos.

Este hecho se suma al incremento de homicidios que registra el Instituto de Medicina Legal. Sólo en junio de 2006 se contabilizaron 63 suicidios, luego de que en Abril del mismo año, se tuviera la tasa más baja con 38, mientras que en Mayo fue de 43. Según los datos revelados por el Instituto Forense, hasta junio de 2006, se contabilizaron 294 suicidios, de los cuales 142 fueron cometidos por personas entre 15 y 30 años. La entidad también reveló que los hombres intentan más contra sus vidas que las mujeres. Del total de suicidios, 294 han sido hombres y 73 mujeres. La institución lleva un registro de los factores que, según familiares de los fallecidos, pudieron haber motivado a quitarse la vida.

Específicamente en el departamento de Morazán, al Hospital Nacional de este departamento, durante el año 2006 se atendieron 48 casos de intento de suicidio, debido a los casos atendidos en al área de Salud Mental de la institución, se plantea una problemática de interés en tal población, ya que es necesario explorar los factores psicosociales impulsores de las conductas suicidas en la población que acude en busca de ayuda a la institución antes mencionada.

## **1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA**

¿Qué factores psicosociales desencadenan significativamente las conductas suicidas en la población entre 15 a 30 años de edad de ambos sexos, pacientes del Hospital Nacional Dr. Héctor Antonio Hernández Flores de San Francisco Gotera, Departamento de Morazán?

## **1.3 JUSTIFICACION**

Dado el creciente y alarmante índice de casos de suicidios, que se registran diariamente a nivel mundial y nacional, tomando en consideración que organismos internacionales, instituciones públicas y privadas, gobiernos, científicos sociales, etc. Están abocados a encontrar el origen, la prevención y cura de dicho fenómeno, se decidió explorar los factores psicosociales desencadenantes de conductas suicidas.

La sociedad salvadoreña a través de la historia ha experimentado grandes sucesos, que van desde guerras civiles hasta destrucciones por fenómenos naturales, los cuales en forma superficial o infraestructural se han superado; pero desde el punto de vista de las ciencias humanas y sobre todo del estudio del comportamiento humano permiten abordar las consecuencias de tales sucesos que en la actualidad afectan a poblaciones específicas manifestándose en aspectos conductuales de dichas poblaciones, formando así fenómenos conductuales, de gran interés para su abordaje en el área del estudio a desarrollar.

Por ello se desarrolló el presente estudio exploratorio y descriptivo, realizado en el departamento de Morazán, con el objetivo de investigar los factores psicosociales desencadenantes de conductas suicidas en la población de

dicho departamento, cuyas edades oscilan entre 15 a 30 años de edad, y que son pacientes del Hospital Nacional Héctor Antonio Hernández Flores de San Francisco Gotera, departamento de Morazán.

La conducta suicida no es una conducta aleatoria y desde las primeras descripciones científicas de la misma se observó que hasta cierto punto se podía predecir, ya que se encontraba asociada a diversos factores, psicológicos y sociales. Conocer bien estos factores es de gran importancia para evaluar adecuadamente el riesgo autolítico de un individuo. La prevención de daños y conductas de riesgo en los adolescentes requiere de la población y de una estrategia que combine de modo adecuado la neutralización de factores de riesgo con factores protectores. Se revisarán los factores psicosociales, los factores psicológicos y sociales que suelen correlacionarse con el suicidio.

Los resultados obtenidos a partir de la presente investigación, permitirán al Hospital Nacional de San Francisco Gotera, específicamente al área de Salud Mental, contar con información de validez y confiabilidad con la cual se identifiquen las causas de esta conducta entre la población, la misma que le faculte conocer el problema y sus variables; y la elaboración de estrategias o políticas de intervención. Asimismo permitirá el abordaje de esta temática a futuros investigadores quienes contarán con un estudio previo con datos de casos reales, al mismo tiempo será de importancia para el ámbito local, ya que hasta la fecha no se registra en esta zona una investigación que reúna las dos variables en estudio.

## **1.4 OBJETIVOS DE INVESTIGACION**

### **1.4.1 OBJETIVO GENERAL**

- Investigar los factores psicosociales desencadenantes de conductas suicidas en la población entre 15 a 30 años de edad pacientes del Hospital Nacional Héctor Antonio Hernández Flores de San Francisco Gotera, departamento de Morazán.

### **1.4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.**

- Conocer los factores Psicosociales que inciden en las conductas suicidas de la población del departamento de Morazán, pacientes del Hospital Nacional de San Francisco Gotera.
- Realizar un perfil psicológico de la conducta suicida en la población del Hospital Nacional de San Francisco Gotera.
- Elaborar un perfil psicológico de los pacientes con conductas suicidas en la población del Hospital Nacional de San Francisco Gotera.
- Evaluar el Riesgo Suicida en pacientes del Hospital.
- Proponer estrategias de intervención psicoterapéuticas para los pacientes de conductas suicidas del Hospital Nacional de San Francisco Gotera.

## 1.5 ALCANCES Y LIMITACIONES

### 1.5.1 ALCANCES.

- Con el desarrollo del presente estudio exploratorio, por medio del objetivo principal que guía la investigación y a través del estudio de los casos de la muestra seleccionada, se pretende conocer los desencadenantes psicosociales de las conductas suicidas.
  
- Con los resultados obtenidos de la exploración psicodiagnóstica de cada uno de los pacientes, se elaboraran los perfiles de la conducta suicida, así mismo el perfil psicológico de los pacientes con dicha conducta, con lo cual se espera, que tales aportes se han considerados como características psicológicas de la población con la misma problemática.
  
- Bajo la línea del estudio exploratorio, evaluar el riesgo suicida que presentan los pacientes que asisten a consulta psicológica, y según resultados obtenidos se pretende proyectar la dimensión de la conducta suicida para lo cual en coordinación con el departamento de Salud Mental de la Institución e Instituciones Universitarias, se fomenten acciones de prevención de la conducta suicida en futuros periodos.
  
- Presentar un plan de intervención adaptado a las características de la población con conductas suicidas, el cual podrá ser retomado para la atención de casos y prevención de la conducta suicidas.

## 1.5.2 LIMITACIONES.

En la ejecución y desarrollo de la presente investigación, se presentan algunas limitantes, tales como:

### 1.5.2.1 POBLACION:

- Algunos pacientes no proporcionaron la información necesaria o no colaboraron (por lo cual fue necesario seleccionar otros pacientes con las mismas características).
  
- Hubo resistencia a la evaluación psicológica, por bajo nivel de escolaridad.
  
- Existieron seis casos a quienes se les buscó en las direcciones que ellos habían proporcionado en el Hospital pero no residen en las direcciones proporcionadas y los lugareños decían no conocerlos, entonces hubo que seleccionar a otros pacientes pero con las mismas conductas suicidas.
  
- Inasistencia a la cita para evaluación debido a la condición económica, fue necesario visitarles en varias ocasiones en su hogar, porque no asistían al Hospital.

- No se contó con el registro de todos los pacientes con intento de suicidio, ya que el Hospital solo cuenta con registro de pacientes intoxicados por plaguicidas.

#### **1.5.2.2 GEOGRAFICOS:**

- Lugares distantes de difícil acceso.
  
- Lugares de alto riesgo (de poca población y de distancias largas entre casas y no existe transporte público lo que dificultó contar con un tiempo adecuado para la realización del estudio de casos).

**CAPITULO II**  
**MARCO**  
**TEORICO**



## **2.1. Antecedentes**

El suicidio y las conductas suicidas con tan antiguas como la propia humanidad, sin embargo, desde el siglo XX son un problema de Salud pública.

A lo largo de la historia, las culturas que han poblado el planeta han considerado el suicidio de distintas maneras. Aunque algunas de ellas son muy parecidas, las mismas culturas han incluso modificado su propio acercamiento al mismo con el paso de los años, retomando o abandonando posturas anteriores. El impacto de tales consideraciones aún persiste hoy en día. Algunos de sus antecedentes son:

### **La Antigüedad**

<sup>2</sup> Los Galios consideraron razonable el suicidio por vejez, por muerte de los esposos, por muerte del jefe o por enfermedad grave o dolorosa. De igual forma, para Celtas Hispanos, Vikingos y Nórdicos, la vejez y la enfermedad eran causas razonables. En los pueblos germánicos (Visigodos), el suicidio buscaba evitar la muerte vergonzosa ("kerlingedale"), lo cual era loable y bien visto. En la China (1.800 ac) se llevaba a cabo por lealtad, en Japón se trataba de un acto ceremonial, por expiación o por derrota, y en la India por motivos litúrgicos o religiosos, así como por muerte de los esposos (éste último considerado hoy día un delito criminal).

Las Tribus Africanas consideraban maligno y terrible el contacto físico con el cuerpo del suicida, incluso se quemaba la casa y el árbol donde se hubiese ahorcado éste; el suicidio reflejaba la ira de los antepasados y se consideraba asociado a brujería; por otra parte, el cuerpo se enterraba sin los ritos habituales.

En los Antiguos Cristianos el suicidio era muy raro pues atentaba contra el V mandamiento. En La Biblia aparecen 8 referencias a suicidios: 3 de guerreros

---

<sup>2</sup> Extraído de capítulo, suicidio, psicología de la conducta anormal. Pág. 298.

para no entregarse al enemigo, 2 en defensa de la patria, 1 al ser herido por una mujer, y 2 por decepción (Ajitófel y Judas). Existe también la referencia a dos suicidios colectivos, uno de 40 personas en un subterráneo de Jerusalén y el suicidio de la fortaleza sitiada de Massada.

<sup>3</sup> En Grecia y Roma las referencias a los suicidios son innumerables y por diversos motivos: por conducta heroica y patriótica, por vínculos societarios y solidarios, por fanatismo, por locura, por decreto (Sócrates), suicidio asistido por el senado. Durante la antigüedad clásica el suicidio del enfermo de "enfermedad incurable por necesidad" fuese una alternativa razonable; en Roma sólo se penaba el suicidio irracional. Prevalecía la idea de que quién no era capaz de cuidar de sí mismo, tampoco cuidaría de los demás, por lo que se despreciaba el suicidio sin causa aparente. Se consideraba que el enfermo "terminal" que se suicidaba tenía motivos suficientes. Se aceptaba pues el suicidio provocado por "la impaciencia del dolor o la enfermedad", ya que según decían se debía al "cansancio de la vida (...), la locura o el miedo al deshonor". La idea de "bien morir" (Eu thanatos) era un *Summun bonum*: "(...) porque es mejor morir de una vez que tener que padecer desdichas un día tras el otro" (Esquilo, Prometeo encadenado). Es más, "no es de buen médico entonar conjuros a una herida que reclama amputación (Sófocles, *Áyax*).

Las filosofías de los estoicos, pitagóricos, platónicos, aristotélicos y epicúreos tuvieron una gran influencia sobre el concepto romano del suicidio como liberación de un sufrimiento insoportable. Para los romanos y los griegos, morir decentemente, racionalmente y al mismo tiempo con dignidad, era muy importante.

---

<sup>3</sup> Psiquiatría Renato Alarcón.

En cierto modo, la forma de morir era la medida del valor final de la vida, en especial para aquellas vidas consumidas por la enfermedad, el sufrimiento y el deshonor: "¿Seguimos o no aceptando el principio de que lo importante no es vivir sino vivir bien? (...) ¿Y que vivir bien, vivir honradamente y de acuerdo con la justicia, constituyen la misma cosa? (Platón: Critón)". Aristóteles lo consideraba una injusticia sino era autorizado por el Estado: "Entonces eran rehusados los honores de la sepultura normal y la mano derecha era cortada y apartada del cuerpo".

En los primeros tiempos republicanos, Tarquino el Soberbio ordenó poner en cruz los cadáveres de los suicidas y abandonarlos como presas de los pájaros y animales salvajes para combatir una epidemia de suicidios. No dar sepultura a los suicidas era habitual. Para Séneca, "el suicidio era un acto enérgico, por el que tomamos posesión de nosotros mismos y nos libramos de inevitables servidumbres". Celebró el suicidio de Catón como "el triunfo de la voluntad humana sobre las cosas".

El Neoplatonismo, la filosofía de la felicidad más influyente en la antigüedad clásica, consideraba que el hombre no debía abandonar voluntariamente el lugar asignado por Dios. El suicidio, por lo tanto, afectaba al alma negativamente después de la muerte. San Agustín (354-430 d.c.) describió el suicidio como "detestable y abominable perversidad". Agustín afirmaba que Dios otorgaba la vida y los sufrimientos, y que por lo tanto se tenían que soportar. De igual forma, el Islamismo lo condena de tal forma que lo considera un hecho más grave que el homicidio.

**Edad Media**

Durante esta época el suicidio es penado rígidamente por las leyes religiosas. El Concilio de Arlés (452) declaró que el suicidio era un crimen.<sup>4</sup>

El Concilio de Braga (563) lo sancionó penalmente al dictaminar que el suicida no fuera honrado con ninguna conmemoración en la liturgia, excluido del camposanto. Lo mismo sucedió en el Concilio de Auxerre (578). El cuerpo de los suicidas era trasladado con escarnio, enterrado en la encrucijada de los caminos, su memoria difamada y sus bienes confiscados.

**Renacimiento**

Es variable, aumenta y disminuye según el período, siendo muy notable durante el romanticismo (llamado "Mal del Siglo"). Persisten las sanciones religiosas.

Por otra parte y de enorme trascendencia en las culturas cristianas, el Catecismo de la Iglesia Católica, edición 1992, señala que "La iglesia ora por las personas que han atentado contra su vida", asumiendo así una actitud más pastoral que antaño y teniendo en cuenta la actitud mental y psicológica del suicida y las consecuencias sobre la familia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que:

- En los últimos 45 años los índices de suicidio han aumentado en el mundo en un 60%. El suicidio se encuentra actualmente entre las tres primeras causas de muerte entre la población de 15 a 44 años de edad en ambos sexos.
- Un millón de personas al año se suicidan en el mundo
- Cada 40 segundos se consuma un suicidio.
- A pesar de que los índices de suicidio entre la población de hombres adultos han sido tradicionalmente los más altos, los índices de la población joven han

---

<sup>4</sup> Suicidio e intento de suicidio, Psicopatología de Los Trastornos Afectivos.

aumentado de tal forma que ahora se consideran el grupo de más alto riesgo en un tercio de todos los países.

El suicidio es el resultado de factores psico-socio-culturales complejos y es más probable de ocurrir durante períodos de crisis individual, familiar y/o socioeconómica.

### **Hoy en día**

Varios hechos se esgrimen hoy en día como elementos importantes que favorecen la actitud suicida: una salud psicológica quebrantada, la superioridad de lo material sobre lo espiritual, la ambición desmesurada del hombre por el poder, la frialdad del cientificismo tecnológico, el estrés de la vida, la vejez desprotegida e institucionalizada, la disolución familiar, la pérdida de vínculos, la falta de valores morales, la masificación, la soledad del hombre, la pérdida de roles y valores.

El suicidio puede entenderse desde diferentes perspectivas: desde la perspectiva religiosa, filosófica y sociológica, hasta la psicológica y biológica. Históricamente, el significado del suicidio ha reflejado la tradición religiosa de una cultura determinada.<sup>5</sup>

La tradición judeo-cristiana ha mantenido que la vida es un don de DIOS y que está estrictamente prohibido ponerle fin. Estas influencias siguen existiendo y es posible que contribuyan a una menor tasa de suicidio en los países tradicionalmente católicos como Italia, España e Irlanda. Más recientemente, la filosofía laica ha influido en la forma cómo se considera el suicidio en nuestra sociedad.

---

<sup>5</sup> (Stevenson, 1988)

La palabra "suicidio" es un latinismo, que proviene de las expresiones latinas *sui* y *occidere*, que lo definen como el hecho de matarse a sí mismo. El suicidio es un fenómeno humano universal que ha estado presente en todas las épocas históricas. Sin embargo, las distintas sociedades han mantenido hacia él, actitudes enormemente variables en función de los principios filosóficos, religiosos e intelectuales de cada cultura.

## **2.2 Suicidio**

Impulso autodestructivo que puede llevar a la muerte del que lo practica. Un acto suicida se define como un comportamiento (o gesto) adoptado voluntariamente por el paciente que puede llevarle a la muerte o lesiones

Diversas índoles; por lo tanto no hace referencia a sobredosis accidental, intento de incrementar la eficacia por ingestión masiva de una medicación, intoxicación con drogas, ni a otros tipos de autoagresión.

La ideación suicida se define como pensamientos de muerte (auto o heteroinfringida) o pensamientos acerca del suicidio con intentos de neutralización.<sup>6</sup> Debido a la baja especificidad la idea suicida es solo un pobre predictor del riesgo futuro de intento suicida. Es importante distinguir los pacientes que presentan un intento suicida fallido de aquellos, cuyos intentos suicidas no representan un peligro médico inmediato. El comportamiento de estos últimos ha sido llamado parasuicidio o gesto suicida, el cual se caracteriza por la impulsividad y la utilización de métodos menos letales, muchas veces sin fines determinados de quitarse la vida. Las mujeres llevan a cabo más gestos suicidas, mientras los hombres presentan más suicidios consumados o intentos

---

<sup>6</sup> American Psychiatric Association, 1994.

severos fallidos, los cuales se caracterizan por un mayor grado de planeación (Mann & Arango, 1992).

A lo largo de los años, ha habido múltiples definiciones y descripciones de este fenómeno. Definió el suicidio como "el acto consciente de auto aniquilación, que se entiende como un malestar pluridimensional en un individuo que percibe este acto como la mejor solución".<sup>7</sup>

Stengel en 1961, diferenció entre el intento y la tentativa de suicidio. En el intento, hay intención autolítica, pero por impericia o fallos en el método no se ha logrado. En la tentativa, conducta parasuicida o comúnmente llamado gesto autolítico, no existe la voluntad de morir, sino que más bien es una forma de pedir ayuda o un intento de modificar situaciones para lograr un beneficio secundario. No obstante, hay conductas parasuicidas que han acabado en suicidios consumados.

Esta proliferación de definiciones, obligó a la OMS (1976) a intentar unificar la terminología y a proponer unos términos concretos que son: Acto suicida: hecho por el que un sujeto se causa a sí mismo lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos.

Suicidio: muerte que resulta de un acto suicida. Intento de suicidio: acto suicida cuyo resultado no fue la muerte.

### **2.2.1 Criterios equivocados y científicos con respecto al suicidio**

Existen diversos criterios erróneos con respecto al suicidio, a los suicidas y a los que intentan el suicidio, que deben ser eliminados si se desea colaborar con este tipo de personas.<sup>8</sup>

Criterio equivocado: El que se quiere matar no lo dice.

---

<sup>7</sup> Edwin Shneidman.

<sup>8</sup> Psicología de la conducta anormal de Davison.

Criterio científico: De cada diez personas que se suicidan, nueve de ellas dijeron claramente sus propósitos y la otra dejó entrever sus intenciones de acabar con su vida.

Criterio equivocado: El que lo dice no lo hace.

Criterio científico: Todo el que se suicida expresó con palabras, amenazas, gestos o cambios de conducta lo que ocurriría.

Criterio equivocado: Los que intentan el suicidio no desean morir, sólo hacen el alarde.

Criterio científico: Aunque no todos los que intentan el suicidio desean morir, es un error tildarlos de alardosos, pues son personas a las cuales les han fracasado sus mecanismos útiles de adaptación y no encuentran alternativas, excepto el intentar contra su vida.

Criterio equivocado: Si de verdad se hubiera querido matar, se hubiera tirado delante de un tren.

Criterio científico: Todo suicida se encuentra en una situación ambivalente, es decir, con deseos de morir y de vivir.

El método elegido para el suicidio no refleja los deseos de morir de quien lo utiliza, y proporcionarle otro de mayor letalidad es calificado como un delito de auxilio al suicida (ayudarlo a que lo cometa).

Criterio equivocado: El sujeto que se repone de una crisis suicida no corre peligro alguno de recaer.

Criterio científico: Casi la mitad de los que atravesaron por una crisis suicida y consumaron el suicidio, lo llevaron a cabo durante los tres primeros meses tras la crisis emocional, cuando todos creían que el peligro había pasado. Ocurre que cuando la persona mejora, sus movimientos se hacen más ágiles, está en condiciones de llevar a vías de hecho las ideas suicidas que aún persisten, y antes, debido a la inactividad e incapacidad de movimientos ágiles, no podía hacerlo.



Criterio equivocado: Todo el que intenta el suicidio estará en ese peligro toda la vida.

Criterio científico: Entre el 1 % y el 2 % de los que intentan el suicidio lo logran durante el primer año después del intento y entre el 10 al 20 % lo consumarán en el resto de sus vidas. Una crisis suicida dura horas, días, raramente semanas, por lo que es importante reconocerla para su prevención.

Criterio equivocado: Todo el que se suicida está deprimido.

Criterio científico: Aunque toda persona deprimida tiene posibilidades de realizar un intento de suicidio o un suicidio, no todos los que lo hacen presentan este desajuste. Pueden padecer esquizofrenias, alcoholismo, trastornos del carácter, etc.

Criterio equivocado: Todo el que se suicida es un enfermo mental.

Criterio científico: Los enfermos mentales se suicidan con mayor frecuencia que la población en general, pero no necesariamente hay que padecer un trastorno mental para hacerlo. Pero no caben dudas de que todo suicida es una persona que sufre.

Criterio equivocado: El suicidio se hereda.

Criterio científico: No está demostrado que el suicidio se herede, aunque se puedan encontrar varios miembros de una misma familia que hayan terminado sus vidas por suicidio. En estos casos lo heredado es la predisposición a padecer determinada enfermedad mental en la cual el suicidio es un síntoma principal, como por ejemplo, los trastornos afectivos y las esquizofrenias.

Criterio equivocado: El suicidio no puede ser prevenido pues ocurre por impulso.

Criterio científico: Toda persona antes de cometer un suicidio evidencia una serie de síntomas que han sido definidos como síndrome presuicidal, consistente en constricción de los sentimientos y el intelecto, inhibición de la agresividad, la cual ya no es dirigida hacia otras personas reservándola para sí,

y la existencia de fantasías suicidas, todo lo que puede ser detectado a su debido tiempo y evitar se lleven a cabo sus propósitos.

Criterio equivocado: Al hablar sobre el suicidio con una persona en este riesgo se le puede incitar a que lo realice.

Criterio científico: Está demostrado que hablar sobre el suicidio con una persona en tal riesgo en vez de incitar, provocar o introducir en su cabeza esa idea, reduce el peligro de cometerlo y puede ser la única posibilidad que ofrezca el sujeto para el análisis de sus propósitos autodestructivos.

Criterio equivocado: El acercarse a una persona en crisis suicida sin la debida preparación para ello, sólo mediante el sentido común, es perjudicial y se pierde el tiempo para su abordaje adecuado.

Criterio científico: Si el sentido común nos hace asumir una postura de paciente y atenta escucha, con reales deseos de ayudar al sujeto en crisis a encontrar otras soluciones que no sean el suicidio, se habrá iniciado la prevención.

Criterio equivocado: Sólo los psiquiatras pueden prevenir el suicidio.

Criterio científico: Es cierto que los psiquiatras son profesionales experimentados en la detección del riesgo de suicidio y su manejo, pero no son los únicos que pueden prevenirlo. Cualquiera interesado en auxiliar a este tipo de personas puede ser un valioso colaborador en su prevención.

Criterio equivocado: El tema del suicidio debe ser tratado con cautela por los problemas sociopolíticos que ocasiona.

Criterio científico: El tema del suicidio debe ser tratado de igual forma que otras causas de muerte, evitar las noticias sensacionalistas y aquellos manejos que provoquen la imitación de esa conducta. Por otra parte, el suicidio como causa de muerte, se observa en países de regímenes socioeconómicos diferentes, desde los muy desarrollados hasta los que apenas tienen recursos, pues responde a factores diversos, como son los biológicos, psicológicos, sociales, psiquiátricos, existenciales, etc.

El suicidio es una conducta compleja en la que intervienen múltiples factores y en la que existen tres fases: 1) Idea suicida en la que el sujeto piensa en cometer suicidio. 2) Duda o fase de ambivalencia donde el individuo pasa de la idea a plantearse la posibilidad de pasar a la acción, como solución a sus conflictos. Suele ser variable en la duración y en los individuos impulsivos esta fase puede ser breve o no existir. 3) Decisión en la que ya se pasa a la acción.

### 2.2.2 El comportamiento suicida

<sup>9</sup>El comportamiento suicida abarca las siguientes manifestaciones:

**1- El deseo de morir.** Representa la inconformidad e insatisfacción del sujeto con su modo de vivir en el momento presente y que puede manifestar en frases como: “la vida no merece la pena vivirla”, “lo que quisiera es morirme”, “para vivir de esta manera lo mejor es estar muerto” y otras expresiones similares.

**2- La representación suicida.** Constituida por imágenes mentales del suicidio del propio individuo, que también puede expresarse manifestando que se ha imaginado ahorcado o que se ha pensado ahorcado.

**3- Las ideas suicidas.** Consisten en pensamientos de terminar con la propia existencia y que pueden adoptar las siguientes formas de presentación:

*-Idea suicida sin un método específico, pues el sujeto tiene deseos de matarse pero al preguntarle cómo lo va a llevar a efecto, responde: “no sé cómo, pero lo voy a hacer”.*

*-Idea suicida con un método inespecífico o indeterminado en la que el individuo expone sus deseos de matarse y al preguntarle cómo ha de hacerlo, usualmente responde: “De cualquier forma, ahorcándome, quemándome, pegándome un balazo.”*

*-Idea suicida con un método específico no planificado, en la cual el sujeto desea*

---

<sup>9</sup> Modelo Cognitivo del suicidio., Estrés Cognición y Suicidio.

suicidarse y ha elegido un método determinado para llevarlo a cabo, pero aún no ha ideado cuándo lo va a ejecutar, en qué preciso lugar, ni tampoco ha tenido en consideración las debidas precauciones que ha de tomar para no ser descubierto y cumplir con sus propósitos de autodestruirse.

*-El plan suicida o idea suicida planificada*, en la que el individuo desea suicidarse, ha elegido un método habitualmente mortal, un lugar donde lo realizará, el momento oportuno para no ser descubierto, los motivos que sustentan dicha decisión que ha de realizar con el propósito de morir.

**4- La amenaza suicida.** Consiste en la insinuación o afirmación verbal de las intenciones suicidas, expresada por lo general ante personas estrechamente vinculadas al sujeto y que harán lo posible por impedirlo. Debe considerarse como una petición de ayuda.

**5- El gesto suicida.** Es el ademán de realizar un acto suicida. Mientras la amenaza es verbal, el gesto suicida incluye el acto, que por lo general no conlleva lesiones de relevancia para el sujeto, pero que hay que considerar muy seriamente.

**6- El intento suicida**, también denominado parasuicidio, tentativa de suicidio, intento de autoeliminación o autolesión intencionada. Es aquel acto sin resultado de muerte en el cual un individuo deliberadamente, se hace daño a sí mismo.

**7- El suicidio frustrado.** Es aquel acto suicida que, de no mediar situaciones fortuitas, no esperadas, casuales, hubiera terminado en la muerte.

**8- El suicidio accidental.** El realizado con un método del cual se desconocía su verdadero efecto o con un método conocido, pero que no se pensó que el desenlace fuera la muerte, no deseada por el sujeto al llevar a cabo el acto.

**9- Suicidio intencional.** Es cualquier lesión auto infligida deliberadamente realizada por el sujeto con el propósito de morir y cuyo resultado es la muerte. En la actualidad aún se debate si es necesario que el individuo desee morir o no, pues en este último caso estaríamos ante un suicidio accidental, en el que no existen deseos de morir, aunque el resultado haya sido la muerte.

De todos los componentes del comportamiento suicida, los más frecuentes son las ideas suicidas, los intentos de suicidio y el suicidio consumado, sea accidental o intencional.

Las ideas suicidas son muy frecuentes en la adolescencia sin que ello constituya un peligro inminente para la vida, si no se planifica o se asocia a otros factores, llamados de riesgo, en cuyo caso adquieren carácter mórbido y pueden desembocar en la realización de un acto suicida.

El intento de suicidio es muy común entre los adolescentes con predisposición para esta conducta y se considera que por cada adolescente que comete suicidio, lo intentan cerca de trescientos.

Cuando se plantea el tema del suicidio, el común de las personas suele quedarse en la eterna polémica acerca de si es un acto de cobardía o de valentía. Sin embargo, hay que dejar establecido que este no es el punto central del asunto, sino que lo importante es trascender a una reflexión más profunda que se aproxime a evaluar las emociones y los sentimientos que muy probablemente acompañan a una persona en los momentos previos a la decisión de auto eliminarse.

Al tratar de dar cuenta del planteamiento anterior, lo primero que se supone es la presencia, en el que un individuo que está a punto de suicidarse, tenga un cuadro de depresión -profunda, tristeza, desmotivación, baja autoestima, grandes culpas- la cual seguramente corresponde a la reacción que hace ante

una pérdida significativa que le está siendo difícil de elaborar y asimilar; podríamos hablar de que se trata de la muerte de un ser querido, de la pérdida inesperada del trabajo, de una ruptura afectiva o del diagnóstico de una enfermedad severa e irreversible, por enumerar algunas. Sin embargo el aumento considerable de las cifras de suicidios y la constatación de que las condiciones afectivas y socioeconómicas de muchas de las personas que se suicidan son bastante adecuadas y han llevado a que las investigaciones se orienten a indagar acerca de otras sensaciones que pueden conducir a la decisión de detener el transcurso de la vida.

Albert Camus afirmó en cierta ocasión que para los seres humanos «tan solo existe un problema auténticamente serio, y es (...) el de juzgar si la vida vale o no la pena de ser vivida...». En este contexto, podríamos decir que la interrogante ¿sobrevivir para qué? es seguramente una inquietud que acompaña a muchas personas antes de su decisión de suicidarse. Si partimos del supuesto de que a lo largo de nuestra existencia podemos llegar a alcanzar muchos éxitos, la conclusión obligada es que, para todos los seres humanos, la vida vale la pena ser vivida. Sin embargo, como ya se dijo, lo paradójico es que la cifra de personas que se suicidan a pesar de haber alcanzado logros importantes o estar rodeadas de condiciones de vida aceptables ha venido aumentando.

Al tratar de aclarar esta aparente contradicción entre éxito (comodidad, solvencia, compañía) y perder el interés por la vida, las investigaciones han derivado hacia la consideración de que si la condición que viven muchos suicidas no es precisamente la del fracaso, ni la de la angustia socioeconómica, entonces es la del ‘vacío existencial’, la de experimentar la vida como algo carente de sentido.

Víctor Frankl, padre de la logoterapia (terapia del sentido), afirma «... el riesgo de suicidio no depende de la intensidad de los impulsos suicidas dentro de una

persona, sino de su respuesta a dichos impulsos; y su reacción, a su vez, dependerá fundamentalmente de si considera o no la supervivencia como algo pleno de sentido, aun cuando sea doloroso».

Si bien al ser humano hay que asumirlo como un ser con la capacidad para crear y para amar, también hay que asumirlo con la capacidad para sufrir, lo verdaderamente importante en él es que un día llegue a encontrarle un sentido a cada una de estas condiciones y particularmente a su sufrimiento.

Nuestro paso por este mundo, en esencia, es alcanzar el objetivo de hacer valiosa nuestra existencia. Ahora, si la vida humana incluye inexorablemente el sufrimiento, no nos queda otra opción que concluir, con Frankl, que bajo esta condición «solo existe una manera de hacer frente a la vida: tener siempre una tarea que cumplir».

¿Hace valiosa nuestra existencia y le da un verdadero valor a nuestra vida cumplir exclusivamente con la tarea de hacer dinero, aumentar indefinidamente nuestras comodidades personales y por lo tanto gozar de condiciones para disfrutar de un tiempo ilimitado de ocio? El caso de los suicidas de los que hemos venido hablando, que a pesar de haber ‘cumplido con esta tarea’ en un momento de sus vidas experimentan la sensación de frustración y vacío existencial, por lo tanto nos conduce a la conclusión de que el verdadero sentido y el verdadero valor de la vida está en entender que sobrevivir depende de que haya un ‘para qué’ o un ‘para quién’.

Lo que a los seres humanos nos hace indefectiblemente humanos, es decir, seres plenamente diferenciados de otros seres vivos es nuestra condición espiritual, entendiendo lo espiritual como la capacidad para trascender nuestra mera individualidad. Por este camino es que hay que comprender que el «hecho más humano es aquel de estar siempre dirigidos apuntando hacia algo o alguien

distinto de uno mismo: hacia un sentido que cumplir u otro ser humano que encontrar, una causa a la cual servir o una persona a la cual amar», V. Frankl.

### 2.2.3 Intentos autolíticos previos

Pérez, S. (1997). En el capítulo “Comportamiento Suicida” define a los Intentos Autolíticos Previos como aquellos actos sin resultado de muerte en el cual un individuo deliberadamente, se hace daño a sí mismo.<sup>10</sup>

Mendoza, M (2003) en su artículo “Suicidio” define el riesgo suicida como la posibilidad de que un paciente atente deliberadamente contra su vida. Dicho riesgo se incrementa si existe la idea de minusvalía de la vida, deseo de muerte por considerarla un descanso, amenazas y tentativas suicidas previas. (Ej.: una persona con una enfermedad grave, que deja de alimentarse para morir).

García, E. (2003) En su artículo “Suicidio y Riesgo de Suicidio” afirma que la conducta suicida no es una conducta aleatoria y ya desde las primeras descripciones científicas de la misma se observó que hasta cierto punto se podía predecir, ya que se encontraba asociada a diversos factores sociales, psicológicos y biológicos. Conocer bien estos factores es de gran importancia para evaluar adecuadamente el riesgo autolítico de un individuo.

### 2.2.4 Intensidad de la ideación autolítica actual

<sup>11</sup>Pérez, S. (1997). Abarca un amplio campo de pensamiento que pueden adquirir las siguientes formas de presentación:

**El deseo de morir**, primer peldaño que indica la disconformidad del sujeto con su manera de vivir y puerta de entrada a la ideación suicida. Es común la expresión “la vida no merece la pena vivirla”, “para vivir a sí es preferible estar muerto”.

---

<sup>10</sup> Pérez, S. (1997) ¿Cómo evitar el suicidio en adolescentes?

<sup>11</sup> Pérez, S. (1997) ¿Cómo evitar el suicidio en adolescentes?



La representación suicida consistente en fantasías pasivas de suicidio (imaginarse ahorcado). La idea suicida sin un método determinado, cuando el sujeto desea suicidarse y al preguntarle como ha de hacerlo, responde que no sabe como. La idea suicida con un método indeterminado, cuando el sujeto desea suicidarse y al preguntarle como ha de quitarse la vida responde que de cualquier forma, ahorcándose, quemándose, pegándose un tiro, precipitándose, sin mostrar preferencia por uno de ellos aún.

La idea suicida con un método determinado sin planificación en la cual el sujeto expresa sus intenciones suicidas mediante un método específico pero sin haber elaborado una adecuada planificación.

La idea suicida planificada o plan suicida en la que el individuo sabe cómo, cuándo, dónde, por qué y para qué ha de realizar el acto suicida y toma, por lo general las debidas precauciones para no ser descubierto. Señala que las circunstancias en que se produce un intento suicida son aquellas particularidades que acompañan al acto suicida, entre las que se mencionan la localización o lugar donde ocurrió(familiar, no familiar, remoto, cercano), la posibilidad de ser descubierto(elevada, incierta, improbable, probable, accidental), accesibilidad para el rescate(pedir ayuda, dejar notas u otros indicios que faciliten ser encontrado, o por el contrario, tomar las precauciones necesarias para no ser descubierto), tiempo necesario para ser descubierto, probabilidad de recibir atención médica, etc.

Eguiluz, L. (2003) *Perspectivas Sistémicas, Ideación Suicida*. La define como aquellos pensamientos que son intrusivos y repetitivos sobre la muerte autoinfringida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir.

Además en su investigación encontró lo siguiente: Las circunstancias en que se produce el suicidio, están referidas al lugar en donde se realiza el intento suicida, si existe alguien próximo, tiempo para ser descubierto, posibilidad de

ser rescatado, posibilidad de ser descubierto y si existe la posibilidad de recibir ayuda médica

(Rozados, R. 2002. ¿Tiene usted depresión?), Afirma que la mayor parte de los que presentan riesgo suicida están, además, deprimidos. Los dos principales motivos por los que una persona se deprime son, en primer lugar, la pérdida del control sobre su situación vital y sus emociones y, en segundo lugar, la pérdida de toda visión positiva del futuro (desesperación). Ante la depresión y las ideas suicidas que de ella derivan sólo puede resultar eficaz una terapia que ayude a recuperar el control y la esperanza.

La depresión hace que nuestra visión del mundo circundante se estreche hasta tal punto que llegamos a distorsionar la realidad. Nos fijamos únicamente en los aspectos negativos de la vida, y los positivos los pasamos de largo como si no tuvieran importancia alguna o, sencillamente, no existieran.

La enfermedad psiquiátrica con más riesgo de suicidio es la depresión (entre un 10 y un 15%). Los momentos de la enfermedad con más riesgo, son cuando disminuye la inhibición y la melancolía (empiezan a mejorar) o cuando se inicia la depresión. Los tres síntomas de la depresión relacionados con el suicidio son:

- Aumento del insomnio.
- Abandono del cuidado personal.
- Aumento del deterioro cognitivo.

Existen varias opiniones sobre la significación de los síntomas psiquiátricos en el paciente suicida, aunque la mayoría de las revisiones nos indican que en una proporción del 70%, los intentos de suicidio presentan una condición depresiva que es fácil de reconocer.

Los depresivos endógenos corren mayor riesgo que los depresivos reactivos, los intentos de suicidio son impulsivos, pueden decidirse una hora antes. Son especialmente comunes entre las mujeres menores de 35 años (más entre 15 y 24 años), los hombres lo hacen en edad más avanzada. Por clases sociales es más común en las más bajas, pero más efectivo entre las clases altas y grupos

profesionales de alto estatus económico. No hay ninguna clase o tipo específico de persona que pueda tener la seguridad de no albergar jamás pensamientos suicidas. Los médicos, los terapeutas y los adolescentes ocupan los primeros puestos en las estadísticas de suicidios consumados; si bien parece que en personas con firmes convicciones religiosas es más infrecuente el intento de suicidio.

Vega, J. (2003) "La depresión": La depresión interfiere de forma importante con la vida del paciente, pudiendo afectar el trabajo, los estudios, y la relación con su familia y con sus amistades. Además, es una causa importante de discapacidad con las repercusiones económicas y sociales que ésta implica. Por otro lado, la depresión tiene consecuencias importantes sobre la salud física del paciente, poniéndolo en mayor riesgo de desarrollar problemas del corazón (enfermedad coronaria) y debilitamiento de los huesos (osteoporosis). Las personas deprimidas están en mayor riesgo de morir no sólo por la posibilidad de cometer suicidio, sino también por las complicaciones físicas mencionadas.

Macias, E. (2004) "Suicidio en la adolescencia" Durante la *adolescencia*, etapa de *desarrollo* por la que atraviesa todo individuo, se presentan en los jóvenes cambios difíciles que les producen ansiedad y *depresión* hasta llegar, en muchas ocasiones, a una tentativa de *suicidio*. Este intento plantea el problema de la depresión como vivencia existencial y como una verdadera *crisis* de la adolescencia.

La manipulación de la idea de *la muerte* en el joven suele ser frecuente, pero debe hacerse la diferencia entre el adolescente que piensa en el suicidio como una llamada de auxilio, como una manera de comunicar su descontento a los demás, el que ve el suicidio como una idea romántica y aquél que realmente lo lleva a cabo.

### 2.2.5 Otros aspectos relacionados con las tentativas

Mazza, P. (2003) "Suicidio. Es más acertado afirmar que los mismos factores que llevan a las personas al *alcohol* o las *drogas*, las lleven a intentos de cometer actos suicidas. Los factores de aislamiento social o psicológico y los estados depresivos tienen una mayor importancia en momentos de cometer el suicidio. El aislamiento psicológico producido a veces por la ruptura de los lazos afectivos, por las carencias endémicas de afecto o por la frustración de determinadas expectativas.

Desde el punto de vista ético, la causa más inmediata suele ser la desesperación, situación extrema a la que se llega por diversas influencias. Dejando de lado los casos patológicos (trastornos mentales habituales o esporádicos de difícil valoración moral) y el reconocimiento de la frialdad y cálculo, muy pocas veces coexisten con un gesto contrario al instinto de conservación del hombre. Tampoco puede excluirse el hecho de decisiones trágicas tomadas con la deliberación suficiente de quien sabe lo que hace y por qué lo hace.

Como causa principal a las que se reducen todas las demás, a de señalarse el concepto materialista de la vida y la consiguiente insatisfacción que producen los fracasos. La angustia y la ansiedad que provocan el suicidio son efecto de una exagerada sensibilidad o de falta de ideales, acabando por quitar todo sentido a la existencia, cuando se cae en una apreciación de los acontecimientos.

Rozados, R. (2004) "Comprendiendo el pensamiento suicida." Los suicidios son fenómenos individuales, que responden esencialmente a causas sociales. Hay corrientes suicidógenas, que recorren la sociedad. Estas corrientes se originan no en el individuo, sino en la colectividad y son causa real o determinante de los suicidios. Si tales o cuales individuos se suicidan, ello responde probablemente al hecho de que estaban predispuestos por su constitución psicológica; las

circunstancias sociales que crean las corrientes suicidógenas, y que determinan estas predisposiciones psicológicas.

Mann, propone un modelo diátesis-estrés para explicar diferentes manifestaciones de intentos suicidas que corresponden a diferentes hallazgos neurobiológicos. Estresores típicos asociados a intentos suicidas que se expresan como hiperactividad del sistema noradrenérgico incluyen: episodios agudos de un trastorno psiquiátrico, episodio de consumo de alcohol o sedantes que desinhiben al individuo, una enfermedad médica aguda o eventos vitales adversos.

En cambio, otros individuos presentan una vulnerabilidad o predisposición al comportamiento suicida sin importar el tipo de estresores o su severidad con una considerable estabilidad a través del tiempo. La severidad de la depresión, por ejemplo, no difiere entre los que ejecutan un intento suicidas y los que no, lo que sugiere que un factor adicional al estresor determina el riesgo suicida (Minkoff et al., 1973). La hipoactividad del sistema serotoninérgico a nivel de corteza prefrontal ventral y la disminución del 5-HIAA en LCR pueden servir como marcadores biológicos para eventos suicidas futuros independientemente del diagnóstico psiquiátrico (Asberg et al., 1986 ; Roy et al., 1986 ; Cooper et al., 1992),<sup>12</sup> con excepción tal vez, de los pacientes con trastorno afectivo bipolar donde los que intentan el suicidio no difieren en los niveles de 5-HIAA en LCR con respecto a los que no lo intentan (Berrettini et al., 1986).

En estos casos un intento suicida es seguido por múltiples intentos cuya letalidad se incrementa y el comportamiento suicida está determinado por factores genéticos, enfermedades crónicas (como epilepsia), migraña, enfermedad de Huntington, alcoholismo o dependencia a sustancias y niveles bajos de colesterol.

---

<sup>12</sup> Terapia Cognitiva Aplicada a La Conducta Suicida.

Las características de personalidad del individuo juegan también un papel importante en la génesis del comportamiento suicida. Desde la perspectiva cognitiva, se ha demostrado que los individuos suicidas tienen mucha dificultad para resolver problemas, su pensamiento es dicotómico (todo o nada) y son poco flexibles en sus operaciones cognitivas.<sup>13</sup> Exhiben además un bajo umbral para el "dolor emocional", tienen redes de soporte social limitadas y caracterizadas por el conflicto frecuente y experimentan constantes e intensas situaciones de estrés vital (Chiles & Strosahl, 1993). Bajo esta perspectiva, el comportamiento suicida es visto como un comportamiento aprendido enfocado a la resolución de problemas y empleado cuando el individuo siente que no tiene otras opciones disponibles. El comportamiento suicida es formado y mantenido a través de reforzadores internos y externos: el alivio de la ansiedad y el aislamiento del entorno estresante, respectivamente. Existen tres condiciones básicas que predisponen a un individuo al comportamiento suicida: experimentar un dolor físico o emocional como intolerable, inescapable e interminable (Chiles et al., 1989).

Son varios los factores de riesgo para suicidio como un trastorno psiquiátrico, intento o gesto suicida previo reciente, (70% de los casos), manejo de armas, aislamiento, enfermedad médica crónica, terminal, dolorosa, debilitante, neoplásica o infecciosa (SIDA), desempleo, alcoholismo y fármaco dependencia, habitar en área urbana, en clases sociales extremas, inmigración.

Encarcelamiento, raza blanca, antecedentes familiares de suicidio, pérdida parental temprana, relaciones familiares caóticas y escasa prescripción psicotrópica (Roy, 1982; Heikkinen et al., 1992).

En adolescentes el riesgo es por la agresión impulsiva, el comportamiento suicida familiar, un intento suicida previo y el uso y abuso de sustancias, son

---

<sup>13</sup> Terapia Cognitiva Aplicada a La Conducta Suicida.

factores de riesgo para suicidio consumado. Los intentos suicidas son más frecuentes en adolescentes con trastornos psicológicos (principalmente depresión mayor) y comportamiento antisocial. Estados emocionales intensos como ansiedad, rabia, desesperanza y depresión han sido descritos previos al intento suicida en este grupo de edad (Greenhill & Waslick, 1997).

En adición a la edad y al género, otros factores demográficos interactúan con mecanismos de predisposición biológica y conducen a la presentación de diferentes tasas de suicidio de acuerdo a la raza, estado marital, religión o nivel laboral. Las tasas de suicidio son más altas en protestantes que en católicos o judíos, en desempleados, en solteros, divorciados y viudos (Giraldo, 1989; Chiles & Strosahl, 1993).

### **2.3 Factores desencadenantes**

#### **1. Sociales**

El estilo de vida moderno, cultura "light", consumismo exagerado, falta de autoridad, manipulación fácil, falta de valores y referencias, desarraigos graves, disolución familiar, tecnicismo avasallador, ausencia de significatividad religiosa, sexualidad deshumanizada, alto grado de agresividad. Algunos autores hablan del suicidio anómico (el que tiene lugar después de una ruptura social importante), el altruista (para salvar el honor familiar o personal o para que otros no se hagan cargo de su persona) y el egoísta (los que nunca estuvieron integrados en la sociedad y que no pertenecen a ella).

#### **2. Factores psicológicos**

Personalidad impulsiva y con baja tolerancia al fracaso, dependientes y con expectativas excesivamente ambiciosas o irreales.

### **3. Factores psicopatológicos**

Trastornos del ánimo (depresión, enfermedad bipolar, distimia), trastornos psicóticos, obsesivo-compulsivos, trastorno límite.

**4. Antecedentes familiares** Mayor riesgo cuando hay antecedentes por posible contaminación psicológica y/o historia de enfermedad psiquiátrica (enfermedad bipolar). Se destacan mala comunicación, alcoholismo, lazos familiares rotos.

### **5. Factores etiológicos agudos**

Depresión grave, desesperación, pérdida significativa (muerte, separación, pérdida económica, etc.), interrupción de medicación, intoxicación por alcohol o drogas.

### **6. Triángulo letal de Schneiderman**

Síntomas característicos que acompañan a la persona cuando está a punto de cometer suicidio:

- a) Baja auto-estima.
- b) Agitación extrema en la cual la persona se encuentra muy pensada y no discierne claramente; las decisiones intelectuales se transforman en decisiones impulsivas de orden afectivo.
- c) "Visión en túnel" ("no se ve otra cosa que la muerte como salida") o limitación en las posibilidades intelectuales que determinan que el sujeto no puede discernir serenamente más allá de la situación inmediata.

## **2.4 Factores etiológicos de adolescente y adultos**

### **Adolescentes**

Padres divorciados, alcohólicos o depresivos, embarazos no deseados, pérdida de autoestima (por discusión familiar, humillación, fracaso escolar,



homosexualidad, inadaptación y rechazos sociales, etc.), abuso de alcohol o drogas, trastorno de la conducta, fracaso del noviazgo, contacto con familiares o sobrevivientes de suicidio (alto grado de contaminación), traslados de domicilio, pérdidas de amigos, incapacidad de adaptación a nuevos estilos de vida, carencia de estructura o límites familiares, amputación del futuro ("ya nada me ilusiona"), deseo fantasiosos de castigar o manipular a los seres queridos.

### **Adultos**

Depresión o trastorno de la personalidad, desempleo o inestabilidad laboral, duelo (reunificación mágica, urgencia de sustraerse al dolor), infidelidad y problemas sexuales, divorcio, violencia familiar, abortos, prisión.

## **2.5 Teorías que explican la conducta suicida**

**Teoría psicológica.** Las principales formulaciones psicológicas de la conducta suicida se inician con Freud y seguidores, quienes consideran el suicidio como un crimen al cual se le ha dado un giro de 180 grados, describen la ambivalencia amor y odio presente en todo suicida la incapacidad poco común de amar a otros detrás de todo suicida, así como la asociación del suicidio como forma de agresividad con el instinto de muerte.

**Teoría psicoanalítica de Freud.** Propuso dos hipótesis importantes para la explicación del suicidio, la primera es una extensión de su teoría sobre la Depresión, y en su esencia concibe a este como un crimen. Cuando una persona pierde a alguien quien de manera ambivalente, amaba y odiaba e introyecta a dicha persona, la agresión queda dirigida a uno mismo. Si estos sentimientos son demasiado intensos, se comete el suicidio. La segunda teoría postula que el

instinto de muerte. Tanatos, puede ser dirigido hacia si mismo y hacer que uno se quite la vida.<sup>14</sup>

Hendin menciona las fantasías inconscientes más frecuentes de los suicidas, entre las que se encuentran: deseo hostil de venganza, deseo culpable de castigo, deseo esperanzado de rescate, etc.

Para Adler, el suicidio afecta a personalidades dependientes, con autoestimas claramente bajas, egocéntricas y agresivas veladas o abiertamente.

Menniger considera que el suicidio se hace efectivo si se combinan muchas circunstancias y factores, existiendo tres elementos esenciales en todo comportamiento suicida: el deseo de matar, el deseo de morir y el deseo de ser matado.

Para Shneidman, el suicidio es un dolor psíquico y considera que en la última centuria se ha hablado fundamentalmente de cuatro aspectos psicológicos del suicidio: lucha; en la que quedan incluidos los significados de asesinatos, agresión, rabia, revancha, deseos de matar, etc. Huida, en las que están incluidos los significados de escape, rescate, sueño, renacer, reunión, deseos de morir, etc. Susto; en la que se incluyen los significados de desolación, desesperanza, confusión, miedo, soledad, pánico, dolor psíquico, etc. Carga; en la que quedan incluidos los significados de vulnerabilidad genética, historia familiar de suicidios, enfermedades mentales en la familia, historia de abusos, etc. En inglés estas cuatro palabras tienen gran parecido (las 4 F): fight, flight, fright, freight.

**Teoría psiquiátrica.** Es la que considera el suicidio como una manifestación de una patología psiquiátrica y sus orígenes se remontan a la mitad del siglo XIX. Para Esquirol “todo suicidio es el efecto de una enfermedad o un delirio agudo”. Consideró el suicidio como un síntoma del trastorno mental, aunque también

---

<sup>14</sup> Psicología de la Conducta Anormal, Davison

como el resultado de pasiones humanas. Más recientemente opinan que la mayoría de los suicidas sufren de una depresión, sea como trastorno o como síntoma, llegando algunos a considerar que en ausencia de una enfermedad psiquiátrica raramente un individuo termina su vida por suicidio. Por último, padecer una enfermedad mental es un factor probado de riesgo suicida.

**Teoría sociológica del suicidio.** Entre ellas tenemos la de Durkheim, quien hipotetiza que el suicidio es la resultante de la perturbación existente entre la sociedad y el sujeto según se vea comprometida su integración social o según sean las regulaciones impuestas por la sociedad al individuo, clasificándolos en altruistas o egoístas según grado de integración social; y dependiendo del nivel de regulación en anómicos o fatalistas. La teoría de subcultura considera que los modos de vida urbano y rural determinan las diferencias existentes entre las tasas de suicidio de ambos medios. La teoría de cambio de estatus coincide en que un cambio repentino en la posición social tiene cierta posibilidad de conducir al suicidio sobre todo si era una movilidad descendente. Por último la teoría de la integración de estatus plantea que más estables y duraderas sean las relaciones sociales, mayores expectativas y menos individuos ocupando estatus incompatibles, menor serán los suicidios.<sup>15</sup>

## **2.6 Insecticida arma para el suicidio**

Se han convertido en una "alternativa" para el suicidio las personas que lo ingirieron este insecticida perdieron la vida. Ya que destruye el hígado, pulmones, riñones.

Fernando Bejarano, de la Red de Acción sobre Plaguicidas y Alternativas en México (RAPAM), dice que los plaguicidas cuyos ingredientes activos están asociados a un perfil toxicológico que pueden provocar graves intoxicaciones agudas o un daño crónico a la salud por su exposición continua y a bajas dosis,

---

<sup>15</sup> Psicología de la Conducta Anormal, Davison

entre los campesinos. Además considera en la investigación "La Globalización de Riesgos Ambientales y de Salud Pública. Los Plaguicidas y Los Cultivos Transgénicos", que entre los 12 plaguicidas de mayor uso en México en 1999 podemos encontrar insecticidas, herbicidas y fungicidas que son posibles cancerígenos en humanos.

El suicidio se ha convertido en la tercera causa de muerte entre adolescentes en El Salvador, La primera son los accidentes y la segunda, las muertes por violencia.

Entre las medidas desesperadas del suicidio están, los métodos usados como: dispararse con un arma de fuego, y a veces siendo esta propiedad de sus padres; ingerir altas dosis de medicamentos, lanzarse al vacío e intoxicarse con plaguicidas. De hecho, este último es el método más usado por los jóvenes sobre todo por las mujeres.

### **2.6.1 Categorías toxicológicas**

Una Intoxicación: es un conjunto de signos y síntomas que revelan el desequilibrio del organismo producido por el efecto de los plaguicidas (venenos) en el cuerpo humano.

Generalidades de los problemas de salud producidas por intoxicación por plaguicidas: órgano fosforado, carbamatos, herbicidas y fumigantes debido a que la intoxicación con estas sustancias es una de las principales causas de morbimortalidad en este grupo poblacional.

Tóxico: Es una sustancia que al entrar en contacto con el cuerpo en suficiente cantidad puede causar daño temporal o permanente, las sustancias pueden ser inhaladas, absorbidas por la piel o la mucosa. Una vez en el cuerpo los venenos pueden abrirse paso hacia la corriente sanguínea y rápidamente ser transportadas a todos los tejidos del cuerpo.

### 2.6.1.1 intoxicaciones por plaguicidas

En la actualidad los plaguicidas que forman parte de la categoría toxicológica extremadamente peligrosos (I a) y altamente peligrosos (I b) según la de la mayor parte de sucesos de intoxicaciones agudas y muertes a nivel de los países en vías de desarrollo. Su alto grado de toxicidad hace imposible su manejo seguro, los agricultores están expuestos directamente a estos productos, lo manipulan permanentemente sin ningún tipo de protección, poniendo en riesgo su salud y la de su familia.

#### 2.6.1.1.1 Clasificación de plaguicidas<sup>16</sup>

##### *-Carbamatos organo fosforados.*

Bajo el nombre de Carbamatos se conocen más de 25 compuestos químicos, que se emplean principalmente como insecticidas, pero también algunos son usados como fungicidas, herbicidas o nematocidas. Organofosforados bajo este nombre se conocen más de 200 sustancias químicas que se emplean como insecticida y nematocidas, también se emplean, aunque la minoría como herbicidas y fungicidas. Entre ellos están:

Propoxu (baygón), Metil paratión (folidol), Benimil (benlate), metamidofos (tamarón), clorpirifos (losaban), Carbofurano (furater), fenamifos (malation), Metomil (lannate), malation (malation), sevin (sevin), Diaziron (basudin), temir (temir), foxin (volatòn).

##### *-Herbicidas fumigantes*

Herbicidas: son Productos usados para el control de las malezas indeseables en el cultivo determinado.

Los fumigantes se utilizan para el control de plagas en recintos cerrados, dada la alta volatilidad de la mayoría de estos productos. Pueden ser líquidos y vaporizarse rápidamente. Los siguientes son clasificaciones de esta categoría.

---

<sup>16</sup> Curso centroamericano a distancia sobre las intoxicaciones por plaguicidas PLAGSALUD/OPS

Paraquat Fosfaminas, Paraquat-Diquiat, Detia Gas, Phostoxinagasthion, Diquat Gramoxone-angloxone-gramoxil, Ramuron-x-irbarom, Renglone.

### ***-Rodenticidas***

Los Rodenticidas anticoagulantes son sustancias derivadas de la cumarina y la indandiona que son utilizados para el control de roedores. Son compuestos de baja solubilidad en agua y buena estabilidad a temperaturas normales.

#### **2.6.1.1.2 Modos de intoxicación por plaguicidas**

Puede deberse principalmente a:

- Exposición laboral: el paciente se intoxica con su trabajo aplicando plaguicidas, fumigando, envasando, distribuyendo, manipulando las sustancias.
- Accidental: cuando el paciente fue intoxicado al consumir o exponerse aun plaguicida del cual no tenía conocimientos.
- Intento de Suicidio: El paciente conoce el efecto mortal del plaguicida y lo ingiere o se expone con la intención de quitarse la vida.
- Homicidio: El paciente recibe el tóxico con engaños de otra persona con intención de quitarle la vida.

#### **2.6.1.1.3 Efectos generales de los plaguicidas**

De lejos, los insecticidas, fungicidas y herbicidas han sido los agrotóxicos de mayor desarrollo comercial en el mundo, con una participación aproximada del 95% del mercado mundial entre los años 1960 - 1990, a pesar de los impactos ambientales que generan debido a sus características toxicológicas (IDEAM, 1998).

#### 2.6.1.1.4 Principales plaguicidas que producen cuadros de intoxicación

**-Intoxicación por Órganos Fosforados y Carbamatos** (Inhibidores de la Colinesterasa). Aunque los órganos fosforados y carbamatos pertenecen a diferentes grupos químicos, presentan el mismo mecanismo de acción dado por inhibición de la actividad de la enzima acetilcolinesterasa, encargada de la degradación del neurotransmisor acetil colina. La acumulación de este ocasiona potenciación de los efectos colinérgicos.

**- Manifestaciones Clínicas:**

Leve: Debilidad, cefalea, visión borrosa u oscura, salivación

Moderada: Súbita debilidad generalizada, cefalea

Grave: Temblores súbitos, convulsiones generalizadas, trastornos psíquicos, cianosis intensa, edema pulmonar, muerte por fallo cardio respiratorio

**- Intoxicación por Herbicidas-Bipiridilos:**

Altamente tóxico e irritante de las membranas mucosas, después de un periodo de latencia de 7 a 14 días, provoca cambios proliferativos irreversibles en el epitelio de pulmones, riñones, además de daño hepático.

**-Manifestaciones Clínicas:**

Según la vía de entrada, se produce irritación de tejidos, conjuntivitis, malestar general, debilidad, ulceración del tracto digestivo, dolor abdominal, falla respiratoria, sangrado, disfunción pulmonar, renal y hepática.

**-Intoxicación de Fumigantes**

Los fumigantes son gases o líquidos muy volátiles, utilizados para controlar insectos en productos almacenados en el ser humano, producen intoxicaciones agudas y la exposición en mayor o menor grado al tóxico depende de factores

como: Tiempo de exposición, susceptibilidad, estado nutricional, aspectos educativos y culturales y en general las condiciones socio-económicas de la población.

#### *-Manifestaciones Clínicas*

Dérmica: Dermatitis, quemadura, epistaxis, conjuntivitis, daño corneal, irritación de la mucosa traqueal oral y esofágica, vómitos, malestar abdominal y diarrea.

Sistémicas: Es hepato y nefrotóxico, provoca disfunción del sistema nervioso central y fibrosis, ardor sub esternal y abdominal, disminución de la cantidad de orina (oliguria), coloración amarillenta de la piel y mucosas (ictericia) signos de insuficiencia respiratoria con disnea y cianosis.

*Síntomas o señales de intoxicación por plaguicidas:* camina como borracho, produce mucha saliva, tiene náuseas y vómitos, le duele el estómago y le da diarrea, tose y le cuesta respirar, suda mucho, le dan ataques o desmayos, le da mucho frío o calor.<sup>17</sup>

Syngenta es la corporación productora de agroquímicos más importante a escala mundial, que domina aproximadamente 20 por ciento del mercado de plaguicidas. Abarca una gama amplia de productos agroquímicos y semillas, particularmente variedades genéticamente modificadas.

En los últimos diez años se ha presentado una mayor concentración en la industria de productos agroquímicos y, de hecho, Syngenta se formó cuando el consejo directivo de la empresa suiza Noyartis y la sueco-británica AstraZeneca decidieron fusionar su producción de agroquímicos y semillas, estableciendo con ello la primera agro-empresa mundial. No obstante que la empresa describió como “difícil” la situación del mercado.

---

<sup>17</sup> I.C.I. Consejos para el manejo correcto de plaguicidas.



Los herbicidas, o plaguicidas que eliminan la maleza, abarcan la mayor parte del mercado de sustancias agroquímicas, cuyas ventas para el 2000 alcanzaron aproximadamente 14 mil millones de dólares, es decir, casi la mitad del valor del mercado mundial de plaguicidas. Syngenta domina 17% por ciento del mercado de plaguicidas, por medio de sus plaguicidas específicos (hechos para eliminar un tipo de maleza específico) y de uso general que eliminan casi cualquier planta.

La venta de herbicidas constituye un 38% por ciento de las operaciones comerciales de Syngenta, y su producto más importante es el paraquat; un herbicida de uso general muy controvertido que se vende en cientos de países con el nombre comercial de Gramoxone. La empresa afirma que Gramoxone es el segundo producto agroquímico más vendido en el mundo.

El paraquat se sintetizó por primera ocasión en 1882, no obstante fue hasta 1955 que ICI (precursora de Zeneca) descubrió sus propiedades herbicidas. Tiene mala reputación debido a su toxicidad aguda, la inexistencia de un antídoto, además de estar asociada con daños a la salud de los trabajadores agrícolas, particularmente en las plantaciones de los países en desarrollo. No se mencionan que el Gramoxone contiene paraquat.

La empresa hace referencia a la combinación de beneficios sin par del (Gramoxone). En todo el mundo contribuye a mejorar el rendimiento de los cultivos, incrementa la productividad y reduce la necesidad de utilizar gran cantidad de mano de obra. Es el herbicida que por primera vez hizo posible el concepto de agricultura con labranza mínima, conservación de la labranza y agricultura sin labranza... (Gramoxone) tiene la aprobación de las instancias, públicas encargadas de normatividad en más de cien países.

### ***Preocupaciones en torno al suicidio***

La ingestión deliberada o accidental de paraquat “ha sido la causa de la mayor parte de decesos por envenenamiento con plaguicidas. Es uno de los productos más populares para cometer suicidio en los países en desarrollo.” Se realizó un estudio en Sri Lanka, en el que se tomaron en cuenta 669 incidentes de envenenamiento, de los cuales 59 por ciento se debieron a la ingestión de agroquímicos siendo el paraquat el agente más común y una tasa de decesos de 68 por ciento. Otro estudio reveló que 1,156 personas se suicidaron ingiriendo plaguicida, principalmente paraquat. “Uno de los productos más populares para cometer suicidio en los países en desarrollo”.

A finales del decenio de 1980 los fabricantes agregaron a varias fórmulas de paraquat un pigmento azul, un componente que le daba un olor desagradable y una formulación emética; esto con el fin de evitar envenenamiento accidental por ingestión.

En respuesta a un informe relativo a la alta frecuencia de suicidios cometidos con la ingestión de paraquat en Trinidad, el fabricante del plaguicida señaló que ese tipo de suicidios estaba decreciendo, y que la capacitación y prácticas de manejo seguro habían reducido, si no eliminado, el envenenamiento accidental. Sin embargo, información reciente proveniente de los países en desarrollo no apoyan dicha afirmación y, por el contrario, se ha documentado el incremento de suicidios con ingestión de paraquat en Costa Rica.

#### **2.6.1.2 El peligro de sustancias toxicas persiste en Centroamérica**

La Organización Unidad Ecológica Salvadoreña UNES/ RAP-AL MAC convocó a una conferencia de prensa que se realizó en las instalaciones del Colegio Médico de San Salvador. El objetivo fue conmemorar el Día Mundial del NO Uso de Plaguicidas con un balance sobre la situación de los plaguicidas en El Salvador. Producto de esta convocatoria de prensa, el Diario Colatino publicó un amplio reportaje sobre la situación de los plaguicidas en Centroamérica.

## 2. TERMINOS BASICOS

Para entender la conducta suicida y todos sus componentes es necesario saber términos que acuñan esta problemática.<sup>18</sup>

**Actitudes hacia el suicidio.**- Conjunto de opiniones, criterios, sentimientos y conductas hacia el suicidio como forma de morir, quienes lo consuman, lo intentan o lo piensan. Dichas actitudes están estrechamente relacionadas con la cultura y por lo general se han dividido en dos grandes grupos: las actitudes punitivas y las permisivas. Las actitudes punitivas consideran la muerte por suicidio como un signo de cobardía, un pecado, algo que debe ser castigado. Las actitudes permisivas consideran el suicidio un derecho del sujeto, un acto de valor, una muestra de libertad personal, un acto heroico y éticamente aceptable.

**Acto suicida.**- Incluye el intento de suicidio y el suicidio.

**Ahogamiento.** Método suicida utilizado por las mujeres en Noruega.

**Ahorcamiento.** Uno de los principales métodos suicidas utilizados por el sexo masculino tanto en áreas urbanas como rurales.

**Amenaza suicida.**- Expresiones verbales o escritas del deseo de matarse. Tiene la particularidad de comunicar algo que está por suceder (acto suicida) a personas estrechamente vinculadas con el sujeto que realiza la amenaza.

**Antecedentes suicidas.**- Incluye, principalmente, los actos suicidas previos que haya realizado un sujeto. Puede ser utilizado también para referirse a la presencia de familiares que hayan tenido estos antecedentes.

**Arma de fuego.** Uno de los principales métodos suicidas.

**Asociación Internacional de Prevención del Suicidio.**- Una de las asociaciones encargadas del estudio y la prevención del suicidio. Se le conoce por las siglas IASP.

**Asociación Internacional de Tanatología y Suicidio.**- Una de las asociaciones encargadas del estudio de la muerte, el morir y el duelo, así como el estudio y la prevención el suicidio. Se le conoce con las siglas AITS.

---

<sup>18</sup> Términos extraídos de Diccionario de suicidología, Asociación de suicidología.

**Autolesión intencionada.-** En inglés “deliberate self harm” (dsh) .Nombre que sirve para designar el intento de suicidio.

**Automutilación.-** Acto mediante el cual un sujeto cercena o corta una parte cualquiera de su cuerpo. No necesariamente tiene que ser con propósitos suicidas.

**Autopsia psicológica.-** Investigación sobre el suicidio consumado realizada mediante entrevistas, estructuradas y semiestructuradas a los familiares del occiso, su médico tratante, vecinos, amigos y cuantas personas sean necesarias. Tiene como objetivo determinar si el suicidio fue la causa de la muerte así como los signos que presagiaron lo ocurrido. El término fue propuesto por el Profesor Norman Farberow, el Profesor Edwin Shneidman y el Profesor Curphey.

**Befrienders International.-** Nombre de la mayor organización de voluntarios en la prevención del suicidio. Se le conoce como BI.

**Centro de prevención del suicidio.-** Institución destinada al tratamiento de las personas en crisis suicida, en la que se ofrecen diversas modalidades terapéuticas de las que participan profesionales de la salud mental y voluntarios. Puede prestar atención cara a cara o mediante llamadas telefónicas.

**Cibersuicidio.-** Influencia de la información sobre suicidio aparecida en Internet en la incidencia de los suicidios en quienes navegan en la red de redes. Se pueden encontrar juegos suicidas, chistes suicidas y música para suicidas de preferencia rock metálico. Uno de los grupos más activos es alt. suicide. Holiday (ash) aparecido en la década de los 80, para aquellos que quieren discutir las opciones suicidas y para los que consideran el suicidio como una posibilidad abierta a todos. Se describen los métodos suicidas, desde los más conocidos y eficaces hasta los más frívolos, llegando a más de 40. Pueden aparecer notas suicidas y anuncios incitando al suicidio.

**Circunstancias suicidas.-** Son aquellas particularidades que acompañan al acto suicida, entre las que se mencionan la localización o lugar donde ocurrió(familiar, no familiar, remoto, cercano), la posibilidad de ser

descubierto(elevada, incierta, improbable, probable, accidental), accesibilidad para el rescate(pedir ayuda, dejar notas u otros indicios que faciliten ser encontrado, o por el contrario, tomar las precauciones necesarias para no ser descubierto), tiempo necesario para ser descubierto, probabilidad de recibir atención médica, etc.

**Comunicación suicida.-** Son las manifestaciones conscientes o inconscientes de la tendencia suicida. Tales manifestaciones deben aparecer en determinado contexto para ser interpretado como tales. En ocasiones esto no es posible hasta después de ocurrido el suicidio, lo cual se investiga mediante la autopsia psicológica.

**La comunicación suicida se clasifica de la manera siguiente:**

**Comunicación suicida directa verbal.-** Es aquella en la cual se expresa explícitamente los deseos del sujeto de poner fin a su vida, como por ejemplo:

“Me voy a matar”, “Me voy a suicidar”, “Lo que tengo que hacer es acabar de una vez por todas”.

**Comunicación suicida directa no verbal.-** Es aquella en la cual se realizan determinados actos que indican la posibilidad de que se realice un acto suicida en breve plazo como; acceder a los métodos, dejar notas de despedida, repartir posesiones valiosas, etc.

Comunicación suicida indirecta verbal.- Es aquella en la cual se expresan frases que no manifiestan las intenciones suicidas explícitamente pero si están implícitas en dicho mensaje, como en las siguientes frases:

“Quizás no nos volvamos a ver nuevamente”, “Quiero que me recuerden como una persona que a pesar de todo no fue mala”, “No se preocupen que no les daré más molestias”.

Comunicación suicida indirecta no verbal.- Consiste en la realización de actos que, aunque no indican la posibilidad suicida inminente, están relacionados con

una muerte prematura: hacer testamento, planificar los funerales, predilección por los temas relacionados con el suicidio, etc.

**Conducta autodestructiva.-** Término colectivo dado a un grupo de actos realizados por un sujeto que implican daño o riesgo de daño tales como quemarse a sí mismo con cigarrillos, mutilarse partes del cuerpo o realizar actos suicidas.

**Conducta suicida.-** Término colectivo que incluye los pensamientos suicidas, el intento de suicidio y el suicidio

**Contexto suicida.** Conjunto de elementos básicos necesarios para la autodestrucción.

**Contrato no suicida.-** Es un pacto que realiza el terapeuta con un sujeto en riesgo de suicidio que persigue como objetivo primordial comprometerlo a que no se dañe a sí mismo, a no intentar el suicidio, Responsabilizándolo con su propia vida. El contrato no suicida no garantiza que el sujeto no cometa suicidio, por lo cual nunca debe ser utilizado con aquellos individuos que no se encuentren en condiciones evidentes de cumplirlo.

**Crisis suicida.-** Es aquella crisis en la que, una vez agotados los mecanismos reactivo-adaptativos creativos y compensatorios del sujeto, emergen las intenciones suicidas, existiendo la posibilidad que el individuo resuelva o intente resolver la situación problemática mediante la autoagresión. Este tipo de crisis requiere un manejo apropiado del tiempo, ser directivos, y tratar de mantener a la persona con vida como principal objetivo. Su duración es variable, de horas o días, raramente semanas y la resolución puede ser el crecimiento personal con una mejor adaptación para vivir, la resolución con un funcionamiento anómalo que incrementa las posibilidades de una nueva crisis y la realización de un acto suicida.

**Cuidador.** Persona que ofrece sus cuidados a otro que los necesita.

**Daño autoinfligido.-** Son los efectos perjudiciales que resultan de la realización de un intento suicida o un suicidio. Incluye también las consecuencias de actos autodestructivos realizados por el sujeto sin la intención de morir.

**Duelo.** Manifestaciones reactivas a la muerte de un ser querido. En el duelo por un suicida sobresalen la estigmatización, las ideas suicidas, la culpabilidad, la búsqueda del por que, el temor ante el arrepentimiento tardío, cuando las fuerzas no eran suficientes para evitar la muerte próxima, entre las mas frecuentes.

**Efecto Werther.-** Término propuesto por D. P. Phillips en 1974 para describir el efecto de la sugestión en la conducta suicida. Johan Wolfgang von Goethe en 1774 publicó su novela Las penas del joven Werther en la que se cuenta la historia de un hombre joven, talentoso, quien se sume en especulaciones, ensoñaciones, hasta que desesperanzado por pasiones amorosas, se suicida mediante un disparo en la cabeza. Su venta tuvo que ser prohibida en diversos lugares de Europa porque desencadenó numerosos suicidios en jóvenes mediante el mismo método.

**Estrategias de prevención del suicidio.-** Manera de dirigir la prevención del suicidio. Existen estrategias nacionales y locales.

**Estresores agudos.-** Son los factores precipitantes de un acto suicida, común para todos los seres humanos pero que, en determinados individuos, puede desencadenar dicho acto. Entre los más frecuentes se pueden citar los conflictos amorosos, castigos o reprimendas de los padres en los adolescentes, pérdida de una relación valiosa, etc. Pueden considerarse como factores precipitantes o desencadenantes.

**Estresores crónicos.-** Son factores que predisponen a unos individuos y no a otros a la realización de un acto suicida, entre los que se incluyen la pérdida temprana de los progenitores por muerte, separación o divorcio, dificultades en la comunicación familiar, abuso de sustancias, promiscuidad sexual, dificultades escolares, desajuste conyugal, divorcios, inadaptación laboral, desocupación,

enfermedad física dolorosa y discapacitante, etc. Pueden considerarse como aquellos eventos que ocurren en la vida de los individuos y preparan las condiciones para que un estresor agudo conlleve a un acto suicida (la paja que quiebra o rompe la columna vertebral del camello que venía cargado)

**Factor de riesgo.-** Atributo o característica que confiere a un sujeto un grado variable de susceptibilidad para contraer determinada enfermedad o alteración de la salud. Tienen como características las siguientes: son individuales, pues lo que para algunos es un riesgo, para otros no representa problema alguno, son generacionales, ya que los factores en la niñez pueden no serlo en la adultez o la vejez, son genéricos porque los factores de riesgo en la mujer no son similares a los de los hombres, están mediatizados por la cultura y el entorno de los individuos, comprobándose que lo que es aceptado en determinado medio social puede ser reprobado en otros.

**Factores protectores del suicidio.-** Factores que, para una persona en particular, reducen el riesgo de realización de un acto suicidio, como el apoyo que se reciba en situaciones de crisis, el tratamiento del dolor en una enfermedad terminal, el tratamiento de las enfermedades depresivas, la adecuada capacidad para resolver problemas, la razonable autoestima y autosuficiencia, la capacidad para buscar ayuda en personas competentes, etc.

**Fuego.** Método suicida muy frecuente en determinados países principalmente Cuba y Sri Lanka

**Gesto suicida.-** Amenaza suicida tomando los medios disponibles para su realización pero sin llevarla a cabo. También queda incluido el intento de suicidio sin daño físico de importancia.

**Gran repetidor.-** Es el individuo que ha realizado tres o más intentos de suicidio.

**Grupos de Auto-ayuda.-** Conjunto de pacientes que tienen un problema de salud común y que deciden trabajar juntos por el bienestar de todos, por ejemplo: grupos de personas con intentos de suicidio y sobrevivientes.



**Grupo de riesgo suicida.-** Conjunto de personas que presentan algún factor de riesgo para la realización de un acto suicida como pueden ser los deprimidos, los que tienen ideas suicidas o amenazan con el suicidio, los que han intentado el suicidio, los sujetos en situación de crisis, los sobrevivientes, etc. Los enfermos mentales en comparación con la población en general, constituyen un importante grupo de riesgo para esta conducta.

**Grupos vulnerables.-** Son aquellos grupos de individuos que por su condición tienen más posibilidades de realizar un acto suicida que la población en general. Se incluyen los ancianos, las personas que viven solas, los inmigrantes no integrados al país receptor, los nativos minoritarios como son los prisioneros, etc. Los grupos vulnerables son grupos de riesgo.

**Idea suicida.-** Abarca un amplio campo de pensamiento que pueden adquirir las siguientes formas de presentación:

El deseo de morir, primer peldaño que indica la disconformidad del sujeto con su manera de vivir y puerta de entrada a la ideación suicida. Es común la expresión “la vida no merece la pena vivirla”, “para vivir así es preferible estar muerto”

La representación suicida consistente en fantasías pasivas de suicidio (imaginarse ahorcado).

La idea suicida sin un método determinado, cuando el sujeto desea suicidarse y al preguntarle como ha de hacerlo, responde que no sabe como.

La idea suicida con un método indeterminado, cuando el sujeto desea suicidarse y al preguntarle como ha de quitarse la vida responde que de cualquier forma, ahorcándose, quemándose, pegándose un tiro, precipitándose, sin mostrar preferencia por uno de ellos aún.

La idea suicida con un método determinado sin planificación en la cual el sujeto expresa sus intenciones suicidas mediante un método específico pero sin haber elaborado una adecuada planificación.

La idea suicida planificada o plan suicida es la que el individuo sabe cómo, cuándo, dónde, por qué y para qué ha de realizar el acto suicida y toma, por lo general las debidas precauciones para no ser descubierto.

**Incitación al suicidio.-** Estimular a otro u otros a realizar un acto suicida. Este acto es objeto de penalización por las leyes de diversos países por considerarse un delito contra la integridad de las personas

**Intervención.-** Conjunto de técnicas dirigidas a abortar una crisis suicida

**Intención suicida.-** Deseo deliberado de realizar un acto de suicidio. Grado de sinceridad o determinación de.

**Letalidad.-** Atributo de algunos métodos para provocar la muerte. Es la consecuencia de diversos factores tales como susceptibilidad individual, la posibilidad de recibir atención especializada inmediata, las condiciones del propio método entre las más significativas.

**Lógica suicida.-** Características comunes que conforman en conjunto una manera de pensar propia de los individuos suicidas, entre las que sobresale la urgente presión de acabar con la vivencia insoportable de dolor psíquico que padecen debido a la frustración de algunas necesidades psicológicas, la angustia, la desesperanza, la impotencia y el desamparo, restricción de la capacidad de encontrar alternativas no suicidas, fantasías de rescate, etc. Comparte muchas características del llamado Síndrome Presuicidal.

**Métodos.-** Recursos, medios, elementos mediante los cuales un sujeto trata de poner fin a su vida. Pueden ser naturales o creados por el hombre. Entre los primeros se citan los volcanes, los farallones, los lagos, los ríos mares, regiones desérticas o excesivamente frías, animales y plantas venenosas, grandes depredadores, etc.

Entre los segundos se mencionan las armas de fuego, los fármacos, los venenos agrícolas, los gases de vehículos de motor, el gas doméstico, los edificios elevados, las armas blancas, las cuerdas de diversos materiales, alambres, ropas, cintos, sustancias tóxicas, corrosivas, ácidas, combustibles de diversos tipos para

ingerir o volcarlos encima con la intención de prenderse fuego, inyección de sustancias tóxicas, inoculación de gérmenes mortales, etc. Por lo general se eligen los métodos que están disponibles y que culturalmente sean aceptados.

**Motivo.-** Razón esgrimida por quien intenta el suicidio para explicarlo. En el caso de consumar el suicidio, son los familiares los que esgrimen las posibles razones o el propio occiso mediante las notas suicidas. No necesariamente el supuesto motivo es la causa de acto suicida. Entre los motivos más frecuentes tenemos: los conflictos de pareja, los amores contrariados, las disputas familiares, las llamadas de atención de carácter humillante a niños o adolescentes, la pérdida de una relación valiosa por muerte, separación o divorcio.

**Notas suicidas.-** Se les denomina también notas de despedida. Son escritos dejados por los suicidas que pueden expresar estados de ánimo, opiniones, los deseos de morir, las relaciones con las personas significativas, los posibles motivos, etc. No se considera que tenga mayor valor que la comunicación verbal y se ha desestimado su importancia a la hora de aportar datos sobre el suicida.

**Oblativo.** Tipo de suicidio con características altruistas.

**Pacto suicida.** Es el acuerdo mutuo entre dos o más personas para morir juntos al mismo tiempo, usualmente en el mismo lugar y mediante el mismo método. Generalmente se trata de parejas muy vinculadas afectivamente como cónyuges, familiares o miembros de una misma organización política o secta religiosa.

**Parasuicidio.** Término utilizado principalmente en Europa para referirse al intento suicida.

**Perfil suicida.** Rasgos psicológicos que pudieran caracterizar a un suicida potencial como la impulsividad, la pobreza en las relaciones interpersonales y la hostilidad, que son rasgos frecuentes, pero no exclusivos de los suicidas. No se ha encontrado un perfil único que sea común a todos.

**Personas suicidas.** Son aquellos sujetos que han intentado contra su vida recientemente o durante el año previo, los que tienen ideas suicidas persistentes o los que tienen riesgo de cometer suicidio de forma inmediata o en un futuro.

**Plan suicida.** Pensamientos o ideas suicidas con una adecuada estructuración, sumamente grave para quien los presenta pues significa que desea suicidarse, utilizando un método específico y no otro, a determinada hora, por un motivo concreto, para dejar de vivir y ha tomado las debidas precauciones para no ser descubierto.

**Postvencion.** Término acuñado por E. Shneidman en 1971, para referirse al apoyo que necesita quien intenta el suicidio y los familiares de quien se ha suicidado. Es una de las formas de prevenir los daños.

**Potencial suicida.** Conjunto de factores de riesgo de suicidio en un sujeto que en determinado momento pueden predisponer, precipitar o perpetuar la conducta autodestructiva.

**Precipitación.** Método frecuentemente utilizado por los suicidas en las grandes urbes en las que hay edificaciones elevadas.

**Prevención del suicidio.** Medidas empleadas para evitar la ocurrencia de actos suicidas. Se clasifica en prevención primaria, secundaria o terciaria. También se subdivide en antevención, intervención y postvención o prevención directa, indirecta y general.

**Prevención directa.** Es el conjunto de medidas que ayudan a abortar o resolver mediante soluciones no autodestructivas, el proceso suicida.

**Prevención indirecta.** Es el conjunto de medidas encaminadas a tratar los trastornos mentales y del comportamiento, las enfermedades físicas que conllevan suicidio, las situaciones de crisis, la reducción del acceso a los métodos mediante los cuales las personas se pueden autolesionar, etc.

**Prevención general.** Es el conjunto de medidas de apoyo o sostén psicológico, social, institucional, que contribuyen a que los ciudadanos estén en mejores

condiciones de manejar los eventos vitales psicotraumáticos y mitigar los daños que ellos pudieran ocasionar.

**Proceso suicida.** Lapso de tiempo transcurrido desde que el sujeto tuvo el primer pensamiento suicida planificado hasta la realización del intento o el suicidio.

El término hace énfasis en el desarrollo a través del tiempo, sugiriendo que el suicidio no es un acto que ocurre por impulso de quien lo comete, sino que es un hecho que tiene una historia previa.

**Proyecto suicida.** Término utilizado para referirse a la planificación del suicidio.

**Repetidor.** Individuo que ha realizado un intento suicida anterior o quien previamente ha realizado una tentativa de suicidio.

**Representación suicida.** Son las fantasías suicidas o imágenes mentales en las que el sujeto se percibe llevando a vaís de hecho sus propósitos autodestructivos, sin que exista el contexto suicida para poner en peligro la vida.

**Riesgo suicida.** Término utilizado para referirse a los sujetos en riesgo de cometer un acto suicida en un futuro inmediato o aquellos que lo pudieran cometer durante sus vidas.

**Significado.** Mensaje implícito en todo acto suicida que es descubierto mediante la pregunta ¿para que y que puede ser respondida de diversas formas?, Para morir, para reclamar atención, para pedir ayuda, para agredir a otros, para reunirse con seres queridos fallecidos, para mostrarles a otros cuan grandes son los problemas, para evitar enfrentarse a situaciones conflictivas, etc. No es el motivo, pues este responde a la pregunta Por que.

**Síndrome Presuicidal.** Estado psíquico inmediatamente antes del acto suicida, descrito por E. Ringel en 1949 y consistente en constricción del afecto y el intelecto, inhibición de la agresividad y fantasías suicidas, los cuales se refuerzan entre sí.

El Síndrome Presuicidal o presuicida no forma parte de enfermedad psiquiátrica alguna, pero es un denominador común de aquellos trastornos que conllevan al suicidio.

**Situación suicida.** Una situación que conlleva elevado riesgo de cometer un acto suicida, como es el caso de un individuo que haya realizado un intento suicida y actualmente presenta una depresión.

**Sobrevivientes.-** Los que sobreviven a un suicida, entre los que se encuentran los familiares, los amigos, médicos de asistencia, etc.

**Suicida.** Término con múltiples significados entre los que se incluye el que ha terminado su vida por suicidio, el que ha realizado intentos de suicidio de carácter grave con peligro para la vida, el que realiza actos temerarios con peligro para la vida o para su integridad física, psicológica o su desarrollo social. Noción y rehabilitatorio. Comprende el estudio de los pensamientos suicidas, los intentos de suicidio, el suicidio y su prevención.

**Suicidio altruista.** Uno de los tipos básicos de suicidio propuesto por el sociólogo francés E. Durkheim en su libro *El Suicidio*, publicado en 1897 y que ocurre en aquellas sociedades en la que existe una excesiva integración entre el sujeto y su grupo. No suicidarse en determinadas situaciones es un deshonor. El harakiri en el Japón antiguo es un ejemplo, pues seguir viviendo era poco menos que una ignominia. La viuda hindú que moría en la pira ardiente de los restos de su esposo fallecido, es otro ejemplo.

**Suicidio ampliado.** El suicida priva de la vida a otros que no desean morir. Puede darse el caso que el individuo que induzca el suicidio de un grupo de personas o cause la muerte de varios familiares, no cometa suicidio ulteriormente por circunstancias imprevistas o por fracaso del método elegido.

**Suicidio anómico.** Otro de los tipos básicos de suicidio propuesto por E. Durkheim, que ocurre cuando la interacción entre el sujeto y el grupo social al que pertenece se rompe, dejando al individuo sin normas alternativas.

**Suicidio aparente.** Muerte cuya causa probablemente sea el suicidio

**Suicidio asistido.** El término se refiere al suicidio en el que la muerte del sujeto, aunque ha sido ocasionada por el mismo, han intervenido otro u otros individuos, aconsejándole la manera de llevarlo a cabo, poniendo los medios a su disposición y el modo de emplearlos, como por ejemplo alguna maquina que introduzca una sustancia venenosa en una vena canalizada y cuyo funcionamiento lo puede realizar el sujeto suicida.

**Suicidio colectivo.** Término utilizado para referirse al suicidio de grupos de personas, principalmente por motivaciones religiosas o políticas. Aunque no tiene necesariamente que haberse realizado un pacto suicida explícito, existe, detrás de todo suicidio colectivo, un acuerdo implícito de morir por suicidio entre los miembros del grupo en cuestión que se realiza ante un grupo de circunstancias consideradas previamente.

**Suicidio consumado.** Suicidio

**Suicidios crónicos.** Conductas que conllevan la autodestrucción del sujeto, no de forma inmediata, ni con plena conciencia o intencionalidad, sino a largo plazo y con diversos grados de destrucción física, psíquica o social. Entre estos suicidios crónicos se citan el alcoholismo, la drogadicción, la conducta antisocial, la invalidez neurótica, el ascetismo, el martirio, etc. El término fue propuesto por K. Menninger.

**Suicidio doble.** Suicidio de dos personas relacionadas entre si, que pueden o no haber realizado un pacto suicida. Pueden ser padre o madre e hijo, hermanos, cónyuges, etc.

**Suicidio egoísta.** Uno de los tipos de suicidio descrito por E. Durkheim que ocurre cuando el sujeto no tiene por que seguir viviendo, pues no posee vínculos sociales o grupos de pertenencia que le brinden apoyo. Prácticamente el sujeto no dispone de integración social.

**Suicidio fatalista.** Otro de los suicidios propuestos por E. Durkheim, cuya causa es la regulación social excesiva y el control insoportable que ejerce la sociedad sobre los individuos en la mayoría de sus actos.

**Suicidio frustrado.-** Es aquel acto suicida que no conlleva la muerte del sujeto por circunstancias fortuitas, casuales, imprevistas, que si no se hubieran presentado, se hubiera producido necesariamente el desenlace fatal.

**Suicidio intencional.-** Es el acto suicida realizado por el sujeto con el propósito deliberado de morir.

**Suicidios localizados.-** Término propuesto por Karl Menninger en su libro "El hombre contra sí mismo", para referirse a un conjunto de conductas agresivas tales como la automutilación, la policirugía, la impotencia y la frigidez, las enfermedades fingidas, etc.

**Suicidio palmo a palmo.-** Son aquellas conductas autodestructivas indirectas, consideradas por E. Durkheim como especies embrionarias de suicidio o equivalentes suicidas. Son los suicidios crónicos o a largo plazo.

**Suicidio racional.-** Término utilizado para definir aquellos suicidios que ocurren en ausencia de una enfermedad mental, como supuesta expresión de la libertad del sujeto para elegir su propia muerte, sobre todo en aquellas situaciones en las que la vida no ofrece oportunidad alguna, existiendo elevada intencionalidad y motivaciones racionales que justifican dicho acto. Se considera por diversos autores que es un término ambiguo, poco realista, por que es muy raro que ocurra un suicidio en ausencia de una enfermedad mental o una condición psicopatológica demostrable, como han concluido un gran número de autopsias psicológicas.

**Suicida tipo.-** No existe un suicida tipo, pero el término se utiliza para definir un conjunto de características comunes a una población suicida determinada, como pueden ser el suicida tipo en las prisiones, el suicida tipo en las escuelas, el suicida tipo entre los adolescentes, el suicida tipo en los hospitales de corta o larga estadía, el suicida tipo en la involución o la vejez, el suicida tipo en una localidad, una región o un país, etc.

**Tendencias suicidas.-** Actitud caracterizada por la intención, planificación, posible decisión o impulsos de cometer suicidio.



**Tipologías suicidas.-** Clasificación de los suicidas según las características que le son comunes. Para E. Durkheim son cuatro los tipos de suicidas según la mayor o menor integración social o regulaciones sociales: egoísta, altruista, anómico y fatalista. Menninger distingue tres tipos según el motivo predominante del acto: deseos de matar, deseos de morir y deseos de ser muerto. Baechler describe cuatro categorías basadas en la lógica del individuo suicida: escapista, agresivo, oblativo y lúdico. Mintz los clasifica según diferentes motivaciones existentes en los suicidas: hostilidad contra el objeto previamente introyectado, agresión dirigida contra sí mismo, gratificación narcisista o masoquista, reducción de la culpabilidad, destrucción de sentimientos intolerables, como acto de renacimiento, como reunión, para escapar del dolor, respuesta contrafóbica al miedo a la muerte, etc. E. Shneidman los califica según la necesidad psicológica insatisfecha que predomine, tomando las necesidades enunciadas por Henry A. Murray en su libro "Exploración de la Personalidad" y enuncia un total de cien: agredir, defenderse, dominar, exhibirse, jugar, evitar una humillación, ser independiente, etc. Pérez Barrero los califica según la capacidad que tengan de responsabilizarse con su propia vida y los divide en totalmente responsables, parcialmente responsables y no responsables, con los que hay que establecer una relación terapéutica específica durante la crisis suicida (participación mutua, cooperación guiada y activo pasiva respectivamente). Otras tipologías son las de Wold, Henderson y Williams, Leonard, Berman, et

**CAPITULO III**  
**SISTEMA**  
**DE**  
**HIPOTESIS**

### 3.1 HIPOTESIS

**Hi.** Los factores psicológicos desencadenan en su mayoría conductas suicidas en la población entre 15 a 30 años de edad de ambos sexos pacientes del Hospital Nacional Dr. Héctor Antonio Hernández de San Francisco Gotera, Departamento de Morazán.

**Ho.** Los factores psicológicos no desencadenan en su mayoría conductas suicidas en la población entre 15 a 30 años de edad de ambos sexos pacientes del Hospital Nacional Dr. Héctor Antonio Hernández de San Francisco Gotera, Departamento de Morazán.

### 3.2 DEFINICION DE VARIABLES

**Variable Independiente:** Factores Psicosociales

**Variable Dependiente:** Conducta Suicida

### 3.3 DEFINICION CONCEPTUAL DE VARIABLES

**FACTORES PSICOSOCIALES:** Involucra todos los aspectos psicológicos y sociales de la vida cotidiana y su relación directa sobre la psique del individuo. Comprende todos aquellos fenómenos tanto personales, familiares, institucionales, ambientales y sociales que inciden en el comportamiento o personalidad del individuo de forma positiva o negativa.

**CONDUCTA SUICIDA:** Término colectivo que incluye los pensamientos suicidas, el intento de suicidio, y el suicidio. Siendo una condición clínica que se define como el desarrollo del pensamiento suicida pudiendo llegar hasta el acto suicida consumado. Se puede originar esta conducta en función a una decisión voluntaria, motivos inconscientes, en estados psicopatológicos que cursan con alteraciones del afecto, del pensamiento, de la conciencia y de los impulsos.



**CAPITULO IV**

**METODOS**  
**Y**  
**TECNICAS**

#### **4.1 TIPO DE INVESTIGACION.**

La metodología aplicada en la presente investigación fue de tipo exploratorio (Sampieri), porque se basa en el objetivo de examinar un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado antes, y en base a este tipo de estudio, se pretendió explorar los factores psicosociales de la conducta suicida de los habitantes del departamento de Morazán.

#### **4.2 POBLACION Y MUESTRA.**

##### **4.2.1 POBLACION**

La población tenía las siguientes características:

- Edades entre 15 a 30 años,
- De ambos sexos
- Pacientes del Hospital Nacional de San Francisco Gotera Dr. Héctor Antonio Hernández Flores de San Francisco Gotera, Departamento de Morazán.
- Ingresados por intento suicida.
- Referidos al Departamento de Salud Mental para atención Psicológica.

##### **4.2.2 MUESTRA.**

La muestra seleccionada fue de 30 pacientes, para su selección, se extrajeron registros de los pacientes ingresados por intentos suicidas del área de estadísticas del Hospital Nacional de San Francisco Gotera, y también de los pacientes atendidos en el área de Psicología. De los registros se seleccionaron a 30 pacientes que cumplían con las características de la población en estudio; por medio del siguiente proceso: Se extrajeron los datos del registro del área de estadística de Hospital Nacional de San Francisco Gotera, de los pacientes ingresados por intoxicación. ( ANEXO I lista de Población estudiada)

Se seleccionaron por motivo de intoxicación es decir por intento suicida y que se les había dado el alta con observación de curado. Mientras que en algunos casos si contaban con la edad y motivo de suicidio se atendieron aunque estuviesen encamados o ingresados.

Se clasificaron por el rango de edad de 15 a 30 años.

Se tomaron todos los datos de identificación, como nombre, edad, domicilio, fecha de ingreso, método utilizado.

Se corroboró si se le brindo atención psicológica, cuando no se le había brindado atención psicológica, se hizo el procedimiento de atención y se le dio seguimiento, proporcionándole una cita, vía telefónica. En caso contrario se siguió el siguiente proceso.

Se clasificó por lugares cercanos o del mismo municipio para la realización de las visitas domiciliarias. ( ANEXO II mapa de localización de Morazán)

Si el paciente se localizaba en su domicilio y si disponía de tiempo, se le aplicaba el instrumento de evaluación, si no disponía de tiempo se le proporcionaba una cita.

### **4.3 TECNICAS E INSTRUMENTOS.**

Se utilizaron técnicas e instrumentos de exploración psicológica los cuales fueron aplicados en la población seleccionada como lo son las siguientes:

#### **4.3.1 TECNICAS:**

- **OBSERVACION.** Se enfatizó la observación en base a las visitas que se realizaron a algunos hogares de los pacientes y en base a la conducta que manifestó en la aplicación de las entrevistas y evaluaciones y además en la condición de encamados.
  
- **ENTREVISTAS:** Se aplicó la entrevista psicodiagnóstica para explorar la manifestación de la conducta suicida, la cual se realizó con los pacientes y

una persona allegada (familiares o amigos) conocedora de la manifestación de la conducta del paciente.

#### **4.3.2 INSTRUMENTOS.**

##### **➤ CUESTIONARIO DE EXPLORACION PSICOSOCIAL DE PACIENTES CON INTENTO SUICIDA.**

Se hizo uso de un cuestionario, diseñado con el objetivo de recolectar la información necesaria de los pacientes, la cual contiene las siguientes áreas exploratorias:

(ANEXO III)

Cuestionario de exploración psicosocial de pacientes con intento suicida

- Datos generales,
- Datos del proceso del intento suicida
- Los síntomas de presentación
- Factores desencadenantes, factor pareja, padres, personales, económicos, académicos, valores o creencias religiosas, valores morales, factores ambientales, condición socioeconómica, redes de relaciones.
- Motivo de intento suicida según el paciente
- Observación
- Test psicológicos aplicados

##### **➤ GUIA DE ENTREVISTA FAMILIAR**

Para complementar o cotejar la información que se obtuvo del paciente se le aplicó, la entrevista a un familiar cercano al paciente. La guía de entrevista consta de 11 preguntas enfocadas al procedimiento y motivo de intento suicida, del paciente. (ANEXO IV Guía de entrevista a familiares)



➤ **TEST DE EVALUACION PSICOLOGICA.**

Para la evaluación psicológica se aplicó el test de la Figura Humana de Karen Machover con el cual se realizó la evaluación de la personalidad de los pacientes incluidos en la muestra, con el cual se conoció los rasgos de personalidad comunes entre sí, y se elaboró el perfil de los pacientes con conducta suicida.

➤ **ESCALAS.**

Para un dato clínico y evaluación psicología se aplicaron las siguientes escalas: <sup>19</sup>

- **ESCALA DE RIESGO SUICIDA DE PLUTCHIK:** Es una escala que esta diseñada para evaluar el riesgo suicida y la vez permite discriminar entre individuos normales y pacientes con tentativa de suicidio o con antecedentes de ellas.

Esta escala consta de 15 ítems a los que los pacientes pudieron responder si o no. En cuanto a las preguntas están relacionadas con intentos autolíticos previos, intensidad de la ideación actual, sentimiento de depresión y desesperanza y otros aspectos relacionados con las tentativas. (ANEXO V Escala de Riesgo Suicida de Plutchik )

- **INVENTARIO DE RAZONES PARA VIVIR:** es un instrumento que estadiseñado para evaluar las razones que una persona tendría para no suicidarse. (ANEXO VI)

Consta de 48 ítems que se agrupan en 7 sub escalas diferentes:

- Supervivencia y afrontamiento (24 ítems: 2, 3, 4, 8, 10, 12, 13, 14, 17, 19, 20, 22, 24, 25, 29, 32, 35-37, 39, 40, 42, 44 y 45)
- Responsabilidad con la familia (7 ítems : 1, 7, 9, 16, 30, 47 y 48)
- Preocupación por los hijos (3 ítems: 11, 12 y 28 )

---

<sup>19</sup> Escalas extraídas de Banco de Instrumentos Psiquiátricos.

- Miedo al suicidio (7 ítems: 6, 15, 18, 26, 33, 38 y 46)
- Miedo a la desaprobación social ( 3 ítems: 31,41y 43)
- Objeciones morales ( 4 ítems: 5, 23, 27 y 34 )

Cada ítems presenta 6 posibles repuestas (1, sin ninguna importancia; 2, de muy poca importancia; 3, de poca importancia; 4, de alguna importancia; 5, de mucha importancia; 6, de suma importancia) Y este sirvió para conocer más acerca de factores psicosociales, presentes en el paciente y que lo afectaba.

- **ESCALA DE INTENCIONALIDAD SUICIDA DE BECK:** Es una escala diseñada para evaluar las características de la tentativa suicida: circunstancias en las que se llevó a cabo (aislamiento, precauciones, etc.), actitud hacia la vida y la muerte, pensamiento y conducta antes, durante y después de la tentativa de suicidio, consumo de alcohol y otras sustancias relacionadas con la tentativas, se trata de una escala semi- estructurada que consta de 20 ítems que se valoran en una escala de 3 puntos ( de 0 a 2 puntos). (ANEXO VII)

La escala consta de tres partes bien diferenciadas:

- Parte objetiva (circunstancias objetivas relacionadas con la tentativa de suicida) (ítems del 1 al 8)
- Parte subjetiva: expectativas durante la tentativa de suicidio (ítems del 1 al 15).
- Otros aspectos (ítems del 1 al 20)

Se utilizó con el objetivo de elaborar el perfil de la conducta suicida.

- **ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK:** Está diseñada para evaluar, desde el punto de vista subjetivo, las expectativas negativas que una persona tiene sobre su futuro y bienestar, así como su habilidad para salvar las dificultades y conseguir el éxito en su vida. (ANEXO VIII )

Las puntuaciones obtenidas en desesperanzas fueron predictor útil de posible suicidio.

La escala consta de 20 ítems a los que el individuo a de responder verdadero o falso.

Las repuestas señaladas como verdaderos en los ítems 2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18 y 20 valen 1 punto y las señaladas como falso en esos ítems 0 puntos.

Las respuestas señaladas en los ítems 1, 3 5, 6, 8, 10, 13, 15 y 19 valen 1 punto y las señaladas como verdaderos en estos ítems 0 puntos.

Esta se aplicó para conocer los factores psicológicos, predisponentes a las conductas suicidas.

#### **4.4 PROCEDIMIENTO**

➤ **Selección del tema:** Se realizó durante la primera semana del mes de Marzo. (Ver ANEXO IX Cronograma de Actividades)

➤ **Búsqueda de información:** Se consultó la bibliografía teórica y especializada sobre el tema. Se realizó también la búsqueda y selección de test y escalas psicológicas que se aplicarán, necesarias para el cumplimiento de los objetivos del estudio. Durante la 1º 2º 3º 4º semanas del mes de Marzo.

➤ **Visita diagnóstica:** Se efectuó la visita al Hospital Nacional de San Francisco Gotera y al departamento de Salud Mental para obtención de permisos respectivos y a la vez se dió a conocer el proyecto de investigación. Y se recabó la información existente acerca del tema que se realizó en la 1º semana de Marzo.

- **Realización de anteproyecto:** Se realizó la Preparación del proyecto de investigación. Y se Elaboró los instrumentos y cuestionarios de exploración psicosocial de pacientes con intento suicida. Durante la 1ra y 2da semana de Marzo
- **Revisión del anteproyecto:** Se cumplió en la 3era y 4ta semana de Marzo.
- **Redacción de anteproyecto final:** Se realizó en la 1era semana de Abril.
- **Presentación y aprobación de anteproyecto:** Se efectuó en la 2da semana de Abril.
- **Búsqueda de casos y aplicación de instrumentos:** Se seleccionaron los pacientes según las características de la muestra, posteriormente fueron atendidos en una o dos ocasiones en el hospital y de ser necesario se les visitó a sus hogares. Se llevó a cabo desde la 2da semana de Abril, hasta la 2da semana de Julio. De igual forma se realizó la aplicación de instrumentos en el mismo intervalo de tiempo. Aplicándoseles el cuestionario de exploración psicosocial, aplicación de test y escalas psicológicas a pacientes de muestra que presentaron conducta suicida y se aplicaron las entrevistas a los familiares.
- **Tabulación de datos:** Una vez que se recolectó toda la información muestral se procedió a la calificación e interpretación de test y escalas psicológicas, se integraron todos los datos de la información brindada por los pacientes. Tarea que se realizó de la 4ta de junio y a la 2da semana de Julio.
- **Elaboración de perfiles:** Una vez que se obtuvieron los resultados de las pruebas psicológicas del cuestionario, se elaboró un perfil por cada paciente para luego hacer un perfil global, en la 2da semana de Julio, del presente año.

- **Análisis de datos:** Se interpretaron los resultados del estudio exploratorio de la 2da y 3era semana de Julio.
  
- **Realización de Propuesta** (ANEXO X propuesta de tratamiento): Después que se conoció la problemática se enfocaron los factores más necesitados de tratamiento psicológico y se realizó una propuesta de tratamiento psicológico para pacientes con conducta suicida. Esta se efectuó de la 4ta semana de Julio del presente año.
  
- **Redacción del primer informe final:** Se elaboró un reporte final del estudio exploratorio de factores psicosociales predisponentes de conductas suicidas en la población entre 15 a 30 años de edad de ambos sexos, pacientes del Hospital Nacional Dr. Héctor Antonio Hernández Flores de San Francisco Gotera, Departamento de Morazán, durante el año 2007. En el tiempo de la 4ta semana de Julio hasta la 1era semana de Agosto del presente año.
  
- **Revisión de informe:** Su tiempo establecido fué de una semana la cual fue la 2da semana de Agosto.
  
- **Redacción del segundo informe final:** El tiempo disponible para esta actividad fué la 2da semana de Agosto.
  
- **Revisión de informe final:** Se realizó en la 3ra semana de Agosto
  
- **Presentación y defensa del informe final:** Como una labor final del Trabajo de Grado se presentara y se expondrá lo estudiado, en la 4ta semana de Agosto



# **CAPITULO V**

## **RESULTADOS**

5.1 PRESENTACION DE DATOS.

5.1.1 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA CON CONDUCTA SUICIDA

**TABLA 1: Edades de la población**

RANGO DE EDADES	FEMENINO	%	MASCULINO	%
15 – 20 AÑOS	8	26.66	7	23.33
21 - 25 AÑOS	4	13.33	6	20.0
26 – 30 AÑOS	2	6.67	3	10.0
TOTAL	14	46.67 %	16	53.33%

La tabla 1 muestra que las edades de las personas más frecuentes con intentos suicidas, están entre 15 a 20 años con un 26.66% en el sexo femenino y con un 23.33% en el sexo masculino.

**TABLA 2: Estado civil de la población**

ESTADO CIVIL	15-20AÑOS		21-25 AÑOS		26-30 AÑOS						
	F	%	M	%	f	%	M	%			
SOLTERO	7	23.33	6	20	2	6.66	1	3.33	0	1	3.33
CASADO	0		0		0		1	3.33	0	2	6.66
DIVORCIADO	0		0		0		0		0	0	
SEPARADO	0		0		0		1	3.33	0	0	
VIUDO	0		0		0		0		0	0	
ACOMPAÑADO	1	3.33	1	3.33	2	6.66	3	10	2	6.66	

La tabla 2 muestra el estado familiar de la población, con un total de 56.65% de la población es soltera, un 29.98% tiene el estado civil de acompañado; un 9.99% se encuentra casado y un 3.33% estaba separado.

**TABLA 3: Escolaridad de la población.**

ESCOLARIDAD	15-20AÑOS			21-25 AÑOS			26-30 AÑOS		
	F	%	M %	F %	M %	f %	M %		
NO ESCOLARIDAD	2	6.67	4 13.33	0 0	2 6.67	1 3.33	3 10.0		
EDUCACION PRIMARIA	1	3.33	0 0	1 3.33	2 6.67	0 0	0 0		
EDUCACION SECUNDARIA	3	10.0	1 3.33	3 10.0	0 0	0 0	0 0		
EDUCACION BASICA	2	6.67	1 3.33	0 0	2 6.67	1 3.33	0 0		
EDUCACION MEDIA	0	0	1 3.33	0 0	0 0	0 0	0 0		
EDUCACION SUPERIOR	0	0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0		

La tabla 3 representa que un 40% de la población no presenta escolaridad, un 23.33% es de educación secundaria; 13.33% de la población estudió solamente educación primaria y un 3.33% tiene educación media.

**TABLA 4: Religiones de la Población.**

RELIGION	15-20AÑOS			21-25 AÑOS			26-30 AÑOS		
	F	%	M %	F %	M %	f %	M %		
ADVENTISTA	2	6.66	0	0	0	0	0		
CRISTIANA EVANGELICA	3	10	0	1 3.33	2 6.66	0	1 3.33		
CATOLICA	1	3.33	2 6.66	1 3.33	1 3.33	1 3.33	1 3.33		
NINGUNA	2	6.66	5 16.66	2 6.66	3 10	1 3.33	1 3.33		

En la tabla 4 se aprecia que la mayoría de la población asiste a la religión Cristiana Evangélica en un 23.32% y en un porcentaje menor de un 6.66% a la religión Adventista.



**TABLA 5: Ocupaciones de la Población**

OCUPACION	15-20AÑOS		21-25 AÑOS				26-30 AÑOS					
	F	%	M	%	F	%	M	%	F	%	M	%
NINGUNA	2	6.66	0		0		0		0		0	
OFICIOS DOMESTICOS	5	16.66	0		4	13.33	0		1	3.33	0	
ESTUDIANTE	1	3.33	2	6.66	0		0		0		0	
JORNALERO	0		1	3.33	0		2	6.66	0		0	
AGRICULTOR	0		3	10.0	0		3	10.0	0		2	6.66
EMPLEADA	0		0		0		0		1	3.33	0	
ALBAÑIL	0		1	3.33	0		3.33		0		1	3.33

Según la tabla 5 la ocupación más desempeñada por la población estudiada es la ocupación de oficios domésticos en un 33.32%, siendo de un porcentaje menor de 6.66 la población que no desempeña ninguna ocupación.

**TABLA 6: Zonas de Procedencia de la Población**

Zona Urbana				Zona Rural			
F	%	M	%	F	%	M	%
6	20.	5	16.66	8	26.66	11	36.66
Total	36.66 %			Total	63.32 %		

En cuanto a la tabla 6, el porcentaje mayor de la población proviene de la zona rural en un 63.32% y como un porcentaje menor de la zona urbana en un 36.32%

**TABLA 7: Casos atendidos en los municipios de Morazán.**

MUNICIPIOS	Colonia o Barrio	CANTON	CASERIO	NUMEROS DE CASOS
Cacaotera		Estancia	Crucitas	1
		Copante		2
			<b>Porcentaje</b>	<b>10%</b>
Corinto		La Laguna		1
			<b>Porcentaje</b>	<b>3.33%</b>
El Rosario	Col. Vista al Rió			1
			<b>Porcentaje</b>	<b>3.33%</b>
Guatajiagua	B. El Centro			1
			<b>Porcentaje</b>	<b>3.33%</b>
Lolotiquillo	B. El Calvario			1
			<b>Porcentaje</b>	<b>3.33%</b>
Meanguera		Atos Dos		1
		Quebrachos		1
			<b>Porcentaje</b>	<b>6.67%</b>
Hocicala	B. El Calvario			1
	B. Concepción			1
			<b>Porcentaje</b>	<b>6.67%</b>
Perquín		Tejera		2
			<b>Porcentaje</b>	<b>6.67%</b>
San Fernando		Cañaverales		1
			<b>Porcentaje</b>	<b>3.33%</b>
San Francisco Gotera	Col. Vista Hermosa			1
		El Norte	El Chacalín	1
	B. Soledad			1
	Col San José			1
		El Norte		1
	Col. Las Flores			1
		Cacahuatalejos		1
	El Triunfo	Los Romeros	1	
			<b>Porcentaje</b>	<b>26.67%</b>
Sensembra		El limón		2
		Isletas		1
			Las casitas	1
			<b>Porcentaje</b>	<b>13.33%</b>
Sociedad	B. El Coco			2
			<b>Porcentaje</b>	<b>6.67%</b>
Yamabal			Las Flores	1
		La Galera		1
			<b>Porcentaje</b>	<b>6.67%</b>
			<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>

Respecto a la tabla 7 de los casos atendidos de los municipios, el mayor porcentaje lo tiene el Municipio de San Francisco Gotera con el 26.67%, en

segundo lugar lo representa el 13.33% y en tercer lugar un 10% del Municipio de Cacaopera.

A continuación se muestran los resultados de los factores estudiados.

**PREGUNTA 1:** ¿Cuál de los siguientes problemas experimentó usted con su pareja que motivaron su conducta suicida?

**TABLA 8.**

Factores	Frecuencia	Porcentaje
Ruptura	5	11.11
Separaciones	7	15.55
Muerte	0	0
Discusión	15	33.34
Maltrato psicológico	8	17.78
Maltrato físico	1	2.22
Maltrato sexual	1	2.22
Maltrato Económico	0	0
Infidelidad	8	17.78
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100%</b>

La tabla 8 muestra que la discusión fue uno de los problemas más comunes en un 33.34% en el factor pareja, en segundo lugar la infidelidad y el maltrato psicológico con un 17.78%, en tercer lugar las separaciones con un 15.55% y la ruptura en un 11.11% y en menor escala el maltrato físico y sexual en un 2.22%.

**PREGUNTA 2** ¿Cuál de los siguientes problemas experimentó usted con sus padres que motivaron su conducta suicida?

**TABLA 9**

Factores	Frecuencia	Porcentaje
Ruptura de los padres	2	5.55
Muerte de los padres	0	0.0
Discusión	14	38.90
Maltrato psicológico	12	33.33
Maltrato físico	5	13.89
Maltrato sexual	1	2.78
Maltrato económico	2	5.55
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100%</b>

Se observa en la tabla 9 que la discusión con los padres representa el 38.90%, el 33.33% fue por maltrato psicológico, el 13.90% fue el maltrato físico, en igual

porcentaje de 5.55% lo representa la ruptura con los padres y el maltrato económico. En menor porcentaje de 2.78% lo fue el maltrato sexual.

**PREGUNTA 3** ¿Cuál de los siguientes problemas personales experimentó y que considera que le motivaron su conducta suicida?

**TABLA 10.**

Factores	Frecuencia	Porcentaje
Embarazos no deseados	2	2.35
miedos	6	7.06
Amenazas	4	4.70
Enfermedad VIH	1	1.18
Aceptación física	2	2.35
Resentimiento	18	21.19
Rechazo	14	16.47
Impedimento de relación amorosa	3	3.53
Decepción amorosa	3	3.53
Engaño	4	4.70
Amor imposible	2	2.35
Inferioridad	14	16.47
Desmotivación	12	14.12
<b>Total</b>	<b>85</b>	<b>100%</b>

La tabla 10 constituye el factor personal los problemas de la población estudiada fueron los siguientes: el factor de resentimiento con un 21.19%; en un 16.47 % , el rechazo y sentimiento de inferioridad y la desmotivación puntuó en un 14.12%, en un 7.06% miedos; un 4.70% muestran amenazas y engaños; la decepción amorosa se determina en un 3.53%; los embarazos no deseados y amor imposible se registra con un 2.35% y con menor porcentaje de 1.18 se obtuvo el padecimiento de enfermedades terminales en este caso el VIH.

**PREGUNTA 4** ¿Cuál de los siguientes problemas económicos experimentó y que considera que motivaron su conducta suicida?

**TABLA 11.**

Factores	Frecuencia	Porcentaje
Pobreza	10	50
Desempleo	5	25
Deudas	4	20
Perdidas económicas	0	0
Amenaza de pérdida de trabajo	0	0
Discordia con jefes o compañeros de trabajo	1	5
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

La tabla 11 representa que la pobreza con un 50% es problema económico más frecuente en la población, con un 25% es el desempleo; con un 20% deudas económicas y en un 5% los problemas laborales y que amenazan con un despido.

**PREGUNTA 5** ¿Cuál de los siguientes problemas académicos experimentó y que considera que motivaron su conducta suicida?

**TABLA 12.**

Factores	Frecuencia	Porcentaje
Reprobar	1	25
Deserción escolar	1	25
Deseo de superación académica obstaculizada	2	50
Inadaptación	0	0
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100%</b>

En la tabla 11 se representa que el obstáculo por una superación académica es uno de los problemas más frecuentes en el factor académico con un 50%; y con un 25% se presentan el reprobar y la deserción escolar.

**PREGUNTA 6** ¿Cuál de los siguientes influencias motivaron su conducta suicida?

**TABLA 13.**

Factores	Frecuencia	Porcentaje
Inducido por televisión	2	20
Inducido por música	0	0
Esoterismo	1	10
Periódico	1	10
Radio	0	0
Internet	0	0
Consejos	1	10
Escuchar un caso	5	50
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

Entre los inducentes que manifestó la población, se despliega con un mayor porcentaje en un 50 %, el hecho de haber escuchado un caso similar al de su intencionalidad suicida; la televisión fue un indecente en un 20 %, y en un 10% la población expresó que habían observado en el periódico, con el mismo porcentaje, el haber recibido el consejo de quitarse la vida y por esoterismo.

**PREGUNTA 7** ¿Cuál de los siguientes valores o creencias religiosas motivaron su conducta suicida?

**TABLA 14.**

Factores	Frecuencia	Porcentaje
Creer que es el fin del mundo	0	0.0
Haber cometido un pecado	0	0.0
Sacrificio	0	0.0
Otros : Satanás le tomo ventaja	1	10.0
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

Según la tabla 14 solamente con un 10% se presenta la creencia de que Satanás le tomó ventaja y por ello realizó la intención suicida.

**PREGUNTA 8** ¿Cuál de los siguientes valores morales motivaron su conducta suicida?

**TABLA 15.**

Factores	Frecuencia	Porcentaje.
Pérdida de la virginidad	1	50
Aborto	1	50
Otros	0	0
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>100</b>

En la tabla 15 se encuentra en igual porcentaje de 50% la pérdida de virginidad y el aborto. Como factor de motivación a la conducta suicida.

**PREGUNTA 9** ¿Cuál de los factores ambientales siguientes, motivaron su conducta suicida?

**TABLA 16.**

Factores	Frecuencia	Porcentaje
Delincuencia	0	0.0
Victima de Violación	1	33.33
Haber cometido una violación	0	0.0
Haber cometido homicidio	0	0.0
Por intento homicida	0	0.0
Desastres naturales	0	0.0
Muertes	0	0.0
Problemas legales o Penal	0	0.0
Otros: arresto por embriaguez	1	33.33
Abuso sexual	1	33.33
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>100%</b>

En cuanto a la tabla 16 los factores ambientales motivantes de la conducta suicida fueron: ser victima de violación, arresto por embriaguez y abuso sexual, los que se encuentra en iguales porcentajes de 33.33% cada uno.

**PREGUNTA 10** ¿Tiene usted o tuvo familiares con conducta suicida?

**TABLA 17.**

N° DE SUJETOS	PARENTESCO	METODO UTILIZADOS
3	Hermanos	Sobre dosis de medicamentos, pastillas para curra maíz, gramoxone.
5	Primos/ as	Ahorcados, Pastillas mata ratones
2	Abuelas	Pastillas mata ratones
1	Cuñada	Pastillas mata ratones
<b>Total</b>	<b>11</b>	

La tabla 17 indica que 11 de las personas estudiadas, en sus familias se experimentaron casos de intento suicidas. Convirtiéndose en un 36.67 de la población que en su familia se han presentado casos similares.

**Pregunta 11:** ¿Qué síntomas previos experimentó al momento de ejecutar la conducta suicida?

**TABLA 18.**

SINTOMA	PUNTAJE	PORCENTAJE
Humor deprimido	13	4.52%
Tristeza	25	8.72%
Desesperanza	16	5.57%
Perdida de intereses	17	5.92%
Insomnio	16	5.57%
Perdida de peso	2	0.69%
Aislamiento social	9	3.13%
Inutilidad	16	5.57%
Soledad	18	6.27%
Sentimiento de vacío	16	5.57%
Baja autoestima	16	5.57%
Pesimismo	11	3.83%
Ideas suicidas	12	4.18%
Planes suicidas	2	0.69%
Gestos suicidas	6	2.09%
Intranquilidad	16	5.57%
Ansiedad	13	4.52%
Impulsividad	16	5.57%
Inestabilidad	9	3.13%
Agresividad	11	3.83%
Cólera	11	3.83%
Capricho	13	4.52%
Alucinaciones auditivas	5	1.74%
Delirios	0	0 %
<b>TOTAL</b>	<b>287</b>	<b>100%</b>



Según la tabla 18 el porcentaje mayor es de 8.72% que corresponde al síntoma de tristeza, seguidamente por el sentimiento de soledad con un 6.27%, luego se encuentra el sentimiento de pérdida de intereses con un porcentaje de 5.92, y continuando con un 5.57% el sentimiento de desesperanza, insomnio, inutilidad, sentimiento de vacío, baja autoestima, intranquilidad, impulsividad, y con un menor rango humor deprimido, ansiedad, y capricho con un 4.52%, además de ello está ubicado en un 4.18% el sentimiento de ideas suicidas, y con un porcentaje de 3.83% el sentimiento de pesimismo agresividad y cólera, también en un rango mínimo existe con 3.16% el sentimiento de aislamiento social e inestabilidad, se presenta también los gestos suicidas con un 2.09%, los síntomas de alucinaciones auditivas lo presentan el 1.74% de la población, en último lugar con el 0.69% los pacientes experimentaron pérdida de peso.

**Pregunta No 12.** ¿Cómo son sus relaciones interpersonales o sus redes de relación?

**TABLA 19**

RELACIONES INTERPERSONALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Muchos amigos	14	34.14
Pocos amigos	12	29.27
No amigos	1	2.44
Vive solo	1	2.44
Dificultad con adaptación cultural	1	2.44
Exclusión y rechazo social	8	19.51
Blanco de discriminación	4	9.76
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>100 %</b>

Según la tabla 19, el 34.14% de las personas estudiadas tienen muchos amigos, el 29.27% tiene pocos amigos, el 19.51% es excluido y rechazado socialmente, mientras que el 9.76% es blanco de discriminación y el 2.44 % no tiene amigos, vive solo y tiene dificultad con la adaptación cultural.

**Pregunta No 13.** ¿A qué grupos asiste o pertenece?

**TABLA 20.**

PARTICIPACION EN GRUPOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Iglesia	9	45
ADESCO	0	0
Grupo de Autoayuda	1	5
Equipo Deportivo	8	40
Grupo de música	2	10
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

Los grupos sociales en los que participan la población en estudio el 45% asisten a Iglesias, el 40% a equipos deportivo, el 10% a grupos de musicales y el 5% a grupos de autoayuda.

**Pregunta 14** ¿Con qué intentó usted quitarse la vida, cuál fue su método elegido?

**TABLA 21.**

METODOS	ZONA URBANA		ZONA RURAL	
	N° DE CASOS		METODO	N° DE CASOS
<b>HERBICIDAS – PLAGUICIDAS BIPYRIDILOS</b>				
Paraquat: Gramoxone	2	6.67%	Paraquat: Gramoxone	10 33.34%
<b>INSECTICIDAS – PLAGUICIDAS ORGANOFOSFORADOS</b>				
Volatón	1	3.33%		
			Folidol	1 3.33%
<b>HERBICIDA –PLAGUICIDAS CLOROFENOXI</b>				
			Hedonal	1 3.33%
<b>HERBICIDA -TRIAZINA</b>				
			Gesaprim	1 3.33%
			Lannate	1 3.33%
<b>RODENTICIDAS- ANTICOAGULANTES</b>				
Crema para matar ratones	1	3.33%	Pastillas para matar ratones	2 6.67%
<b>FARMACOS</b>				
Analgésicos (dolor de estomago)	1	3.33%		
Pastillas para el corazón	1	3.33%		

Pastillas para dormir	1	3.33%	Pastillas para dormir y golpearse con un fierro	2	6.67%
Aspirina y Amoxicilina	1	3.33%	Pastillas prenatales	1	3.33%
<b>OTROS</b>					
Gillette	1	3.33%			
Cuchillo	1	3.33%			
Lazo (en el cuello)	1	3.33%			
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>36.64%</b>		<b>19</b>	<b>63.32 %</b>
<b>Total 100 %</b>					

La tabla 21, establece que en las zonas urbanas, un 6.67 % de las personas ingirieron Gramoxone y en un porcentaje menor de un 3.33% en la ingesta de Volatón, crema para matar ratones, sobredosis con fármacos específicamente con medicamentos para dolor de estómago, el corazón, pastillas para dormir, amoxicilina; así mismo el uso de Gillette, el uso de cuchillo y lazo se presentaron en igual porcentaje de 3.33% en cada caso. En la zona Rural, el método más frecuente con un 33.34% fue la ingesta de Gramoxone, en segundo lugar de acuerdo a los porcentaje fue elegido en un 6.67%; las pastillas para matar ratones, al igual que la sobredosis de pastillas para dormir, y con un porcentaje menor de 3.33% en cada caso está la ingesta de Folidol, Hedonal, Gesaprin, Lannate y de otros medicamentos como pastillas prenatales.

**Pregunta 15** ¿Recuerda en qué mes y hora usted intento quitarse la vida?

**TABLA 22.**

MES	Nº DE CASOS %	HORA	Nº DE CASOS	%
Enero	3	10 5 AM	1	3.33
Febrero	5 16.67	6 AM	1	3.33
Marzo	2 6.67	7 AM	1	3.33
Abril	3	10 8 AM	1	3.33
Mayo	8	26.66 9 AM	1	3.33
Junio	2	6.67 10 AM	3	10.
Julio	2	6.67 11 AM	1	3.33
Agosto 2006	1	3.33 12 M	3	10
Octubre 2006	1	3.33 1 PM	1	3.33
Noviembre 2006	1	3.33 2 PM	1	3.33

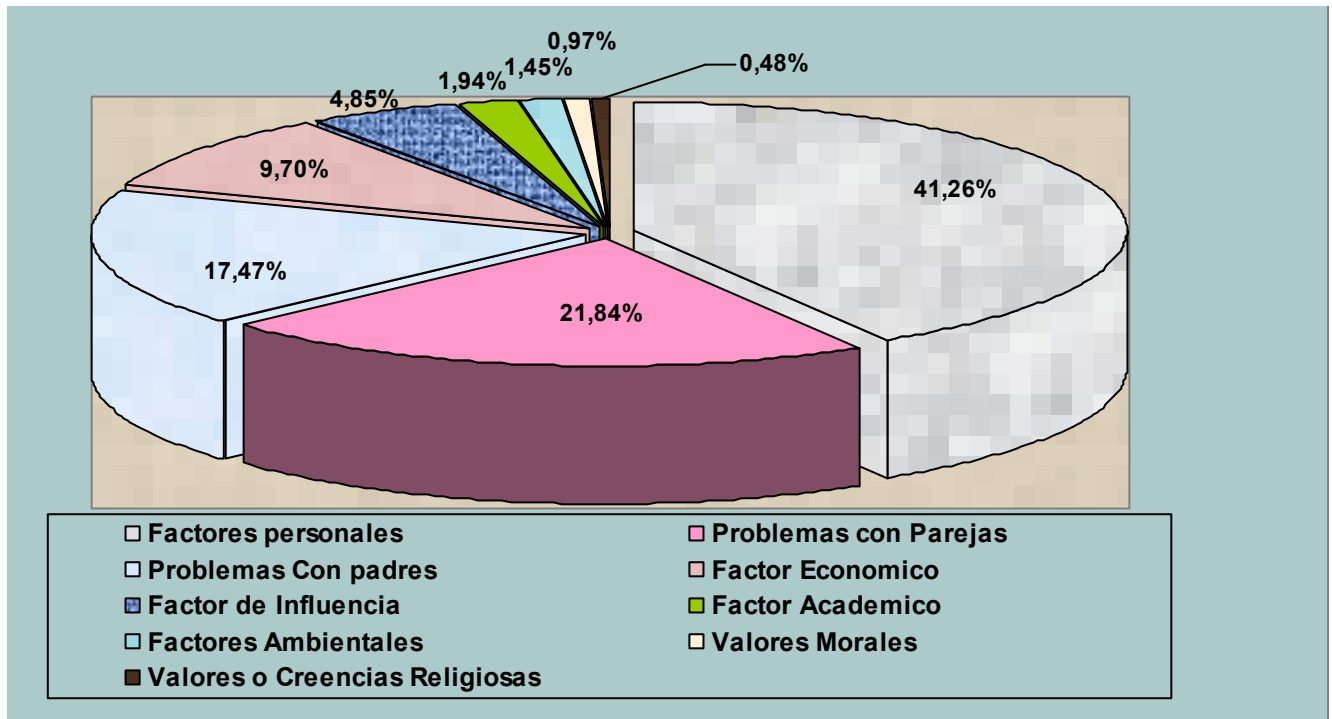
Diciembre 2006	2	6.67	3 PM	4	13.33
			5 PM	2	6.68
			6 PM	1	3.33
			7 PM	4	13.33
			8 PM	1	3.33
			9 PM	3	10
			10 PM	1	3.33
<b>Total</b>	<b>30</b>		<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>
	<b>100%</b>				

Según la tabla 22, el mes en el que se cometieron mayores intentos suicidas, fue el mes de Mayo con un 26.66%, en el mes de Febrero se presentaron en un 16.67%, seguidamente se encuentra el mes de Enero y Abril con un 10%; En lo que se refiere a la hora de la realización del intento suicidas, específicamente a las 3 PM con un 13.33% así mismo el inicio de la noche a las 7 un 13.33% llevó a cabo la conducta suicida, un 10 %, las 9 de la noche y las 12 del día es otra hora común con un 10% al igual que a las 10 de la mañana en un porcentaje de 10%.

**TABLA 23. TABLA DE FACTORES DESENCADENANTES DE CONDUCTAS SUICIDAS**

FACTORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Factores personales	85	41.27%
Problemas con pareja	45	21.84%
Problemas con padres	36	17.47%
Factor económico	20	9.70%
Factor de influencia	10	4.85%
Factor académico	4	1.94%
Factores ambientales	3	1.45%
Valores Morales	2	0.97%
Valores o creencias religiosas	1	0.48%
<b>Total</b>	<b>206</b>	<b>100%</b>

**GRAFICO 1. FACTORES DESENCADENANTES DE CONDUCTAS SUICIDA**



Como se muestra en la tabla 23 y el gráfico 1, el factor con más peso para desencadenar conductas suicidas fue el factor personal, con un 41.27% desglosado en sentimientos personales experimentados, que muchas veces solo eran respuesta de los problemas con la pareja, en el que se encontró en un rango de 21.84%, y seguidamente el de los problemas con los padres con 17.47%, siendo estos tres con los de mayor puntaje, luego con menor puntaje se encuentran los de problemas económicos existentes con un 9.70%, y con un índice de 4.85% de personas que era influenciada por haber escuchado o visto conductas similares de personas que se habían suicidado. Mientras que para un 1.94% sus desencadenante fue el factor académico, en el caso de los factores ambientales el porcentaje fue de 1.45%, el 0.97% fue por motivos de pérdida de valores morales y finalmente con el mínimo puntaje desencadenante de 0.48% se presentó el factor de valores o creencias religiosas.

**5.1.1.2 RESULTADOS E INTERPRETACIÓN DE ESCALAS Y TEST APLICADOS.**

**TABLA 24. RESULTADOS DE ESCALA DE INTENCIONALIDAD SUICIDA.**

ESCALA DE INTENCIONALIDAD SUICIDA				
SUJETO	FACTOR OBJETIVO	FACTOR SUBJETIVO	PUNTUACION TOTAL	DIAGNOSTICO
1	6	14	20	Mayor gravedad de la intencionalidad suicida
2	4	2	6	Menor gravedad de la intencionalidad suicida
3	10	11	21	Mayor gravedad de la intencionalidad suicida
4	7	12	19	Mayor gravedad de la intencionalidad suicida
5	3	3	6	Menor gravedad de la intencionalidad suicida
6	6	14	20	Mayor gravedad de la intencionalidad suicida
7	4	12	16	Mayor gravedad de la intencionalidad suicida
8	11	8	19	Mayor gravedad de la intencionalidad suicida
9	6	5	11	Menor gravedad de la intencionalidad suicida
10	9	11	20	Mayor gravedad de la intencionalidad suicida
11	1	8	9	Menor gravedad de la intencionalidad suicida
12	4	8	12	Menor gravedad de la intencionalidad suicida
13	2	11	13	Menor gravedad de la intencionalidad suicida
14	7	13	20	Mayor gravedad de la intencionalidad suicida
15	7	7	14	Menor gravedad de la intencionalidad suicida
16	5	12	17	Mayor gravedad de la intencionalidad suicida
17	1	8	9	Menor gravedad de la intencionalidad suicida
18	9	12	21	Mayor gravedad de la intencionalidad suicida
19	8	11	19	Mayor gravedad de la intencionalidad suicida
20	8	9	17	Mayor gravedad de la intencionalidad suicida
21	6	10	16	Mayor gravedad de la intencionalidad suicida
22	6	14	20	Mayor gravedad de la intencionalidad suicida
23	6	11	17	Mayor gravedad de la intencionalidad suicida
24	4	13	17	Mayor gravedad de la intencionalidad suicida
25	4	9	13	Menor gravedad de la intencionalidad suicida
26	8	13	21	Mayor gravedad de la intencionalidad suicida
27	3	13	16	Mayor gravedad de la intencionalidad suicida
28	7	11	18	Mayor gravedad de la intencionalidad suicida
29	13	12	25	Mayor gravedad de la intencionalidad suicida
30	4	0	4	Menor gravedad de la intencionalidad suicida
<b>Total</b>	<b>179</b>	<b>297</b>	<b>496</b>	

**TABLA 25. DIAGNOSTICOS DE ESCALA DE INTENCIONALIDAD SUICIDA.**

<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>PUNTAJE</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Mayor gravedad de la intencionalidad suicida.	20	66.67%
Menor gravedad de la intencionalidad suicida	10	33.33%
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Según la escala de intencionalidad suicida aplicada a la población estudiada, se presenta que el 66.67% obtuvo un diagnóstico de mayor gravedad de la intencionalidad suicida, y el 33.33% fué de menor gravedad respecto a la intencionalidad suicida.

**TABLA 26: RESULTADOS DE ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK**

SUJ ETO	ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK				DIAGNOSTICO
	FACTOR AFECTIVO	FACTOR MOTIVACIONAL	FACTOR COGNITIVO	PUNTUACION TOTAL	
1	1	5	4	11	Riesgo Moderado de cometer suicidio
2	4	2	2	10	Riesgo Moderado de cometer suicidio
3	0	4	3	9	Riesgo Moderado de cometer suicidio
4	4	7	3	15	Alto riesgo de cometer suicidio
5	0	7	3	10	Riesgo Moderado de cometer suicidio
6	0	1	1	2	Ninguno o mínimo riesgo de cometer suicidio
7	0	2	2	4	Riesgo leve de cometer suicidio
8	0	5	3	10	Riesgo moderado de cometer suicidio
9	1	2	2	5	Riesgo leve de cometer suicidio
10	4	8	2	15	Alto riesgo de cometer suicidio
11	4	4	3	12	Riesgo moderado de cometer suicidio
12	0	5	3	8	Riesgo leve de cometer suicidio
13	2	0	1	4	Riesgo leve de cometer suicidio
14	1	1	2	4	Riesgo leve de cometer suicidio
15	0	1	1	2	Ninguno o mínimo riesgo de cometer suicidio
16	0	4	2	6	Riesgo leve de cometer suicidio
17	0	5	2	8	Riesgo leve de cometer suicidio
18	5	6	5	18	Alto riesgo de cometer suicidio
19	0	5	2	7	Riesgo leve de cometer suicidio
20	0	1	1	2	Ninguno o mínimo riesgo de cometer suicidio
21	1	5	2	8	Riesgo leve de cometer suicidio
22	0	3	2	5	Riesgo leve de cometer suicidio
23	0	4	2	6	Riesgo leve de cometer suicidio
24	1	2	1	4	Riesgo leve de cometer suicidio
25	0	1	0	1	Ninguno o mínimo riesgo de cometer suicidio
26	3	5	2	10	Riesgo moderado de cometer suicidio
27	5	8	4	19	Alto riesgo de cometer suicidio
28	0	2	3	5	Riesgo leve de cometer suicidio
29	0	1	2	4	Riesgo leve de cometer suicidio
30	2	5	1	10	Riesgo moderado de cometer suicidio
<b>TOT AL</b>	<b>35</b>	<b>111</b>	<b>66</b>	<b>228</b>	



TABLA 27. DIAGNOSTICOS DE ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK

DIAGNOSTICO	PUNTUACION	PORCENTAJE
Ninguno o mínimo riesgo de cometer suicidio	4	13.33%
Riesgo Moderado de cometer suicidio	8	26.67%
Riesgo leve de cometer suicidio	14	46.67%
Alto riesgo de cometer suicidio	4	13.33%
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Según los datos obtenidos después de haber aplicado a la población estudiada, la escala de desesperanza muestra que el 46.66% de los pacientes presenta riesgo leve de cometer suicidio. El 26.67% tiene riesgo moderado de cometer suicidio, mientras que el 13.33% no existe ningún o es riesgo mínimo de cometer suicidio, solo en el 13.33% de la población se observa que si existe un alto riesgo de cometer suicidio. Conducta presentada en la población de estudio después de haber intentado cometer un acto suicida.

**TABLA 28 INVENTARIO DE RAZONES PARA VIVIR**

INVENTARIO DE RAZONES PARA VIVIR						
SUJETO	SUPERVIVENCIA Y AFRONTAMIENTO	RESPONSABILIDAD CON LA FAMILIA	PREOCUPACIONES POR LOS HIJOS	MIEDO AL SUICIDIO	MIEDO A LA DESAPROBACION SOCIAL	OBJECIONES MORALES
PUNTO DE CORTE	4.94	4.17	4.02	2.13	2.44	3.22
1	3.91	2.71	4.33	2.13	4.0	5.25
2	2.25	1.85	3.66	2.57	2.33	2.25
3	4.54	4.28	6.0	3.28	3.66	6.0
4	3.45	1.71	4.0	1.85	1.0	3.5
5	4.5	4.71	5.33	4.57	5.0	2.75
6	5.0	5.14	5.66	4.71	5.33	5.75
7	5.25	5.0	6.0	2.85	2.33	6.0
8	4.45	4.14	5.0	4.85	5.0	5.0
9	4.58	5.0	4.33	4.0	4.66	4.5
10	6.6	3.28	3.0	1.42	4.33	6.0
11	1.33	2.57	2.66	1.85	4.33	3.5
12	4.91	3.85	4.33	2.71	4.33	6.0
13	4.45	2.14	5.66	3.57	2.66	5.75
14	4.58	4.71	5.66	2.85	5.66	6.0
15	4.58	3.28	6.0	4.0	5.0	5.5
16	4.87	5.28	4.02	3.14	6.0	6.0
17	4.45	5.71	4.32	3.0	6.0	6.0
18	1.79	2.14	1.0	2.0	1.33	1.25
19	4.91	3.71	4.02	2.42	4.33	3.25
20	5.16	5.57	6.0	3.57	4.33	5.5
21	4.70	5.0	6.0	3.85	4.33	5.5
22	4.54	4.28	4.0	4.42	3.66	5.0
23	5.29	5.57	4.33	1.71	4.33	4.5
24	4.95	6.0	6.0	5.0	3.33	6.5
25	5.58	5.42	6.0	2.57	6.0	4.65
26	3.83	4.57	3.66	2.85	5.33	4.25
27	3.45	3.85	4.66	3.57	4.0	3.75
28	4.66	4.85	5.33	5.0	5.33	4.5
29	4.83	4.85	4.66	4.57	4.33	7.0
30	4.5	3.42	4.33	3.42	4.0	6.66
<b>TOTAL</b>	<b>131.89</b>	<b>124.59</b>	<b>139.96</b>	<b>97.3</b>	<b>128.25</b>	<b>148.66</b>

**TABLA 29. RESULTADOS DE INVENTARIOS DE RAZONES PARA VIVIR**

FACTORES	mayor posibilidad de comisión de conducta suicida		menor posibilidad de comisión de conducta suicida		Total
	SUJETO	PORCENTAJE	SUJETO	PORCENTAJE	
SUPERVIVENCIA Y AFRONTAMIENTO	23	76.67 %	7	23.33%	100 %
RESPONSABILIDAD CON LA FAMILIA	13	43.33 %	17	56.67%	100 %
PREOCUPACIONES POR LOS HIJOS	7	23.33 %	23	76.67 %	100%
MIEDO AL SUICIDIO	5	16.67 %	25	83.33 %	100 %
MIEDO A LA DESAPROBACION SOCIAL	4	13.33 %	26	86.67 %	100 %
OBJECIONES MORALES	3	10 %	27	90 %	100 %

En lo que respecta a los resultados del Inventario de Razones Para Vivir se obtuvo que la mayor posibilidad de comisión de conducta suicida, es por el Factor de supervivencia y afrontamiento en un 76%, en segundo el que da lugar a mayor posibilidad de comisión de conductas suicidas en un 43% es el Factor de responsabilidad con la familia.

**TABLA 30. PERFIL PSICOLOGICO DE LOS PACIENTES SEGÚN TEST DE KAREN MACHOVER**

RASGOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Depresión	25	83.33
Agresividad	22	73.33
Inadaptación social	18	60.0
Inmadurez emocional	17	56.66
Egocentrismo	17	56.66
Inseguridad	17	56.66
Infantilismo	14	46.66
Desprecio	14	46.66
Interrelación defensiva	13	43.33
Narcisismo	12	40.0
Fantasía como mecanismo	12	40.0
Frustración intelectual	12	40.0
Sentimiento de inferioridad	12	40.0
Alcoholismo	12	40.0

Rechazo	12	40.0
Impulsividad	12	40.0
Vanidad	11	36.0
Pedantería	11	36.0
Introversión	11	36.0
Dependencia	11	36.0
Resignación	11	36.0
Deficiente autoestimación	11	36.0
Contacto social defensivo	10	33.33
Menosprecio propio	10	33.33
Flexibilidad	10	33.33
Comunicación	9	30.0
Contacto socia débil	9	30.0
Sobrevigilancia	8	26.66
Inhibición inconsciente temprana	8	26.66
Ausencia de emociones	8	26.66
Falta control	8	26.66
Amenaza	7	23.33
Mal humor	7	23.33
Capacidad Intelectual	7	23.33
Necesidad de protección materna	7	23.33
Falta de confianza en el contacto social	7	23.33
Agresividad exteriorizada	6	20.0%
Desprecio por las apariencias personales	6	20.0%
Tendencia agresiva	6	20.0%
Tendencia a la participación Social pero reprimida	6	20.0%
Compensación por deficiente imagen personal	6	20.0%
Yo fuerte	6	20.0%
Inmadurez	6	20.0%
Comportamiento infantil	6	20.0%
Timidez	6	20.0%
Sumisión	5	16.66
Debilidad	5	16.66
Agresividad reprimida	5	16.66
Intento de comunicación social	5	16.66
Retraimiento	5	16.66
Ensimismamiento	5	16.66
Duda	5	16.66
Desden	5	16.66
Arrogancia	5	16.66
Orgullo	5	16.66
Tendencia al negativismo	5	16.66
Sentimiento de ser observado	5	16.66
Falta de autoconfianza	5	16.66
Represión de las emociones	5	16.66
Ostentación	5	16.66

En la tabla 30, de los resultados del Test Karen Machover, el 83.33% muestra rasgos de depresión, y en un 73.33 el rasgo de Agresividad, mientras que el rasgo de Inadaptación social un 60.0%, y el 56.66%, Inmadurez emocional, Egocentrismo, Inseguridad.

Un 46.66% de la población estudiada presenta, el infantilismo, desprecio, La interrelación defensiva obtuvo un porcentaje de 43.33%, posteriormente se encuentran los rasgos de Narcisismo, Fantasía como mecanismo, Frustración intelectual, Sentimiento de inferioridad, Alcoholismo, Rechazo, Impulsividad, cada uno de ellos con un porcentaje de el 40%. También Como rasgo característico de la población se presenta con un 36.0% La Vanidad, Pedantería, Introversión, Dependencia, Resignación, Deficiente autoestimación, Además de ello el 33.33% de la población estudiada se caracteriza por mostrar un Contacto social defensivo, Menosprecio propio y Flexibilidad. Así mismo el 30.0% de la población solo presenta Comunicación y Contacto social débil. Rasgos de personalidad como Sobrevigilancia, Inhibición inconsciente temprana, ausencia de emociones y falta control se presentan en un 26.66% de la población. Las características de personalidad como la Amenaza, Mal humor, Capacidad Intelectual, Necesidad de protección materna y Falta de confianza en el contacto social la reveló el 23.33% de los pacientes con conductas suicidas.

El 20% de la población según los resultados del test denotan: Agresividad exteriorizada, Desprecio por las apariencias personales, Tendencia agresiva, tendencia a la participación social pero reprimida, compensación por deficiente imagen personal, yo fuerte, inmadurez, comportamiento infantil y timidez. Con un mínimo porcentaje de 16.66% se encuentran cada una de las características siguientes: sumisión, debilidad, agresividad reprimida, intento de comunicación social, retraimiento, ensimismamiento, duda, desdén, arrogancia, orgullo, tendencia al negativismo, sentimiento de ser observado, falta de autoconfianza, represión de las emociones y ostentación.

**TABLA 31. EVALUACION DEL RIESGO SUICIDA EN PACIENTES QUE ACUDEN A CONSULTA PSICOLOGICA.**

PUNTAJE	FRECUENCIA	DIAGNOSTICO	PORCENTAJE
1	2	NO PRESENTAN RIESGO SUICIDA	14.70 %
3	1		
4	1		
5	1		
6	11		
7	3	PRESENTAN RIESGO SUICIDA	85.30 %
8	1		
9	6		
10	3		
11	3		
12	2		
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>		

El 85.30% de la población a la que se le aplicó la escala de riesgo suicida de Plutchik, presentó el diagnóstico de riesgo suicida, mientras que el 14.70% no exhibe riesgo suicida.

## 5.2 ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

### 5.2.1 Análisis Cuantitativo.

De la aplicación de 30 cuestionarios de exploración psicosocial a pacientes con intentos suicidas y de la aplicación de instrumentos auxiliares como fueron las diferentes escalas y el test de la Figura Humana; se obtuvo que de el 100% de la población entre las edades de 15 a 30 años un 53.33% pertenece al sexo masculino; la población del sexo femenino presentó conductas suicidas en un 46.67%, en ambas poblaciones se encontró que entre las edades en las cuales han realizado la intencionalidad suicida con mayor porcentajes del 49.99% es el rango entre los 15 años a los 20 años; en un segundo orden el rango de 21 años a 25 se encontró en un 33.33% y en un tercer orden el rango entre los 26 y 30 años se presentó en un 16.66%.

De acuerdo al nivel de escolaridad de la población estudiada, un 40% de la población no tiene escolaridad, un 23.33% es de educación secundaria; 13.33% de la población estudió solamente educación primaria y un 3.33% tiene educación media; los niveles de escolaridad presentados por la población se relacionan con la ocupación y con los métodos de elegidos para la intencionalidad suicida, tal como se expuso las ocupaciones más relacionadas con la elección del método es la ocupación de ama de casa con un 33.32%, jornaleros con 9.99% y agriculturas en un 26.66%; estas ocupaciones se relacionan con el método de intoxicación con plaguicidas que tanto en la zona urbana como rural es el método más utilizado en la población estudiada con un 56.66%, en un 19.99% la intoxicación con fármacos, en un 10% la intoxicación con rodenticidas, y otros métodos como ahorcamiento, cortarse las venas se presentaron en un 13.35%.

De acuerdo a los resultados descritos, los factores desencadenantes de las conductas suicidas de la población son los siguientes: el factor personal, es el mayor desencadenante en un 41.27%, los problemas con la pareja en el que se encontró en un rango de 21.84%, y seguidamente el de los problemas con los padres con 17.47%, siendo estos tres con los de mayor puntaje, debido a que de la población el 56.65% de la población es soltera, un 29.98% tiene el estado civil de acompañado; un 9.99% se encuentra casado y un 3.33% estaba separado; El factor económico como desencadenante puntuó en un 9.70%, el factor de influencia como lo es el haber escuchado o conocido de un caso de intencionalidad suicidad, observar en medios de comunicación, se señaló en un 4.85%, El factor académico se encontró con mínimos porcentajes de 1.94%, los factores ambientales el porcentaje fue de 1.45%, y como penúltimo factor desencadenante se encontró en los casos estudiados que el 0.97% fué por motivos de pérdida de valores morales y finalmente con el mínimo puntaje desencadenante de 0.48% se presentó el factor de valores o creencias religiosas.

Según instrumentos auxiliares aplicados; la escala de intencionalidad suicida de Beck el 66.67% obtuvo un diagnóstico de mayor gravedad de la intencionalidad suicida, y el 33.33 fue de menor gravedad respecto a la intencionalidad suicida; los resultados del Inventario de Razones Para Vivir; la mayor posibilidad de comisión de conducta suicida es por el factor de supervivencia y afrontamiento en un 76%, en segundo el que da lugar a mayor posibilidad de comisión de conductas suicidas en un 43% es el factor de responsabilidad con la familia. En los resultados del Inventario de Razones Para Vivir se puntuó que la mayor posibilidad de comisión de conducta suicida es por el factor de supervivencia y afrontamiento en un 76%, en segundo el que da lugar a mayor posibilidad de comisión de conductas suicidas en un 43% es el factor de responsabilidad con la familia. La tabla 30 representa los resultados del Test Karen Machover, donde el 83.33% exhibe rasgos de depresión, y en un 73.33% el rasgo de agresividad, mientras que el rasgo de inadaptación social es de un 60.0%, y el 56.66% en los rasgos de personalidad como: inmadurez emocional, egocentrismo, inseguridad. Según la evaluación de los pacientes que acuden a consulta psicológica al área de Salud Mental, el 85.30% de la población a la que se le aplicó la escala de riesgo suicida de Plutchik, presentó el diagnóstico de riesgo suicida, mientras que el 14.70% no presenta riesgo suicida.

### **5.2.2 Análisis Cualitativo**

Partiendo de los datos obtenidos, resultados de la aplicación de 30 instrumentos y la integración de la información brindada por los pacientes, nos permite proporcionar un análisis científico de los desencadenantes de las conductas suicidas presentadas durante este año.



El estudio demuestra, que las personas entre las edades de 15 a 25 años, personifican la mayor parte de la población atendida por intentos suicidas con un 83.32% de la población en general, en estas edades se incluyen a ambos sexos, pero el sexo más predisponente a las conductas suicidas son las que pertenecen al sexo masculino, aunque con una mínima diferencia, la población del sexo femenino también muestra vulnerabilidad ante tal conducta; según los datos obtenidos de forma específica un 49.99% de la población con intentos suicidas se encuentran en el rango de edades de los 15 a 20 años; un 33.33 % de la población se encuentra entre las edades de los 21 a los 25 años, y desde la edad de los 26 a 30 años la realización de esta conducta es mínima, pero no menos importante ya que de las 30 personas cinco de ellas se encuentran en estas edades.

Con respecto al nivel de escolaridad el 40 % de las personas atendida con conducta suicida, no cuenta con ninguna escolaridad, y como en segundo lugar se sitúa el 23.33% logrando cursar hasta la educación secundaria, constituyendo en tercer lugar que el 20% de la población cursó la educación básica, colocándose en penúltimo lugar con un 13.33% la población que cursó la educación primaria, y como último y menor porcentaje el 3.33% los que cursaron la educación media.

Anteriormente se presentó que la población entre las edades de 15 a 25 años presentaban mayor conducta suicida, este dato al relacionarlo con la asistencia o pertenencia a una religión es relevante, ya que como se observa 46.64% de la población no pertenece a ninguna religión, es decir que las personas que no practican alguna religión tienen mayor inclinación a la conducta suicida.

La ocupación de las personas estudiadas es un dato importante, pues este se relaciona con el tipo de método utilizado para el acto suicida. La ocupación de

ama de casa, jornalero y agricultor se relacionan con los métodos más frecuentes de la ingesta de plaguicidas, en la zona urbana el plaguicida más común es el Gramoxone, por lo cual muchas personas lo utilizan por la facilidad de su adquisición. En segundo lugar, el método utilizado para el intento suicida es las sobredosis de pastillas o fármacos, que se tienen en muchas casas como cualquier medicamento para dolencia o malestar, medicadas o de comercialización sin receta médica, entre las cuales se pueden mencionar los ansiolíticos, pastillas prenatales, pastillas para dormir entre otras. En tercer lugar se encuentra el consumo de Rodenticidas, conocidas comúnmente por la población como pastillas matarratas, que en muchas casas también se encuentran debido a los roedores. Al preguntarles a la población estudiada, el por qué de la elección del método respondieron coincidiendo todos que era lo que tenían al alcance. Tres de los atendidos utilizaron otros medios, como lazo, para intentar ahorcarse; Gillette y cuchillo con el objetivo de cortarse las venas ya que tenían conocimiento que estos métodos les funcionarían y así podrían morir.

Los métodos utilizados anteriormente, se relacionan con las zonas geográficas de los diferentes municipios de donde provenían las personas, quienes en su mayoría son de la zona urbana específicamente de las áreas del municipio de San Francisco Gotera y sus alrededores, municipio del cual proviene un 26.67%, seguidamente en el municipio de Sensembra se presentaron un 13.33% y con un 10% el municipio de Cacaopera; pero en las zonas rurales el uso de plaguicidas es más común.

En las entrevistas y exploración por medio del instrumento de estudio aplicado a la población, se identificaron diversos factores que afectaron el desarrollo personal de los sujetos y los cuales se anteponen, o forman parte de una cadena

de factores desencadenantes previos al acto suicida. Entre los factores personales más frecuentes analizados tenemos:

Embarazos no deseados: este problema fué manifestado por dos pacientes del sexo femenino, las cuales se encuentran en el rango de edades de 15 años y otra entre los 30, en el caso de la primera, después de haber sido víctima de una violación sexual, entre los daños de esta violación manifestó alteración en la conducta sexual, de la cual se produjo un embarazo; en el caso de la segunda además de presentar problemas con su pareja por ser una relación incestuosa porque ambos eran primos en primera generación, el acto suicida lo planeó con el doble objetivo de interrumpir el embarazo y el de manipular a su pareja después de una discusión por infidelidad por parte de su cónyuge. Otro factor personal desencadenante fue el miedo; el cual literalmente se define como Perturbación angustiosa del ánimo por un riesgo o daño real o imaginario; seis de los sujetos en estudio presentaron miedo relacionado al rompimiento o total pérdida de las relaciones afectivas con su pareja. A si mismo cuatro de los sujetos que experimentaban maltrato físico y psicológico por parte de sus padres o pareja, presentaban amenaza, lo cual se entiende como un acontecimiento o situación percibida como un daño potencial para el daño potencial para el bienestar de uno.

Entre otros factores personales que se pretendían identificar, eran los diagnósticos de enfermedades crónicas físicas y mentales; pero solamente una de las personas realizó la conducta suicida después de ser diagnosticada con El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

El estigma y la discriminación asociados al VIH/SIDA tienen grandes consecuencias psicológicas en relación con el modo en que las personas con el VIH/SIDA se perciben a sí mismas, lo cual conduce en algunos casos a la depresión, la falta de autoestima y la desesperación. También socavan la

prevención haciendo que las personas teman averiguar si están o no infectadas, por miedo a las reacciones de los demás. Esto hace que las personas corran el riesgo de infectarse y algunos de los afectados sigan manteniendo relaciones sexuales sin protección debido a su convencimiento de que comportándose de forma diferente levantarían sospechas acerca de su estado ser positivo. Y hacen que las personas con el VIH/SIDA sean percibidas erróneamente como una especie de "problema" y no como parte de la solución para contener y controlar la epidemia.

Como aspecto psicológico incluido en los factores personales, se encontró que dos pacientes que manifestaron no auto aceptarse físicamente. Siendo la aceptación la base de la seguridad, la confianza, el amor y la autoestima. La auto aceptación, implica aceptar con orgullo las propias habilidades y capacidades, y reconocer las fallas y debilidades sin sentirse devaluado, y esté es el paso más importante para la reconstrucción de la autoestima.

Otro punto importante es confiar en el organismo y su naturaleza interna para tener

la habilidad de tomar decisiones que realmente se quieran sin importar la reprobación y la crítica. La reconstrucción de la autoestima se lleva a cabo con la utilización de todo el potencial, que se puede manejar poniéndose metas, haciendo contratos consigo mismo, remodelando actitudes y actividades, actualizando la escala de valores y manejando la agresividad.

La actitud de resentimiento (actitud emotiva, caracterizada por desagrado y antipatía, suscitada por la idea de perjuicio causado a uno mismo o a otro) fue expresada por 18 sujetos, los cuales partiendo de que las mayores problemáticas son de parejas y con los padres, estos guardan esta actitud hacia sus parejas y sus padres y en algunos casos expresaron esa actitud hacia algunos amigos. El

resentimiento es acompañado por el rechazo, esta acción de mostrar oposición o desprecio a una persona, grupo, comunidad. El rechazo fué manifestado por 14 sujetos, quienes manifestaban su rechazo hacía las personas que le habían causado un daño como de infidelidad, maltratos o engaño (el hecho de ser inducido intencionadamente en el mal sentido por otro o por la ambigüedad en los elementos de la situación), por parte de sus amigos o parejas, así como lo manifestaron cuatro personas.

Las actitudes mencionadas anteriormente son acompañadas por la experiencia de un impedimento de relaciones amorosas y decepciones amorosas, ya que ambas experiencias son manifestadas por tres sujetos entrevistados, así mismo dos personas manifestaron estar en la condición de experimentar sentimientos de amor hacía personas con las cuales nunca podrán expresar sus sentimientos por considerarlo un amor imposible.

Entre los rasgos psicológicos como el de experimentar rasgos de inferioridad se identificó en 14 sujetos entrevistados con el cuestionario en el apartado de desencadenante de factores personales, según la teoría de Adler, experimentar inferioridad, es el sentimiento de sentirse inadecuado que surgen de las experiencias infantiles (introducción a las teorías de la personalidad 4ta edición), en relación a lo anterior, 12 personas manifestarán sentirse con desmotivación en el desarrollo de su vida personal al igual no presentaban impulsos motivadores para el futuro, se limitaban a expresar que “no sabía que esperar del futuro”

Otro factor psicológico, es los problemas de pareja fué un factor primordial y desencadenante de los intentos suicida, con un porcentaje de 21.84%, ya que de los sujetos estudiados algunos experimentaron desequilibrios en su relación de pareja, (por parte de compañero-a de vida, o novio, novia), por lo tanto sus

conducta suicida, fueron desencadenada por ser víctima de desvalorizaciones insultos, chantajes, previos a la conducta suicida y que por tales motivos tomaron la decisión de terminar con sus vidas. 15 sujetos habían discutido, y por lo tanto su relación se encontraba seriamente afectada. La mala relación de pareja se agravaba por la falta de una comunicación efectiva, ya que en muchas situaciones cotidianas no existía una mala intención en palabras o actitudes que presenta alguno de los miembros de la pareja, pero si existe una interpretación distorsionada de parte del que recibe las palabras o actitudes, esto es porque ya se encuentran a la defensiva esperando siempre una ataque el uno del otro, este tipo de problemas de pareja se convierte en uno de los factores más sobresalientes para desencadenar la conducta suicida en la población explorada, la mitad de la población es decir 15 pacientes, tuvieron un enfrentamiento o discutieron con su pareja. También muchos de ellos no contaban con una relación estable o declarada ante la sociedad pero si tenían novio/a.

Entre otros de los factores que desencadenaron conductas suicidas en la población estudiada fué la infidelidad con una frecuencia de 8 casos encontrados.; La infidelidad es una de las razones principales por las que una pareja rompe su relación.

En cuanto al maltrato psicológico y sexual este fue un factor motivante de la conducta suicida en menor escala.

Dentro de los factores psicológicos se exploró las relaciones familiares, la familia es un sistema, siempre en proceso, que evoluciona y crece gracias a la evolución de sus miembros, aunque a veces, ante ciertas dificultades, puede detener su crecimiento generando sufrimiento en alguna o en todas las personas que conforman el núcleo familiar. Específicamente la relación con los padres se identificó como factor desencadenante en un 17.47 %; un 5.55% de las personas de la población estudiada transitaron una ruptura con los padres, previamente

a la conducta suicida, en lo que respecta al factor de discusión el 38.89% fue motivada a quitarse la vida por discusiones que había ocurrido con sus padres, ya que en algunos casos sus padres los habían corrido de sus casas; además, 12 personas habían sido víctima de maltrato psicológico lo cual les ha producido muchos sentimientos de desmotivación hacia la vida ya que la violencia psicológica: lleva consigo controlar, degradar, humillar, intimidar, manipular, amenazar, aislamiento o cualquier otra conducta u omisión que produzca un perjuicio en la salud psicológica, la autodeterminación, el desarrollo integral y las posibilidades personales, 5 personas de la población estudiada, fueron víctimas de maltrato físico, tal maltrato tiene como fin emitir acciones u omisiones que amenazan o lesionan la integridad física de una persona, este tipo de maltrato se determina como un desencadenante de la conducta suicida. Asimismo En menor escala se encuentra el maltrato económico con 5.55% y maltrato sexual en un 2.78% persona.

Las discusión con los padres, se plantea como un desencadenante más, tal como se presentó en uno de los casos explorado, él paciente manifestó la conducta suicida después de una discusión que le quitó el deseo de seguir viviendo y tomar una decisión de terminar con su vida, porque no veía otra salida a su desesperanza, ya que el maltrato psicológico que ocurrió causó, depresión, baja autoestima, pobre imagen, auto desvalorización, inseguridad. Y por ende una decisión letal.

Como factor social, se explora el aspecto económico, dicho factor se representa como desencadenante de las conductas suicidas en la población con un 9.70 %; en donde la pobreza que es una circunstancia económica en la que una persona carece de los ingresos suficientes para acceder a los niveles mínimos de atención médica, alimento, vivienda, vestuario y educación, en el factor económico 10 de las personas señalan esta incapacidad como punto de preocupación, cuya condición ya no quisieran seguir viviéndola, de los datos obtenidos se

presentan que al menos 15 personas presentan ingresos mensuales inestables y no más de \$100 dólares al mes, esta condición económica es el resultado de un desempleo. En las sociedades como la nuestra, en las que la mayoría de la población es proletariado, y el no poder encontrar un trabajo es un grave problema y mucho más si la relaciona con la falta de educación y la falta de oportunidades de empleo en los diferentes municipios del departamento de Morazán, en el cual la única opción de trabajo es la agricultura, jornaleros y albañilería en cuyos trabajos según manifestaron las personas entrevistadas es de \$5 dólares al día. Debido a los costes humanos derivados de la privación y del sentimiento de rechazo y de fracaso personal, esta condición es presentada por cinco de las personas en estudio las cuales se encuentran desempleadas y solamente una persona empleada manifestó experimentar discordia o disgusto en su trabajo o compañeros de trabajo y debido a los pocos ingresos económicos, cuatro personas presentaron como factores desencadenantes del intento suicida por las deudas económicas.

El factor de influencias ambiental es considerado como uno de los factores desencadenantes de las conductas suicidas en un 4.85%, los resultados obtenidos en este factor proporcionan el índice de influencia de los medios de comunicación, y los más importante el grado de influencia de muchos casos de intentos suicidas, quienes han logrado el objetivo de terminar con la vida, esto presentado en sus familias o lugares de residencia, de las 30 personas, solamente 10 expresaron que su conducta suicida había sido influenciada; dos de ellos manifestaron que había sido inducido por las televisión al observarlo en películas, una persona expresó que había sido inducida por aspectos de esoterismo, una solamente aceptó que fue un consejo que le habían dado, y cinco de las personas estudiadas manifestaron que habían escuchado casos de suicidio en las que las personas habían muerto con el mismo método que ellos habían decidido aplicar. Entre las influencias, se considera la subcultura de los



lugares de residencia y familiares al tener contacto o conocer de casos similares de intentos suicidas. Según la teoría de William Farr, si el sujeto tiene antecedentes familiares de conducta suicida, tiene más predisposición a cometer lo mismo. Este mismo autor en 1841 sentenció: "No hay un hecho mejor establecido que el efecto imitativo en la conducta suicida". En 11 de los 30 pacientes explorados tienen familiares cercanos que se suicidaron.

Otro de los factores psicosociales desencadenantes estudiados, fué el factor académico, el cual se presenta en un 1.94%; una persona manifestó que el haber reprobado incidió en su decisión de quitarse la vida, una joven deserto de sus estudios debido al intento suicida, y dos personas manifestaron que debido al clima familiar sus deseos de superación académica se vieron frustrados.

Los factores ambientales, en dónde se consideraron aspectos relacionados a su medio familiar, o social, como lo son intentos de abusos, robos, problemas con la justicia, etc.; este factor fue en 1.45 % desencadenante; esencialmente por haber sido víctima de violación de parte del padrastro, la impulsó a ya no querer seguir viviendo, por las secuelas que le habían dejado los sentimientos diarios que le producía el evento traumático ocurrido, y otra de ellas por abuso sexual, porque hubo manoseo por parte del padrastro, y eso le generó malestar y la impulsaba en gran manera a evitar su existencia o morirse, induciéndose a tal estado. Otro de los pacientes antes de emitir la conducta suicida había sido arrestado por embriaguez, lo cual conllevó a un sentimiento de desesperanza que a su vez se convirtió en acto suicida.

Respecto al factor referido a los valores morales, siendo estos los limitantes para expresar o actuar de manera incorrecta, y guía el diario vivir de muchas personas tanto así que para una de las pacientes entrevistadas al encontrarse en una situación de discriminación por no contar con la virginidad y seguir soltera,

era motivo suficiente para ya no seguir viviendo. Mientras que para una persona más del grupo en estudio el acto de haber cometido aborto la condenaba a morir a ella también, porque no se sentía capaz de seguir viviendo por la incomodidad que el suceso le causaba y las consecuencias que había acarreado. Este factor se manifestó en un 0.97%, específicamente en el sexo femenino. A si mismo se tomaron en cuenta los valores o creencias religiosas que estas personas poseen; para uno de los pacientes estudiado este factor fue motivo de su intento suicida, ya que expresó haberse dejado llevar por Satanás y él le tomó la ventaja, y por ello tomó la decisión de quitarse la vida con una pastilla matarrata. Este factor se presentó en un 0.48% entre todos los sujetos, es decir, que este factor es un desencadenante en dos casos, pero esto se relaciona con las problemáticas personales que ellos experimentaban, es decir que este factor por sí solo no desencadena la conducta suicida, si no que es manifestado como una justificación de la pérdida del locus de control.

Después de conocer los factores desencadenantes, de las conductas suicidas, se exponen los síntomas de presentación de la población atendida, previamente a la conducta suicida según lo que ellos dijeron haber experimentado, predominando en 25 de ellos la tristeza, que es un fenómeno afectivo que apareció en estas personas en sus relaciones con el entorno, la persona se siente afligida, desanimada y abatida, se muestra apagada y con escasa reactividad emocional, y tendencia al llanto. Otros de los síntomas que llamaron la atención fue el sentimiento de soledad siendo este el estado en el que un sujeto carece de forma deseada o involuntaria de la compañía de alguien. La soledad también es el sentimiento peculiar de aislamiento que puede experimentar una persona aunque esté en compañía en de otras. Otro de los síntomas que predominaron fue la pérdida de intereses, es decir la persona previo al intento suicida, ya no se sentía inclinada hacia algo que le satisficiera como antes, se descuidaba tanto en su aspecto personal, como en su alimentación, incluso ya no frecuentaba el mismo círculo social y era muy

distante con su familia. Dieciséis de las personas exploradas manifestaron sentir desesperanza, es decir que el estado del ánimo les había desvanecido la esperanza y sentían desesperación lo cual es una alteración extrema del ánimo. Estas mismas 16 personas también habían experimentado insomnio, lo que es la dificultad para conciliar o mantener el sueño, lo cual provoca malestar e irritabilidad, fatiga, falta de concentración, somnolencia y ansiedad. El mismo número de personas exteriorizaron sentimientos de inutilidad entendiéndose esto como el sentir de que no podían hacer las cosas por si solos, que no había fuerza física ni mental, para poder seguir adelante con sus vidas. Dieciséis personas también experimentaron sentimientos de vacío, lo que significa disposición afectiva hacia la falta de carencia o ausencia de alguna cosa o persona que se echa de menos, Debido a sus problemas que habían tenido en su mayoría con su pareja o novios/as, en cuanto a los padres su ausencia o indiferencia les provocaba el sentimiento de vacío. Al igual 16 sujetos experimentaba una baja autoestima que provoca mayor vulnerabilidad emocional, por ser un concepto bajo de sí mismo. Ya que por lo general, dicen cosas como las siguientes: "No puedo hacer nada bien.", "No puedo hacer las cosas tan bien como los otros.", "No quiero intentarlo.", "Se que no me va ir bien.", "Se que no lo puedo hacer.", "Sé que no voy a tener éxito.", "No tengo una buena opinión de mi mismo.", "Quisiera ser otra persona.", estas eran las expresiones comunes que tenían las personas estudiadas antes de intentar suicidarse. También experimentaron intranquilidad que es la falta de quietud y paz, en donde no se toman las cosas con tiempo si no con nerviosismo y agobio. Respecto al sentimiento de impulsividad manifestaron sentirlo 16 personas debido a que esto es parte del mecanismo de ejecución y control de la voluntad de acciones, es una dimensión de la personalidad caracterizada por un paso a la acción demasiado rápida sin la debida reflexión previa. Es decir que la persona no pensó en las consecuencias de su acto suicida tanto personal como familiar.

Trece personas de las 30 en estudio, percibieron haber sentido en ellos un humor deprimido, ansiedad y capricho. El primero de ellos se caracterizaba por el sentimiento de melancolía y pesimismo con un decaimiento. El segundo que es estado emocional o actitud emotiva o sentimental concerniente al futuro y caracterizada por una mezcla o alternativa desagradable de miedo y esperanza, y el tercero siendo capricho que es el sentir o hacer cambios bruscos en la conducta de un individuo que se basa en ideas impredecibles y sentimientos volubles.

En lo que concierne al haber experimentado ideas suicidas previas al intento de suicidarse fue una cantidad de 11 personas que presentaron ideas suicidas abarcando este un amplio campo de pensamiento que pueden adquirir las siguientes formas de presentación como: el deseo de morir, siendo el primer peldaño que indica la disconformidad del sujeto con su manera de vivir y puerta de entrada a la ideación suicida, y por ende es común la expresión de “la vida no merece la pena vivirla”, “para vivir así es preferible estar muerto”, como se puede apreciar la representación suicida consistentes en fantasías pasivas de suicidio como por ejemplo; (imaginarse ahorcado).

La idea suicida sin un método determinado, cuando el sujeto desea suicidarse y al preguntarle cómo ha de hacerlo, responde que no sabe cómo. Cuando existe la idea suicida con un método indeterminado, se puede apreciar en el sujeto que desea suicidarse y que al preguntarle a él, de qué forma se quitaría la vida, el responde que de cualquier forma, ahorcándose, quemándose, pegándose un tiro, precipitándose, sin mostrar preferencia por uno de ellos. De los 11 pacientes que expresaron haber experimentado ideas suicidas. También dijeron haber experimentado sentimientos de pesimismo que es la propensión a apreciar el lado negativo de las cosas, o a juzgarlas en su aspecto menos favorable; es una dimensión de la personalidad que, si no se manifiesta de forma excesiva, da un toque de realismo al comportamiento de los individuos y alimenta esfuerzos más enérgicos para evitar fracasos. Es por ello que se vieron

en una visión de túnel en donde por más que hicieran no creían que sus problemas se iban a resolver o que nadie les podría ayudar y la única salida o escape era la muerte. Así también la misma cantidad de personas manifestaron el sentimiento de capricho por la idea de haber sido traicionados o por pensar que ellos no se merecían tal trato o la vida no era como querían, es por ello que toman una decisión nociva para sí mismos, para demostrarles a las otras personas que no los trataron bien, y lo que habían provocado en ellos. Tomando en cuenta los síntomas de presentación en la población atendida en 11 personas se encontró que experimentaron agresividad y cólera antes de emitir su conducta suicida, hacia quienes les habían dañado. La agresividad se conoce como la denominación dada a la aparición creciente de un tipo de conducta hostil que se manifiesta en agresiones de diversos tipos. La cólera que sintieron estas personas se conoce como el estado de excitación emocional en forma de viva animación, gestual y verbal, de apariencias agresivas, que en ocasiones se torna incontrolable.

En 9 de los sujetos explorados con intento suicida, se experimentaron sentimientos de aislamiento social, es decir que se alejaron o separaron, unos abruptamente, otros pasos a paso de sus pocas amistades, no encontrando refugio en ellos, también dejaron de asistir a la iglesia, y ya no frecuentaban los mismos lugares. Además vino a ellos el sentimiento de inestabilidad, es decir que estaban en constante cambio. O había en ellos una predisposición a una emotividad excesiva, versátil y por lo tanto, inadecuada. De su situación por la cual estaban atravesando.

En menor escala se ubican 2 personas que experimentaron pérdida de peso, y no encontrándose alucinaciones auditivas en ninguna de la población estudiada.

En lo concerniente a la conducta social de la población por medio de las redes de relaciones interpersonales, a continuación se muestra los siguientes resultados:

De los 30 sujetos de la población estudiada, 14 de ellos manifestaron tener muchos amigos, 12 expresaron tener pocos amigos; el no tener amigos y vivir solo lo manifestaron 2 personas; un aspecto de suma importancia es el que la población expresara sentir rechazo social, esta característica se vio reflejada en los rasgos de personalidad con un buen porcentaje, es decir que las personas con tendencia a los actos suicidas presentan adaptación social inadecuada debido a su sentimiento de inferioridad y rechazo por parte de la sociedad ( familia, comunidad, etc.), estos rasgos conllevan a 4 sujetos a sentirse blanco de discriminación por razones como: víctimas de violación, por ser alcohólicos crónicos, por críticas por su intento de quitarse la vida. De los 30 sujetos, 10 de ellos pertenecen a grupos de apoyo social como lo son iglesias, equipos deportivos, grupos musicales y grupo de autoayuda, o bien han asistido en alguna ocasión a estos. A las personas que tienen este tipo de apoyo por parte de familiares y amigos y las animan, se restablecen mejor en el sistema comunitario y funcionan con mayor eficiencia y efectividad cuando hay apoyo social.

Las escalas aplicadas a los pacientes tales como la Escala de Desesperanza de Beck, Inventario de Razones para Vivir, y la Escala de Intencionalidad suicida de Beck muestran la relación con los diagnósticos obtenidos en las diferentes escalas, los cuales son el punto de partida para una atención psicológica a las personas con conducta suicida, ya que por medio de estas identificamos el riesgo aun presente de la reincidencia de la conducta suicida y sobre todo los factores psicológicos mas alterados; Según la escala de intencionalidad suicida de Beck (Suicida Intent Scale), SIS. Los datos obtenidos de la aplicación reflejan que 20 sujetos de la población estudiada presentaron mayor gravedad de la intencionalidad suicida, debido a las características de la tentativa suicida, muchos de ellos se aislaron y tomaron las precauciones para no ser descubiertos, ni siquiera lo comunicaron a alguien cercano y su fin era el terminar con su vida,

pero a pesar de ello lograron ser rescatados. Mientras que los 10 restantes de la población estudiada, su intencionalidad suicida era menor.

La puntuación más alta la obtiene el factor objetivo para determinar la gravedad de la intencionalidad debido a que esta comprendía las expectativas durante la tentativa de suicidio. El propósito supuesto del intento en el cual contestaron que era: escapar de la vida, buscar finalizar de forma absoluta, buscar solución irreversible a los problemas. Comprendiendo lo anterior la mayoría de las personas estudiadas, consideraban que terminando con sus vidas se finalizaban sus problemas, por su escasa habilidad por resolver problemas producto de una acumulación de tensiones del pasado que determinan su estado psicológico presente lleno de ideas irracionales que los lleva a tomar medidas desesperadas.

Sujetos consideraban que era probable o cierto al ingerir algo que los hiciera desaparecer, estaban seguros de morir. En cuanto a la concepción de la letalidad del método, igual excedían porque pensaban que lo que ingerían era mortal debido a lo que habían escuchado y era lo que tenían más cerca de ellos y sabían su utilización. En la seriedad del intento la mayoría coincidió que intento poner fin seriamente a su vida, es decir que no era para manipular a nadie o llamar la atención, sino que lo único que deseaban era terminar con su vida, secundando una vez más la idea de ya no existir, además de esto respondían a la pregunta que de la concepción de la capacidad de salvamento médico no estaría a su alcance y estaban seguros de morir aunque recibieran atención medica, pero fueron rescatados y viven para contarlo. Al momento de tratar de quitarse la vida las personas estudiadas manifestaron que contemplaron el acto de suicidio por más de 3 horas antes del intento, es decir que sus pensamientos y procesos acerca del hecho venían postergándose buscando el detonador que en muchos de estos casos fue una discusión ya sea con la pareja o los padres, provocándoles

un resentimiento que los condujera al acto suicida. La mayoría de ellos la reacción frente al intento suicida después de sobrevivir se encuentran arrepentidos y con sentimientos de ridículo y vergüenza, por ende al principio de la entrevista la población estudiada se mostró resistentes al hablar de ello.

El factor objetivo que comprende circunstancias objetivas relacionadas con la tentativa de suicidio, en su mayoría la población estudiada se aisló durante el intento y no había nadie cerca o en contacto, por lo cual la intervención de las personas a evitar que ingirieran el veneno, la sobredosis o se mutilaran era poco probable, ya que tomaron precauciones activas, no contactaron ni avisaron a nadie de su intento suicida, pocos de ellos o tres para ser exactos escribieron una carta, para que fuese encontrada en donde explicaban su motivo, uno de ellos expreso que no culparan a la novia como motivo de su muerte, otra escribió que “no le contaran a su hijo como murió”, otra era porque “mantenía contacto sexual con el primo, y este le fue infiel, y lo culpaba a él del hecho del intento suicida”, otra persona tenía un escrito donde decía que “nadie tenía la culpa de lo que ella había cometido y que no la volvieran a mencionar en su familia porque tal acto los podía dañar y avergonzar con otras personas”. Los restantes solo lanzaron comentarios, pero no directos de modo que no fueron tomados en serio, entre ellos, otros que su familia aun no sabe el por qué de su acto suicida, ni hubo sospechas de nada por no haber comunicación verbal del intento suicida, de parte del paciente.

La escala de Desesperanza de Beck (Hopelessness Scale, HS). Esta escala se aplicó a los 30 sujetos en estudio, en tal escala se localizan tres factores en los cuales los sujetos mostraron mayor o menor desesperanza; en el factor afectivo se refiere a los sentimientos sobre el futuro según la escala, La afectividad según Ignace Leep, es una capacidad que no todas las personas tienen en la misma dimensión, estas capacidades facilitan o son una buena fuente para el inicio de



las relaciones humanas como la amistad. Estas capacidades en nuestro inconsciente a menudo nos lleva a vivir la afectividad más allá de puros móviles racionales. Por tanto la familia tiene un rol importante, en favorecer las experiencias afectivas no sólo al interior de ella, sino también permitir estas relaciones con otras personas externas al núcleo familiar, ayudando con esto al desarrollo social. La afectividad nos ayuda a tener una autoestima saludable que determinará la forma de enfrentar las situaciones de nuestra vida diaria, y nos ayuda a dar sentido a lo que hacemos, a encauzar nuestros intereses, sobreponernos a dificultades y buscar espacios de realización dentro de la sociedad.

En este factor de afectividad los sujetos presentaron un total de 35 puntos, es decir que las sujetos estudiados no presentan entusiasmo y esperanzas para el futuro.

El factor Motivacional, según la escala se relaciona con la pérdida de motivación; la motivación es la necesidad o deseo que dinamizan la conducta, dirigiéndola hacia una meta; en este factor los sujetos presentan una mayor puntuación de 111 puntos, es decir que la sujetos presentan una desmotivación y pesimismo sobre su futuro, esta concepción les interfiere en superar el estado de ánimo deprimido que presentan, solamente cuatro sujetos quienes son los que presentan un mínimo riesgo de reincidir en la conducta suicida presentan motivación hacia un estilo de vida diferente.

El factor Cognitivo según la escala, evalúa las expectativas sobre el futuro; la cognición es el conjunto de actividades mentales asociadas con el pensamiento, el saber y la rememoración. En tal factor los sujetos presentan un puntaje de 66, entre las distorsiones cognitivas que presentan se pueden mencionar, que no se pueden imaginar su futuro dentro de un tiempo establecido, su futuro les parece oscuro, presentan sentimiento de pesimismo, pensamiento catastrófico al decir

que sus problemas no tienen solución, descalifican lo positivo, atención centrada en satisfacer al otro, atención centrada en si mismo pensamiento autorreferencial, auto evaluación negativa, conclusiones apresuradas (sin dudas ni evidencias) etc.

De la suma de cada factor se obtienen los diagnósticos siguientes: de 30 sujetos estudiados, 4 presentan mínimo riesgo de cometer suicidio; 8 presentan riesgo moderado de cometer suicidio; 14 presentan riesgo leve de cometer suicidio y 4 presentan alto riesgo de cometer nuevamente la conducta suicida. Es decir que de los 20 sujetos que presentaron mayor grado de intencionalidad de ponerle fin a su vida, 12 de ellos presentaban aun riesgo de reincidir en la conducta suicida.

El inventario de razones para vivir (Rehaznos For Living Inventory, RFL), De los 18 sujetos que presentaban un rango de mínimo y leve de riesgo suicida, estos se identificaron con mayores puntajes en las sub escala de supervivencia y afrontamiento, dicha sub-escala en total presento una media de 131.89, la sub-escala de responsabilidad con la familia presento una media total de 124.59 en dicha escala los sujetos manifestaron tener una responsabilidad con su familia por tal razón consideramos que no intentarían nuevamente suicidarse; en la sub-escala de preocupación por los hijos arrojo una media de 139.96, en esta escala los sujetos que en su mayoría son jóvenes solteros, es decir sin hijos, manifestaron el deseo de tener hijos en un futuro; la sub-escala de miedo al suicidio tiene una media de 97.3, este puntaje se interpreta como favorable por que después de su primera experiencia con la conducta suicida, han adquirido miedo ante el suicidio y debido a ello no desean reintentarlo con el método utilizado ni con otro, ya que el método que ellos utilizaron les dejo secuelas físicas y psicológicas, siendo las más perjudiciales y evidentes las físicas. En lo que se refiere a las secuelas psicológicas se derivan las sub-escalas de miedo a la desaprobación social con una media de 128.25, ya que ellos han sido objetos

de críticas y burlas por sus allegados y por la sub-escala de objeciones morales, después de su experiencia con el intento suicida fallido lo han interpretado como una segunda oportunidad de vida y esta obtuvo una media de 148.66.

En conclusión los sujetos según la escala mencionada anteriormente presentan mayores razones para seguir viviendo por objeciones morales, deseos de procrear hijos, deseos de supervivencia y afrontamiento, por responsabilidad con su familia, y el no volver a tener una nueva experiencia de sufrimiento por las secuelas de los métodos que existen para quitarse la vida.

En el estudio exploratorio de la conducta suicida con los pacientes del Hospital Nacional Dr. Héctor Antonio Hernández Flores del Departamento de Morazán, se realizó el presente perfil psicológico de la personalidad tomando en cuenta los 30 sujetos estudiados; el perfil que elaborado, es el resultado de la aplicación del Test Proyectivo de la Figura Humana de Karen Machover, de la evaluación e interpretación de este, se obtienen los siguientes rasgos de personalidad representados de mayor a menor porcentaje de presentación.

En primer lugar está el rasgo de Depresión que es el trastorno del humor caracterizado por una alteración significativa del estado de ánimo, primordialmente compuesta de tristeza y ansiedad que suele asociarse a síntomas físicos (cansancio, pérdida del apetito insomnio, disminución del deseo sexual) y una reducción de la actividad social.

Vidal-Alarcón expresa que alrededor del 15% de los deprimidos severos, se suicida. Otros autores estiman esa frecuencia en 1 de cada 6 personas realizan tal acto, y parecida proporción mencionan otros escritores.

En nuestra experiencia, el rasgo de depresión está presente en un 83.33 % en la población, es decir que la población estudiada más del 80% mostró signos de depresión.

Freedman- Kaplan- Sadock, dedican extensamente el tema de depresión aunado a la conducta suicida (ob. cit. pág. 618 - 910 - 1174 - 1196). Mencionan la diferencia de su ocurrencia del los intentos suicidas en las depresiones reactivas moderadas, de nivel neurótico y las más profundas de categoría psicótica. Por supuesto, en estas últimas el riesgo es mucho mayor.

En aquellos cuadros depresivos asociados a una manifiesta histeria, en pleno período de estado, hay anuncios e intentos suicidas. Pero, repetimos, hay casi siempre "anuncios más o menos melodramáticos". El hecho suele producirse, efectivamente, ante un auditorio. Por lo general, no es serio, es decir, el recurso no es idóneo para lograr la muerte. No se arroja al vacío, ni se dispara un tiro, ni piensa en tirarse a las vías. Se elige el corte en el antebrazo (cortarse las venas), tomar fármacos comunes, etc. El objeto es llamar la atención, con alto contenido histriónico, y consecutivo a situaciones conflictivas explosivas. Es un intento "utilitario" en el sentido de conseguir algún objetivo en el entorno.

En cambio los intentos suicidas del deprimido severo, son como un autor decía "serios, de verdad". Suele planearse, generalmente en cierto secreto y el cuidado que pone en su ejecución hace que casi siempre culmine en muerte. El sujeto suele manifestar a quienes le rodean que "es mejor terminar con todo, `` así no se puede vivir, `` esto no tiene arreglo, es mejor desaparecer." Es decir explicita su idea autodestructiva. Pero hasta aquí hay ambivalencia: se piensa en el suicidio, pero se resiste a la idea. Sin embargo, el riesgo aumenta, cuando el individuo parece tranquilizarse, Cesa la ambivalencia, desaparece la disyuntiva y la lucha interior; generalmente la resolución ha sido tomada y ahora se elabora la ejecución del acto.

El segundo mayor rasgo presentado por la poblaciones de estudio con un 73.33% es la Agresividad, la cual se conceptualiza como un conjunto de actitudes hostiles y negativas de una persona; esta rasgo de personalidad es presentado por los sujetos de forma externa como interna, es decir, expresan

conductas agresivas de diversos tipos hacia las demás personas de su alrededor y sobre todo la manifestación auto agresivas contempladas en el acto suicida, por medios de los diversos métodos más usuales como lo son la ingesta de plaguicidas y fármacos.

En la interpretación de los test de personalidad se destacó en un 60% el rasgo de inadaptación social, que es el estado del individuo en que sus modos característicos de conducta o sus experiencias subjetivas son de tal índole que no logran satisfacer las necesidades y relaciones ordinarias de la vida por la interacción con los individuos que lo rodean. Los fenómenos de inadaptación social se deben interpretar en el medio en el que se relaciona el sujeto, además de cómo son las relaciones que se establecen con ese medio. La inadaptación debe ser entendida como un proceso, algo que se construye en la historia individual o grupal. En la mayoría de los casos de inadaptación se produce una carencia de elementos materiales y/o inmateriales, tal como los presentaban los sujetos estudiados en los diversos factores desencadenantes de la conducta suicida, en las cuales se interpreta que sus ambientes familiares no llenaban o no cumplían con las diversas necesidades afectivas y materiales que ellos necesitaba.

Cuando a las características desfavorecedoras se añade un ambiente compuesto por una cantidad de elementos carenciales, el sujeto o el grupo ve disminuidas sus posibilidades. Este ambiente está compuesto por todas y cada una de las situaciones principales por las que pasa el individuo a lo largo de su proceso vital. De este modo podemos llegar a establecer una conexión entre: carencia, medio hostil, marginación, e inadaptación.

Con un 56.66% se manifiesta el rasgo de Inmadurez emocional, este rasgo se interpreta como una no maduración de la inhibición de reacciones emocionales. Los sujetos inmaduros responden a cada situación con valores afectivos propios y constituye una manera de adaptación al medio que no responde a los parámetros esperados para la edad. Al igual que este rasgo, con el mismo porcentaje se interpreta el rasgo de egocentrismo y el rasgo de inseguridad; entendiéndose como egocentrismo la exagerada exaltación de la propia personalidad como centro de la atención y actividad generales; y la inseguridad como la falta del estado que no garantiza, satisfacción de necesidades, deseos y falta de seguridad. Estos rasgos se relacionan a la conducta de infantilismo y desprecio, tales rasgos se presentan con un 46.66 % en la población.

Encontrándose en 43.33% el rasgo de interrelación defensiva, este se asemeja a la conducta correspondencia mutua entre personas, cosas o fenómenos de forma agresivas que presentan los sujetos.

En el estudio del perfil también se encontró que en un 40% manifiestan los siguientes rasgos : narcisismo, lo cual se conceptualiza como forma de auto encapsulación en la que un individuo experimenta como real solo lo que existe dentro de él; así también se manifiesta el rasgo de fantasía como mecanismo, Este mecanismo sería algo parecido a soñar despierto, al dar rienda suelta a su fantasía algunas personas escapan de sucesos desagradables y se da cuando la persona, ante la insatisfacción que siente, recurre a la imaginación y experimenta a través de los sueños lo que no puede experimentar en la realidad. Las personas que con mucha frecuencia sueñan despiertas descubren que sus propias creaciones son más atractivas que la realidad. Ejemplos: La persona que ha fracasado en variadas ocasiones, tiene constantes fantasías en las que alcanza el éxito. De la misma manera una persona que ha sufrido decepciones en el amor vive fantaseando con el amor de su vida y vive una vida imaginaria. Con igual porcentaje se manifiesta la frustración intelectual, sentimiento de

inferioridad, el alcoholismo, el rechazo y la impulsividad; La frustración intelectual la interpretamos como la frustración académica como tal, sería un tipo de frustración de barrera, pues existe un elemento perturbador que se interpone entre el sujeto y sus deseos de alcanzar el éxito en sus estudios, esta se relaciona con los niveles de escolaridad bajos que están presentes en la población, este rasgo es desencadenante de los sentimientos de inferioridad con lo cual los sujetos experimentan sentimientos de ser inadecuados que surgen de las experiencias infantiles; entre uno de los rasgos y patologías que presentan la población se encuentra el alcoholismo lo cual se considera una enfermedad crónica de etiología no determinada, de instauración insidiosa, que muestra síntomas signos reconocibles proporcionales a su gravedad esto en compañía del rechazo y la impulsividad que es la tendencia a actuar espontáneamente, casi sin premeditación o planeación; a mostrar baja tolerancia a la frustración, control interno débil, inconsistencia; a ser expansivo y a buscar gratificación inmediata. La impulsividad se relaciona, por lo común, con el temperamento de los jóvenes con inmadurez. Se ven reflejados en: integración pobre de las partes de la figura, asimetría grosera de las extremidades, figura grande, omisión del cuello.

La impulsividad y el alcoholismo en la conducta suicida son dos características importantes, ya debido a ello 7 sujetos intentaron suicidarse bajo los efectos del alcohol y como un impulso.

En un 36.0% de la población se identificaron los rasgos de vanidad, pedantería, introversión dependencia, resignación, deficiente auto estimación, lo cual significa que en estas personas hay sentimientos de arrogancia, presunción, envanecimiento, caducidad de las cosas de este mundo, lo que representa la vanidad, todos los rasgos anteriores representan rasgos insanos para su forma

de ser. La dependencia que estas personas representan es síntoma de la deficiente auto estimación propia y necesitan siempre a alguien más para satisfacer sus necesidades afectivas, porque se resigna que por sí solos no pueden salir adelante, tal dato es secundado por la observación que se les hizo a cada uno de ellos.

Otras características de personalidad interpretadas según el test proyectivo son: contacto social defensivo, menosprecio propio, flexibilidad, haciendo esto un porcentaje del 33.33% de la población, estos rasgos hacen que estas personas por su contacto social defensivo, expresen un mecanismo que entorpece cualquier diálogo con las persona: muestran la intolerancia, a partir de ella, desde esta perspectiva se puede entender a los matrimonios que conforman las personas estudiadas que habiéndose amado tanto llegan a un grado tan alto de incomprensión que causa sorpresa, extrañeza. Cuando la intolerancia se sienta en nuestro living, se dañan las confianzas, las dudas y las incertidumbres son manifiestas. En cualquier relación expresan su menosprecio propio y todo lo que se diga se vuelve en contra, el otro lo toma como amenaza, porque evalúan desde su propia perspectiva.

Como se sabe para todos los seres humanos la comunicación es algo fundamental en nuestras vidas, según el test de Machover en 9 personas se presentan el rasgos de Comunicación, pero a su vez la actitud de contacto social débil es representando en un 30.0% de la población con conductas suicidas, en un porcentaje menor demuestran Sobre vigilancia, inhibición inconsciente temprana, ausencia de emociones, falta control, haciendo un porcentaje de 26.66%, lo cual a nuestro juicio entorpece sus relaciones interpersonales, sus relaciones con familiares, pero no porque hayan nacido así sino que así aprendieron, que su familia y medio social en que se desenvuelven



así lo permitió. Cabe señalar que la mayoría de estas personas también provenían de hogares desintegrados y hogares integrados disfuncionales en todo aspecto. Otras características predominantes del 23.33% de la población son la: amenaza, mal humor, capacidad intelectual, necesidad de protección materna, falta de confianza en el contacto social. Es decir este porcentaje de la población estudiada, con estas características de amenaza, mal humor y falta de confianza en el contacto social, reprimían de alguna forma sus relaciones en todo sentido. Pero a la vez presentan una marcada necesidad de protección materna, la necesidad que todo ser humano, tiene hasta cierta edad, pero estas personas debido a sus carencias aun las mantenían, pero una de las ventajas es que cuentan con capacidad intelectual y puede lograr lo que se propongan si lo desean muchos de ellos no lo han descubierto, por eso siguen estancados en su deficiente auto estimación como lo mencionamos anteriormente.

El 20% de la población estudiada muestran rasgos de: agresividad exteriorizada debido a las tendencias agresivas que hay en ellos, pero también existe en ellos, desprecio por las apariencias personales, tendencia a la participación social pero reprimida, compensación por deficiente imagen personal, es decir que se sienten inadecuados para funcionar con normalidad en esta sociedad, tan exigente y guiada por el consumismo voraz. Además de acuerdo a procesos secundarios y la prueba de la realidad. En igual porcentaje según el test de Karen Machover en la población se manifiesta el rasgo de un Yo fuerte que es una función de la personalidad que sigue los principios de la realidad y opera se interpretan las conductas de inmadurez, comportamiento infantil, y timidez que forma una limitante porque se arraigan a comportamientos que no les ayudan a progresar en los ámbitos que se necesitan. Y los vuelven seres más pasivos y con menos capacidad para resolver problemas diarios.

Otras de las características predominantes en un 16.66% de la población es la sumisión, que consiste en el sentimiento de sometimiento a las solicitudes de una persona, que tiene poca o ninguna autoridad u otra forma de poder social, pero esto debido a la debilidad, que se ha generado en ellos por lo cual tienen en ellos una agresividad reprimida, e intentan tener una comunicación social, para salir de esta situación pero por sus características pasivas hay retraimiento es decir que hay un encierro, y ensimismamiento, recogimiento en la intimidad de uno mismo, desentendido del mundo exterior, entendiéndose que se encierran en si mismo alejándose de la realidad por la duda y desdén, que hay en ellos y es manifiesta como arrogancia y orgullo dando por resultado un tendencia al negativismo, que conlleva consigo pensamientos catastróficos e ideas irracionales a raíz de las distorsiones cognitivas de interpretar su realidad.

En el mismo porcentaje de 16.66% presentan también sentimientos de ser observados, por lo que se refleja una falta de autoconfianza, y reprimen las emociones sanas para ellos, convirtiéndose para ellos en un alarde u ostentación, mostrando superficialmente fuertes ante la sociedad. Como se ha podido observar estas personas cuentan con muchas características sanas de personalidad pero dejan que las empañen los rasgos destructivos y es cuando pierden el control y se vuelven marionetas de sus circunstancias y los atacan, demostrando así una incapacidad de resolver cualquier conflicto que se les presente. Cabe señalar que estas características no las presentan de la noche a la mañana, son producto de todo un cúmulo de experiencias durante toda su vida.

Entre los objetivos de la realización del estudio exploratorio de la conducta suicida con la población del Hospital Nacional de San Francisco Gotera, se pretendía evaluar el riesgo suicida que presentaban los pacientes que asistían a consultas Psicológicas, en total se aplicaron 34 escalas de evaluación del riesgo suicida Beck, el porcentaje de los 34 pacientes evaluados que no presenta riesgo suicida fue de un 14.70%, en cambio la mayor parte de la población es decir el

85.30% se diagnosticó con de riesgo suicida. Este dato es de suma importancia, ya que de este nace la necesidad de presentar una propuesta de un plan de tratamiento psicoterapéutico para los pacientes con conductas suicidas atendidos en dicho hospital.

### **5.3 PRUEBA DE HIPOTESIS**

Los resultados obtenidos del estudio exploratorio sobre los factores psicosociales desencadenantes de la conducta suicida, después de un análisis cuantitativo y cualitativo, haciendo uso del método de frecuencia y porcentaje; la hipótesis de investigación, la cual planteaba que “Los factores psicológicos desencadenan en su mayoría conductas suicidas en la población entre 15 a 30 años de edad de ambos sexos pacientes del Hospital Nacional Dr. Héctor Antonio Hernández de San Francisco Gotera, Departamento de Morazán es aceptada; ya que según datos obtenidos los factores personales que son de índole psicológicos presentan mayores porcentajes de desencadenantes en la población estudiada durante el año 2007; rechazando así la hipótesis nula del estudio en la cual se contemplaba que “Los factores psicológicos no desencadenan en su mayoría conductas suicidas en la población entre 15 a 30 años de edad de ambos sexos pacientes del Hospital Nacional Dr. Héctor Antonio Hernández de San Francisco Gotera, Departamento de Morazán.”

De acuerdo a los resultados obtenidos los factores personales, de pareja, de padres, se presentan con los tres mayores porcentaje, considerando a si mismo los síntomas de presentación antes de la conducta suicida, quienes en su mayoría presentaban cuadros de depresión; debido a estos síntomas, los sujetos estudiados presentaron desequilibrios en su salud mental, partiendo de esto, se estima que los factores psicológicos desencadenaron en un 80.57 % los casos de conductas suicidas estudiados.

#### **5.4 GENERALIZACION DE RESULTADOS**

Realizarse en un futuro un estudio exploratorio sobre, los factores psicosociales desencadenantes de la conducta suicida , en la población entre los mismos rangos de edades, demostrara su fiabilidad, ya que las edades consideradas como las más proclive a tal conducta coincidirían con otra población estudiada, y de aplicarse los instrumentos utilizados en el presente estudio, brindarían datos de confiabilidad y validez por ser instrumentos estandarizadas clínicamente, los factores desencadenantes reflejaran iguales conclusiones.

**CAPITULO VI**

**CONCLUSIONES**

**Y**

**RECOMENDACIONES**

## 6.1 CONCLUSIONES

- Las personas con más frecuencia de conductas suicidas, están entre 15 a 20 años, con un 26.66% en el sexo femenino y con un 23.33% en el sexo masculino.
- Las conductas suicidas se manifiestan en la población adolescente y en jóvenes adultos, es decir las personas entre los 15 a los 25 años de edad son poblaciones en riesgo de cometer la conducta suicida.
- Las características de la población con conducta suicida muestran que el 56.65% es persona soltera. Un 40% de la población no presenta escolaridad. La mayoría de la población asiste a la religión Cristiana Evangélica en un 23.32%.
- La ocupación más desempeñada por la población femenina, es la de oficios domésticos en un 33.32%. Y en los hombres el empleo de agricultura con un 26.66%.
- La conducta suicida está relacionada con el estado psíquico para llegar al suicidio, el estado emocional de las personas estudiadas tienen un auto concepto negativo de sí mismos, una expectativa negativa de la comunicación con los demás y carecen de esperanza.

- El factor que más desencadena conductas suicidas es el factor personal, con un 41.27% desglosado en sentimientos personales experimentados, que muchas veces solo son respuestas de los problemas con la pareja en el que se encontró en un rango de 21.84%, y seguidamente el de los problemas con los padres con 17.47%, siendo estos tres con los de mayor puntaje.
  
- El 83.33% de la población estudiada presenta rasgos de depresión, y en un 73.33% el rasgo de agresividad, inadaptación social un 60.0%, y el 56.66% rasgos de personalidad como, inmadurez emocional, egocentrismo, inseguridad, un 46.66% presentan, infantilismo, desprecio y en un 43.33%, narcisismo, fantasía como mecanismo, frustración intelectual, sentimiento de inferioridad, alcoholismo, rechazo, impulsividad, cada uno de ellos con un porcentaje de el 40%. Rasgos psicológicos presentes en pacientes con conductas suicidas según los resultados del Test Karen Machover.
  
- En las zonas urbanas, un 6.67 % de las personas ingirieron Gramoxone y en un porcentaje menor de un 3.33% la ingesta de Volatón, crema para matar ratones, sobredosis con fármacos específicamente con medicamentos para dolor de estomago, el corazón, pastillas para dormir, amoxicilina; así mismo el uso de Gillette, el uso de cuchillo y lazo.
  
- En la zonas Rurales, el método más frecuente en 33.34% fue la ingesta de Gramoxone, en segundo lugar de acuerdo a los porcentaje fue elegido en un 6.67%; las pastillas para matar ratones, al igual que la sobredosis de pastillas para dormir, y con un porcentaje menor de 3.33% en cada caso esta la ingesta de Folidol, Hedonal, Gesaprin, Lannate y de otros medicamentos como pastillas prenatales.

- Los métodos más comunes con los cuales se realiza la tentativa del suicidio en la población: son intoxicación con plaguicidas, sobre dosis de fármacos.
  
- Los síntomas momentos antes al acto suicida en un 8.72% es de tristeza, y el sentimiento de soledad; en un 6.27%. Se encuentra el sentimiento de pérdida de intereses en un 5.92%, y en un 5.57% el sentimiento de desesperanza, insomnio, inutilidad, sentimiento de vacío, baja autoestima, intranquilidad, impulsividad.
  
- Se recopiló que el 66.67% de la población obtuvo un diagnóstico de mayor gravedad de la intencionalidad suicida, y el 33.33 % fue de menor gravedad con respecto a la escala de intencionalidad suicida.
  
- La escala de desesperanza proporcionó que el 46.66% de los pacientes presenta riesgo leve de cometer suicidio. El 26.67% tiene riesgo moderado de cometer suicidio, mientras que el 13.33% no existe ningún o es riesgo mínimo de cometer suicidio, sólo en el 13.33% de la población se observa que si existe un alto riesgo de cometer suicidio. Conducta presentada en la población de estudio después de haber intentado cometer un acto suicida.
  
- Los resultados del Inventario de Razones Para Vivir, se obtuvo que la mayor posibilidad de comisión de conducta suicida es por el Factor de supervivencia y afrontamiento en un 76%, en segundo el que da lugar a mayor posibilidad de comisión de conductas suicidas en un 43% es el Factor de responsabilidad con la familia



- El 85.30% de la población a la que se le aplicó la escala de riesgo suicida de Plutchik, presentó el diagnóstico de riesgo suicida, mientras que el 14.70% no presenta riesgo suicida
- Un 36.67% del total de las personas estudiadas en sus familias se presentaron casos de intento suicidas, como antecedente.
- El 34.14% de las personas estudiadas tienen muchos amigos y el 45% de la población asiste a Iglesias, el 40% a equipos deportivos, el 10% a grupos de musicales y el 5% en grupos de autoayuda.
- Existe relación entre ocupación del suicida y la elección del método, la modalidad y los motivos que lo desencadenan. En los casos, interviene su personalidad, el conocimiento que tengan sobre la efectividad del método elegido, el deseo de muerte y los instrumentos a su alcance.
- Entre las familias de las personas de intentos suicidas es frecuente que no se observe el lenguaje no verbal y el comportamiento general de los miembros. E ignoran las ideaciones o gestos suicidas que emiten.
- Las tentativas de suicidio en la población se producen como una forma de solucionar sus problemas, porque el ambiente familiar los hace sentir culpables. El sentimiento de desesperanza, de abandono, de incapacidad para afrontar una situación les hace creer que los demás no perciben su necesidad. Si el intento suicida está siendo provocado por una crisis en las relaciones interpersonales específicamente de pareja.

- Las medidas asistenciales y preventivas deben llevarse a cabo por medio de la familia, la escuela y las amistades; todas ellas integran las redes de apoyo con que puede contar el suicida. Los comportamientos suicidas, desde la ideación hasta las tentativas, deben tomarse con seriedad y canalizarse para su oportuna atención terapéutica.

## **6.2 RECOMENDACIONES**

### **AL HOSPITAL NACIONAL.**

- Capacitar al personal de salud sobre la vulnerabilidad de la población hacia la conducta suicida y la frecuencia de casos en la población por medio de los resultados del presente estudio, y con ello brindar atención primaria en las comunidades sobre la identificación de estados depresivos, ideas, tentativas suicidas, y referirlos a consulta psicológica.
- Realizar acciones de prevención, ampliando la atención de la salud Mental en los diferentes Municipios del Departamento.
- Elaborar un registro de los pacientes con conducta suicida de diversas manifestaciones y no solo de índole toxicológica para efectos de estadístico, con el cual se obtenga un conocimiento de la frecuencia de esta conducta en la población.
- Brindar el apoyo y recursos institucionales al área de Salud Mental para brindar atención Psicológica a los pacientes en zonas marginales.

### **AL AREA DE SALUD MENTAL**

- Desarrollar una atención psicológica integral partiendo desde la intervención en crisis, el seguimiento de los casos, hasta el alta por ser considerado el paciente sano mentalmente.
- Desarrollar estrategias de prevención comunitaria sobre las conductas suicidas.
- Ejecutar la propuesta del plan psicoterapéutico dirigido al grupo de pacientes con conductas suicidas.

### **A PACIENTES**

- Ser accesible a la atención psicológica brindada.
- Participar activamente en el desarrollo del tratamiento psicológico.
- Buscar atención psicológica en momentos o situaciones en donde considere una ayuda.

### **A LA COMUNIDAD O ADESCOS**

- Que la comunidad sea un agente de cambio positivo que contribuya a fortalecer la salud mental de las personas con intentos suicidas, por medio de la no etiquetación, estigmatización y solicitar de manera organizada la educación y atención en la Salud Mental.

### **A INSTITUCIONES U ONG.**

- Desarrollar proyectos investigativos acerca del suicidio o basarse en los ya existentes con el fin de proponer la ejecución de programas que auxilien a muchas comunidades de la zona de Morazán.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Petrovski. Psicología General, Manual Didáctico para los Institutos de Pedagogía.
- Bárbara Engler. Introducción a las Teorías de la personalidad. 4ª edición.
- Centro Nacional de Registro. Monografías, del departamento de Morazán y sus Municipios, impreso en talleres Litográficos, del Instituto Geográfico Nacional, Ingeniero Pablo.
- D. Alarcón, Renato; Mazzotti, Guido; Nicoline Humberto. Psiquiatría; 2da Edición; Organización Panamericana de la Salud; Editorial Manual Moderno, año México.
- Davison, Gerald C.; Neale John M. Psicología de la Conducta Anormal DSM-IV; Editorial Limusa, Año México.
- Dennis Coon. Psicología Exploración y aplicaciones, 8ª edición, International Thomson Editores, 1999.
- E.S Paykel. Psicopatología de Los Trastornos Afectivos, Ediciones Pirámide S.A. 1993 Madrid.
- Freeman, A; Reineche M.A. Terapia Cognitiva Aplicada a la Conducta Suicida; Desclée de Brouwer, S.A, 1995 España.
- Howard C. Warren. Diccionario de Psicología, Fondo de Cultura Económica, México, segunda reimpresión 2000.

- J. Bobes, M.P.G. Portilla y otros. Banco de Instrumentos Básicos para la practica de la psiquiatría clínica. Ars Médica, 3era Edición.
- James O. Whittaker y Sandra Whittaker. Psicología 4ª Edición, Nueva Editorial Interamericana, México DF. 1986.
- Javier Grandini González. Medicina Forense, Mc Graw Hill. México 2004.
- José Buendía Vidal. Estrés y Psicopatología. Ediciones Pirámide S.A.1993 Madrid.
- Juan Ma. Escribano. Test de la Figura Humana, de k. Machover. (Manual practico de valoración) Madrid 1976.
- Karl A. Slaikeu. Intervención en Crisis Manual para práctica e Investigación; Editorial Manual Moderno, año 1996 México. DF.
- Lin Yutana . Entre Lágrimas y Risas. Editorial Sudamericana, Buenos Aires, 1954.
- Luis Alonso Andrade Guerra y otros. Tesis sobre Comercio, manejo y riesgos de plaguicidas Químicos sintéticos prohibidos y de Severa Restricción en el Departamento de San Miguel. Ingeniería Agronómica 2000. Mc Graw Hill, México 2002.
- Océano. Océano uno Color, Diccionario Enciclopédico. Impreso en España, 1998.

- Océano. Enciclopedia de la Psicología, (Diccionario). Volumen No 4 Editorial. Grupo Océano.
- Pedro A. García Blandón. Curso Centroamericano a Distancia sobre Prevención de Intoxicaciones por Plaguicidas. Unidad No 3, INCAP/OPS, PLAGSALUD/OPS, OIT.
- Pérez Barrero, Sergio Andrés. ¿Cómo evitar el Suicidio en adolescentes?, (1997)
- Ruiloba. J. Vallejos. Introducción a la Psicopatología Y Psiquiatría; 3ra Edición, Editorial.
- Sampieri Hernández, Roberto; Fernández Collado, Carlos; Baptista Lucio, Pilar. Metodología de la Investigación, Segunda Edición; Macgraw-Hill 1991, México.

#### **Sitios consultados en Internet**

- <http://who.suicidology.org/>
- [http://www.prevencionsuicidio.org.ar/ponencias/diego\\_ivan\\_molina.pt#263,1](http://www.prevencionsuicidio.org.ar/ponencias/diego_ivan_molina.pt#263,1), programa de prevención del suicidio.
- <http://www.psicologia-online.com/ebooks/psicoterapia/bibliografia.shtml>
- <http://www.psicologiaonline.com/ebooks/suicidio/adoles.shtml>
- <http://www.psicologia-online.com/ebooks/suicidio/index.shtml>

➤ "<http://es.wikipedia.org/wiki/Logoterapia>"

Categorías: Wikipedia:Esbozo psicología | Psicoterapia | Psicología humanista

➤ [www.aap.org.ar/publicaciones/forense/forense-15/tema-5.thm](http://www.aap.org.ar/publicaciones/forense/forense-15/tema-5.thm)

➤ [www.wpanet.org/education/docs/mediosuic.doc](http://www.wpanet.org/education/docs/mediosuic.doc)

➤ [www.wpanet.org/education/docs/mitosuic.doc](http://www.wpanet.org/education/docs/mitosuic.doc)

A decorative border consisting of two parallel red lines forming an L-shape on the left and bottom sides of the page.

# ANEXOS



**ANEXO 1**  
**LISTADO**  
**DE LA MUESTRA**  
**ESTUDIADA.**

## ANEXO I

## LISTADO DE LA MUESTRA DEL ESTUDIO.

SUJETO	NOMBRE	SEXO	EDAD
1	E. C. O. A	F	16
2	E. A. A.	F	25
3	J. A. A.	M	23
4	C. R. R. B	M	30
5	D. D. C. G.	F	16
6	S. H. D.	M	23
7	M. N. A. V.	F	20
8	R. E. S. R.	M	19
9	R. M. N.	F	19
10	C. D. P.	M	16
11	E. M. M. R.	F	15
12	S. L. H. Z.	M	19
13	S. S. O. A.	F	15
14	J. S. G. H.	M	30
15	D. A. R. C.	F	15
16	J. M. H.	M	22
17	J. F. G. V	M	21
18	C. H. C.	F	21
19	S. E. B. A.	F	29
20	I. C. A. H.	F	22
21	M. A. R. M.	F	30
22	J. I. O.	M	16
23	B. A. C. A..	M	18
24	J. P. C. P.	M	30
25	J. M. V. U.	M	20
26	J. W. C.	M	15
27	J. B. P.	M	23
28	J. H. M. A.	M	21
29	R. E. M. R.	M	18
30	A.R. M. D	F	22

**ANEXO 2**  
**MAPA DE**  
**UBICACION.**

ANEXO II:  
Mapa de ubicación



ANEXO 3  
CUESTIONARIO  
DE  
EXPLORACION  
PSICOSOCIAL  
DE PACIENTES  
CON  
CONDUCTAS SUICIDAS

**ESTUDIO EXPLORATORIO DE FACTORES PSICOSOCIALES PREDISONENTES DE CONDUCTAS SUICIDAS EN LA POBLACIÓN ENTRE 15 A 30 AÑOS DE EDAD DE AMBOS SEXOS, PACIENTES DEL HOSPITAL NACIONAL DR. HÉCTOR ANTONIO HERNÁNDEZ FLORES DE SAN FRANCISCO GOTERA, DEPARTAMENTO DE MORAZÁN, DURANTE EL AÑO 2007.**

**CUESTIONARIO DE EXPLORACION PSICOSOCIAL DE PACIENTES CON INTENTO SUICIDA.**

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
NUMERO DE PACIENTE: \_\_\_\_\_  
FECHA DE INGRESO: \_\_\_\_\_ FECHA DE ENTREVISTA \_\_\_\_\_  
EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ RELIGION: \_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ ESCOLARIDAD \_\_\_\_\_  
DOMICILIO: \_\_\_\_\_  
TELEFONO: \_\_\_\_\_  
ESTADO CIVIL: soltero ( ) casado ( ) Divorciado ( ) separado ( ) viudo ( ) acompañado ( )  
OCUPACION \_\_\_\_\_  
FECHA DE INTENTO SUICIDA: \_\_\_\_\_  
HORA: \_\_\_\_\_ LUGAR: \_\_\_\_\_  
METODO UTILIZADO: Lejía ( ) lazo ( ) Cuchillos ( ) Gillette ( )  
Medicamentos \_\_\_\_\_  
Venenos \_\_\_\_\_  
Insecticidas \_\_\_\_\_  
Otros medios \_\_\_\_\_  
PORQUE ESCOGIO ESE METODO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CANTIDAD a) N° de sobres \_\_\_\_\_  
b) volumen \_\_\_\_\_  
c) N° de tabletas \_\_\_\_\_  
Otros \_\_\_\_\_

NARRACION: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

INTENTOS SUICIDAS PREVIOS ninguno ( ) uno ( ) dos ( ) tres o mas ( ) fecha \_\_\_\_\_  
Como fue \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

SINTOMAS DE PRESENTACION.  
a) humor deprimido ( ), tristeza ( ) desesperanza ( ) perdida de intereses ( ) insomnio ( )  
Perdida de peso ( ) aislamiento social ( ) inutilidad ( ) soledad ( ) sentimiento de vacío ( )  
Baja autoestima ( ) pesimismo ( )  
b) ideas ( ) planes ( ) gestos suicida ( )  
c) intranquilidad ( ) ansiedad ( )  
d) síntomas psicóticos: alucinaciones auditivas ( ) delirios ( ) no hay ( )

c) impulsividad ( ) inestabilidad ( ) agresividad ( ) cólera ( ) capricho ( )

TRASTORNOS PSIQUITRICO Y ENFERMEDADES MÉDICAS:

a) distimia \_\_\_\_\_ b) depresivo mayor \_\_\_\_\_ c) trastorno de adaptación \_\_\_\_\_

d) trastorno de personalidad \_\_\_\_\_ e) psicosis \_\_\_\_\_

Otro trastorno psiquiátrico \_\_\_\_\_

f) enfermedad crónica \_\_\_\_\_ g) enfermedad incurable VIH ( )  
SIDA ( )  
Cáncer ( ) \_\_\_\_\_  
Insuficiencia Renal ( )  
Otros \_\_\_\_\_

h) uso de alcohol ( ) \_\_\_\_\_ drogas ( ) \_\_\_\_\_ Trastorno por abstinencia de sustancias psicoactivas ( )

FACTORES DESENCADENANTES (ULTIMOS SEIS MESES)

FAMILIARES

Pareja: ruptura ( ) separaciones ( ) muerte ( ) discusión ( ) maltratos psicológico ( ) infidelidad ( )  
Físico ( )  
Sexual ( )  
Económico ( )

RAZÓN: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Padres: ruptura ( ) muerte ( ) discusión ( ) Maltratos psicológico ( )  
Físico ( )  
Sexual ( )  
Económico ( )

RAZÓN: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ambiente familiar: Hostil ( ) conflictivo ( ) armonioso ( ) sin comunicación ( ) distantes ( ) inestables ( )  
Estable ( ) apoyo ( ) indiferencia ( ) afectivo ( ) comprensivo ( ) no afectivo ( )  
No comprensivo ( ) disciplina familiar autoritaria ( )

PORQUE \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tipos de familia: extensa ( ) monoparental ( ) nuclear ( )

RAZON: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Relaciones familiares integrada funcional ( ) integrada disfuncional ( ) desintegrada ( )

POR QUE: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Familiares con conducta suicida Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ intento \_\_\_\_\_ Acto \_\_\_\_\_  
 Cuantos \_\_\_\_\_ parentesco \_\_\_\_\_  
 Fecha de intentos \_\_\_\_\_  
 Fue observado \_\_\_\_\_ fue escuchado \_\_\_\_\_ heredado \_\_\_\_\_  
 Método utilizado \_\_\_\_\_  
 Otros \_\_\_\_\_

PERSONALES embarazos no deseados ( ) \_\_\_\_\_ miedos ( ) \_\_\_\_\_  
 Amenazas ( ) \_\_\_\_\_ aceptación física ( ) \_\_\_\_\_  
 Resentimiento ( ) \_\_\_\_\_ rechazo ( ) \_\_\_\_\_ impedimento de relación  
 amorosa ( ) \_\_\_\_\_ Decepción amorosa ( ) \_\_\_\_\_  
 engaño ( ) \_\_\_\_\_ amor imposible ( ) \_\_\_\_\_  
 Inferioridad ( ) \_\_\_\_\_ desmotivación ( ) \_\_\_\_\_

RAZÓN: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

ECONOMICOS pobreza ( ) \_\_\_\_\_  
 Desempleo ( ) deudas ( ) pérdidas económicas ( ) \_\_\_\_\_  
 Anaza de pérdida de trabajo ( ) discordia con jefes o compañeros de trabajo ( )

NARRACION: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

ACADEMICOS: reprobar ( ) \_\_\_\_\_ Deserción escolar ( ) \_\_\_\_\_  
 Deseo de superación académica obstaculizada ( ) \_\_\_\_\_ inadaptación ( ) \_\_\_\_\_

RAZÓN: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

INFLUENCIA: inducido por televisión \_\_\_\_\_  
 Inducido por música \_\_\_\_\_  
 Esoterismo \_\_\_\_\_  
 Periódico \_\_\_\_\_ Radio \_\_\_\_\_  
 Internet \_\_\_\_\_  
 Consejos \_\_\_\_\_

DE QUE MANERA \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

VALORES O CREENCIAS RELIGIOSAS  
 Creer que es el fin del mundo ( ) \_\_\_\_\_  
 Por haber cometido un pecado ( ) \_\_\_\_\_  
 Por sacrificio ( ) \_\_\_\_\_  
 Otros \_\_\_\_\_



PORQUE \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

VALORES MORALES

Perdida de la Virgindad ( ) \_\_\_\_\_

Aborto ( ) \_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

FACTORES AMBIENTALES

Delincuencia ( ) \_\_\_\_\_

Victima de violación ( ) \_\_\_\_\_

Haber cometido una violación \_\_\_\_\_

Haber cometido homicidio ( ) \_\_\_\_\_

Por intento de homicidio ( ) \_\_\_\_\_

Desastres naturales ( ) \_\_\_\_\_

Muertes ( ) \_\_\_\_\_

Problemas legales: penal de cárcel ( ) \_\_\_\_\_

Otros ( ) \_\_\_\_\_

NARRACION \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CONDICION SOCIECONOMICA

Vivienda: Mixta ( ) Adobe ( ) Champa ( ) Mesón ( ) Propia ( ) Alquilada ( ) Prestada ( ) ventilación ( )

Hacinamiento ( ) Servicios Básicos ( ) Agua potable ( ) Aguas Negras ( ) Luz Eléctrica ( )

Teléfono ( )

Clase social: alta ( ) media alta ( ) baja ( ) pobre ( )

Ingreso Económico \$ \_\_\_\_\_

OBSERVACION \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

REDES DE RELACIONES

Pertenece a un grupo: Iglesia ( ) ADESCO ( ) Grupo de autoayuda ( ) \_\_\_\_\_

Equipos deportivos \_\_\_\_\_ Grupo de música \_\_\_\_\_ otros \_\_\_\_\_

Relaciones interpersonales: Muchos amigos ( ) pocos Amigos ( ) no amigos ( )

Vive solo ( ) dificultad con la adaptación cultural ( ) exclusión y rechazo social ( ) blanco de discriminación adversa y persecución ( )

RAZÓN: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

MOTIVO DE INTENTO SUICIDA SEGÚN EL PACIENTE

Acto para morir ( ) Dormir ( ) Llamar la atención ( ) Impulso ( )

NARRACION \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ACCIONES PREVIAS

Se hablo de suicidio ( ) Carta de suicidio ( ) Preparación, conocimiento de la mortalidad del medio elegido ( )

Precauciones para evitar ser descubierto ( ) Volvería a intentar el suicidio ( )

COMO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Abuso sexual previo Si ( ) No ( )

Abuso físico previo Si ( ) No ( )

Abuso psicológico previo Si ( ) No ( )

NARRACION: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

-¿Que significa para usted haber fallado en el intento de morir?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Qué sentimientos le acompañaban al momento de intentar suicidarse?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Qué sensaciones experimentaba su cuerpo al momento de intentar quitarse la vida?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Cómo se describe personalmente?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Cómo define la vida?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Cómo define la muerte?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**TEST PSICOLÓGICOS APLICADOS**

TEST DE LA FIGURA HUMANA:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

---

---

ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK:

---

---

---

INVENTARIO DE RAZONES PARA VIVIR:

---

---

---

ESCALA DE INTENCIONALIDAD SUICIDA:

**OBSERVACIONES**

POSTURA: erguida ( ) Apoyada ( ) encorvada ( )  
TONO DE VOZ: Suave ( ) entrecortado ( ) fuerte ( )  
COMPLEXION FISICA: Delgada ( ) normal ( ) delgada ( )  
Estatura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_  
NUTRICION \_\_\_\_\_

ACTITUD Colaboradora ( ) indiferente ( ) gestos de desagrado ( )  
VESTUARIO Desordenado ( ) Aliñado ( ) limpio ( ) Sucio ( )  
CONDUCTA MOTORA Movimiento de pies ( ) Movimiento de manos ( )  
MIRADA Firme ( ) Vaga ( ) evasiva ( ) triste ( ) Ojeras ( )

IMAGEN  
CORPORAL \_\_\_\_\_  
CONCIENCIA \_\_\_\_\_

ORIENTACION EN TIEMPO Y ESPACIO

---

---

ANEXO IV  
ENTREVISTA  
A FAMILIARES

### ENTREVISTA A FAMILIARES

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

PARENTESCO: \_\_\_\_\_

FECHA DE ENTREVISTA: \_\_\_\_\_

1-¿Cómo es usualmente el comportamiento del paciente?

2-¿El paciente ha recibido o esta en tratamiento psicológico? ¿Por que motivo?

3-¿En los últimos 6 meses ha notado algún cambio en el comportamiento del paciente? ¿Cuáles?

4-¿De que forma intento quitarse la vida?

5-¿Conoce usted el motivo o problemas actuales del paciente el cual haya causado la conducta suicida?

6-¿Antes de realizar la conducta suicida el paciente realizo algunas manifestaciones por ejemplo: notas, cartas, comentarios, advertencias?

7- ¿Cual fue la reacción de la familia?

Antes:

Durante:

Después:

8- ¿En la familia anteriormente se había presentado un caso similar de conducta suicida? ¿Quién y

Como fue?

9- ¿considera usted que esto influyo a que el paciente realizara la conducta suicida?

10-¿Cómo ayuda la familia al paciente para evitar que se produzca nuevamente la conducta suicida?

11-¿Cómo considera usted que se pueden evitar los casos de intentos suicidas en su familia y comunidad?

**ANEXO V**  
**ESCALA DE**  
**RIESGO**  
**SUICIDA DE PLUTCHIK**

## 6.5. Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Risk of Suicide, RS)

*Instrucciones:* Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que usted ha sentido o hecho. Por favor, conteste cada pregunta simplemente con un sí o no.

1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?	SÍ	NO
2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?	SÍ	NO
3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?	SÍ	NO
4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?	SÍ	NO
5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?	SÍ	NO
6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?	SÍ	NO
7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?	SÍ	NO
8. ¿Se ha sentido alguna vez tan fracasado/a que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?	SÍ	NO
9. ¿Está deprimido/a ahora?	SÍ	NO
10. ¿Está usted separado/a, divorciado/a o viudo/a?	SÍ	NO
11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?	SÍ	NO
12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?	SÍ	NO
13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?	SÍ	NO
14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?	SÍ	NO
15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?	SÍ	NO

ANEXO VI  
INVENTARIO DE RAZONES  
PARA  
VIVIR



## 6.6. Inventario de Razones para Vivir (Reasons for Living Inventory, RFL)

1

Muchas personas han pensado en el suicidio por lo menos una vez. Otras nunca lo han considerado. Así, lo haya considerado usted o no, nos interesan las razones que usted tendría para no suicidarse, si es que la idea se le ocurriera o si alguien se lo sugiriera. En las siguientes páginas, hay razones que las personas a veces dan para no suicidarse. Quisiéramos saber cuán importante sería cada una de estas posibles razones para usted, en este momento, para no matarse. Por favor, anote esto en el blanco a mano derecha de cada pregunta.

A cada razón puede dársele importancia que varía del 1 (sin ninguna importancia) al 6 (de suma importancia). Si la razón no se aplica en su caso o si usted no cree que la oración sea cierta, es poco probable que la razón fuera importante para usted y por lo tanto debe asignarle un 1. Por favor, use todos los números disponibles para que no resulte que la mayoría de las respuestas estén sólo en el medio (2, 3, 4, 5) o sólo en los extremos (1, 6).

Detrás de cada frase ponga el número que indique la importancia que tiene cada razón para no quitarse la vida en su caso.

- 1 = Sin ninguna importancia (como razón para no quitarse la vida, o no aplica en mi caso, o no creo en esto en absoluto)
- 2 = De muy poca importancia
- 3 = De poca importancia
- 4 = De alguna importancia
- 5 = De mucha importancia
- 6 = De suma importancia (como razón para no quitarse la vida, o creo mucho en esto y es extremadamente importante)

Aun si usted nunca ha considerado quitarse la vida o si cree que nunca consideraría seriamente matarse, sigue siendo importante que usted le asigne un número a cada razón. En tal caso, asigne el número basándose en por qué el matarse no es o nunca sería una opción para usted

1. Soy responsable y estoy comprometido con mi familia
2. Creo poder aprender a adaptarme y a lidiar con mis problemas
3. Creo tener control sobre mi vida y mi destino
4. Deseo vivir
5. Creo que sólo Dios tiene derecho a quitar una vida
6. Le tengo miedo a la muerte
7. Mi familia podría pensar que no los quiero
8. No creo que las cosas lleguen a ponerse tan miserables e irremediables que prefiriera estar muerto
9. Mi familia depende de mí y me necesita
10. No quiero morir
11. Quiero ver a mis hijos crecer
12. La vida es lo único que tenemos y es mejor que no tener nada
13. Tengo planes para el futuro que me gustaría llevar a cabo
14. Por mal que me sienta, sé que no durará
15. Le tengo miedo a lo desconocido
16. Quiero a mi familia y disfruto de ellos demasiado para dejarlos
17. Quiero vivir todo lo que la vida ofrece y hay muchas experiencias que aún no he tenido y que quisiera tener
18. Temo que mi método de matarme no funcionaría
19. Yo mismo me aprecio lo suficiente para seguir viviendo
20. La vida es demasiado bella y preciada para ponerle fin
21. No sería justo dejar a mis hijos para que otros los cuiden
22. Creo poder encontrar otras soluciones a mis problemas
23. Tengo miedo de ir al infierno
24. Amo la vida

ANEXO VII  
ESCALA  
DE INTENCIONALIDAD  
SUICIDA  
DE BECK

### 6.3. Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (Suicide Intent Scale, SIS)

1

<b>I. Circunstancias objetivas</b>	
1. <i>Aislamiento</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>0. Alguien presente</li> <li>1. Alguien próximo o en contacto visual o verbal (p. ej., teléfono)</li> <li>2. Nadie cerca o en contacto</li> </ul>
2. <i>Medición del tiempo</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>0. La intervención es muy probable</li> <li>1. La intervención es poco probable</li> <li>2. La intervención es altamente improbable</li> </ul>
3. <i>Precauciones tomadas contra el descubrimiento y/o la intervención de otras personas</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>0. Ninguna</li> <li>1. Toma precauciones pasivas (p. ej., evita a los otros pero no hace nada para prevenir su intervención, estar solo/a en la habitación pero con la puerta sin cerrar, etc.)</li> <li>2. Toma precauciones activas (p. ej., cerrando la puerta, etc.)</li> </ul>
4. <i>Actuación para conseguir ayuda durante o después del intento</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>0. Avisó a alguien que potencialmente podía prestarle ayuda</li> <li>1. Colaborador potencial contactado pero no específicamente avisado</li> <li>2. No contactó, ni avisó a nadie</li> </ul>
5. <i>Actos finales en anticipación de la muerte (legado, testamento, seguro)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>0. Ninguno</li> <li>1. Preparación parcial, evidencia de alguna preparación o planificación para la tentativa</li> <li>2. Hizo planes definitivos o terminó los arreglos finales</li> </ul>
6. <i>Preparación activa del intento</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>0. Ninguna</li> <li>1. Mínima o moderada</li> <li>2. Importante</li> </ul>
7. <i>Nota suicida</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>0. Ninguna</li> <li>1. Nota escrita pero rota, no terminada, pensó escribirla</li> <li>2. Presencia de nota</li> </ul>
8. <i>Comunicación verbal (ideas, preocupaciones o planes suicidas)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>0. No comunicación verbal</li> <li>1. Comunicación ambigua (p. ej., «estoy cansado de la vida», «pienso que estáis mejor sin mí», «nada tiene objeto»)</li> <li>2. Comunicación no ambigua (p. ej., «quiero morir», «siento como si quisiera matarme», «tomar pastillas»)</li> </ul>
<b>II. Autoinforme</b>	
9. <i>Propósito supuesto del intento</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>0. Manipular a los otros, efectuar cambios en el entorno, conseguir atención, venganza</li> <li>1. Componentes de 0 y 2</li> <li>2. Escapar de la vida, buscar finalizar de forma absoluta, buscar solución irreversible a los problemas</li> </ul>
10. <i>Expectativas sobre la probabilidad de muerte</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>0. Pensó que era improbable</li> <li>1. Posible pero no probable</li> <li>2. Probable o cierta</li> </ul>
11. <i>Concepción de la letalidad del método</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>0. Hizo menos de lo que pensaba que sería letal</li> <li>1. No estaba seguro si lo que hacía era letal</li> <li>2. Igualó o excedió lo que pensaba que sería mortal</li> </ul>
12. <i>Seriedad del intento</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>0. No intentó seriamente poner fin a su vida</li> <li>1. Inseguro</li> <li>2. Intentó seriamente poner fin a su vida</li> </ul>

ANEXO VIII  
ESCALA  
DE DESESPERANZA  
DE BECK

## 6.1. Escala de Desesperanza de Beck (Hopelessness Scale, HS)

1. Espero el futuro con esperanza y entusiasmo	V	F
2. Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo	V	F
3. Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así	V	F
4. No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años	V	F
5. Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer	V	F
6. En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar	V	F
7. Mi futuro me parece oscuro	V	F
8. Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio	V	F
9. No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro	V	F
10. Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro	V	F
11. Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable	V	F
12. No espero conseguir lo que realmente deseo	V	F
13. Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora	V	F
14. Las cosas no marchan como yo quisiera	V	F
15. Tengo una gran confianza en el futuro	V	F
16. Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa	V	F
17. Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro	V	F
18. El futuro me parece vago e incierto	V	F
19. Espero más bien épocas buenas que malas	V	F
20. No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré	V	F

ANEXO IX  
CRONOGRAMA  
DE  
INVESTIGACION

**GRONOGRAMA DE ACTIVIDADES  
PROPUESTA DE INVESTIGACION.**

**TEMA:** Estudio exploratorio de factores psicosociales predisponentes de conductas suicidas en la población entre 15 a 30 años de edad de ambos sexos, pacientes del Hospital Nacional Dr. Héctor Antonio Hernández Flores de San Francisco Gotera, Departamento de Morazán, durante el año 2007.

ACTIVIDADES	Marzo				Abril				Mayo				Junio				Julio				Agosto			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Selección del tema	x																							
Búsqueda de información	x	x	x	x																				
Visita diagnostica	x																							
Realización de anteproyecto	x	x																						
Revisión del anteproyecto			x	x																				
Redacción de anteproyecto final						x																		
Presentación y aprobación de anteproyecto.						X																		
Búsqueda de casos						X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x						
Aplicación de instrumentos						X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x						
Tabulación de datos																	x	x	x					
Elaboración de perfiles																		x						
Análisis de datos																		x	x					
Realización de Propuesta																			x					
Redacción de 1er informe final																			x	x				
Revisión de informe																						x		
Redacción de 2º informe final																						x		
Revisión de informe final																							x	
Presentación y defensa del informe final																								x
Asesorías		x	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

ANEJO X

PROPUESTA DE

TRATAMIENTO





UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR, FACULTAD MUTIDISCIPLINARIA  
ORIENTAL, DEPARTAMENTO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES,  
SECCION DE PSICOLOGIA.

**PLAN PSICOTERAPEUTICO DIRIGIDO AL GRUPO  
DE PACIENTES CON CONDUCTAS SUICIDAS, DEL  
HOSPITAL NACIONAL DR. HECTOR ANTONIO  
HERNANDEZ FLORES, DE SAN FRANCISCO  
GOTERA. DEL DEPARTAMENTO DE MORAZAN.**

**PSICOLOGÍA    Ψ**

INTRODUCCION

El auge e impacto de las conductas suicidas en nuestra sociedad actual llevan a considerar este tema como una problemática social y de la salud mental mundial. Lo que preocupa por los resultados obtenidos en el Estudio Exploratorio de Factores Psicosociales Predisponentes de Conductas Suicidas en la población entre 15 a 30 años de edad de ambos sexos, pacientes del Hospital Nacional Dr. Héctor Antonio Hernández Flores de San Francisco Gotera, Departamento de Morazán durante el año 2007, El estudio confirma que la conducta suicida se manifiesta en la Zona de Morazán, en un alto porcentaje en adolescentes y en adultos jóvenes. Las causas que provocan los intentos suicidas en cada etapa de la vida son diferentes y en su mayoría desencadenantes por factores psicológicos, lo importante es que una vez determinadas las causas es de tratarlas y contar con las herramientas, los recursos y los métodos adecuados para tratar a la población más propensa a presentar tendencia suicida.

Aunque existe amplia literatura acerca del suicidio y sus causas, hace falta mayor formación acerca de este flagelo y su prevención; no siempre se cuenta con material puntual y de fácil acceso y comprensión para los profesionales de la salud, en general, que sirva de apoyo para identificar posibles comportamientos suicidas y colaborar a evitar que del intento se pase al acto consumado. Igualmente, no se aborda de manera directa el apoyo psicológico que merece la familia del suicida. Esta es la razón de nuestra obra: llenar, en parte, estos vacíos. Con el plan psicoterapéutico diseñado para los pacientes con tentativa suicida que sobrevivieron a este comportamiento, que lleva como fin mejorar la calidad de vida psíquica, ofreciéndole un bagaje de conocimiento para el desarrollo de estas personas en la vida diaria y que mejoren para bien sus estados psicológicos destructivos.

## **OBJETIVOS**

**OBJETIVO GENERAL:**

- Disminuir la reincidencia de pacientes con conductas suicidas que acuden al Hospital Nacional Héctor Antonio Hernández Flores de San Francisco Gotera, del Departamento de Morazán.

**OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- Ejecutar un Plan Psicoterapéutico grupal para pacientes con tentativa suicida, concientizar a los participantes en el programa, de la importancia que tiene la prevención de las tentativas suicidas en sus vidas.
- Fortalecer factores psicológicos débiles, en los pacientes con conductas suicidas, disminuyendo los estados psicológicos destructivos que generan las conductas suicidas.
- Instruir a los pacientes con conductas suicidas en los factores psicológicos necesarios y en el adiestramiento de técnicas, por medio de charlas orientativas y activas que les permitan tener apoyo psicológicos mas fuertes para si mismos.
- Lograr la participación de los pacientes beneficiados, durante el desarrollo del plan psicoterapéutico.

**METAS**

- Disminuir en un 80% la reincidencia de pacientes con conductas suicidas que acuden al Hospital Nacional Héctor Antonio Hernández Flores de San Francisco Gotera, del Departamento de Morazán.
- Ejecutar en un 80% el Plan Psicoterapéutico grupal para pacientes con tentativa suicida, del Hospital Nacional Héctor Antonio Hernández Flores de San Francisco Gotera, del Departamento de Morazán.
- Concientizar en un 80% a los participantes en el programa, la importancia que tiene la Prevención de las tentativas suicidas, en sus vidas.
- Fortalecer factores psicológicos débiles, en un 75% en los pacientes con conductas suicidas, disminuyendo los estados psicológicos destructivos que generan las conductas suicidas.
- Brindar en un 75% charlas orientativas y activas que les permitan tener apoyo psicológicos más fuertes para si mismos.
- Lograr la participación en un 75% de los pacientes beneficiados, durante el desarrollo del plan psicoterapéutico.

## **JUSTIFICACION**

El significado del suicidio es, por supuesto, la intención de autodestruirse, y la intención pertenece primariamente al dominio de lo psicológico igual que su dinámica. Es esencial para ayudar a las personas con conducta suicida a salir de la crisis, y a no pensar más en el suicidio como solución, que sean atendidas por un agente sanitario con preparación especial en esta temática y su afrontamiento.

En el ámbito comunitario de nuestro país el papel esencial de una intervención terapéutica más profunda y eficaz lo debería desempeñar el psicólogo, en conjunto con el equipo de salud, pues es el más capacitado para emplear técnicas que ayuden a modificar actitudes, comportamientos, cambiar la percepción de los estímulos del medio, y modificar así las cogniciones disfuncionales que tienen tan importante papel en los mecanismos psicológicos del suicidio.

Hoy en día para todas las personas, no es nada fácil enfrentar a la sociedad, las problemáticas que esta trae consigo, los problemas familiares que también son transmitidos a los jóvenes y adultos, las relaciones en general se tornan complicadas, en fin, una serie de factores psicológicos en su mayoría los incitan a realizar actos suicidas.

Es por ello que se ha considerado que la forma de atender a estas personas y suplir a ayudar en sus carencias psicológicas es la terapia de grupo siendo esta un opción terapéutica efectiva en la medida que permite al paciente compartir sus recuerdos traumáticos en un ambiente de seguridad, cohesión y empatía proporcionada por los otros pacientes y el propio terapeuta. Y se pueden abordar temáticas que ayuden a los participantes haciéndoles sentir que no solo ellos emitieron esa conducta suicida; así conocerán otras problemáticas y ellos

mismos brindaran opiniones reconfortadoras para los casos similares. Así compartirán la propia experiencia y afrontaran directamente la ira, ansiedad y culpa a menudo asociados a los recuerdos traumáticos y les permitirá a muchos pacientes afrontar de forma eficaz sus recuerdos, sus emociones e integrarlos de forma adaptativa en su vida cotidiana.

## **IDENTIFICACION DEL PROGRAMA**

**Nombre del programa:**

Plan psicoterapéutico dirigido al grupo de pacientes con conductas suicidas, del Hospital Nacional Dr. Héctor Antonio Hernández Flores, de San Francisco Gotera del Departamento de Morazán.

**Lugar:**

Área de Salud Mental del Hospital Nacional Héctor Antonio Hernández Flores, de San Francisco Gotera.

**Fecha de inicio:**

Fecha tentativa

**Fecha de finalización:**

Fecha tentativa.

**Horario de Sesiones Semanales:**

2 horas semanales.

**Población beneficiada:**

Según el número de casos que se presenten al Hospital.

**Costo financiero:**

\$200.00

**METODOLOGIA**

- **SUJETOS**

Se trabajará con una población de personas de ambos sexos y que sus edades oscilan entre 15 a 30 años, todos ellos deben provenir del Departamento de Morazán y ser pacientes que estuvieron ingresados en el Hospital por intoxicación y por daños de intento suicida.

- **INSTRUMENTOS**

Para la realización del programa se hará uso de los siguientes instrumentos:

-Instrumentos de evaluación psicológica:

Se Aplicaran pruebas Psicológicas de entrada y de salida en la población, ellas serán las escalas de Riesgo Suicida y la escala de Desesperanza de Beck, para conocer la efectividad del plan psicoterapéutico desarrollado.

-Hojas de planificación:

Esta se utilizara para guiar las sesiones de tratamiento que se realizaran en cada sesión del programa de atención Psicológica para minimizar las conductas suicidas.

La hoja de planificación tendrá los siguientes elementos: fecha, el número de sesión, el tema de la sesión, el objetivo de la sesión, la hora, la descripción de la actividad, metodología a utilizar, los recursos que se emplearan.

-Cuadro resumen de actividades a realizar en todo el desarrollo del plan

-Listado de asistencia de los participantes:

Se hará uso de un listado de asistencia, para llevar un control de las personas que asistan a las sesiones del programa de atención Psicológico.



- **PROCEDIMIENTO**

Para realizar el Plan psicoterapéutico dirigido al grupo de pacientes con conductas suicidas, que sean ingresados por conducta suicida al Hospital Nacional Dr. Héctor Antonio Hernández Flores, de San Francisco Gotera. Del Departamento de Morazán, se hará de la siguiente manera:

**-Integración de grupos:**

Se tomara en cuenta que será un grupo de apoyo, se tendrá cuidado de no saturar el grupo se considera un numero mínimo de 6 y máximo 20, así el programa será más efectivo y se les brindara una mayor cobertura a las necesidades psicológicas de cada participante.

**-Fechas y horas de las actividades del programa:**

El programa se llevará a cabo en las instalaciones del Hospital Nacional Dr. Héctor Antonio Hernández Flores, de San Francisco Gotera o se podría acomodar a un lugar de mayor acceso o más conveniencia, los días y horas se establecerán de acuerdo a las posibilidades de los participantes para tener una mayor asistencia y así sean beneficiados con el plan Psicoterapéutico.

## **RECURSOS**

- **RECURSOS HUMANOS**

- Facilitadores del plan Psicoterapéutico.
- Población beneficiada

- **RECURSOS MATERIALES**

- Hojas de planificación
- Escalas de Riesgo de Beck
- Escala de Desesperanza de Beck
- Temario
- Cartulina
- Papel Bond
- Fotocopias
- Lápices
- Lapiceros
- Borradores
- Sacapuntas
- Tirro
- Grabadora,
- Cassette.
- Refrigerio
- Otros



**PLAN PSICOTERAPEUTICO DIRIGIDO AL GRUPO DE PACIENTES CON  
CONDUCTAS  
SUICIDAS, DEL HOSPITAL NACIONAL DR. HECTOR ANTONIO HERNANDEZ  
FLORES,  
DE SAN FRANCISCO GOTERA, DEL DEPARTAMENTO DE MORAZAN.  
CUADRO RESUMEN DE PLAN A DESARROLLAR.**



SESION N°: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ TIEMPO: \_\_\_\_\_

OBJETIVO: \_\_\_\_\_

TIEMPO	ACTIVIDAD	OBJETIVOS	METODOLOGIA	RECURSOS



**PLAN PSICOTERAPEUTICO DIRIGIDO AL GRUPO DE PACIENTES CON CONDUCTAS SUICIDAS, DEL HOSPITAL NACIONAL DR. HECTOR ANTONIO HERANDEZ FLORES, DE SAN FRANCISCO GOTERA, DEL DEPARTAMENTO DE MORAZAN.**

**CUADRO RESUMEN DE PLAN A DESARROLLAR.**

**OBJETIVO:** Desarrollar el plan psicoterapéutico Grupal para pacientes con conducta suicida.

SESION	TEMATICA.	OBJETIVOS	METODOLOGIA	RECURSOS
1.	Establecer un contrato y el establecimiento de normas	Lograr la participación y compromiso de asistir de principio a fin del programa	Se realizara explicando el plan, los objetivos por cumplir y las ventajas que lograrán obtener si permanecen en el plan., también se les aplicaran escalas psicológicas de entrada	-Recursos Humanos Mat. Audiovisual Escalas de riesgo y desesperanza
2	Técnicas para mejorar la autoestima	Sanar la autoestima dañada en los participantes del grupo.	Se hará de forma participativa exponiendo cada uno, una experiencia en la que le hayan hecho sentirse mal. Y luego se expondrán las técnicas de cómo sanar la autoestima dañada, entre ellas: técnica del espejo, la caja mágica, el gato y el ratón. Y todos juntos repetirán la declaración de autoestima que se les brindara, concluyendo esta sesión con los consejos para mantener la autoestima saludable.	Recursos Humano Material Visual
3	Técnica de rechazo de ideas irracionales	Reestructurar las cogniciones que los llevan a ideas suicidas y que los pacientes reconozcan muchas de sus distorsiones cognitivas que los dañan	Preguntar a los participantes que piensan de cómo los demás los ven y que es lo que ellos están obligados a hacer para hacerlos felices. Se le proporcionaran un registro de opiniones, las cuales las tendrá que llenar, para saber las ideas racionales existentes en el, se le informara de la forma de responder ante estas ideas, se le explicara la 10 ideas irracionales que Albert Ellis propone, además de ello se le expondrán las reglas para suscitar el pensamiento racional y como rechazar las ideas irracionales y se le dejara una tarea para realizar en	Recursos Humanos Material Visual Material impreso.

			su casa, terminando esta sesión. Con las imágenes emotivo racionales.	
4	Técnicas para la comunicación asertiva.	Obtener en los pacientes formas mas sanas de comunicarse en su medio familiar y social.	Preguntar a los participantes que piensan de cómo los demás los ven y que es lo que ellos están obligados a hacer para hacerlos felices. Se le proporcionaran un registro de opiniones, las cuales las tendrá que llenar, para saber las ideas racionales existentes en el, se le informara de la forma de responder ante estas ideas, se le explicara la 10 ideas irracionales que Albert Ellis propone, además de ello se le expondrán las reglas para suscitar el pensamiento racional y como rechazar las ideas irracionales y se le dejara una tarea para realizar en su casa, terminando esta sesión. Con las imágenes emotivo racionales.	-Recursos Humanos Material Visual
5	Técnicas de autocontrol emocional.	Desarrollar en los participantes del grupo habilidades psicológicas que le permitan tener un dominio sobre si mismo.	Se les explicara y se les enseñaran técnicas como la inoculación de estrés y la inoculación de la ira.	-Recursos Humanos Material Visual
6	Técnicas de habilidades para percibir y combatir los pensamientos automáticos	Cultivar en los participantes habilidades conductuales de enfrentamiento de situaciones diarias, no agradables. Producidas por pensamientos deformados	Se les formara el hábito de practicar, la forma de combatir pensamientos deformados y la técnica de la aserción encubierta.	Recursos Humano Material Visual
7	Técnicas de resolución de	Adiestrar a los	Se le preparará para practicar la Terapia de toma de	Recursos

	problemas	pacientes sobre las alternativas de solución de conflictos	decisión y Resolución de problemas de D’Zurilla y Goldfried, Téc. de resolución. De problemas interpersonales de Spivack y Shure.	Humano Material Audiovisual
8	Técnicas de relajación	Instruir a los participantes sobre los efectos saludables de prácticas las técnicas de relajación.	Mostrar con ejemplos y con ayuda de material de audio, se les enseñara como primer paso la respiración, de forma practica y visual, en segundo lugar se le hará un abordaje a el entrenamiento autógeno de Shultz, luego se practicara un método de entrenamiento breve, y para finalizar un ejercicio de reducción de ansiedad como relajación. Para ello se hará uso de música instrumental de relajación.	Recursos Humanos Material Visual
9	Logoterapia y Plan de vida.	Lograr que los participantes le encuentren un nuevo sentido a la vida y establezcan un plan para su futuro, con metas a alcanzar.	Precisar sobre como darle un nuevo sentido a la vida, explicando lo que pretende la terapia, con la técnica de intención paradójica.	Recursos Humanos Material Visual
	Evaluación del plan aplicado y Despedida	Efectuar una estimación o valoración de la eficacia del plan	Para finalizar se le instara a que realice su propio plan de vida con los pasos que se le impartirán.  Se hará aplicando nuevamente los mismos instrumentos de evaluación psicológica de entrada, y agradeciendo la participación en el programa y realizando algunas dinámicas	Recursos Humano Material Visual, Escalas de riesgo y desesperanza

- Todas las técnicas van explicadas en el siguiente subtítulo.

# DESARROLLO DE LAS TECNICAS PSICOTERAPEUTICAS

---

**SESION No 2 TECNICAS PARA SANAR LA AUTOESTIMA****TECNICA DEL ESPEJO.**

Esta técnica su objetivo principal es que el participante del grupo valore la importancia de su apreciación personal, la técnica consiste en que cada paciente del grupo, elabore un listado de cómo se evalúa como amigo, como hermano, como hijo, compañero de trabajo o estudio a partir de lo cual establecerá un dialogo interior que le permita reflexionar o discutir percepciones dañinas de sí mismo. Se le preguntara la percepción de cada uno y se le dirá como combatir cada idea errónea que tenga. Luego de haber hecho lo anterior, practicarás en tu casa lo siguiente.

Utiliza el extraordinario poder de tu mente interior con la "Técnica del Espejo". Cada día en la mañana al presentarte al espejo, sonríele a tu imagen. Procura lograr una expresión amorosa, feliz, radiante y positiva. No importa cómo te encuentres realmente. Lo importante es conseguir esta imagen. Piensa en cosas hermosas que te hayan sucedido, en sucesos divertidos o alegres, en logros personales.

Una vez que has conseguido que el espejo te devuelva este rostro sonriente y magnético, deja de mirarte (¡no vaya a ser que cambies de expresión!). A partir de allí, tu día será mucho mejor, porque esta imagen quedará grabada en tu fondo mental y programará tu jornada.

Tú tienes un gran poder en tu interior y tienes muchas cualidades. Aprende a apreciarte y a sacar lo mejor de ti. Serás más feliz y llevarás felicidad a quienes te rodean.



## TECNICA DE LA CAJA MAGICA

Esta técnica es mas directiva ya que permitirá al facilitador brindarle o expresarle a cada participante aspectos positivos de su personalidad, que al oído del escucha será música , para ello se contara con una caja con tapadera de que un tamaño moderado, en ella al fondo habrá un espejo.

Una vez que se tengan las 30 cajas mágicas se les darán la descripción de lo que contiene la caja mágica, la cual no tienen que abrirla hasta haber finalizado, la descripción de lo que contiene la caja, es decir se le dirán características positivas de la personalidad , de la manera siguiente: dentro de la caja usted encontrara algo invaluable en todo el mundo, alguien muy importante, con cualidades positivas, cualidades negativas pero que las puede mejorar, ya que tiene muchas virtudes muchos valores, como que es una joya la más valiosa del mundo, es una persona que tiene muchas habilidades, capacidad para realizar todas la cosas positivas que se propongan, ni todo el dinero del mundo puede comprar tales virtudes y valores inmersos en ella, muchos han tratado de herirlo con comentarios dañinos pero le han servido de impulso para seguir adelante. Esta joya que está dentro ha sobrevivido a muchos problemas sacando fuerzas de donde no las hay, te puedo decir que es muy valiente, es súper amorosa consigo misma, cuida su aspecto en todo sentido. Ahora tu conocerás alguien con todas las características que te dijimos, abre la caja y veras lo que te aparece. De lo cual hay que anotar las observaciones que se hagan y si de que manera reaccionan los participantes.

Una vez dicho lo anterior que no es necesario que se siga textualmente si no aplicarlo al momento circunstancia de los participantes o se puede improvisar no perdiendo de vista que lo que desea es que el participante cambie para bien su apreciación de sí mismo.

**TECNICA DEL GATO Y EL RATON.**

Esta técnica consiste en llevar al sujeto a un estado de relajación muy profundo, enseñándole a respirar, inhalando y exhalando el aire hasta llenar sus pulmones, concentrándose en la sensación que produce la relajación, una vez relajado el participante se le induce la visualización. Se le dice que se imagine que va caminando por un sendero y que este lo llevara hacia una casa sola, entra a esa casa, subiendo los escalones que hay en ella, abre la puerta y entra a la casa, de pronto se encuentra que parece un cuarto solo oscuro, y el experimenta la sensación de irse haciendo cada vez más pequeño, más pequeño, más pequeño, más pequeño, hasta sentirse indefenso, y su cuerpo siente la sensación de llenarse de pelos convirtiéndose en un pequeño ratón, en cuarto que no tiene ninguna salida, de repente aparece un gato muy grande que lo asecha al ratoncito, lo mira y lo mira. Como queriéndolo atacar. En este momento se le pregunta al ratón que te hace sentir ese gato, que tienes ganas de hacer.

Ahora tú te convertirás en gato y el ratón se convierte en el pequeño ratoncito que te provoca hacer en este momento, que sientes, que tienes ganas de hacer.

Ahora mira a tu alrededor de pronto adopta tu forma de humano nuevamente, y sal de la casa a donde entraste, baja las escaleras de la casa y recorre nuevamente el camino por donde llegaste ahí, mientras vas caminando respira lenta y profundamente. Y prepárate a regresar a este lugar sereno activo y consciente, pero sobre todo muy relajado. Abre tus ojos a la cuenta de tres. Un, dos y tres.

Una vez terminada la técnica, se le preguntara a cada uno como se sintió mejor, ¿como gato? O ¿cómo ratón?, luego se les dirá si hay una situación de su vida que hayan pasado o estén pasando que los haya hecho sentirse como ratón, y en base a la respuesta se trabajara, con ellos, la idea de la técnica es hacerles sentir

que a pesar de todos los problemas que tengan ellos deben de ser los gatos y no sentir que otros los pueden derrotar por más que hagan y hagan.

### **Técnica de Mi Declaración de Mi Estima de Mi Misma/o**

Yo soy yo. En el mundo no hay nadie exactamente como yo. Hay personas que tienen parte de mi, pero no suman exactamente quien yo soy. De esta manera, todo lo que viene de mi es auténticamente mío, porque yo lo decidí yo misma/o. Yo soy propietaria/o de todo lo que constituye mi, ser mi cuerpo, mis ideas, mis ojos y lo que miran, mis pensamientos, mis sentimientos ya sea felicidad, o rabia, mis frustraciones, mis desengaños, mi boca, mi acento si tengo uno, las experiencias positivas y negativas que vivo, mis acciones, mis miedos y esperanzas. Yo soy propietaria/o de mis éxitos y fracasos. Porque yo me pertenezco a mi misma/o yo puedo conocerme íntimamente y yo puedo quererme y ser amigable conmigo misma/o. Yo soy propietaria/o de mis culturas y las riquezas que esto me brinda, Yo puedo hacer posible que todo lo que yo tenga y trabaje para alcanzar lo que yo quiero. Yo sé que hay cosas de mi que no puedo explicar, y cosas que no entiendo y no sé qué hacer, pero mientras yo me quiera a mi misma/o y sea amigable conmigo yo puedo buscar las soluciones a esos misterios de mi que a veces tengo y así puedo conocerme mejor.

No importa como yo parezca y luzca a otros, lo que haga y sienta/o, todo esto me pertenece. Esto es autentico y representa lo que yo soy en ese momento de mi vida. Cuando evaluó lo que hago o dije, algunas veces puede ser que no sea apropiado, pero yo puedo mejorar y mantener las conductas que son positivas y que me permiten progresar. Yo puedo pensar, ver, sentir, hacer, crear y escuchar. Yo tengo todas las herramientas para sobrevivir y darle sentido a mi

vida. Yo puedo poner orden en mis cosas y en mi vida cotidiana. Yo me pertenezco y en consecuencia yo puedo construirme a mi misma/o. Yo soy yo y yo estoy bien. (Adaptación de la declaración de estima de sí mismo de Virginia Satir).

Consejos prácticos para mejorar nuestra autoestima:

1. El hecho de querernos más y mejor está en nuestras manos, no en las de los demás. Todo reside en la cabeza y nosotros somos quienes debemos intentar cambiar nuestro auto concepto.
2. Acéptate tal y como eres, en tus cualidades y defectos. Todos tenemos defectos, nadie es perfecto ni pretende serlo.
3. Desarrolla el sentido del humor, no des tanta importancia a cosas que no la tienen, ni a los posibles comentarios de los demás. Seguramente en la mayoría de ocasiones nos hacemos montañas innecesariamente, la gente no está siempre pendiente de lo que hacemos o decimos, todo está en nuestra imaginación.
4. Préstate más atención, dedícate tiempo a hacer aquello que te haga feliz y te satisfaga.
5. No temas a las responsabilidades o a tomar decisiones, si algo sale mal aprende de tus errores y ten coraje para volver a intentarlo. Nadie está libre del error en esta vida y a veces hay que ver la cara positiva de los fracasos, piensa que aunque se cierren unas puertas, luego se abrirán otras que pueden ser incluso mejores.
6. Si una relación personal no acaba de funcionar, no pienses nunca que la culpa es sólo tuya, entre dos personas ambas partes son responsables de su

comportamiento. La verdad al final es que sólo hubo una incompatibilidad de caracteres.

7. Prémiate por tus logros, aunque estos sean pequeños o poco importantes, así te sentirás mejor.

8. Simplifica tu vida y dirígete hacia objetivos realmente valiosos para ti, dedicándote a ellos intensamente, sin miedo.

### **SESION No 3 TECNICAS PARA LUCCHAR CONTRA LAS CREENCIAS IRRACIONALES.**

Para conocer las ideas arraigadas en las personas es necesario, aplicarles primero, un registro de opiniones, luego establecer una ponderación para aplicar las técnicas. Pero antes se le explicara para que sirven estas técnicas y lo siguiente.

Síntomas sobre los que actúa:

.Ansiedad .Depresión, Rabia, mal humor, irritabilidad, resentimiento,  
Sentimiento de culpabilidad .Autoestima baja

Tiempo de entrenamiento:

.20 minutos al día durante 2 semanas, para valorar los pensamientos irracionales.

.10 minutos al día durante 2 semanas para practicar la imaginación emotivo racional y rechazar y cambiar las emociones.

### Registro de opiniones

No es necesario que piense mucho rato en cada ítem. Escriba rápidamente la respuesta y pase al siguiente.

Asegúrese de que contesta lo que usted realmente piensa, no lo que cree que debería pensar. Si NO está de acuerdo con el ítem, marque el primer cuadrado. Si está de acuerdo, marque el segundo cuadrado.

- .   \_\_\_\_ 1. Para mí es importante recibir la aprobación de los demás.
- .   \_\_\_\_ 2. Odio equivocarme en algo.
- .   \_\_\_\_ 3. La gente que se equivoca, logra lo que se merece:
- ..   \_\_\_\_ 4. Generalmente, acepto los acontecimientos con filosofía. .
- ..   \_\_\_\_ 5. Si una persona quiere puede ser feliz en casi cualquier circunstancia.
- .   \_\_\_\_ 6. Temo a las cosas que a menudo me resultan objeto de preocupación.
- .   \_\_\_\_ 7. Normalmente. Aplazo las decisiones importantes.
- .   \_\_\_\_ 8. Todo el mundo necesita de alguien a quien recurrir en busca de ayuda y consejo.
- .   \_\_\_\_ 9. «Una cebra no puede cambiar sus rayas».
- .   \_\_\_\_ 10. Prefiero, sobre todas las cosas, pasar el tiempo libre de una forma tranquila.
- ..   \_\_\_\_ 11. Me gusta que los demás me respeten. Pero yo no tengo por qué manifestar respeto a nadie.
- .   \_\_\_\_ 12. Evito las cosas que no puedo hacer bien.
- .   \_\_\_\_ 13. Hay demasiadas personas malas que escapan del castigo del infierno.

- .. □ □ \_\_\_\_ 14. Las frustraciones no me distorsionan.
- .. □ □ \_\_\_\_ 15. A la gente no le trastornan los acontecimientos sino la imagen que tiene de ellos.
- .. □ □ \_\_\_\_ 16. Me producen poca ansiedad los peligros inesperados o los acontecimientos futuros.
- .. □ □ \_\_\_\_ 17. Trato de afrontar los trabajos fastidiosos y hacerlos cuanto antes.
- . □ □ \_\_\_\_ 18. En las decisiones importantes. Consulto con una autoridad al respecto.
- . □ □ \_\_\_\_ 19. Es casi imposible superar la influencia del pasado.
- .. □ □ \_\_\_\_ 20. Me gusta disponer de muchos recursos.
- . □ □ \_\_\_\_ 21. Quiero gustar a todo el mundo.
- .. □ □ \_\_\_\_ 22. No me gusta competir en aquellas actividades en las que los demás son mejores que yo.
- . □ □ \_\_\_\_ 23. Aquellos que se equivocan, merecen cargar con la culpa.
- . □ □ \_\_\_\_ 24. Las cosas deberían ser distintas a como son.
- .. □ □ \_\_\_\_ 25. Yo provoco mi propio mal humor.
- . □ □ \_\_\_\_ 26. A menudo, no puedo quitarme algún asunto de la cabeza.
- . □ □ \_\_\_\_ 27. Evito enfrentarme a los problemas.
- . □ □ \_\_\_\_ 28. Todo el mundo necesita tener fuera de sí mismo una fuente de energía.
- .. □ □ \_\_\_\_ 29. Solo porque una vez algo afectó tu vida de forma importante, no quiere decir que tenga que ser igual en el futuro.
- .. □ □ \_\_\_\_ 30. Me siento más satisfecho cuando tengo muchas cosas que hacer.
- .. □ □ \_\_\_\_ 31. Puedo gustarme a mi mismo, aun cuando no guste a los demás.

- .. □ □ \_\_\_ 32. Me gustaría triunfar en algo, pero no pienso que deba hacerlo.
- . □ □ \_\_\_ 33. La inmoralidad debería castigarse severamente.
- . □ □ \_\_\_ 34. A menudo me siento trastornado por situaciones que no me gustan.
- .. □ □ \_\_\_ 35. Las personas desgraciadas, normalmente, se deben este estado a sí mismas.
- .. □ □ \_\_\_ 36. No me preocupo por no poder evitar que algo ocurra.
- .. □ □ \_\_\_ 37. Normalmente, tomo las decisiones tan pronto como puedo.
- . □ □ \_\_\_ 38. Hay determinadas personas de las que dependo mucho.
- .. □ □ \_\_\_ 39. La gente sobrevalora la influencia del pasado.
- .. □ □ \_\_\_ 40. Lo que más me divierte es realizar algún proyecto creativo.
- .. □ □ \_\_\_ 41. Si no gusto a los demás es su problema, no el mío.
- . □ □ \_\_\_ 42. Para mí es muy importante alcanzar el éxito en todo lo que hago.
- .. □ □ \_\_\_ 43. Yo pocas veces culpo a la gente de sus errores.
- .. □ □ \_\_\_ 44. Normalmente, acepto las cosas como son, aunque no me gusten.
- .. □ □ \_\_\_ 45. Nadie está mucho tiempo de mal humor o enfadado, a menos que quiera estarlo.
- . □ □ \_\_\_ 46. No puedo soportar correr riesgos.
- . □ □ \_\_\_ 47. La vida es demasiado corta para pasarla haciendo cosas que a uno no le gustan.
- .. □ □ \_\_\_ 48. Me gusta valerme por mí mismo.
- . □ □ \_\_\_ 49. Si hubiera vivido experiencias distintas, podría ser más como me gustaría ser.
- . □ □ \_\_\_ 50. Me gustaría jubilarme y apartarme totalmente del trabajo.



- . □ □ \_\_\_ 51. Pienso que es duro ir en contra de lo que piensan los demás.
- .. □ □ \_\_\_ 52. Disfruto de las actividades por sí mismas, al margen de lo bueno o malo que sea en ellas.
- . □ □ \_\_\_ 53. El miedo al castigo es lo que hace a la gente ser buena.
- .. □ □ \_\_\_ 54. Si las cosas me desagradan, opto por ignorarlas.
- . □ □ \_\_\_ 55. Cuantos más problemas tiene una persona, menos feliz es.
- .. □ □ \_\_\_ 56. Raramente me siento ansioso al pensar en el futuro.
- .. □ □ \_\_\_ 57. Raramente aplazo las cosas.
- .. □ □ \_\_\_ 58. Yo soy el único que realmente puede entender y solucionar mis problemas.
- .. □ □ \_\_\_ 59. Normalmente, no pienso que las experiencias pasadas me afecten en la actualidad.
- .. □ □ \_\_\_ 60. Tener demasiado tiempo libre, resulta aburrido. ...
- .. □ □ \_\_\_ 61. Aunque me gusta recibir la aprobación de los demás, no tengo necesidad real de ello.
- . □ □ \_\_\_ 62. Me fastidia que los demás sean mejores que yo en algo.
- . □ □ \_\_\_ 63. Todo el mundo es, esencialmente, bueno.
- .. □ □ \_\_\_ 64. Hago todo lo que puedo por conseguir lo que quiero y una vez conseguido, deja de preocuparme.
- .. □ □ \_\_\_ 65. Nada es intrínsecamente perturbador; si lo es, se debe al modo en que lo interpretamos.
- . □ □ \_\_\_ 66. Me preocupa mucho determinadas cosas del futuro.
- . □ □ \_\_\_ 67. Me resulta difícil hacer las tareas desagradables.
- .. □ □ \_\_\_ 68. Me desagrada que los demás tomen decisiones por mí.

- . □ □ \_\_\_\_ 69. Somos esclavos de nuestro pasado.
- . □ □ \_\_\_\_ 70. A veces desearía poder irme a una isla tropical y tenderme en la playa, sin hacer nada más.
- . □ □ \_\_\_\_ 71. A menudo me preocupa que la gente me apruebe y me acepte.
- . □ □ \_\_\_\_ 72. Me trastorna cometer errores.
- . □ □ \_\_\_\_ 73. No es equitativo que «llueva igual sobre el justo que sobre el injusto».
- .. □ □ \_\_\_\_ 74. Yo disfruto honradamente de la vida.
- . □ □ \_\_\_\_ 75. Debería haber más personas que afrontaran lo desagradable de la vida.
- . □ □ \_\_\_\_ 76. Algunas veces me resulta imposible apartar de mi mente el miedo a algo.
- .. □ □ \_\_\_\_ 77. Una vida fácil, muy pocas veces resulta compensadora.
- . □ □ \_\_\_\_ 78. Pienso que es fácil buscar ayuda.
- . □ □ \_\_\_\_ 79. Una vez que algo afecta tu vida de forma importante, seguirá haciéndolo siempre.
- . □ □ \_\_\_\_ 80. Me encanta estar tumbado.
- . □ □ \_\_\_\_ 81. Tengo considerable preocupación por lo que la gente piensa de mí.
- . □ □ \_\_\_\_ 82. Muchas veces me enfado muchísimo por cosas sin importancia-
- .. □ □ \_\_\_\_ 83. Generalmente doy una segunda oportunidad a quien se equivoca.
- . □ □ \_\_\_\_ 84. La gente es más feliz cuando tiene metas y problemas que resolver.
- .. □ □ \_\_\_\_ 85. Nunca hay razón para permanecer afligido mucho tiempo.
- .. □ □ \_\_\_\_ 86. Raramente pienso en cosas como la muerte o la guerra nuclear.
- .. □ □ \_\_\_\_ 87. No me gustan las responsabilidades.

- .. □ □ \_\_\_\_ 88. No me gusta depender de los demás.
- . □ □ \_\_\_\_ 89. La gente nunca cambia, básicamente.
- . □ □ \_\_\_\_ 90. La mayoría de las personas trabajan demasiado y no toman el suficiente descanso.
- .. □ □ \_\_\_\_ 91. Ser criticado es algo fastidioso pero no perturbador-
- .. □ □ \_\_\_\_ 92. No me asusta hacer aquellas cosas que no hago del todo bien.
- .. □ □ \_\_\_\_ 93. Nadie es malo a pesar de que sus actos lo sean.
- .. □ □ \_\_\_\_ 94. Raramente me importunan los errores de los demás.
- .. □ □ \_\_\_\_ 95. El hombre construye su propio infierno interior.
- . □ □ \_\_\_\_ 96. Muchas veces me sorprendo planeando lo que haría si me encontrara en determinadas situaciones de peligro.
- .. □ □ \_\_\_\_ 97. Si tengo que hacer algo, lo hago a pesar de que no sea agradable.
- .. □ □ \_\_\_\_ 98. He aprendido a no estar pendiente de nada que no esté relacionado con mi bienestar.
- .. □ □ \_\_\_\_ 99. No miro atrás con resentimiento.
- . □ □ \_\_\_\_ 100. No me siento realmente contento hasta que no estoy relajado y sin hacer nada.

**Puntuación del registro de creencias****A. Ítems con un sólo punto**

Si el ítem tiene un sólo punto y ha contestado «Estoy de acuerdo», anótese un punto en el espacio indicado para la puntuación.

**B. Ítems con dos puntos**

Si el ítem tiene dos puntos y ha contestado «No estoy de acuerdo», anótese un punto en el espacio indicado para la puntuación.

**C. Cuente los puntos obtenidos en los ítems:**

1, 11, 21, 31, 41, 51, 61, 71, 81 y 91 y escriba el total aquí: \_\_\_\_\_

Cuanto mayor haya sido la puntuación alcanzada, mayor es su conformidad con la idea irracional de que: *Para un adulto es absolutamente necesario tener el cariño y la aprobación de sus semejantes, familia y amigos.*

2, 12, 22, 32, 42, 52, 62, 72, 82 y 92 y escriba el total aquí: \_\_\_\_\_

Cuanto mayor haya sido la puntuación alcanzada, mayor es su conformidad con la idea irracional de que: *Debe ser muy competente y casi perfecto en todo lo que emprende.*

3, 13, 23, 33, 43, 53, 63, 73, 83 y 93 y escriba el total aquí: \_\_\_\_\_

Cuanto mayor haya sido la puntuación alcanzada, mayor es su conformidad con la idea irracional de que: *Ciertas personas son malas, viles y perversas y deberían ser castigadas.*

4, 14, 24, 34, 44, 54, 64, 74, 84 y 94 y escriba el total aquí: \_\_\_\_\_

Cuanto mayor haya sido la puntuación alcanzada, mayor es su conformidad con la idea irracional de que: *Es horrible cuando las cosas no van como uno quisiera que fueran.*

5, 15, 25, 35, 45, 55, 65, 75, 85 y 95 y escriba el total aquí: \_\_\_\_\_

Cuanto mayor haya sido la puntuación alcanzada, mayor es su conformidad con la idea irracional de que: *Los acontecimientos externos son la causa de la mayoría de las desgracias de la humanidad; la gente simplemente reacciona según cómo los acontecimientos inciden sobre sus emociones.*

6, 16, 26, 36, 46, 56, 66, 76, 86 y 96 y escriba el total aquí: \_\_\_\_\_

Cuanto mayor haya sido la puntuación alcanzada, mayor es su conformidad con la idea irracional de que: *Se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa.*

7, 17, 27, 37, 47, 57, 67, 77, 87 y 97 y escriba el total aquí: \_\_\_\_\_

Cuanto mayor haya sido la puntuación alcanzada, mayor es su conformidad con la idea irracional de que: *Es más fácil evitar los problemas y responsabilidades de la vida que hacerles frente.*

8, 18, 28, 38, 48, 58, 68, 78, 88 y 98 y escriba el total aquí: \_\_\_\_\_

Cuanto mayor haya sido la puntuación alcanzada, mayor es su conformidad con la idea irracional de que: *Se necesita contar con algo más grande y más fuerte que uno mismo.*

9, 19, 29, 39, 49, 59, 69, 79, 89 y 99 y escriba el total aquí: \_\_\_\_\_

Cuanto mayor haya sido la puntuación alcanzada, mayor es su conformidad con la idea irracional de que: *El pasado tiene gran influencia en el presente.*

10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80, 90 y 100 y escriba el total aquí: \_\_\_\_\_

Cuanto mayor haya sido la puntuación alcanzada, mayor es su conformidad con la idea irracional de que: *La felicidad aumenta con la inactividad, la pasividad y el ocio indefinido.*

### **Ideas irracionales**

El estado del pensamiento irracional se encuentra en la suposición de que las cosas se hacen para uno: «Esto realmente me deprime... Esta chica me pone nervioso... Los sitios como ése me dan miedo... Estar tumbado me hace poner colorado».

Nada se hace para usted. Las cosas en el mundo simplemente pasan; usted experimenta esos acontecimientos (A), inicia el diálogo consigo mismo (B), y luego experimenta una emoción (C) resultada del diálogo interior.

A no es la causa de C, B sí es la causa de C. Si el diálogo consigo mismo no se ajusta a la realidad y es irracional, creará emociones desagradables.

Dos formas corrientes de charla interior irracional son las que originan las frases que «**horrorizan**» y las que «**absolutizan**». Usted mismo se horroriza, haciendo interpretaciones catastróficas de sus experiencias: Un dolor momentáneo en el pecho es un ataque de corazón; su malhumorado jefe intenta encolerizarlo; su cónyuge tiene que trabajar de noche y la idea de estar solo es increíblemente terrible. Las emociones que resultan de un diálogo horrorizante tienden, a su vez, a ser horribles: está respondiendo a su propia descripción del mundo.

Las afirmaciones irracionales que «absolutizan» normalmente incluyen palabras como «debería, tendría que, siempre, nunca». La idea que se encuentra en la base de este tipo de afirmaciones es que las cosas tienen que ser de una forma determinada o bien que uno mismo debe ajustarse a un modelo concreto de comportamiento. Cualquier desviación de la norma es mala. La gente que no vive de acuerdo con el patrón es mala. En realidad, es la norma lo que está mal, ya que es irracional.

## 10 IDEAS IRRACIONALES DE ALBERT ELLIS.

Albert Ellis ha propuesto diez ideas irracionales básicas. A estas diez, hemos añadido algunas más, altamente frecuentes y que se apartan totalmente de la realidad. A partir de las puntuaciones obtenidas en el registro de creencias, y de las situaciones en que sabe que de forma característica experimenta estrés, elija las afirmaciones que crea que pueden aplicarse a usted:

**□ 1. Para un adulto, existe una necesidad absoluta de cariño y aprobación de sus semejantes, familia y amigos.**

Es realmente imposible gustar a todas las personas que nos rodean. Incluso aquellas personas a las que gustamos básicamente y nos aprueban, discreparán en algunas de nuestras conductas y cualidades. Esta creencia irracional es probablemente la mayor causa única de infelicidad.

**□ 2. Hay que ser muy competente y casi perfecto en todo lo que se emprende.**

Los resultados de la creencia de que uno ha de ser perfecto son: los auto reproches ante el fallo inevitable, disminución de la autoestima, aplicación de patrones perfeccionistas al cónyuge y a los amigos; paralización y miedo a intentar cualquier cosa.

**□ 3. Ciertas personas son malas, viles y perversas y deberían ser castigadas.**

Una posición más real es la de pensar que tales personas se comportan de modo antisocial e inapropiado. Quizá se debe a que son tontas,

ignorantes o neuróticas y lo que deberían hacer es intentar cambiar su conducta.

□ **4. Es horrible cuando las personas y las cosas no son como uno quisiera que fueran.**

Esto puede describirse como el síndrome del niño mimado. Tan pronto como el globo se deshinchaba, empieza el diálogo: « ¿Por qué me pasa esto a mí? Demonio, no puedo soportarlo. Es horrible, todo es un asco». Cualquier inconveniente, problema o fallo que aparezca en su camino se interpreta de este modo. El resultado es una profunda irritación e intenso estrés.

□ **5. Los acontecimientos externos son la causa de la mayoría de las desgracias de la humanidad; la gente simplemente reacciona según cómo los acontecimientos inciden sobre sus emociones.**

Una deducción lógica a partir de esta creencia, es pensar que para lograr la felicidad o evitar la tristeza hay que controlar los acontecimientos externos. Dado que ese control es limitado y que no podemos manipular los deseos de los demás, el resultado es la sensación de infelicidad y una ansiedad crónica. Atribuir la falta de felicidad a los acontecimientos es una forma de evitar enfrentarse con la realidad. Las propias interpretaciones de los hechos son las que causan la infelicidad. Mientras que poseemos un control limitado sobre las acciones de los demás, disponemos de un gran control de nuestras emociones.



**□ 6. Hay que sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa.**

Esto a veces se expresa de la siguiente forma: «Sólo con que suene un timbre, ya empiezo a preocuparme», y muchas personas empiezan a enumerar los escenarios de la catástrofe. Desarrollar miedo o ansiedad ante lo incierto hace la extinción más difícil y aumenta el estrés; por el contrario, reservar las respuestas de miedo al peligro real permite disfrutar de lo incierto como una experiencia nueva y excitante.

**□ 7. Es más fácil evitar los problemas y responsabilidades de la vida que hacerles frente.**

Hay muchas formas de eludir las responsabilidades: «Debería decirle que ya no me interesa -pero no esta noche... Tendría que encontrar otro trabajo, pero estoy demasiado cansado para ponerme a buscarlo en los ratos libres... Un grifo que gotea no hace daño a nadie... Podría ir de compras hoy, pero el coche hace una especie de ruido raro».

**□ 8. Se necesita contar con algo más grande y más fuerte que uno mismo.**

Esta creencia se convierte en una trampa psicológica en la que sus opiniones y conocimientos de sus necesidades particulares quedan atrapados por la dependencia desarrollada hacia una autoridad superior.

**□ 9. El pasado tiene mucho que ver en la determinación del presente.**

Sólo porque una vez algo le afectó de forma importante no significa que deba continuar con las conductas que desarrolló en esta situación

primera. Esas formas y modelos de conducta son sólo decisiones tomadas tantas veces que se han hecho casi automáticas. Debe averiguar cuáles son y empezar a cambiarlas *ahora mismo*. Hay que aprender de las experiencias pasadas, pero no debemos permanecer atados a ellas indefinidamente.

□ **10. La felicidad aumenta con la inactividad, la pasividad y el ocio indefinido.**

Esto es el llamado «Síndrome de los Campos Elíseos». Existen más formas de felicidad que la relajación absoluta.

### Otras ideas irracionales

□ **11. Se halla desamparado y no tiene control sobre lo que experimenta o siente.**

Esta creencia es la razón de muchas depresiones y ansiedades. La verdad es que no sólo ejercemos un considerable control sobre nuestras situaciones interpersonales, sino que controlamos también la forma de interpretar y responder emocionalmente a cada uno de los acontecimientos de nuestra vida.

□ **12. Las personas somos frágiles y nunca deberíamos sufrir daño alguno.**

Esta creencia irracional lleva a una falta de comunicación abierta de sentimientos importantes y a un sacrificio auto impuesto de no disfrutar de lo bueno y agradable. Dado que todo lo que necesita o desea parece dañar o privar a alguien de alguna cosa, se siente frustrado, desamparado y deprimido. Las

relaciones se llenan de espacios muertos en los que los conflictos se van desarrollando y no se hace nada para solucionarlos.

**□ 13. Las buenas relaciones están basadas en el sacrificio mutuo y en la idea de dar.**

Esta creencia se basa en la suposición de que es mejor dar que recibir. Se manifiesta en repulsión a pedir nada y a que las necesidades ocultas se adivinen y satisfagan. Desgraciadamente, la abnegación constante sólo aboca a la amargura y a la depresión.

**□ 14. Si no te esfuerzas mucho por agradar a los demás, éstos te abandonarán y rechazarán.**

Esta creencia es consecuencia de una baja autoestima. Generalmente se corre menos riesgo de rechazo si uno se muestra a los demás tal como es; pueden tomarlo o dejarlo, pero si te aceptan, ya no tienes que preocuparte de bajar la guardia ni de que te rechacen más tarde.

**□ 15. Cuando la gente desaprueba lo que haces, significa invariablemente que estás equivocado o que no eres bueno.**

Esta creencia provoca ansiedad crónica en la mayoría de las relaciones interpersonales. La irracionalidad del pensamiento radica en la generalización de un fallo específico de un rasgo que no es atractivo a la totalidad de uno mismo.

□ **16. La felicidad, el bienestar y la satisfacción sólo pueden alcanzarse en compañía de los demás y estar solo es algo horrible.**

Placer, autovalía y satisfacción pueden sentirse tanto estando solo como acompañado. Estar solo es productivo y, a veces, deseable.

□ **17. El amor es perfecto y la relación ideal existen realmente.**

Los que suscriben esta teoría, normalmente se resienten de sucesivas relaciones porque ninguna les satisface plenamente ya que están esperando siempre al compañero ideal. No suele llegar nunca.

□ **18. No tendríamos que sentir dolor; tenemos derecho a una buena vida.**

La postura realista al respecto es que el dolor es una parte inevitable de la vida del hombre. Frecuentemente acompaña a las decisiones difíciles y saludables ya los procesos de crecimiento. La vida no es una fiesta y muchas veces hay que sufrir sin que se pueda evitar.

□ **19. Su valor como persona depende de cuánto consiga y realice.**

Una evaluación mucho más real de su valor como persona es la de pensar que éste depende de cosas como la capacidad de estar vivo, sabiendo todo lo que significa el ser humano.

□ **20. El enfado es automáticamente malo y destructivo.**

El enfado tiene muchas veces un efecto desintoxicante. Puede ser una forma honesta de comunicación de sentimientos, sin atentar contra la estima y la seguridad de los demás.

□ **21. Está mal o es un error ser egoísta.**

La verdad es que nadie conoce sus propias necesidades mejor que uno mismo, y nadie tiene mayor interés en que sean satisfechas. Su felicidad es responsabilidad suya. Ser egoísta significa aceptar esta responsabilidad.

Al haber terminado lo anterior, les dirá: Probablemente podrán añadir a esta lista otras ideas irracionales. Hágalo, por favor. La mejor manera de descubrir sus propias ideas es pensando en situaciones en las que experimente ansiedad, depresión, mal humor, furia o sensación de tener poco valor. Detrás de cada una de estas emociones, especialmente si las siente de forma crónica, hay un diálogo irracional consigo mismo.

**REGLAS PARA SUSCITAR EL PENSAMIENTO RACIONAL**

Evalúe sus opiniones comparándolas con las seis reglas o guías para un pensamiento racional que se exponen a continuación:

**No me afecta.**

Las situaciones de la vida no me hacen sentir ansiedad ni miedo. Soy yo quien hablándome a mí mismo dice cosas que me producen estas sensaciones.

**Todo es exactamente como debería ser.**

Las circunstancias necesarias para que las cosas o las personas sean distintas a como son, no se dan. Decir que las cosas deberían ser de otro modo es creer que la sucesión de acontecimientos que las conforman se ve influenciada por algún elemento mágico. Cosas y personas son como son por una serie de hechos causales, entre los que se hallan: las interpretaciones personales, las

respuestas individuales al lenguaje interior irracional, etc. Decir que deberían ser distintos es apartarse del principio de causalidad que rige el mundo.

**Todo ser humano se equivoca.**

Esto es algo inevitable. Si no se fijan unos márgenes de error razonables para uno mismo y para los demás es muy probable que se caiga en la decepción y en la infelicidad con extrema facilidad. Por otro lado, es muy fácil culparse a uno mismo y a los otros de no valer suficiente, de no ser buenos, etc.

**Una discusión es cosa de dos.**

Antes de iniciar una acusación o una disputa cualquiera, tenga en cuenta la regla del 30 por ciento. Esta regla dice que en cualquier riña, cada una de las partes interviene por lo menos en un 30% en hacer que la discusión continúe.

**La razón inicial se halla inmersa en el pasado**

Es una pérdida de tiempo intentar descubrir quién empezó primero. Por ejemplo, intentar buscar la causa inicial de las emociones crónicas desagradables es algo sumamente difícil; es mucho más útil decidir cambiar de conducta YA.

**Nos sentimos en función de como pensamos.**

Esta afirmación es la que continúa con la primera que aparece al principio de la lista. Viene a reforzar la idea de que no son los acontecimientos los que nos causan las emociones, sino nuestra interpretación de ellos.

## **RECHAZO DE IDEAS IRRACIONALES**

Hay cinco pasos (de A hasta E) para discutir y eliminar las ideas irracionales. Empiece por elegir una situación que genere en usted, de forma continuada, emociones estresantes.

**A. Escriba cómo fue la realidad** de los acontecimientos en el momento en que le resultaron motivo de distorsión. Asegúrese de que describe sólo los hechos objetivos, sin incluir conjeturas, impresiones subjetivas ni juicios de valor.

**B. Escriba su lenguaje interior** respecto al acontecimiento. Anote todos sus juicios subjetivos, sus suposiciones, creencias, predicciones y preocupaciones. Después observe cuántas de estas afirmaciones coinciden con las que se han descrito previamente como ideas irracionales.

**C. Concéntrese en su respuesta emocional.** Elija una o dos palabras claras a modo de etiqueta: mal humor, deprimido, sentimiento de auto desprecio, miedo, etc.

**D. Discuta y varíe el lenguaje interior** que ha descrito en B. Así:

I. Elija la idea irracional que desea discutir. A modo de ejemplo, utilizaremos la siguiente idea: «No hay derecho a que tenga que sufrir por este problema».

2. ¿Existe algún soporte racional a esta idea? Dado que, debido a una larga sucesión de relaciones causa-efecto, todo es como debe ser, la respuesta es «No». El problema debe soportarse y resolverse ya que ha ocurrido, y ha ocurrido porque se han dado todas las condiciones necesarias para que tuviera lugar.

3. ¿De qué evidencias disponemos de la falsedad de esta idea?

a. No hay leyes en el universo que digan que no debe existir el dolor ni los problemas. Tengo un problema cuando se dan las condiciones necesarias para que aparezca.

b. La vida no es una fiesta. La vida es tan sólo una sucesión de acontecimientos, algunos de los cuales son agradables y otros son incómodos y dolorosos.

- c. Cuando los problemas aparecen, es asunto mío resolverlos.
- d. Intentar que un problema no aparezca es adaptativo, pero resentirse y no afrontarlo una vez que ya ha surgido es algo contraproducente.
- e. No hay nadie especial. Algunas personas pasan por la vida con menos problemas que yo, pero ¿es que esto no puede deberse a que, a veces, yo contribuyo a que se den las condiciones para que surjan los problemas?
- f. Sólo por el hecho de tener un problema no significa que tenga que sufrir. Incluso puede ser una buena oportunidad a aumentar mi autoestima intentando encontrar la solución adecuada de la que pueda sentirme orgulloso.

4. ¿Existe alguna evidencia de la certeza de esta idea?

No; mis sufrimientos se deben a mi lenguaje interior a través del cual he interpretado este acontecimiento. Me he convencido a mí mismo de que debo sentirme mal.

5. ¿Qué es lo peor que puede ocurrirme si lo que quiero que ocurra no ocurre o sí, al contrario, lo que temo que suceda, sucede?

- a. Podría verme privado de varios placeres mientras tengo que solucionar el problema.
- b. Podría sentirme incómodo.
- c. Podría no llegar a solucionar nunca el problema y sentirme inútil en ese aspecto.
- d. Tendría que aceptar las consecuencias del fracaso.
- e. Podría ser que los demás no aprobaran mi conducta y me rechazaran.
- f. Podría sentir más estrés, más tensión o una sensación desagradable.



6. ¿Qué cosas buenas podrían ocurrirme si lo que quiero que ocurra no ocurre o sí, al contrario, lo que temo que suceda. sucede?

- a. Podría aprender a tolerar mejor la frustración.
- b. Podría mejorar mi capacidad de afrontamiento.
- c. Podría hacerme más responsable.

E. Sustituya el lenguaje interior por otro, ahora que ha examinado detenidamente la idea irracional que ha originado y ha podido compararla con lo que sería una forma de pensamiento racional.

I. No hay nada especial en mí. Puedo aceptar las situaciones dolorosas siempre que surjan.

2. Afrontar los problemas es más adaptativo que resentirse o huir de ellos.

3. Me siento de acuerdo con mi forma de pensar. Si no tengo pensamientos negativos, no tengo emociones estresoras. Como mucho, me sentiré molesto, arrepentido o enfadado, no ansioso, deprimido ni furioso.

**Es necesario que para completar las técnicas es necesario dejarle tareas para la casa.**

Para ganar la batalla contra las ideas irracionales. Debe comprometerse a realizar diariamente el ejercicio que se describe a continuación, como si se tratara de los deberes de clase. Utilice como guía el modelo que le mostramos abajo. Rellene una de estas hojas por lo menos una vez al día.

El ejemplo siguiente corresponde a una mujer que no había podido tener una cita con un amigo:

**A. Acontecimiento desencadenante:**

*Un amigo ha cancelado su cita conmigo.*

**B. Ideas racionales:**

*Sé que en estos momentos se encuentra muy ocupado... Haré algo sola.*

**Ideas irracionales:**

*Me sentiré terriblemente sola esta noche... La sensación de vacío empieza a envolverme... Realmente no se preocupa de mí... En realidad nadie quiere estar conmigo... Me siento como si me cayera a pedazos"*

**C. Consecuencias de las ideas irracionales:**

*Depresión... Ansiedad moderada.*

**D. Discusión y cambio de las ideas irracionales:**

1. Elija la idea irracional:

*Me sentiré terriblemente sola esta noche... Me siento como si me cayera a pedazos.*

2. ¿Existe algún soporte racional a esta idea?

*No.*

3. ¿Qué evidencias existen de la falsedad de la idea?

*Estar sola no resulta agradable cuando se tenía una cita, pero puedo encontrar algo que hacer y sentirme a gusto con ello.*

*Generalmente disfruto de estar sola y es lo que voy a hacer en cuanto acepte la desilusión que he sufrido.*

*Me estoy equivocando al llamar a la decepción y a la desilusión «caerse a pedazos».*

4. ¿Existe alguna evidencia de la certeza de la idea?

*No, lo único evidente es que me he estado hablando a mí misma bajo los efectos de la depresión.*

5. ¿Qué es lo peor que puede ocurrirme?

*Podría sentirme decepcionada durante toda la noche y no encontrar nada realmente agradable que hacer.*

6. ¿Qué cosas buenas podrían ocurrirme?

*Podría sentir más seguridad en mí misma y darme cuenta de que dispongo de recursos propios.*

**E. Pensamientos alternativos:**

*Estoy bien. Esta noche leeré mi novela de detectives y me premiaré con una cena china. Estaré bien sola.*

**Emociones alternativas:**

*Estoy tranquila, un poco desilusionada pero me las prometo felices con una buena comida y un buen libro.*

Use este formato para cada uno de los acontecimientos estresores que experimente. Dedique por lo menos 20 minutos cada día en realizar esta tarea. Siempre que le sea posible, haga el ejercicio justo después de que el acontecimiento estresor haya ocurrido. Utilice una hoja para cada uno y guárdelas como registro de sus progresos.

**Modelo de hoja de registro para el Rechazo de Ideas Irracionales**

A. Acontecimiento desencadenante:

B. Ideas racionales:

Ideas irracionales:

C. Consecuencias de las ideas irracionales:

D. Discusión y cambio de ideas irracionales;

I. Elija la idea irracional:

2. ¿Existe algún soporte racional a esta idea?
3. ¿Qué evidencias existen de la falsedad de esta idea?
4. ¿Existe alguna evidencia de la certeza de la idea?
5. ¿Qué es lo peor que puede ocurrirme?
6. ¿Qué cosas buenas podrían ocurrirme?

E. Pensamientos alternativos:

Emociones alternativas:

### IMÁGENES EMOTIVORRACIONALES

Esta técnica le ayudará a desarrollar estrategias para cambiar sus emociones estresoras:

1. Imagínesse un acontecimiento estresante que se acompaña generalmente de emociones desagradables. Fíjese en todos los detalles de la situación: las imágenes, el olor, el sonido, cómo va vestido, qué dice, etc.
2. Cuando ya pueda ver el acontecimiento de modo claro, piense que se siente incómodo. Deje que le invadan la sensación de mal humor, de ansiedad, de depresión, de auto desprecio o de vergüenza. No intente evitarlas; experimente esta sensación de malestar.
3. Después de experimentar una de las sensaciones estresantes, *oblíguese* a cambiarla. Puede variar esta emoción esencialmente, de modo que la ansiedad, la depresión, la rabia y el sentimiento de culpa, sean reemplazados por una profunda inquietud, por desilusión, decepción o arrepentimiento. Si cree que no

es capaz de hacerlo, se engaña a sí mismo. Todo el mundo puede obligarse a cambiar una emoción aunque sea por pocos momentos.

4. Después de haber tomado contacto con la sensación estresora y haberla transformado, aunque haya sido por breves momentos, en otra más adecuada, debe pasar a examinar cómo lo ha hecho. ¿Qué ha ocurrido en su mente que ha hecho que pudiera modificar la depresión, la ansiedad, la rabia, etc.? Se dará cuenta de que, en cierto modo, ha modificado también su sistema de creencias.

5. En lugar de decir: «No puedo soportar esto... Va a volverme loco», ahora podría decir: «Ya he salido con éxito de situaciones como ésta otras veces». Con ello habrá cambiado sus creencias, sus interpretaciones de las experiencias.

Una vez que haya aprendido a cambiar las emociones estresoras por otras más adecuadas, puede utilizar las creencias nuevas y adaptativas en cualquier momento que lo necesite. Observe cómo estas nuevas creencias hacen que poco a poco se libere del estrés y le producen emociones que resultan más soportables que las antiguas.

A continuación escriba sus propias situaciones estresantes, anotando también las emociones estresantes que experimenta y otras más adecuadas que le gustaría sentir.

Situación	Emoción estresante	Emoción apropiada


Puede utilizar la técnica de las imágenes emotivas irracionales en cada una de las situaciones que haya escrito. Si las emociones estresantes no desaparecen inmediatamente, continúe experimentándolas hasta que se produzca el cambio. Es absolutamente cierto que puede modificar estas emociones simplemente obligándose a hacerlo. Cambiando su lenguaje interior para que dé lugar a pensamientos, creencias e ideas más adaptativas, logrará cambiar la emoción de forma gradualmente más fácil. Para obtener resultados óptimos, practique esta técnica diez minutos al día, durante dos semanas por lo menos.

### **Profundización**

Es importante darse cuenta de que hay tres niveles de profundización que son totalmente necesarios para que se produzca el cambio de emoción:

1. Conocimiento de la existencia del problema y de algunos de los acontecimientos que pueden haberlo causado.
2. Ver con claridad que las ideas irracionales que adquirió en épocas tempranas de la vida son las que crean el clima emocional en el que vive en la actualidad y que, de modo consciente o inconsciente, usted está colaborando a que se perpetúen.
3. El convencimiento profundo de que después de descubrir los dos niveles anteriores no encontrará otra forma de eliminar el problema más que trabajar de modo enérgico, constante y persistente, en modificar sus ideas irracionales.

Sin un acuerdo con este último nivel, le resultará muy difícil modificar sus respuestas emocionales habituales.

#### **SESION No 4 TECNICAS PARA LA COMUNICACIÓN ASERTIVA**

En primer lugar se les explicara que es la asertividad ya que muchas personas ignoran el concepto de ella.

ASERTIVIDAD. La asertividad es la capacidad que tiene un individuo para transmitir a los demás lo que opina, desea o siente de manera que pueda conseguir los objetivos que se ha propuesto (cambiar la conducta del otro) sin sentirse incómodo por ello. Como todas las habilidades sociales se aprende.

La única forma de poder cambiar la conducta del otro es cambiar la nuestra. Sólo así podemos, en el peor de los casos, no dejar que el otro nos hiera con sus comentarios y comportamientos. Si una persona está todo el día criticándonos, recordándonos lo mal que lo hicimos esto o aquello, es posible que no podamos acabar con su mala intención con sólo pedírselo de forma educada. Ahora bien, si tenemos herramientas para comunicárselo de forma ASERTIVA o simplemente empezamos a PASAR DE SU COMPORTAMIENTO, podremos conseguir algunos cambios. Cualquier diferencia entre situaciones por pequeña que sea, hará que las consecuencias de una determinada acción también lo sean. Para ello están las siguientes técnicas:

#### **TECNICA DE LA OPOSICION ASERTIVA**

¿Qué es? Una forma de comunicar al otro que nuestros pensamientos, deseos, aspiraciones, creencias, etc. son diferentes a las suyas, de una manera clara, firme y segura, sin sentirnos incómodos por ello. ¿Para qué sirve?

-Para que nos se aprovechen de nosotros

-Para no perder y ganar situaciones que nos resultan placenteras

-Para provocar un cambio en el otro

-Para no perder la sensación de control de una situación

-Para demostrarse a uno mismo que se ha actuado correctamente

¿Quién la necesita? En un momento u otro de nuestra vida, todos la necesitamos. Por ello podemos emplear alguna técnica que nos permita dar a conocer nuestra opinión y sentirnos mejor con nosotros mismos.

¿Cómo hacerlo?

1.-Descubre que es lo que te molesta:.....

2.-Enuncia el problema atendiendo a tres partes:

a) EXPRESIONES DE ENTENDIMIENTO

Escribe una frase en la que demuestres que entiendes la causa del

Comportamiento de tu <oponente>: .....

Debes cuidar tu expresión: el tono de voz debe ser el adecuado para que no parezca que te estás burlando de tu oponente. Debe haber verdadera empatía en tu discurso para que el otro se sienta realmente comprendido.

Recuerda que: se trata de expresar al otro que le entiendes y no que le descalificas o que te estás burlando de él.

b) DESACUERDO.



Escribe a continuación una frase que exprese tu desacuerdo con esa conducta:  
Ej. <Para mí es muy difícil conciliar el sueño si me he acostado tarde y se que vas a venir a las 8 de la mañana>

Recuerda que...Funcionan mejor los <mensajes yo>

### c) PETICION DE CAMBIO O PROPUESTA DE SOLUCION

Es hora de escribir lo que queremos cambiar y hacerlo en forma de propuesta que sea aceptable, al menos en teoría, por ambas partes.

<Por eso te pido, que.....>

Por ejemplo: Por eso te pido que cuando vengas a verme, llama al timbre

Recuerda que... es probable que a tu interlocutor no le guste <TU> alternativa y utilice <SU> oposición asertiva para hacerte cambiar de opinión. En ese caso puedes llegar a un acuerdo.

Por ejemplo: Solo utilizará la llave para abrir ella si sabe que estas enferma (en cama) y no puedes abrirle por estar indispuesta.

3.-Ensayo la respuesta con una persona con la que no tengas el problema hasta que te sientas segura y confíes en que controlas la situación.

4.-Expresa tu disconformidad a la persona con la que tienes las diferencias.

Hazlo utilizando un tono firme y claro, descubriendo en cada expresión una confirmación de ti misma y de tu capacidad de control.

### MENSAJES YO

Son los que se expresan en primera persona. Incluye expresiones como:

<<opino que....>>

<<me gustaría que...>>

<<Yo me siento.....>>

Se trata de evitar juicios que califiquen a la persona:

<<Eres una desconsiderada cuando haces esto>>

<<No piensas más que en ti>>

<<Eres un irresponsable>>

<<Demuestras una gran falta de tacto>>

y en su lugar expresar las causas de un comportamiento y/o sentimientos:

<<Cuando abres la puerta.....me siento mal>>

<<Me gustaría que llamases .....>>

#### TECNICA DE LA ACEPTACION ASERTIVA

¿Qué es? La aceptación de que aprobamos la conducta del otro de una forma verbal sincera.

¿Para qué sirve?

- Para establecer lazos afectivos entre personas
- Para demostrar calidez, acogimiento y aceptación
- Para reforzar la conducta del otro y conseguir que se repita

¿Quién la necesita?

Todos nosotros, especialmente aquellas personas con DIFICULTADES PARA INICIAR CONTACTO CON LOS DEMAS. Para niños es muy importante descubrir que su trabajo, su esfuerzo y su comportamiento en general resultan satisfactorios para sus padres. Normalmente damos por hecho que los demás saben que los queremos, que nos preocupamos e interesamos por ellos, pero, ¿cuántas veces se lo expresamos verbalmente?

¿Cómo hacerlo?

1.- Estando atento a las situaciones en los que los demás hacen algo positivo o de tu agrado. Para ensayar, quiero que recordéis la última vez que esto ha ocurrido (un piropo, un trabajo bien hecho por un compañero, una ayuda que has recibido.....).

2.- Pensando en cómo podríais expresar aceptación con alguno de los siguientes puntos:

a) EXPRESION DE ELOGIO:

Se trata de elogiar directamente la conducta positiva que has recibido o que has visto:

<<Has sido muy amable al dedicarme algo de tu tiempo>>

<<Agradezco de verdad que me digas eso>>

<<Muchas gracias, eres muy atento>>

Recuerda que....dar las gracias por algo no va en detrimento de tu confianza personal. No caigas en el error de utilizar estas expresiones de elogio para desvalorizarte. Evita expresiones como:

<<Gracias, ya ves que necesito ayuda para todo>>.

<<Eres muy amable pero es que me miras con buenos ojos>>.

#### b) EXPRESIONES DE SENTIMIENTOS PERSONALES.

Se trata de expresar directamente nuestros sentimientos, lo agradable que nos ha resultado la conducta del otro:

<<Me siento muy bien cuando trabajo contigo>>

<<Para mí son muy agradables estos encuentros>>

Recuerda que...no se trata de corresponder al otro con otro cumplido, sino de demostrar nuestros sentimientos.

#### c) CONDUCTA POSITIVA RECIPROCA.

Después de demostrar al otro lo bien que nos ha hecho sentir por algo, es probable que nos podamos ofrecer y así corresponder con la conducta del otro:

<<Ya sabes si alguna vez necesitas algo>>

<<Aquí tienes un amigo>>

Recuerda que...no podemos ofrecer siempre una conducta reciproca. Tenemos que valorar la importancia de lo que los demás han hecho, el lugar o papel social del otro, etc. Si alguien te dice que estás muy guapo con ese traje, no es

necesario que le ofrezcas una amistad eterna, de la misma manera que no procede cuando es tu jefe quién te felicita por un trabajo bien hecho.

¿Cuándo utilizarlo?

Cuando alguien haga algo positivo por ti, pero también cuando los demás hayan conseguido sus propios logros o se hayan superado a sí mismos.

ÁMATE

Para concluir se le inducirá a un estado de amor propio expresándole ¿Has notado que si al mirarte al espejo notas un rostro cansado, deprimido, enfermo o con una arruga más, tu día no es muy bueno? A la inversa, cuando el espejo te devuelve un rostro sonriente, saludable y optimista, ese día será muy favorable.

La imagen que tienes de ti mismo es muy importante. Está grabada en tu fondo mental (subconsciente e inconsciente) y te impulsa a percibir el mundo de determinada manera. Te provoca emociones y pensamientos según sea esa imagen. Por eso si te ves con depresión, todo lo percibirás desfavorable, tendrás poca motivación y energía. Tu mente se comportará en forma poco creativa.

SESION No 5 TECNICA DE AUTOCONTROL EMOCIONAL

**TÉCNICA:** La inoculación del estrés

La inoculación del estrés enseña cómo afrontar y relajarse ante una amplia variedad de experiencias estresantes. El entrenamiento incluye aprender a relajarse utilizando la respiración profunda y la relajación progresiva (véase en la sección de técnicas), de modo que cada vez que se experimente estrés, donde y cuando sea, se pueda relajar la tensión. El primer paso es elaborar una lista

personal de situaciones de estrés y ordenarla verticalmente desde los ítems menos estresores hasta los más estresantes. Después se aprenderá a evocar cada una de estas situaciones en la imaginación y cómo relajar la tensión mientras se visualiza claramente la situación estresora. El segundo paso es la creación de un arsenal propio de pensamientos de afrontamiento del estrés, los cuales se utilizarán para contrarrestar los antiguos pensamientos automáticos habituales. El tercer paso es la utilización de las habilidades de relajación y de afrontamiento "in vivo" para ejercer presión sobre los hechos estresores que se consideran perturbadores mientras se respira profundamente, aflojando los músculos y utilizando pensamientos de afrontamiento del estrés.

#### 1.- DEFINICIÓN DEL PROBLEMA. PSICOEDUCACIÓN

María Moliner en su "Diccionario de uso del Español", define la ira como "enfado muy violento, en que se pierde el dominio sobre sí mismo y se cometen violencias de palabra o de obra".

A algunas personas, el recordar episodios o situaciones de violencia, les desencadena respuesta de rabia e ira. La intensidad del suceso puede hacernos desarrollar respuestas de ira asimismo intensas, e incluso buscar algo o alguien en quien descargarla. Situaciones tan graves como la del atentado pueden hacer que, de forma periódica, vuelvan a aparecer este tipo de sentimientos, incluso aunque haya pasado mucho tiempo.

En todas estas situaciones, notamos que nos ponemos muy tensos y agitados, tenemos unas sensaciones raras, no habituales, nos damos cuenta que incluso podemos llegar a perder, al menos en parte (o casi completamente) el control de nuestra forma de comportarnos. Nuestros pensamientos se reducen a poco más de querer agredir a la persona o personas que, a nuestro parecer, han sido los causantes o responsables de la situación, incluso llevamos a cabo una serie de conductas en esta dirección.

El recuerdo posterior de estas situaciones suele ser poco positivo: "No debería haber dicho lo que dije", "en realidad no siento lo que dije o hice" fue un

momento de ofuscación.”. Lo que con frecuencia provoca una cierta sensación de malestar con uno mismo por haber perdido, al menos hasta cierto punto, el control. Nos juramos que no volveremos a comportarnos de esa manera, que no volveremos a perder el control. Lo malo es que con frecuencia queda la sensación de que, si otra vez vuelve a presentarse la situación, es muy probable que otra vez nos vuelva a pasar lo mismo, nos controle la ira y volvamos a comportarnos de forma similar, incorrectamente.

Cuando estamos "dominados por la ira" o simplemente bajo los efectos de la ira, nuestra forma de comportarnos sirve para señalar a los demás que estamos bajo ese estado: nos ponemos rojos, enseñamos los dientes, chillamos, gritamos, insultamos, intentamos agredir o agredimos, etc. Se podrían describir muchas conductas más que cualquier persona puede identificar como conductas debidas a, o producidas por, la "ira". Algunas conductas pueden ser agresivas con respecto a otras personas, otras pueden ser conductas que expresen simplemente que estamos airados (miradas fijas, ceño fruncido, apretar los dientes...), pero en general la consideración de estas conductas por otras personas suele ser la de que son desproporcionadas o excesivas con respecto a la situación en que aparecen.

Si pudiéramos pararnos a auto-observar nuestro cuerpo cuando estamos bajo los efectos de la ira (lo que no es fácil pues estamos muy implicados con la emoción de la ira), podríamos constatar cambios importantes: incremento de la tasa cardiaca, aumento de la presión arterial, aumento de la tensión muscular (a veces incluso aparece un cierto temblor), la respiración se acelera, etc. Un montón de cambios fisiológicos en nuestro organismo que nos hacen sentirnos "en tensión" o activados de forma intensa. Esta "activación" en realidad sirve para facilitar que llevemos a cabo conductas como las descritas anteriormente. Pero este exceso de activación, si se mantiene mucho tiempo, o se repite con mucha frecuencia, es muy posible que tenga efectos negativos para la persona a medio o largo plazo. Esta activación tan intensa ocasiona un desgaste de los

recursos del organismo que facilita la aparición de diferentes trastornos, tanto más cuanto más intensa, duradera o repetida es la aparición de la ira, por otro lado concentrar en estos temas los pensamientos supone también una limitación importante en nuestras vidas.

Para que aparezca la ira no basta con un suceso desagradable o incluso terrorífico. Es necesario que se dé también una interpretación determinada de este (Hay gente que no tiene derecho a vivir. Qué hacen los políticos que nos dejan indefensos ante los terroristas. Habría que matar a todos estos terroristas...). La mera descripción de la situación no provoca la ira, es necesario que haya esta interpretación o evaluación negativa. Una vez que se produce una interpretación o evaluación del suceso en términos negativos o amenazantes para la propia persona o su ámbito de referencia (familia, amigos, hogar...), a partir de esta evaluación se facilita de forma inmediata la "activación intensa" del organismo y de esta forma la persona se prepara para llevar a cabo una acción inmediata, incluso de alta intensidad, sobre su medio.

Cuando la ira puede ser una "pequeña ayuda"

No siempre la ira es mala o desaconsejable. La ira es una emoción más, no hay que avergonzarse de experimentarla en algunas ocasiones. Lo que debe hacer es aceptar su ira, reconocer que se siente airado. La ira es inadecuada cuando no le ayuda en la situación en que se encuentra, cuando sólo sirve para empeorar la situación. Pero la ira tiene también una importante función social y personal, que puede hacerla útil si se aprovecha de forma adecuada.

La ira, puede ser un problema, en especial cuando:

- \*Sea muy frecuente, intensa o duradera.
- \*Facilite realizar una conducta poco útil (en especial conductas agresivas).
- \*Interfiera y desorganice su ritmo de vida habitual.
- \*Interfiera o dificulte sus relaciones sociales.
- \*Le provoque un estado de malestar emocional relativamente mantenido.

**Pasos a seguir en el tratamiento.**



- a) Identificar qué tipo de sucesos o de situaciones es más fácil que provoquen las conductas de ira (o asociadas a la ira).
- b) Identificar cuáles son las conductas de ira, o asociadas a la ira, que suele llevar a cabo. Más en concreto, identificar qué tipo de pensamientos, de activación fisiológica y qué conductas motoras son las que suelen aparecer cuando están dominados por la ira.
- c) Aprender estrategias para controlar esas conductas de ira, en especial cuando se presentan los sucesos o las situaciones que más frecuentemente las provocan, y sustituirlas por conductas más adecuadas.

## 2.- IDENTIFICAR LAS CONDUCTAS DE IRA Y LAS SITUACIONES QUE LAS PROVOCAN.

El tipo de situaciones o sucesos que pueden provocar la ira son muy variados, si bien, las provocaciones más frecuentes suelen tener algunas de estas características:

- \*Agresiones, físicas o verbales por parte de otras personas.
- \*Molestias producidas por incidentes o situaciones sin un claro control de personas específicas o identificables: atascos de tráfico, ruidos molestos, etc.
- \*Situaciones en la que otras personas, o nosotros mismos, impiden o tratan de impedir que consigamos lo que pretendemos conseguir.
- \*Situaciones que son interpretadas como amenazantes para nuestra seguridad física o psicológica.
- \*Situaciones de injusticia o falta de equidad, en las que se percibe que las distintas personas no son evaluadas o exigidas de la misma manera.

Con todo hay que recordar que no son las situaciones en sí las que provocan nuestra ira, sino la forma de interpretarlas.

## 3.- ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS

1º Objetivo:

- Identificar el comienzo de la ira.

Identificar las primeras conductas que aparecen justo cuando comienza a aparecer la ira. Dado que es difícil identificar cuándo comienzan las interpretaciones distorsionadas (con frecuencia se hace de forma automática), quizá lo más interesante es tratar de identificar el comienzo de los cambios fisiológicos típicos, una señal evidente de que empieza a aparecer la ira

Parar al menos 1 minuto para dedicarse a constatar conscientemente que comienza a aparecer la ira. Dígase a sí mismo (en voz alta o en silencio): "Está empezando a aparecer la ira". O una frase que le señale que comienza a enfurecerse.

Identificar los distintos factores que están facilitando la aparición de la ira:

- 1.- Suceso o situación que inicia el proceso
- 2.- Conductas, en especial los pensamientos o interpretaciones del suceso que hace. También las conductas motoras que realiza o que "desearía" realizar.

2º Objetivo:

-Señalar aquellas conductas motoras, cognitivas y fisiológicas a modificar.

No deben fijarse más de dos conductas a modificar cada vez. Como estrategia general, comenzaremos por modificar aquellas conductas que resultan más problemáticas. Una estrategia alternativa es comenzar a cambiar aquellas conductas que sea más fácil cambiar, para ir progresando a las más difíciles. No obstante, es aconsejable tratar de cambiar inicialmente las interpretaciones de los sucesos, pues tienen un valor muy importante para el desarrollo de los otros dos tipos de conductas: activación fisiológica y conductas motoras.

#### CONSIDERACIONES QUE PUEDEN AYUDAR AL CONTROL DE LA IRA

\*1.- Enfurecerse tiene que ver con dudar de uno mismo o sentirse amenazado por algo o alguien. En una situación de provocación, en lugar de interpretarla como una amenaza o afrenta personal, trate de centrarse en qué tarea o conducta puede ser más eficaz para anularla o solucionarla.

- \*2.- Si hemos aprendido habilidades para responder a las provocaciones de forma distinta a la agresiva, es menos probable que nos sintamos airados.
- \*3.- Dividir la situación de provocación en distintos pasos, permitirá poder utilizar estrategias más específicas y eficaces para controlar cada uno de esos pasos.
- \*4.- Identifique las señales de que empieza a enfurecerse, en especial las respuestas fisiológicas. Identificarlas con rapidez y controlar la activación fisiológica es una estrategia muy útil para controlar la ira.
- \*5.- Utilice las señales de que empieza a enfurecerse como una clave o señal para utilizar estrategias de afrontamiento no agresivas.
- \*6.- Si comienza a enfurecerse porque la situación parece escapársele de las manos, recuerde que es mejor no enfurecerse para ver con más claridad la forma de controlarla.
- \*7.- Haga un listado con las situaciones en las que es más probable que se enfurezca y prepare una o varias formas específicas de actuación para afrontar estas situaciones de forma más eficaz y adecuada.
- \*8.- Haga un listado con las conductas que más frecuentemente aparecen cuando está bajo la ira y prepare una (o varias) estrategia para controlar cada una de esas conductas.
- \*9.- Prepárese algunas frase para restar importancia o relativizar las interpretaciones negativas de los sucesos.
- \*10.- En aquellos casos, en los que le sea más difícil controlarse, dedique un tiempo de entrenamiento adicional en forma de "Juego de Roles".

**SESION No 6 TECNICAS PARA PERCIBIR Y COMBATIR  
PENSAMIENTOS AUTOMATICOS.**

Se le explicara como conseguir el control de las emociones desagradables, el primer paso es prestar atención a los pensamientos automáticos. Para identificar los pensamientos automáticos que son los continuos causantes de sentimientos ansiógenos, hay que tratar de recordar los pensamientos que se tuvieron inmediatamente antes de empezar a experimentar la emoción y aquellos que acompañaron el mantenimiento de la emoción. Es decir a la hora de experimentar las ideas y conductas suicidas.

Una vez llegados a este punto, debemos reconocer que los pensamientos crean y sostienen las emociones. Para reducir la frecuencia de las emociones dolorosas, es necesario primero escuchar los pensamientos y preguntarse, posteriormente, si son ciertos. Los pensamientos son los responsables de los sentimientos.

### **TÉCNICA: CÓMO COMBATIR LOS PENSAMIENTOS DEFORMADOS**

Es efectiva para reducir la frecuencia e intensidad de la ansiedad interpersonal y general, la depresión, desesperación, ineficacia, baja autoestima, la cólera crónica y el perfeccionismo compulsivo. Lo primero que hay que hacer es aprender a identificar los 15 tipos de pensamientos deformados que seguidamente les describiremos:

1. Filtraje: esta distorsión se caracteriza por una especie de visión de túnel; sólo se ve un elemento de la situación con la exclusión del resto. Se resalta un simple detalle y todo el evento queda teñido por este detalle.
2. Pensamiento polarizado: Se tiende a percibir cualquier cosa de forma extremista, sin términos medios.
3. Sobre generalización: En esta distorsión se produce una extensión, una conclusión generalizada a partir de un incidente simple o un solo elemento de

evidencia. Esta distorsión conduce inevitablemente a una vida cada vez más restringida.

4. Interpretación del pensamiento: Cuando una persona interpreta el pensamiento hace juicios repentinos sobre los demás. En la medida que su pensamiento interpreta, también se hacen presunciones sobre cómo está reaccionando la gente a las cosas que la rodean, particularmente cómo están reaccionando los demás ante usted.

5. Visión catastrófica: Cuando una persona catastrófica, una pequeña vía de agua en un barco de vela significa que seguramente se hundirá. Estos pensamientos a menudo empiezan con las palabras "y si...".

6. Personalización: Es la tendencia a relacionar algo del ambiente consigo mismo. Por ejemplo, una madre deprimida se censuraba cuando veía algún signo de tristeza en su hijo. El error básico de pensamiento en la personalización es que se interpreta cada experiencia, cada conversación, cada mirada como una pista para analizarse y valorarse a sí mismo.

7. Falacias de control: Existen dos formas en que puede distorsionarse el sentido de poder y control de una persona. Una persona puede verse a sí misma impotente y externamente controlada, o omnipotente y responsable de todo lo que ocurre alrededor. La persona que se siente externamente controlada, se bloquea. El polo opuesto de la falacia del control externo es la falacia del control omnipotente. La persona que experimenta esta distorsión se cree responsable de todo y de todos.

8. La falacia de justicia: Se basa en la aplicación de las normas legales y contractuales a los caprichos de las relaciones interpersonales. Se expresa a menudo con frases condicionales: "Si me quisiera, no se burlaría...".

9. Razonamiento emocional: En la raíz de esta distorsión está la creencia de que lo que la persona siente tendría que ser verdadero. Si se siente como un perdedor, entonces tiene que ser un perdedor.

10. Falacia de cambio: El supuesto fundamental de este tipo de pensamiento es que la felicidad depende de los actos de los demás. La falacia de cambio supone que una persona cambiará si se la presiona lo suficiente. La esperanza de felicidad se encuentra en conseguir que los demás satisfagan nuestras necesidades. Las estrategias para cambiar a los otros incluyen echarles la culpa, exigirles, ocultarles cosas y negociar.

11. Etiquetas globales: Se trata de generalizar una o dos cualidades en un juicio global, con lo cual la visión que se tiene del mundo es estereotipada y unidimensional.

12. Culpabilidad: A menudo la culpabilidad implica que otro se convierta en el responsable de elecciones y decisiones que realmente son de nuestra propia responsabilidad. Otras personas focalizan la culpabilidad en ellas mismas exclusivamente.

13. Los debería: En esta distorsión, la persona se comporta de acuerdo a unas reglas inflexibles que deberían regir la relación de todas las personas. Las palabras que indican la presencia de esta distorsión son debería, habría de, o tendría. No sólo son los demás quienes son juzgados, sino que también la persona se hace sufrir a sí misma con los debería.

14. Tener razón: La persona se pone normalmente a la defensiva; tiene que probar continuamente que su punto de vista es el correcto, que sus apreciaciones del mundo son justas y todas sus acciones adecuadas. Las

opiniones de este tipo de personas raramente cambian porque tienen dificultad para escuchar nuevas informaciones. Cuando los hechos no encajan en lo que ya creen, los ignoran.

15. La falacia de la recompensa divina: En este estilo de ver el mundo la persona se comporta "correctamente" en espera de una recompensa. Se sacrifica y trabaja hasta quedar extenuada y mientras tanto imagina que está coleccionando puntos angelicales que podrá cobrar algún día.

Para empezar a combatir las distorsiones, se debe volver al momento en que se experimentó la emoción ansiógena o el conflicto interpersonal. El siguiente procedimiento que está formado por cuatro pasos, le ayudará a identificar que se sintió y pensó en tal situación. También le ayudará a descubrir las distorsiones y a reestructurar los pensamientos. Los cuatro pasos son:

1. Nombrar la emoción
2. Describir la situación o suceso
3. Identificar las distorsiones
4. Eliminar las distorsiones, reescribiendo de nuevo el pensamiento.

### **TÉCNICA: LA ASERCIÓN ENCUBIERTA**

Ayuda a reducir la ansiedad emocional a través del desarrollo de dos habilidades separadas: La interrupción del pensamiento y La sustitución del pensamiento. A la primera indicación de un pensamiento habitual que sabemos

que conduce a sufrir emociones desagradables se interrumpe el pensamiento sub-vocalizando la palabra "Basta o Stop". Entonces se llena el hueco dejado por el pensamiento interrumpido con pensamientos positivos previamente preparados que sean más realistas, asertivos y constructivos. Adquiriendo estas habilidades se capacita a una persona para enfrentarse con éxito a los pensamientos que antes conducían a altos niveles de ansiedad, depresión o cólera.

La interrupción del pensamiento actúa como un castigo o táctica distractora, reduciendo la probabilidad de que reaparezca el mismo pensamiento otra vez y creando un espacio en la cadena de pensamientos para una aserción positiva. Las emociones negativas quedan cortadas antes de que puedan surgir.

Pasos a seguir:

1. Identificar y valorar los pensamientos estresantes.
2. Fijar una interrupción temporal: si se utiliza un despertador se programará para cuando ya tengamos en mente el pensamiento estresante a sonar en dos minutos, durante los cuales mantendremos en la mente dicho pensamiento. En el momento en que suene la alarma, gritaremos ¡Basta! Intentaremos mantener la mente en blanco durante 30 segundos.
3. Practicar sin ayuda la interrupción del pensamiento: Lo mismo que el anterior pero sin la ayuda del despertador. Hemos de dar por concluida esta fase cuando somos capaces de gritar la palabra clave sub-vocalmente, es decir, internamente.
4. Preparar las aserciones encubiertas: Seleccionar pensamientos positivos que puedan sustituir el vacío mental.
5. Practicar la aserción encubierta.



6. Usar la aserción encubierta en situaciones de la vida real: Hay que pasar de la práctica de situaciones imaginarias a las de la vida real.

## SESION 7 TECNICA DE RESOLUCION DE PROBLEMAS.

### TÉCNICA: La solución de problemas

Podemos definir problema como "el fracaso para encontrar una respuesta eficaz". La solución de problemas es útil para reducir la ansiedad asociada a la incapacidad para tomar decisiones.

Pasos a seguir:

1. Identificar las situaciones problemáticas.
2. Describir con detalle el problema y la respuesta habitual a dicho problema. Al describir la situación y la respuesta en términos de quién, qué, dónde, cuándo, cómo y porqué, se verá el problema de forma más clara. Al describir la respuesta recuerde añadir qué objetivos pretende, es decir si ello se cumpliera significaría que el problema estaría resuelto.
3. Haga una lista con las alternativas. En esta fase se utiliza la estrategia denominada "tempestad de ideas" para conseguir los objetivos recientemente formulados. Esta técnica tiene cuatro normas básicas: se excluyen las críticas, todo vale, lo mejor es la cantidad y lo importante es la combinación y la mejora. La técnica de la tempestad de ideas debería limitarse, durante esta fase, a estrategias generales para alcanzar los objetivos.

4. Vea las consecuencias. Este paso consiste en seleccionar las estrategias más prometedoras y evaluar las consecuencias de ponerlas en práctica.

5. Evaluar los resultados: Una vez se haya intentado la respuesta nueva, se deberán observar las consecuencias, por ejemplo: ¿Suceden las cosas tal como estaban previstas? Quiénes somos.

### **TÉCNICA DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS (D'ZURILLA, GOLDFRIED, 1971)**

Siempre hay que tener en cuenta que cada persona afronta la resolución de problemas de una forma diferente, basada en su experiencia y su historia de reforzamiento. Hay modelos clásicos de cómo se toman las decisiones y existe un esquema básico de resolución de problemas (D'Zurilla, Goldfried, 1971), que plantea como hacerlo de forma efectiva y se ha incorporado a la terapia cognitivo conductual con todos los méritos (Nezu, 2004). En esta página se va a dar una visión muy sucinta de este modelo junto con el clásico de toma de decisiones.

En el modelo de D'Zurilla y Goldfried se consideran dos dimensiones:

Una orientación al problema que incluye las creencias sobre el control que ejerce el individuo sobre la resolución de sus problemas. A su vez tiene dos factores basados en la teoría de la autoeficacia de Bandura (1997):

La creencia en la autoeficacia en la resolución de los problemas. Basada en la expectativa de eficacia.

La creencia que los problemas de la vida se pueden resolver. Basada en la expectativa de resultado.

Una serie de pasos que configuran un proceso ideal de resolución de problemas y toma de decisiones.

### **La orientación al problema**

La orientación positiva al problema puede dar lugar a:

-Ver los problemas como retos.

-Ser optimista en el sentido de que los problemas tienen solución

-Percibir que se tiene una fuerte capacidad para enfrentar los problemas.

-Estar dispuesto a invertir tiempo y esfuerzo en su solución.

-Una orientación negativa al problema implica ver los problemas como amenazas.

### **Crear que son insolubles.**

-Dudar de la propia habilidad para solucionarlos.

-Frustrarse y estresarse cuando se encuentran frente a un problema.

En resumen y de forma más importante, una orientación positiva al problema induce al sujeto a enfrentarse a él, mientras que la orientación negativa le prepara para evitarlo.

### **Modelo de resolución de problemas o toma de decisiones**

La toma de decisiones es la asociación de un curso de acción o plan con una situación determinada. El modelo que se presenta de toma de decisiones tiene los siguientes pasos:

**Hacer planes supone: Realizar un modelo de la situación actual o una definición del problema.** Problema se define como “una situación real o anticipada en la vida que requiere respuestas por parte del sujeto para un funcionamiento adaptativo; pero que no están disponibles o no son identificables por él, debido a la existencia de barreras u obstáculos” Las demandas de la situación pueden venir de exterior; pero también de los objetivos y valores del individuo. Las barreras más comunes para alcanzar los objetivos son: ambigüedad, incertidumbre, demandas en conflicto, falta de recursos, o novedad. En esta fase se incluye la definición de los objetivos que el individuo quiere alcanzar. Cuando se va a resolver un problema es necesario analizarlo y dilucidar cuales son los procesos y aspectos relevantes que están influyendo en la aparición y mantenimiento del problema o qué hace amenazante la situación. En este paso el proceso de alcanzar una conducta adecuada también puede tomar características patológicas. El análisis de las situaciones es un análisis causal, intentando determinar las influencias de unos factores en otros, en el momento actual y en la posible evolución

**Generar conductas alternativas posibles dentro del modelo de la realidad que se ha creado.** Es una fase que depende de la creatividad del individuo. Se trata de imaginar las alternativas posibles. La crítica y autocrítica juegan un papel que compromete de forma importante la efectividad de este paso. Es preciso suprimir ambas en una primera fase para poder considerar las soluciones sin una censura previa. Se hace siguiendo las reglas del brainstorming, en el que no se realizan críticas ni evaluaciones de las ideas propuestas; cualquier propuesta es aprovechada, completada o variada para generar nuevas soluciones. Las personas con ansiedad social son muy vulnerables a las críticas e inhiben su creatividad por el miedo a equivocarse y ser rechazados socialmente. Este aspecto puede dejar a la persona anclada y sin salida en este paso. Hay que recordar que entre las instrucciones que se dan en los ejercicios creativos como

el brainstorming, destaca la de actuar con una ausencia total de crítica para generar alternativas que serán evaluadas en otra fase. Dando este paso es importante tener la mente abierta y la conciencia plena para poder salir de los comportamientos establecidos y automáticos (Langer, 2000, García Higuera, 2004) y comportarnos de acuerdo con nuestros valores.

**Extrapolar los resultados asociados a cada conducta generada.** Con objeto de prever los resultados de ponerlas en práctica con los cambios que se producirán en la situación. Es una parte de la resolución de problemas que está muy sujeta a la incertidumbre, porque el resultado de nuestras acciones no depende solo lo que hagamos, sino que son fundamentales las reacciones de los demás que están involucrados en la situación. Saber predecir los resultados de un plan que se ha elaborado es difícil y la incertidumbre juega de nuevo un papel fundamental. Esta fase puede ser una fuente inagotable de sucesos preocupantes, sobre todo si se quiere evitar la incertidumbre que supone la ignorancia de cómo va a reaccionar el otro a nuestro o nuestra actuación. Si queremos asegurarnos de que la conducta del otro no va a ser la que tememos, nos podemos encontrar cogidos en la trampa de la preocupación previendo numerosos sucesos “¿Y si...?”. .

**Extraer las consecuencias de cada resultado, es decir, valorar la situación generada de acuerdo con los objetivos que se pretenden alcanzar.** Para ello se valoran la probabilidad de que un resultado, es decir, su incertidumbre; junto con los beneficios o perjuicios que pueden conllevar que ocurra, es decir, las consecuencias de cada resultado. Esta evaluación se realiza a veces de forma consciente colocando en una balanza cada aspecto del resultado; en esos casos se emplean conceptos como  $Utilidad = Probabilidad \times Valor$  (Hastie, 2001). Pero muy frecuentemente se evalúa de forma general tomando solamente el

sentimiento o la sensación que incluye la impresión global que nos evoca la situación prevista. Esta evaluación puede hacerse de forma automática, es decir, sin un pensamiento consciente, guiándonos solamente por las sensaciones que nos ha producido. En este paso se incluye valorar la incertidumbre de los sucesos.

**Elegir la acción que se va a llevar a cabo entre las que pueden producir el resultado que se busca.** Una consecuencia inmediata de la evaluación de los resultados es la elección de la conducta más adecuada para resolver el problema. Pero a veces se llega sin duda a cual debe ser la actuación, como fruto de la valoración de las consecuencias; pero, una vez identificada, puede haber problemas para llevarla a la práctica. “Eso es lo que tendría que hacer; pero...”

**Controlar el proceso cuando se lleva a cabo la acción.** Cuando realizamos una acción entramos en el proceso de control de lo que hacemos, en el que vamos monitoreando si el resultado actual va en el camino que esperamos o no. Si no marcha en dirección al objetivo, generamos nuevos caminos o cambiamos los planes en un proceso de toma de decisiones parecido. La preocupación es una acción que va dirigida a tomar una decisión, por eso el proceso se puede monitorear y controlar como la de cualquier acción que persiga un objetivo.

**Evaluar los resultados obtenidos.** Es el momento de repasar lo que se ha realizado con objeto de aprender para el futuro. Una revisión rápida del proceso que se ha llevado y de las conductas de los demás nos ayuda para mejorar nuestra toma de decisiones. La evaluación se ha de hacer basándose en los hechos acaecidos y en los resultados reales y medibles obtenidos. Si se quieren evaluar las reacciones implícitas y los sentimientos de los otros se puede caer en la preocupación inútil y destructiva. Así, se pueden realizar revisiones sin fin

cuando se consideran las posibles reacciones negativas no explícitas que han podido tomar los otros. “¿Qué habrán pensado?”, “¿Habré quedado bien realmente?” ... Revisando la actuación propia se pueden tomar en consideración nuevas acciones alternativas que no se habían pensado previamente: “¿si hubiera dicho esto en lugar de lo que dije...?”. Es más fácil sabiendo cómo han reaccionado los otros, ajustar la actuación para obtener el resultado buscado, pero eso solamente se puede hacer en el momento en que ocurre y se tiene que tener la mente abierta y preparada para reaccionar o aceptar nuestras limitaciones y crear una nueva oportunidad para obtener los resultados apetecidos. La revisión de los resultados es un proceso que pretende conseguir mejorar la actuación siguiente, pero, si no se mantiene dentro de unos límites, lo único que se logra es continuar la preocupación después de acabada la acción. Las propuestas terapéuticas en este caso son: aceptar la evaluación del otro es la forma terapéutica de poner coto a los pensamientos, aceptar las propias limitaciones intentando, si fuera preciso, crear una segunda oportunidad, acabar con la revisión si los resultados obtenidos han sido aceptables o si no se prevé una nueva oportunidad de enfrentarse a la misma situación.

A veces se considera la toma de decisiones como la parte que se realiza desde que se tienen las conductas alternativas generadas hasta que se realizan la elección de la acción a llevar a cabo. Pero otras veces se considera que todo el proceso está incluido en la toma de decisiones.

## **SESION No 8 TECNICAS DE RELAJACION**

### **LA RESPIRACIÓN**

Un control adecuado de nuestra respiración es una de las estrategias más sencillas para hacer frente a las situaciones de estrés y manejar los aumentos en la activación fisiológica provocados por dichas situaciones.

Unos hábitos correctos de respiración son muy importantes porque aportan al organismo el suficiente oxígeno para nuestro cerebro. El ritmo actual de vida favorece la respiración incompleta que no utiliza la total capacidad de los pulmones.

Unos hábitos correctos de respiración son muy importantes porque aportan al organismo el suficiente oxígeno para nuestro cerebro. El ritmo actual de vida favorece la respiración incompleta que no utiliza la total capacidad de los pulmones.

Se les mostrara la postura en que se harán los ejercicios de relajación, se les dará una toalla a cada participante para que realicen la técnica. Y se les mostrara la figura que esta a continuación.

### EJERCICIOS DE RESPIRACIÓN



#### Ejercicio 1: Inspiración abdominal

El objetivo de este ejercicio es que la persona dirija el aire inspirado a la parte inferior de los pulmones. Para lo cual se debe colocar una mano en el vientre y



otra encima del estómago. En el ejercicio debe de percibir movimiento al respirar en la mano situada en el vientre, pero no en la situada sobre el estómago.

Al principio puede parecer difícil, pero es una técnica que se controla en unos 15-20 minutos.

### **Ejercicio 2: Inspiración abdominal y ventral**

El objetivo es aprender a dirigir el aire inspirado a la zona inferior y media de los pulmones. Es igual al ejercicio anterior, sin embargo una vez llenado la parte inferior se debe llenar también la zona media. Se debe notar movimiento primero en la mano del abdomen y después en la del vientre.

### **Ejercicio 3: Inspiración abdominal, ventral y costal**

El objetivo de este ejercicio es lograr una inspiración completa. La persona, colocada en la postura del ejercicio anterior debe llenar primero de aire la zona del abdomen, después el estómago y por último el pecho.

### **Ejercicio 4: Espiración**

Este ejercicio es continuación del 3º, se deben realizar los mismos pasos y después, al espirar, se deben de cerrar los labios de forma que al salir del aire se produzca un breve resoplido. La espiración debe ser pausada y controlada.

### **Ejercicio 5: Ritmo inspiración - espiración**

Este ejercicio es similar al anterior pero ahora la inspiración se hace de forma continua, enlazando los tres pasos (abdomen, estomago y pecho). La espiración se hace parecida al ejercicio anterior, pero se debe procurar hacerlo cada vez más silencioso.

### **Ejercicio 6: Sobregeneralización**

Este es el paso crucial. Aquí se debe de ir utilizando estos ejercicios en situaciones cotidianas (sentados, de pie, caminando, trabajando, etc.). Hay que ir practicando en las diferentes situaciones: con ruidos, con mucha luz, en la oscuridad, con mucha gente alrededor, o solos, etc. Se les aplicara cada paso explicandoseles el procedimiento.

## **EL ENTRENAMIENTO AUTOGENO DE SCHULTZ**

EL LUGAR PARA REALIZAR LOS EJERCICIOS . En general las condiciones del lugar donde realicemos la práctica tiene que cumplir unos requisitos mínimos:

-Ambiente tranquilo, sin demasiados ruidos y lejos de los posibles estímulos exteriores perturbantes.

-Temperatura adecuada; la habitación tiene que tener una temperatura moderada

(ni alta ni baja) para facilitar la relajación.

-Luz moderada; es importante que se mantenga la habitación con una luz tenue.

### **LA POSICION PARA LA RELAJACION**

Sentados en un banco con o sin respaldo; en esta modalidad utilizaremos una posición descrita por Schultz y que él llama "la posición del cochero": "Se caracteriza por el hecho de descansar la persona, sentada, el peso de la mitad superior de su cuerpo sobre la región dorsolumbar relajada, en posición de "dorso del gato [..]. Esta actitud corporal pasiva la encontramos en muchos profesiones que exigen permanecer sentado durante muchas horas, sin apoyo para el dorso. La designamos por tanto como "postura del cochero".

### **CONSEJOS PARA FACILITAR LA RELAJACION**

Durante la práctica del entrenamiento autógeno hay que esforzarse en repetir las diferentes fórmulas propuestas, no como algo ajeno, sino como algo que

tiene sentido dándoles un sentido monótono y rítmico; intentando que nuestra mente este completamente centrada en la frase propuesta.

Por otro lado tenemos que entregarnos a los diferentes ejercicios sin una gran presión por el rendimiento, asumiendo que se está en período de aprendizaje y que los aprendizajes muchas veces son costosos.

#### FORMULA PARA TERMINAR LA SESION DE ENTRENAMIENTO

Es muy importante terminar las sesiones de práctica, tanto en el consultorio del terapeuta como en casa, de una forma adecuada y precisa. Se le instruirá al cliente para que siga las formulas propuestas (estirar y flexionar los brazos, respirar profundamente, abrir los ojos); y además, se le instruirá para que termine siempre las sesiones de relajación de la forma prescrita y que mantenga con bastante rigor esta norma de finalización.

Después de finalizar el entrenamiento y practicar la fórmula propuesta para terminar, es conveniente que el sujeto no abandone inmediatamente el sillón de relajación, y que si se le tiene que interrogar sobre la sesión, se le interrogue sentado en el lugar de práctica. Esta norma se le indica también para cuando practique en casa. Con esto conseguimos que el sujeto no se incorpore de forma rápida y por tanto evitamos que sufra algún mareo inoportuno que pueda hacerle temer por las consecuencias desagradables de la relajación.

Una vez que el participante haya conocido lo anterior que es el MÉTODO DE ENTRENAMIENTO BREVE. Huber, propone dos métodos de acortamiento del entrenamiento autógeno. Uno para cuando ya dominemos de una forma automática los diferentes ejercicios que componen el entrenamiento global (en este caso hay una disminución en la longitud de las diferentes fórmulas, pero no en el tiempo de práctica), y otro para cuando no se dispone de suficiente tiempo para la práctica de todos los ejercicios (por ejemplo, en situaciones reales); en

este caso hay una reducción del número de fórmulas a utilizar. A continuación exponemos los dos esquemas de los métodos abreviados:

**1-Acortamiento de las fórmulas del entrenamiento:** el esquema del entrenamiento general quedaría de la siguiente manera.

Repetir 6 veces la frase: "El brazo derecho es muy pesado"

Repetir 1 vez la frase: "Estoy muy tranquilo"

Repetir 6 veces la frase: "El brazo derecho está muy caliente"

Repetir 1 vez la frase: "Estoy muy tranquilo"

Repetir 6 veces la frase: "El pulso es tranquilo y regular"

Repetir 1 vez la frase: "Estoy muy tranquilo"

Repetir 6 veces la frase: "Respiración muy tranquila"

Repetir 1 vez la frase: "Estoy respirando"

Repetir 1 vez la frase: "Estoy muy tranquilo"

Repetir 6 veces la frase: "El plexus solar es como una corriente de calor"

Repetir 1 vez la frase: "Estoy muy tranquilo"

Repetir 6 veces la frase: "La frente está agradablemente fresca"

Repetir 1 vez la frase: "Estoy muy tranquilo"

Terminar con las frases: "Brazos firmes" "Respirar hondo" "Abrir los ojos".

**2-Entrenamiento de tiempo limitado:** el objetivo de este entrenamiento breve es poder relajarse en un espacio de tiempo muy limitado, 2-3 minutos, en una situación natural. En estos casos será suficiente con el esquema siguiente.

"pesadez"

"tranquilidad"

"calor"

"tranquilidad"

"cabeza despejada y clara"

"brazos firmes"

"respirar hondo"

"abrir los ojos".

## **RELAJACIÓN**

La facilitadora lee lentamente las instrucciones y al concluir el ejercicio se comenta lo experimentado por cada participante.

Pónganse cómodos, sus espaldas rectas, las manos descansando sobre sus piernas. Les hablaré ahora de TU, ya que este ejercicio va a cada uno de ustedes.

Cierra tus párpados, respira profundamente y al exhalar repite mentalmente y visualiza en número 2, tres veces.

Otra vez respira en forma profunda y al exhalar repite mentalmente y visualiza en número 1, tres veces.

Ahora pon atención a tu cuero cabelludo y relájalo, siente cómo se aflojan tus cabellos, ahora tu frente, la piel que cubre tu frente. Sentirás una ligera vibración, un ligero hormigueo producido por la circulación.

Relaja completamente las tensiones y presiones de los ligamentos, y así, recorre tus ojos, mejillas y boca; aflójala, revisa que toda tu cara esté relajada.

Ahora baja a tu garganta, obsérvala por dentro y por fuera, relájala, relaja todos tus músculos. Ve bajando por tu cuello, relaja todas sus partes, interiores y exteriores.

Relaja ahora tus hombros, suéltalos, siente cómo se aflojan, se relajan, y lleva esta relajación por tus brazos, antebrazos y manos. Siente la total relajación de tus dedos. Aflójalos.

Ahora relaja tu pecho, siente cómo se relajan tus pulmones y corazón. Tu respiración es cada vez más tranquila.

Ve bajando a tu estómago, relájalo, siente la piel en contacto con la ropa, recorre todos tus órganos internos, relájalos, siente cómo se sueltan tus músculos, así como la piel que los cubre. Ahora, relaja tus muslos, por dentro y por fuera, tus rodillas, aflójalas; tus pantorrillas, tus tobillos. Fija la atención en tus pies, en la planta de tus pies, siente cómo cada dedo se suelta.

Siente como si tu cuerpo no te perteneciera. Lleva tu mente a un lugar de descanso, el que tú quieras, sea montaña o mar. Quédate ahí, gozando de todo lo que veas a tu alrededor; no pierdas ningún detalle. Guardaré silencio por unos momentos.

Ahora imagina un valle, rodeado a lo lejos por árboles y colinas; en el centro de ese valle imagina que eres una semilla, sembrada debajo de ese pasto verde; siente el calor de la tierra, su humedad; hacia arriba no vez nada. Poco a poco empieza a sentir que brota de ti algo que busca la superficie, un tallo que empieza a crecer y que traspasa la tierra. Ve la luz del sol, siente su calor. El tallo se va convirtiendo en tronco, que cada vez se va ensanchando y alcanzando mayor altura. La savia que corre por su tronco, el calor y la luz del sol lo ayudan a crecer aún más. Ahora comienzan a brotarle hojas, sus ramas crecen, se bifurcan y extienden, comienzan a brotarle flores, flores que se convierten en frutos que caen como racimos. Todo aquel que pasa encuentra sombra y descanso bajo él, y goza sus flores y saborea sus frutos.

Ahora imagina que ese árbol eres tú. Sus raíces son tus pies, su tronco tu cuerpo, sus ramas y follaje tus brazos y cabeza; en lo alto de tu cabeza brilla el sol, en tus brazos y en tus manos hay racimos de frutos que como dádiva se ofrecen a los que pasan, a los que acoges en tu sombra y das descanso.

Ahora empieza a regresar aquí, ten conciencia de tu cuerpo, empieza a mover tus piernas, tus pies, tus brazos, estírate como cuando despiertas en la mañana, respira en forma profunda, y tranquilamente abre tus ojos.

Ahora te sientes tranquilo, en paz y mucho mejor que antes.

## SESION 9 LOGOTERAPIA Y PLAN DE VIDA.

Antes de iniciar la última sesión terapéutica se les explicara lo siguiente:

### LOGOTERAPIA

La Logoterapia es una modalidad de psicoterapia que propone que la voluntad de sentido es una motivación primaria del ser humano, una dimensión psicológica inexplorada por paradigmas psicoterapéuticos anteriores, y que la atención clínica a ella es esencial para la recuperación integral del paciente.

Es un tipo de psicoterapia que se apoya en el análisis existencial y se centra en una "voluntad de sentido" en oposición a la doctrina de Adler de "voluntad de poder" o la "voluntad de placer" de Freud.

#### **Técnicas de la intención paradójica.**

Se induce al paciente a intentar voluntariamente aquello que trata de evadir de manera ansiosa; el resultado suele ser la desaparición del síntoma. En la reflexión, se anima al consultante a olvidarse de su padecimiento para superar la tendencia a la preocupación y a la hiperreflexión.

La logoterapia busca resaltar pequeños detalles de la vida diaria en los que rara vez nos fijamos, y que a su vez la complementan y dan sentido.

La logoterapia se vale en alta medida del Psicodrama, una dramatización realizada por el paciente, pensado que su vida se acaba en ese preciso momento. De esta dramatización surgen planteos usualmente conocidos como "lo que cambiaría si tuviera una segunda oportunidad". Esos cambios serán puestos en práctica por el paciente para lograr alcanzar su propio "lógos" o sentido de su vida.

### **PLAN DE VIDA**

La palabra vida significa tiempo, entonces es importante planear tu tiempo de vida, que te detengas a reflexionar ¿cómo piensas vivir? ¿cómo usarás tu tiempo en la aventura de vivir? . Tal vez estés pensando que el futuro no se puede planear porque no se sabe lo que pueda pasar ya que el futuro es incertidumbre, pero el problema no es qué haras en el futuro, sino qué quieres y qué harás ahora para que en el futuro suceda lo que tú deseas. Cuando sentimos poder de influir en nuestro futuro, podemos aprovechar nuestra imaginación y creatividad para visualizarlo y cuando sabemos qué queremos, nuestra vitalidad y entusiasmo crecen; nos sentimos capaces, avanzamos y somos felices. Es por eso que te invitamos a planear tu vida y saber dónde vas. El proceso de planeación de vida se puede resumir en dos facetas: la primera en inventar y construir el futuro en nuestra imaginación y la segunda, hacerlo realidad fijando metas y creando un plan de acción. Para realizar ésta planeación te recomendamos buscar un lugar cómodo y tranquilo donde puedas concentrarte, ya que los ejercicios que te proponemos requieren tiempo y reflexión, además es necesario que apuntes en un cuaderno todo, de esa manera no perderás de vista tus objetivos de vida. Y recuerda que se trata de hacer un proyecto de vida, y una de sus ventajas es que puedes modificar, cambiar, ajustar, quitar o añadir todo lo que quieras, pues para eso es un proyecto.





### Objetivos de vida

Define qué es lo que quieres realizar en tu vida.

Haz un listado de todas las cosas que sueñas lograr en tu vida: personales, profesionales, familiares, económicas, espirituales, etc.

Ahora elije los 5 objetivos más importantes.

Analiza y anota todo lo que te impide u obstaculiza el logro de tus objetivos.

Analiza y anota todo lo que impulsa el logro de tus objetivos.



### Plan de acción

El plan de acción es comprometerte con el logro de tus objetivos, definir los pasos a seguir para lograrlos, y fijar la fechas para el logro de los mismos. A continuación te proponemos un formato para hacerlo. Tu objetivo número uno es:

Te comprometes a:

¿Cuál es el primer paso?

¿Cuándo?

¿Cuál es el segundo paso?

¿Cuándo?

y así sucesivamente...



### Seguimiento del plan de acción

Te recomendamos revisar cada semana lo que has avanzado respecto a tus objetivos y compromisos. Este seguimiento semanal te ayudará a mantener el rumbo conforme a lo que planeaste hacer, y evaluar tus logros respecto a las metas que te has propuesto. Si haces que este seguimiento semanal se vuelva un hábito que te ayude a ser constante con tus objetivos, ganarás una fuerza muy valiosa.

Te será muy útil contar con una pequeña agenda para anotar tus compromisos.

1a. Semana	Fecha:	Logro:	Avances:
2a. Semana	Fecha:	Logro:	Avances:

Y así sucesivamente...