

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA



“PROPUESTA DE PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICO SOBRE LOS EFECTOS PSICOLÓGICOS PROVOCADOS POR EL SUICIDIO, EN FAMILIARES CERCANOS DE EMPLEADOS DE LA POLICÍA NACIONAL CIVIL DE EL SALVADOR, EN EL PERÍODO DE ENERO DE 2010 A MARZO DE 2011”

PRESENTADO POR:

ACEVEDO ORELLANA, JOSÉ MARCELO
FLORES PÉREZ, CARLOS MAURICIO
ROMERO MARTÍNEZ, YENY LETICIA

PARA OPTAR AL TÍTULO DE:

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

DOCENTE DIRECTOR:

LIC. WILBER ALFREDO HERNÁNDEZ

SAN SALVADOR, EL SALVADOR, CENTROAMÉRICA, JULIO DE 2011.

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

ING. RUFINO ANTONIO QUEZADA SÁNCHEZ
RECTOR

ARQ. MIGUEL ÁNGEL PÉREZ RAMOS
VICERRECTOR ACADÉMICO

MTRO. OSCAR NOÉ NAVARRETE ROMERO
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

LIC. DOUGLAS VLADIMIR ALFARO CHÁVEZ
SECRETARIO GENERAL

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

LIC. JOSÉ RAYMUNDO CALDERÓN MORÁN
DECANO

DR. CARLOS ROBERTO PAZ MANZANO
VICEDECANO

MTRO. JULIO CÉSAR GRANDE RIVERA
SECRETARIO DE LA FACULTAD

AUTORIDADES DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

LIC. BENJAMÍN MORENO LANDAVERDE
JEFE DE DEPARTAMENTO

LIC. MAURICIO EVARISTO MORALES
COORDINADOR DE PROCESO DE GRADO

LIC. WILBER ALFREDO HERNÁNDEZ
DOCENTE DIRECTOR

*Dedicamos este estudio a todas aquellas personas que han sido parte de su desarrollo
y en especial a nuestras familias quienes son el sostén y la motivación de nuestro
crecimiento.*

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Dios y a la vida, la oportunidad que tuvimos de realizar este trabajo de graduación en el que hemos desarrollado en gran medida nuestras habilidades profesionales.

Agradecemos también a las familias que nos abrieron las puertas de sus casas y de sus vidas, para explorar las secuelas del suicidio en la estructura psicológica de las personas que enfrentan la pérdida de un ser querido, proceso que implicó abrir heridas dolorosas.

Asimismo, queremos agradecer a nuestras familias quienes durante todos los momentos de nuestra vida han confiado y creído en nosotros, y nos han apoyado en alcanzar nuestros sueños de ser profesionales, y con quienes ahora celebramos este triunfo.

Queremos darle las gracias a la Institución Policial que nos permitió realizar esta investigación y nos brindó todo el apoyo técnico y logístico que necesitamos para su realización. También por habernos permitido desarrollar nuestra capacidad profesional y haber creído y confiado en todo momento en nuestro desempeño y esfuerzo.

Agradecemos a la Universidad de El Salvador, por haber sido la regente de nuestra formación académica y a la que representaremos orgullosamente en cada momento de nuestro ejercicio profesional. Asimismo, agradecemos al departamento de Psicología por haber sido el escenario de nuestra transformación personal y habernos permitido descubrir nuestras potencialidades, mismas que serán las herramientas que utilizaremos para seguirnos desarrollando a lo largo de nuestra vida.

Agradecemos también, a nuestro docente director y al coordinador de proceso de grado, que nos acompañaron en todo el proceso de investigación y compartieron su experiencia profesional, su pericia, y su entusiasmo, señalándonos el camino que debíamos seguir en cada etapa de esta investigación.

Agradecemos a todas las personas que de una u otra manera han sido parte de nuestra historia y que en diferente medida han incidido en nuestro desarrollo personal y profesional.

Esperamos sea la vida la jueza principal de nuestras acciones como profesionales y sobre todo como personas, y tengamos la oportunidad de compartir nuestro desarrollo profesional con la sociedad a quien nos debemos, según las condiciones de nuestra profesión y nuestra naturaleza como personas.

INDICE

C O N T E N I D O	Nº de página
CAPITULO I: GENERALIDADES	10
1.1 JUSTIFICACIÓN	10
1.2 OBJETIVOS	12
1.2.1 Objetivos Generales.....	12
1.2.2 Objetivos Específicos.....	12
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	13
2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL SUICIDIO	19
2.1.1 El suicidio en la actualidad.....	21
2.2 TEORÍAS SOBRE EL SUICIDIO.....	24
2.1.1 Teoría Sociológica de Durkheim	24
2.1.1 Teorías Psicológicas	25
2.1.1 Modelos Actuales.....	27
2.3 FACTORES DESENCADENANTES DEL SUICIDIO	29
2.4 FACTORES ETIOLÓGICOS POR EDADES.....	34
2.5 ESTADOS DEL PROCESO SUICIDA.....	37
2.6 CONSECUENCIAS DEL SUICIDIO EN LA FAMILIA	38
2.6.1 Incidencia del apego en la pérdida de un familiar	39
2.6.2 Reacciones emocionales en la familia ante la pérdida	42
2.6.3 Consecuencias del suicidio en niñas y niños.....	44
2.6.4 Consecuencias del suicidio en la pareja sobreviviente	46

2.7 TEORÍA DEL DUELO.....	47
2.7.1 Aproximaciones al Concepto de Duelo	48
2.7.2 Etapas del Duelo.....	49
2.8 DUELO EN EL SISTEMA FAMILIAR	51
2.8.1 Tipos de Duelo a Nivel Familiar	52
2.9 SÍNTOMAS DE ALARMA EN EL PROCESO DE DUELO.....	54
2.10 RECOMENDACIONES PARA SUPERAR ADECUADAMENTE EL PROCESO DE DUELO	55
CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	59
3.1 POBLACIÓN	59
3.2 INSTRUMENTOS.....	60
3.3 PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO.....	63
3.4 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	65
3.5 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	66
CAPITULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	68
4.1 SISTEMATIZACIÓN DE ENTREVISTAS DE ADULTOS Y ADOLESCENTES	68
4.2 SISTEMATIZACIÓN DE RESULTADOS TEST PATA NEGRA.....	80
4.3 SISTEMATIZACIÓN DE RESULTADOS 16 PF	94
CAPITULO V: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	102
5.1 INTEGRACIÓN DE RESULTADOS	102
5.2 DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO	114
CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	119

6.1 CONCLUSIONES.....	119
6.2 RECOMENDACIONES	120
BIBLIOGRAFÍA.....	123
ÍNDICE DE ANEXOS	126
ANEXO 1: CONSTANCIA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS	127
ANEXO 2: NÓMINA DE JUECES PARA VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS.....	128
ANEXO 3: GUÍA DE ENTREVISTA PARA FAMILIARES ADULTOS.....	129
ANEXO 4: GUÍA DE ENTREVISTA PARA HIJOS E HIJAS ADOLESCENTES	139
ANEXO 5: GUÍA DE OBSERVACIÓN PARA NIÑOS Y NIÑAS.....	144
ANEXO 6: CARTA DIDÁCTICA Y ANEXOS DE JORNADA DIAGNÓSTICA.....	148
ANEXO 7: PRUEBA PSICOLÓGICA PARA NIÑAS Y NIÑOS	158
ANEXO 8: PRUEBA PSICOLÓGICA PARA FAMILIARES ADULTOS.....	159
ANEXO 9: PROPUESTA DE PLAN DE INTERVENCIÓN	160
PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA DE PLAN DE INTERVENCIÓN	163
JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA DE PLAN DE INTERVENCIÓN.	165
OBJETIVOS DE LA PROPUESTA DE PLAN DE INTERVENCIÓN.....	167
SUSTENTACIÓN TEÓRICA	168
METODOLOGIA DEL PLAN DE INTERVENCIÓN.....	180
PROPUESTA DE ACTIVIDADES.....	190
ÁREA 1: INTERVENCIÓN EN CRISIS	191
ÁREA 2: ACEPTAR LA REALIDAD DE LA PÉRDIDA.....	196
ÁREA 3: EXPRESAR EL DOLOR Y OTRAS EMOCIONES	209
ÁREA 4: ADAPTARSE A LOS CAMBIOS EN EL MEDIO	218
ÁREA 5: RECOLOCAR AL FALLECIDO Y REANUDAR LA VIDA.	228
APÉNDICES DEL PLAN DE INTERVENCIÓN.....	235

CAPITULO I: GENERALIDADES

1.1 JUSTIFICACIÓN

El suicidio es un fenómeno que preocupa en gran medida a la sociedad actual, debido a los alarmantes índices de fallecimientos por dicha causa que se registran en el mundo entero, sin manifestar diferencias en relación a la prevalencia en los distintos estratos sociales.

El Salvador no escapa a dicha realidad, a tal grado que el suicidio se ha convertido en los últimos años en una de las principales causas de muerte según el Ministerio de Salud, afectando a muchos ciudadanos y ciudadanas que no encuentran otro medio de enfrentar sus problemas.

El personal de la Policía Nacional Civil, al verse inmerso en numerosas problemáticas que son parte de la realidad nacional, y en el ejercicio de sus funciones, se enfrentan a múltiples situaciones que en su conjunto pueden afectar psicológicamente a la persona, máxime aquellas que no poseen factores de protección que les ayuden a enfrentarse adecuadamente a las demandas de la cotidianidad, registrando de esta forma una cantidad significativa de fallecimientos por suicidio cada año.

De ahí surge la necesidad de abordar de manera sistemática y científica el fenómeno del suicidio, ya que la prevalencia obliga a las y los profesionales responsables de mantener la salud mental en la Corporación Policial, a estar preparados para ofrecer un servicio integral a las familias que se ven afectadas por dicha causa. Ya que el suicidio, no solamente afecta a las personas vulnerables que toman la decisión de quitarse la vida, sino también a las y los familiares que le sobreviven, quienes deberán enfrentar las consecuencias que supone la pérdida de un ser amado.

Cada suicidio entonces, conlleva una devastación emocional para la familia de la persona afectada, las cuales, partiendo de los altos índices, configuran una población bastante significativa. En dicha población puede encontrarse la presencia de padres o

madres, hermanos o hermanas, tías o tíos, u otros, que pertenecen a la familia de origen de la o el fallecido.

También existen los casos en que la persona ya no vive con su familia de origen sino, con su familia nuclear, la cual se conforma de la o él cónyuge y las hijas o hijos en caso que los hubiere.

Las consecuencias psicológicas que surgen de una situación de suicidio en las familias nucleares son numerosas y transforman de manera inmediata la homeóstasis familiar y las pautas transaccionales que describen al sistema, cambiando de manera abrupta el curso de la vida para la familia en general.

Tanto los adultos como las personas menores de edad, pueden experimentar consecuencias emocionales, cognitivas y/o conductuales como parte del proceso de duelo que implica perder a un ser amado. Dicho proceso puede no ser manejado adecuadamente, lo cual llevaría a la familia a un desgaste emocional que en el peor de los casos puede crear las condiciones para el surgimiento de cuadros clínicos de mayor complejidad y consecuencia.

Por ello, esta investigación es de suma importancia para la ciencia psicológica, ya que permitirá identificar las consecuencias psicológicas posteriores a un evento de este tipo y aportará conocimientos a las y los especialistas de la conducta humana, para posteriormente diseñar un programa de intervención psicológica desde una vía correctiva de aquellos efectos presentes en las familias, y desde una vía preventiva que se anticipe a posibles consecuencias mayores, con el fin de fortalecer la salud mental en las y los afectados y ayudarles a desarrollar competencias que les permita enfrentarse adecuadamente a las exigencias de la vida cotidiana.

De tal forma que la institución donde se realice el estudio, será beneficiada, puesto que al finalizar la investigación, el equipo profesional de la División de Bienestar Policial contará con una herramienta de intervención inmediata y a largo plazo que les ayude a atender a las personas afectadas por dicho fenómeno, a fin que puedan ofrecerles la seguridad emocional a la que todo ser humano tienen derecho.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVOS GENERALES:

- Realizar un diagnóstico psicológico en familiares cercanos de empleados de la Policía Nacional Civil, que fallecieron por suicidio entre el período de enero de 2010 a marzo de 2011.
- Diseñar una propuesta de plan de intervención sobre los efectos psicológicos provocados por el suicidio, en familiares cercanos de empleados de la Policía Nacional Civil, fallecidos en el período de enero de 2010 a marzo de 2011.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Conocer el sistema de relaciones que imperaba en las familias participantes en la investigación, antes del suicidio del miembro de la Corporación, a fin de identificar posibles cambios que se hayan suscitado en la dinámica familiar, a raíz del suicidio.
- Identificar el impacto psicológico provocado por el suicidio en las y los familiares cercanos de empleados de la Policía Nacional Civil, fallecidos por dicha causa, a nivel cognitivo, conductual y emocional.
- Formular un programa de tratamiento psicológico a corto y largo plazo para las y los familiares de miembros de la Corporación policial fallecidos por suicidio.
- Conocer la experiencia profesional que posee el Departamento de Bienestar Policial en relación a la atención psicológica en procesos de duelo.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

A lo largo del desarrollo de la ciencia Psicológica, muchos autores han estudiado el fenómeno del suicidio dejando un legado epistemológico que en su conjunto, brindan una pertinente orientación para entender de mejor manera el impacto emocional que este causa en los seres humanos. Sin embargo, se debe destacar, que el suicidio al estar ligado a la muerte no deja de ser un tema tabú por lo que el avance científico en dicha materia es parsimonioso.

La vida del ser humano está relacionada a cuatro estados por las que atraviesa su existencia que son nacer, crecer, reproducirse y morir. Pero esto no significa que todas las personas pasen por dichas etapas, ya que a lo largo de la vida cada persona se enfrenta a una serie de condiciones propias a su historia y desarrollo que los llevará a cada uno por diferentes caminos. El suicidio como tal puede aparecer en cualquier momento de la vida del ser humano y truncar su existencia, por lo que se hace necesario entender las diferentes etapas del desarrollo por las que atraviesa la persona a lo largo de su vida.

Con el propósito de comprender estas etapas, surgen las teorías del desarrollo humano que constituyen la explicación científica de la complejidad de la vida de las personas y describen desde diferentes perspectivas las condiciones y características presentes a lo largo de su existencia. Entre estas teorías se destacan la Teoría del Desarrollo Psicosexual de Freud, la teoría del desarrollo cognitivo de Piaget, Teoría del desarrollo próximo de Vygotsky y la Teoría del Desarrollo Psicosocial de Eric Erickson.

El equipo investigador considera valioso el aporte brindado por la teoría psicosocial de Eric Erickson que se presenta a continuación, ya que constituye un conjunto de conocimientos que ayudan a comprender mejor las etapas de desarrollo de los seres humanos y cuales son aquellas necesidades que deben ser superadas, destacando la influencia de la sociedad en el desarrollo de la personalidad.

Dicha teoría considera ocho etapas a lo largo del ciclo vital, cada una de ellas involucra lo que Erikson llamó originalmente una “crisis” de la personalidad; un tema

psicosocial fundamental que es de particular importancia en ese momento y que seguirá siéndolo, en cierto grado, durante el resto de la vida. Estos temas deben ser resueltos a satisfacción para el desarrollo saludable del yo, estos son:

1. **Confianza Básica vs. Desconfianza.** (Esperanza) (desde el nacimiento hasta aproximadamente los 18 meses). Es la sensación física de confianza. El bebé recibe el calor del cuerpo de la madre y sus cuidados amorosos. Se desarrolla el vínculo que será la base de sus futuras relaciones con otras personas importantes; es receptivo a los estímulos ambientales es por ello sensible y vulnerable, a las experiencias de frustración son las experiencias más tempranas que proveen aceptación, seguridad, y satisfacción emocional y están en la base del desarrollo de la individualidad. Depende entonces del sentimiento de confianza que tengan los padres en sí mismos y en los demás, el que lo puedan reflejar en sus hijos.
2. **Autonomía vs. Vergüenza y Duda** (Voluntad) (desde los 18 meses hasta los 3 años aproximadamente). Esta etapa está ligada al desarrollo muscular y de control de las eliminaciones del cuerpo. Este desarrollo es lento y progresivo y no siempre es consistente y estable, por ello el bebé pasa por momentos de vergüenza y duda. El bebé inicia a controlar una creciente sensación de afirmación de la propia voluntad de un yo naciente, se afirma muchas veces oponiéndose a los demás. El niño empieza a experimentar su propia voluntad autónoma experimentando fuerzas impulsivas que se establecen en diversas formas en la conducta del niño, y se dan oscilando entre la cooperación y la terquedad, las actitudes de los padres y su propio sentimiento de autonomía son fundamentales en el desarrollo de la autonomía del niño. Este establece su primera emancipación de forma tal que en posteriores etapas repetirá esta emancipación de muchas maneras.
3. **Iniciativa vs. Culpa** (Propósito) (desde los 3 hasta los 5 años aproximadamente). La tercera etapa de la Iniciativa se da en la edad del juego, el niño desarrolla actividad, imaginación y es más enérgico y locuaz, aprende a

moverse más libre y violentamente, su conocimiento del lenguaje se perfecciona, comprende mejor y hace preguntas constantemente; lo que le permite expandir su imaginación. Todo esto le permite adquirir un sentimiento de iniciativa que constituye la base realista de un sentido de ambición y de propósito. Se da una crisis que se resuelve con un incremento de su sensación de ser él mismo. Es más activo y está provisto de un cierto excedente de energía, es posible ocuparse de qué es lo que se puede hacer con la acción; descubre lo que puede hacer junto con lo que es capaz de hacer.

1. La intrusión en el espacio mediante una locomoción vigorosa,
2. La intrusión en lo desconocido por medio de una curiosidad grande,
3. La intrusión en el campo perceptual de los demás,
4. Fantasías sexuales, (Los juegos en esta edad tienen especiales connotaciones simbólicas sobre aspectos sexuales). Respecto de esto último, el niño posee una genitalidad rudimentaria y tiene muchas veces sentimientos de culpa y temores asociados a ello.

4. **Laboriosidad vs. Inferioridad** (Competencia) (desde los 5 hasta los 13 años aproximadamente). Es la etapa en la que el niño comienza su instrucción preescolar y escolar, el niño está ansioso por hacer cosas junto con otros, de compartir tareas, de hacer cosas o de planearlas, y ya no obliga a los demás niños ni provoca su restricción. Posee una manera infantil de dominar la experiencia social experimentando, planificando, compartiendo. Llega a sentirse insatisfecho y descontento con la sensación de no ser capaz de hacer cosas y de hacerlas bien y aún perfectas; el sentimiento de inferioridad, le hacen sentirse inferior psicológicamente, ya sea por su situación económica-social, por su condición racial o debido a una deficiente estimulación escolar, pues es precisamente la institución escolar la que debe velar por el establecimiento del sentimiento de laboriosidad.

5. **Búsqueda de Identidad vs. Difusión de Identidad** (Fidelidad) (desde los 13 hasta los 21 años aproximadamente). Se experimenta búsqueda de identidad y

una crisis de identidad, que reavivará los conflictos en cada una de las etapas anteriores; los padres de los adolescentes se verán enfrentando situaciones nuevas que serán un nuevo reto para su misión orientadora. Son características de identidad del adolescente:

- La Perspectiva Temporal, orientación en el tiempo y en el espacio
- La Seguridad en Sí Mismo
- La Experimentación con el Rol, énfasis en la acción
- El Aprendizaje interés por el contacto con el medio ambiente y una estrategia del aprendizaje vital.
- Polarización Sexual: Adecuado grado de desarrollo del propio interés sexual.
- Liderazgo y Adhesión: Adecuada integración al grupo de "pares".
- El Compromiso Ideológico, orientación valorativa y participación en el ambiente.

6- **Intimidad frente a aislamiento** (Amor) (desde los 21 hasta los 40 años aproximadamente). La intimidad supone la posibilidad de estar cerca de otros ya que posee un sentimiento de saber quién es, no tiene miedo a “perderse” a sí mismo, como presentan muchos adolescentes el joven adulto ya no tiene que probarse a sí mismo. A esta dificultad se añade que nuestra sociedad tampoco ha hecho mucho por los adultos jóvenes la tendencia mal adaptativa que Erikson llama promiscuidad, se refiere particularmente a volverse demasiado abierto, muy fácilmente, sin apenas esfuerzo y sin ninguna profundidad o respeto por su intimidad. Esta tendencia se puede dar tanto con amantes, amigos, compañeros y vecinos.

7- **Generatividad frente a estancamiento** (Cuidado) (desde los 40 hasta los 60 años aproximadamente). Periodo dedicado a la crianza de los niños la tarea fundamental aquí es lograr un equilibrio apropiado entre la productividad y el estancamiento, la productividad es una extensión del amor hacia el futuro. Tiene que ver con una preocupación sobre la siguiente generación y todas las

demás futuras: teniendo y criando los hijos, la enseñanza, la escritura, la inventiva, las ciencias y las artes, el activismo social complementan la tarea de productividad. En definitiva, cualquier cosa que llene esa “vieja necesidad de ser necesitado”, el estancamiento, por otro lado, es la “auto-absorción”; personas que tratan de ser tan productivas que llega un momento en que no se pueden permitir nada de tiempo para sí mismos, para relajarse y descansar. Al final, estas personas tampoco logran contribuir algo a la sociedad. Esta es la etapa de la “crisis de la mediana edad” se pregunta “¿Qué estoy haciendo aquí?”.

- 8- **Integridad frente a desesperación** (Sabiduría) (desde aproximadamente los 60 años hasta la muerte). Esta última etapa, la delicada adultez tardía o madurez, la tarea primordial aquí es lograr una integridad con un mínimo de desesperanza. Primero ocurre un distanciamiento social, desde un sentimiento de inutilidad, existe un sentido de inutilidad biológica, debido a que el cuerpo ya no responde como antes, junto a las enfermedades, aparecen las preocupaciones relativas a la muerte. Los amigos mueren; los familiares también parece que todos debemos sentirnos desesperanzados; como respuesta a esta desesperanza, algunos mayores se empiezan a preocupar con el pasado. La integridad yoica significa llegar a los términos de la vida. La tendencia mal adaptativa es llamada presunción. Cuando la persona “presume” de una integridad yoica sin afrontar de hecho las dificultades de la senectud.

Es importante mencionar que estas etapas de desarrollo se suscriben a las condiciones sociales, políticas y económicas de cada contexto en que la persona se desenvuelve, la cual influye de forma particular coadyuvando al progreso de la etapa o en su defecto accidentando su avance.

En este sentido cabe mencionar que El Salvador, al ser un país en vías de desarrollo, adolece de condiciones que lo diferencian sustancialmente de otras poblaciones cuyas características socio-culturales son más adecuadas, y que favorecen el desarrollo óptimo del ser humano.

Por ejemplo, las mujeres que tienen niños o niñas pequeños se ven en la necesidad de trabajar para solventar sus necesidades económicas, por lo que dejan a sus renuevos al cuidado de un familiar o quienes pueden pagar, usan los servicios de una guardería. Dicha situación puede tener una incidencia negativa en la primera etapa que plantea el autor debido a que el niño o la niña no contará con los exclusivos cuidados de la madre o el padre.

Otra característica que distingue a la sociedad salvadoreña son los altos índices de violencia intrafamiliar, cuya estructura supone la presencia de maltrato y abuso infantil, que incide negativamente en la formación de la autoestima en el niño y la niña, por lo tanto la etapa de confianza en sí mismo que sirve de plataforma para el desarrollo de la autonomía e iniciativa se ve afectada.

De igual forma existen familias donde se ve la necesidad de que los hijos e hijas asuman responsabilidades no adecuadas a su edad, como trabajar. Dichas actividades sustituyen a las idóneas como jugar y estudiar, impidiendo que el niño y la niña encuentre satisfacción en las actividades que realiza, afectando directamente la etapa de desarrollo de laboriosidad y generando en el niño y niña un sentido de inferioridad al no contar con las condiciones óptimas para su desarrollo intelectual.

Existen entonces, una serie de condiciones socio-culturales en El Salvador que en su conjunto pueden afectar cualquiera de las etapas de desarrollo psicosocial que plantea Eric Erickson, y a su vez, crear las condiciones para favorecer el surgimiento del fenómeno del suicidio que puede aparecer en cualquier momento de la vida del ser humano.

Dicho fenómeno es considerado una conducta de autodestrucción que no solamente tiene consecuencia para la persona que se quita la vida, sino también para quienes le sobreviven. Etimológicamente el término Suicidio se deriva del verbo latino "caedere" y del pronombre "sui", que significa "darse muerte a sí mismo", además François Desfontaines en 1735, considera al suicida como "El que se mata por sus propios deseos".

A efectos de una mayor comprensión acerca del concepto suicidio en esta investigación, el equipo investigador lo entenderá como: “Toda muerte provocada por la persona misma, independientemente del motivo, medio o instrumento que lo lleve a alcanzar su objetivo de quitarse la vida”.

A partir de esta definición puede verse que el suicidio ha estado presente a lo largo del desarrollo de la humanidad y ha suscitado una diversidad de concepciones según el tiempo y el espacio donde se presenta. Por ello, es importante retomar los antecedentes históricos de dicho fenómeno.

2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL SUICIDIO

A lo largo de la historia, las culturas que han poblado el planeta han considerado el suicidio de distinta manera. Aunque algunas de ellas son muy parecidas, las mismas culturas han incluso modificado su propia concepción del mismo con el paso de los años, retomando o abandonando posturas anteriores.

En la antigüedad 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 a.C.) 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).

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 o suicidio asistido por el senado. Durante la antigüedad clásica el suicidio del enfermo incurable se consideraba 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 Summunbonum o "el bien supremo", (en el caso del suicidio evoca la idea que era la mejor opción), tal como lo menciona Esquilo en Prometeo Encadenado: "... porque es mejor morir de una vez que tener que padecer desdichas un día tras el otro".

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.

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".

San 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 y lo considera un hecho más grave que el homicidio.

Durante la edad media el suicidio era penado rígidamente por las leyes religiosas. El Concilio de Arlés (año 452) declaró que el suicidio era un crimen. El Concilio de Braga en el año 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 (año 578). El cuerpo de los suicidas era

trasladado con escarnio, enterrado en la encrucijada de los caminos, su memoria difamada y sus bienes confiscados.

El Suicidio en el Renacimiento es variable, aumenta y disminuye según el período, siendo muy notable durante el romanticismo (llamado "mal del siglo"). En este período persisten las sanciones religiosas.

2.1.1 EL SUICIDIO EN LA ACTUALIDAD

Hoy en día varios hechos se esgrimen como elementos importantes que favorecen la actitud suicida: una salud psicológica quebrantada, la superioridad de lo material sobre lo espiritual, la ambición desmesurada del ser humano 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 de las personas, la pérdida de roles y valores, y muchos otros más que pueden sumarse a la lista.

El Catecismo de la Iglesia Católica en el numeral 2283 ss, edición 1992, señala que: "La iglesia ora por las personas que han intentado 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.

El suicidio sigue teniendo prevalencia a nivel internacional y mundial. La Organización Mundial de la Salud ha expresado que cada 20 segundos hay una muerte por suicidio y cada dos segundos hay un intento. Además, cada año mueren en el mundo un millón de personas por suicidio, más que por accidentes de tráfico o conflicto bélicos. Así mismo consideran que las proyecciones para 2020 es que las cifras aumentarán a un millón y medio.

Según el Diario Co-latino, en el artículo publicado el 6 de noviembre de 2008 sobre "Epidemia de Suicidios", El Salvador ocupa el tercer lugar en las estadísticas de

suicidios en América Latina, por debajo de Cuba y Uruguay; y a la par de Chile con una tasa de 10 suicidios por cada 100 mil habitantes, según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

La Organización Mundial de la Salud ente del organismo de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) especializado en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención en salud a nivel mundial y en cuyas funciones está sistematizar y registrar las estadísticas de salud a nivel mundial, manifiesta que el suicidio es un problema de salud pública y lo considera una de las tres primeras causas de muerte entre personas de 15 a 44 años de edad.

El Dr. Fabio Molina, Jefe de la Unidad de Estadísticas Forenses del Instituto de Medicina Legal (IML), dio a conocer el libro titulado “Epidemiología de los Homicidios en El Salvador durante el período 2001-2008”¹.

Durante el período analizado, que abarca ocho años, las cifras revelan que desde el 2004 hasta el 2008, las principales causas de muerte eran las enfermedades comunes; sin embargo, el 2009 las causas dieron un giro, pues un total de 10,822 salvadoreños murieron por diferentes circunstancias entre estas homicidios, accidentes y suicidios.

En el libro, el experto destaca, que los suicidios han mantenido un rango de 5% de las causas de muerte en los últimos años. En el 2009 se registró una muerte diaria bajo esta circunstancia.

Los anteriores datos confirman la gravedad del fenómeno del suicidio a escala mundial y la creciente necesidad que existe de abordar humana y científicamente la problemática.

La Policía Nacional Civil, institución que nace en el año de 1992 como resultado de los Acuerdos de Paz de Chapultepec que pusieron fin a la Guerra Civil Salvadoreña, no escapa a dicha realidad, ya que el cuerpo policial se enfrenta a una realidad

¹ Carla Pineda, Revista Acontecer Judicial, 23 diciembre de 2010.

avasalladora, que deja en evidencia la vulnerabilidad institucional, pero sobretodo la vulnerabilidad de su personal que diariamente interactúan con altos niveles de estrés y que deben lidiar con los altos índices de delincuencia y violencia social, presentando un promedio de 11.46 asesinatos por día, según lo publicó La Prensa Gráfica en su edición del 29 de Marzo del 2011, (pág. 2-3).

A lo largo de su historia, el cuerpo policial ha tenido pérdidas en vidas humanas, en su ejercicio laboral o en su tiempo de licencia, estas pérdidas se suscitan por diferentes causas, entre las cuales pueden mencionarse: por enfrentamientos, homicidios, accidentes, por enfermedad o por suicidio, este último elemento muestra una constante preocupación por parte de las autoridades policiales, viéndolo como una de las primeras necesidades, ya que con apenas 19 años, la institución registra hacia el año 2011, 100 suicidios, siendo la media 6.25 suicidios por año. El primer caso de suicidio fue registrado en el año de 1994; y ha llegado a contabilizar hasta 14 suicidios solo en el año 2000, en los siguientes nueve años la constante se ha mantenido en tres suicidio por año, mientras que el año 2010 se registró seis fallecidos por suicidio.²

Estos datos estadísticos reflejan la inminente necesidad de la Institución Policial de prevenir el crecimiento y propagación del suicidio a fin de evitar una epidemia institucional.

A pesar de lo dicho anteriormente las causas del suicidio, no se pueden explicar solo desde una óptica, es importante revisar las teorías que brindan un aporte científico para su comprensión y de igual manera los modelos que, aun siendo solo axiomas, brindan importantes elementos para la concepción y prevención del suicidio.

Como ya se aclara la multicausalidad del suicidio, se retoman en el siguiente apartado para esta investigación las teorías psicológicas y sociológicas.

²Datos proporcionados por Bienestar Policial. Policía Nacional Civil de El Salvador.

2.2 TEORÍAS SOBRE EL SUICIDIO

Teniendo en cuenta que el suicidio es una muerte provocada que se realiza independientemente de los medios o instrumentos que se utilicen, teorías psicológicas y sociológicas, tratan de explicar la complejidad de la conducta suicida; cabe destacar que dichas teorías parten de puntos epistemológicos distintos, lo cual permite que cada una brinde un aporte significativo e innegable para la comprensión de este fenómeno.

Para efectos de una mayor comprensión del lector o lectora, se revisarán de manera sucinta las diferentes corrientes que explican el suicidio, destacando de ellas su tesis central y sus fundamentos teóricos:

2.2.1 TEORÍA SOCIOLÓGICA DE DURKHEIM

El sociólogo francés Émile Durkheim en su obra “El Suicidio” (1858) lo define como: “Todo caso de muerte que resulta directa o indirectamente de un acto positivo o negativo realizado por la víctima misma y que, según ella sabía, debía producir este resultado”. Ejemplo de un acto positivo: dispararse en la cabeza; ejemplo de un acto negativo: rehusar a ingerir cualquier medicina hasta dejarse morir. Además señala que los suicidios son fenómenos individuales que responden esencialmente a causas sociales.

Las sociedades presentan ciertos síntomas patológicos, ante todo la integración o regulación social ya sea excesiva o insuficiente del individuo en la colectividad. Por tanto el suicidio sería un hecho social.

Durkheim distingue cuatro clases de suicidios:

1. **Suicidio egoísta**, es típico de sociedades donde el individuo carece de integración social.
2. **Suicidio anómico**, característico de falta de regulación social (anomia), existe una falta de normatividad en tanto que las normas sociales no son interiorizadas como propias por parte del individuo.

3. **Suicidio altruista**, característico de sociedades con alto grado de integración social, el individuo se suicida por su sensación de pertenencia a la sociedad. Se mata por ella, un claro ejemplo son los kamikazes.
4. **Suicidio Fatalista**. Surge como resultado de un exceso de reglamentación o presión, se sienten aplastados por la disciplina o las normas (militares y jóvenes ante el fracaso escolar).

2.2.2 TEORÍAS PSICOLÓGICAS

Mientras Durkheim se centraba en los efectos de la sociedad en el individuo, Sigmund Freud elaboró una interpretación sobre el tema, en el que es el Thanatos o instinto de muerte autodirigido, el que nos induce a este tipo de comportamiento. El suicidio representa la hostilidad inconsciente dirigida hacia el objeto amado que ha sido previamente introyectado, por regla general, de forma ambivalente.

Freud interpretó el suicidio como un fenómeno intrapsíquico originado primariamente en el inconsciente y en cuya psicodinámica intervendrían especialmente la agresión y la hostilidad contra sí mismo al no poder exteriorizarla. Según él, la base del suicidio radicaba en un instinto de muerte.³

Karl Menninger (1938), Psiquiatra y psicoanalista norteamericano, adoptó las mismas explicaciones psicodinámicas de Freud, pero sostenía que el suicidio sería un homicidio invertido, el resultado de la rabia o la ira contenida contra otra persona, que se dirige al interior o se utiliza como una excusa para el castigo. Se distingue en toda idea suicida tres componentes: el deseo de matar, el deseo de ser matado y el deseo de morir.

Para Menninger el *deseo de morir* se traduce en las ansias de reposo y voluntad de alejar o de huir de los conflictos; *el deseo de matar*, que en el caso de suicidio, debe ser interpretado freudianamente como una agresividad desviada hacia sí mismo; y por último *el deseo de ser matado*, en el que básicamente intervienen los sentimientos de

³Sarró y De La Cruz, 1991.

culpabilidad y la justicia del castigo (citado por Joan Estruch y Salvador Cardús, Los suicidios. 1982).

El suicidio desde el punto de vista psicopatológico, no es más que un síntoma de tipo conductual que hay que estudiar desde todas las vertientes posibles.

Escuelas más recientes, neoconductistas, han propuesto otras formas de ver el suicidio. La teoría de los constructos personales de Kelly parte de la idea de que todos los sujetos tienen una forma particular de adaptarse al medio que les rodea, en función del desarrollo cognoscitivo que posee cada individuo y que sirve de parámetro para procesar sus experiencias; se fundamenta en que la realidad es independiente de la interpretación que cada sujeto hace de ella, siendo esta condición la que orienta y, en algunos casos, modifica la conducta.

De esta evolución científica que destaca el aspecto cognitivo-conductual, surgen dos nuevos paradigmas que en la actualidad tienen alta aceptación en el cuerpo científico por su interpretación del fenómeno del suicidio, a saber:

2.2.2.1 TEORÍA DE LA INTERNALIDAD

Esta teoría fue propuesta por el psicólogo norteamericano Julián B. Rotter (1916) y está basada en el enfoque del aprendizaje social, se considera que la conducta se ve influida por el aprendizaje que se lleva a cabo en un contexto social, por tanto a las diferencias conductuales se les atribuye en gran medida al aprendizaje de la persona con las y los demás y con las situaciones a las que estuvo sometida.

En la teoría de la internalidad/externalidad la experiencia continuada de ineficacia en el curso de la propia vida puede llevar al sujeto a un estancamiento y absorción de las propias limitaciones impuestas por el ambiente, rompiéndose el vínculo por agotamiento o simple inconformismo por el estatus social impuesto. Es decir que las personas se desarrollen óptimamente de refuerzos

vitales y mínimo logros, esto es determinado por el control que tenga sobre los sucesos de su vida y satisfacción de sus necesidades.

2.2.2.2 TEORÍA DE LA DESESPERANZA

Se fundamenta en la idea de que la percepción continuada de no-correlación entre los objetivos propuestos y los resultados de sus actos pueden provocar en la persona un sentimiento de impotencia e incapacidad de control, el aprendizaje e interiorización de la carencia de control en los resultados de las propias conductas provocan tres déficit en la personalidad: Motivacional, Cognoscitivo y Emocional, la cual se manifiesta en la depresión que presentaría el sujeto, esta muestra una relación especial del sujeto en el entorno social y con su propio desarrollo con su ser social, relación que no lo lleva a su integración, de lo contrario provoca un desligamiento entre el sujeto y la sociedad e incluso entre el sujeto y su propio desarrollo, donde uno de sus principales elementos es la apatía y desmotivación.

De estos dos enfoques se destaca que la teoría de la internalidad explica en términos concretos que el sujeto se suicida a partir del inconformismo y sus limitaciones, producto de un entorno social que no le brindó las condiciones apropiadas para su desarrollo íntegro; mientras que en la teoría de la desesperanza la persona se suicida porque ya no espera nada de la vida, debido a una apatía y desmotivación por su propia existencia.

2.2.3 MODELOS ACTUALES

Dada la complejidad de la conducta suicida y la necesidad de buscar explicaciones satisfactorias, cada día cobran mayor importancia los modelos multidimensionales, los cuales intentan integrar varias teorías sobre el suicidio retomando diferentes postulados científicos: biológico, psicológico, psicosocial y biopsicosocial.

Para efectos de conocer las diferentes corrientes que en la actualidad se están gestando en materia de comprensión del fenómeno del suicidio, se destaca de forma breve, los siguientes modelos multidimensionales:

2.2.3.1 El modelo basado en el estado de la mente (Bonner y Rich, 1987)

Éste modelo se sitúa en un paradigma biopsicosocial amplio, el cual considera al suicidio como un proceso dinámico y circular del que los individuos pueden entrar y salir. Reúne las variables en dos grupos:

1. Del contexto social general: cambios sociales, competitividad, incomunicación, valoración social del suicidio y medios de comunicación, este a su vez se subdivide en:
 - a. Contexto social inmediato: como acontecimientos vitales estresantes, grado de apoyo social, presencia de conducta suicida en el entorno y características socio-demográficas.
 - b. Entramado individual del sujeto: aspectos bioquímicos, enfermedades psiquiátricas, factores cognoscitivos, evolutivos y de personalidad, así como el nivel de tolerancia al estrés y los modos de afrontamiento del mismo.

2. El estado mental suicida: representado por un conjunto de características psicológicas que rodean y acompañan a la conducta suicida, entre estos: depresión, desesperanza, baja autoestima, soledad, falta de razones para vivir y valoración positiva del suicidio como medio para la solución de problemas.

2.2.3.2 El modelo de sobreposición (Blumenthal y Kupfer, 1986)

Contempla factores de riesgo, que son agrupados en cinco áreas:

- 1- Trastornos psiquiátricos.
- 2- Rasgos y trastornos de personalidad.
- 3- Factores psicosociales y ambientales.
- 4- Variables genéticas y familiares
- 5- Factores biológicos.

Cada una de estas áreas corresponde a una esfera de influencia o de vulnerabilidad, y su conjunto se representa de manera gráfica mediante una serie de diagramas de Venn entrelazados. La posible capacidad de intervención sobre estas esferas de vulnerabilidad dota al modelo de un carácter preventivo, ya que la presencia de ciertos factores protectores, como flexibilidad cognoscitiva, esperanza, respaldos sociales sólidos y tratamiento psiquiátrico adecuado, contribuye a la conservación de una barrera protectora contra la conducta suicida.

2.2.3.3 El modelo cúbico del suicidio (Schneidman, 1987, 1992).

Los componentes de este modelo son dolor, perturbación y presión. *El dolor* psicológico resulta de las necesidades psicológicas frustradas, desde inexistente hasta intolerable. *La perturbación* como el estado alterado que incluye la constricción de la percepción y la impulsividad, consta de cinco posibilidades que van de la mínima perturbación (mente abierta, pensamiento claro y tolerabilidad elevada) hasta la máxima perturbación (estrechamiento del pensamiento e impulsividad), y *la presión* considerada como los aspectos interiores o ambientales que afectan al individuo; presiones negativas como amenazas y daños.

Los modelos anteriores realizan una aproximación teórica al entendimiento del fenómeno del suicidio, y toman en cuenta diversos factores que precipitan la conducta suicida, como el ambiente, el estado mental, las etapas de desarrollo, las características socio-demográficas, su propia historia y desarrollo de vida, entre otras, de ahí el nombre de Modelos Multidimensionales.

Cada uno de los factores que precipitan la conducta suicida tiene sus propias características las cuales se describen en el siguiente apartado.

2.3 FACTORES DESENCADENANTES ESPECÍFICOS DEL SUICIDIO

Nada justifica el hecho que una persona se suicide, sin embargo hay personas más vulnerables que otras y existen muchos factores que propician la conducta suicida. E. García de Jalón, V. Peralta, en el suplemento “*Suicidio y riesgo suicida*” (2002),

citando a Mann y col.⁴ consideran la implicación de los siguientes factores en el fenómeno del suicidio, a saber:

2.3.1 Sociales

Los factores sociales inciden considerablemente en la conducta suicida. El estilo de vida que describe a las sociedades actuales deja de lado el desarrollo humano y las relaciones interpersonales. Las personas se interesan por su propio beneficio, viven en un consumismo exagerado que promueve el egoísmo y la falta de valores. Las familias no establecen lazos fuertes por lo que la desintegración familiar tiene altos índices de prevalencia. La tecnología ha reemplazado la necesidad de trabajo humano por lo que el desempleo afecta a las mayorías de sociedades subdesarrolladas.

2.3.2 Factores psicológicos

Estos factores se identifican en el estilo que la persona está acostumbrada a llevar, asociada a la facilidad de adaptación a los diferentes cambios que se van dando en la propia persona y a su alrededor. Algunos de estos factores están presentes en personas que poseen características de personalidad impulsiva y con baja tolerancia al fracaso; personas dependientes y con expectativas excesivamente ambiciosas o irreales son más proclives al suicidio.

2.3.3 Factores patológicos

Están relacionados a factores bioquímicos, en donde la psiquiatría juega un importante en la explicación del comportamiento anormal de las personas, dentro de este grupo de factores se presentan con mayor incidencia los trastornos del ánimo (depresión, enfermedad bipolar, distimia), trastornos psicóticos, obsesivo-compulsivos, trastorno limítrofe.

2.3.4 Factores biológicos

Las personas se vuelven vulnerables cuando existe la presencia de algún trastorno neuroquímico; por ejemplo, la depresión cuando esta no tiene causa externa,

⁴ Revista ANALES Sis San Navarra 2002, Vol. 25, Suplemento 3.

sino más bien aquellas depresiones vinculadas a los desequilibrios de la serotonina. Esta representa un papel importante en el sistema nervioso central como un neurotransmisor, encargada en la inhibición del enfado, la inhibición de la agresión, la temperatura corporal, el humor, el sueño, el vómito, la sexualidad y el apetito. Estas inhibiciones están relacionadas directamente con síntomas de depresión.

2.3.5 Factores clínicos

Se refiere a situaciones por las cuales la persona ha tenido que pasar y no ha logrado sobrellevar, por ejemplo; enfermedad terminal, cirugía reciente sin éxito, dolor no controlado, tumores (especialmente craneales), deformaciones (especialmente faciales), amputaciones graves e invalidantes. Por lo general estas personas han tenido que pasar por crisis depresivas donde el común denominador son sentimientos de desesperanza, la soledad, el abandono, la pérdida de control interno y externo, así como la sensación de desamparo o impotencia.

2.3.6 Factores sociodemográficos.

Es sabido que los factores sociales y demográficos inciden en la conducta de los seres humanos, de igual forma en la conducta suicida pueden verse involucrados algunos de los siguientes:

- **Edad:** El riesgo de suicidio se encuentra presente en las diferentes etapas de desarrollo vital. Algunos estudios han comprobado que el 70% de los suicidios se da en personas menores de los 40 años, de igual forma otros autores indican que existe un mayor riesgo de suicidio después de los 65 años, cuando se encuentran presentes factores clínicos, como los mencionados anteriormente.
- **Sexo:** En la mayor parte de los países donde se ha estudiado el suicidio, las mujeres presentan tasas superiores de ideación suicida y de intentos de suicidio que los hombres. Sin embargo, los hombres realizan mayor número de suicidios consumados; ya Durkheim lo concluye con el estudio realizado en países europeos.

- **Estado civil:** De igual forma, Durkheim en 1897 destacaba el papel de la familia y el estado civil en el desencadenamiento del comportamiento suicida. En su opinión, la subordinación a los intereses del núcleo familiar en el que la persona está integrada, disminuye los impulsos individualistas y suicidas, por tanto el suicidio puede tener mayor prevalencia en solteros, viudos o separados.
- **Ocupación:** Esta variable hace referencia a situaciones de estabilidad laboral y de satisfacción que la persona tiene con el rol que ocupa en su lugar de trabajo. El contar con un empleo mantiene a la persona activa y ocupada en sus actividades; sin embargo, es importante mencionar aquellas personas que teniendo empleo u ocupación, no se encuentran del todo satisfechas, además las presiones y expectativas a las cuales está sometida dentro de su lugar de trabajo podrían ser muy altas, aunado a esto un salario bajo. Dichas características pueden traer consigo que la persona manifieste estrés e insatisfacción laboral, somatización u otras sintomatologías que en un momento determinado pueden desencadenar una ideación suicida o el acto consumado.
- **Razas:** Según el análisis realizado por E. García de Jalón, V. Peralta, dos de cada tres suicidas son varones blancos en Estados Unidos. La tasa de suicidio para hombres blancos es 1,6 veces mayor que la de los hombres negros, 4 veces mayor que la de las mujeres blancas y 8,2 veces mayor que la de las mujeres negras.
- **Grupos sociales:** Esta variable está determinada por las condiciones o características particulares de cada país. Algunos estudios revelan que los países más desarrollados tienen los índices más altos de suicidio. Además, el desarrollo tecnológico e industrial ha venido a sustituir la sensibilidad de la relación humana con las y los demás, favoreciendo la aparición del fenómeno.
- **Religión:** Los teóricos sostienen que independientemente de la religión que una persona profese, esta le permite llevar una vida espiritual sana y consecuente con sus ideales y percepción de la vida misma. Sin embargo, pertenecer o no

pertenecer a una religión u otra no descarta estar proclive a manifestar una conducta suicida o consumar el hecho.

- **Antecedentes familiares:** La familia constituye un factor de riesgo cuando hay antecedentes por posible contaminación psicológica, precedente suicida y/o historia de enfermedad psiquiátrica, como el trastorno bipolar. Se destacan la mala comunicación, alcoholismo, lazos familiares rotos, entre otros.

- **Factores etiológicos agudos:** En los factores etiológicos se destacan los factores responsables del desarrollo de un estado patológico debido a depresión grave, desesperación, pérdida significativa (muerte, separación, pérdida económica, entre otras causas), interrupción de medicación, intoxicación por alcohol o drogas.

- **Triángulo letal de Schneiderman:** Además de los factores antes mencionados Schneiderman ha descrito un contexto para el suicidio compuesto por tres factores predisponentes y un factor desencadenante del acto, estos son:
 - ✓ **Baja auto-estima,** la persona presenta odio contra sí misma.

 - ✓ **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: “El dolor de ellos es más superable que el que yo tengo ahora”.

 - ✓ **Visión en túnel,** representa para la persona la única forma de salida a sus problemas o limitación en las posibilidades intelectuales que determinan que el sujeto no puede discernir serenamente más allá de la situación inmediata.

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

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

Como puede observarse existe vulnerabilidad en los distintos grupos que conforman la sociedad, desde aquellos que tienen su origen en factores biológicos hasta aquellos que son de índole social o factores externos en los cuales la persona no ha logrado adaptarse a sus condiciones de vida y a los cambios que se van gestando dentro de una sociedad globalizada.

En El Salvador las condiciones estructurales de un capitalismo recalcitrante no favorece al desarrollo óptimo de las personas, principalmente si no cuentan con recursos propios para emprender su propio camino, en consecuencia sus deseos o aspiraciones se verán frustradas más aun cuando las personas tienen expectativas muy altas de crecimiento.

No se dejan a un lado las dificultades económicas, que, de por sí, encierran muchos problemas desde familiares hasta problemas interpersonales. Tomando en cuenta que la persona para hacer sus actividades y desarrollarse plenamente necesita ingresos económicos, y al no tenerlos se ve envuelta en muchas preocupaciones.

Se ha hablado de factores desencadenantes del suicidio, ahora bien, es importante tomar en cuenta los factores etiológicos por edades, ya que el suicidio no solo es un problema de adultos, sino que, también afecta en las diferentes etapas del desarrollo del ser humano.

2.4 FACTORES ETIOLÓGICOS POR EDADES

Ya Eric Erickson, en su Teoría sobre el Desarrollo Humano plantea las diferentes etapas del ciclo vital, períodos que pueden verse empañados por factores negativos y positivos, y en la medida cómo estos se vayan superando, las etapas posteriores serán el reflejo de ese desarrollo.

Claro está, que cada país y familia tiene sus propias condiciones para el desarrollo humano óptimo. En El Salvador existe una desigualdad muy marcada, donde prevalece la población pobre y es notorio ver a familias en condiciones de extrema pobreza que por lo general se configuran por varios integrantes.

Estas condiciones marcarán el desarrollo de las personas en las diferentes etapas, tomando en cuenta sus características particulares, por ello se debe considerar que existen factores agravantes propios a cada estadio del desarrollo humano que pueden precipitar la conducta suicida, por ejemplo:

2.4.1 NIÑEZ

Para el Dr. Sergio Andrés Pérez Barrero las niñas y los niños tienen un concepto muy rudimentario de lo que es la muerte o el morir, por lo que resulta prácticamente improbable que se participe activamente de la muerte. Sin embargo, hay niños y niñas que adquieren ambos conceptos, muerte y suicidio a una edad más temprana y otros más tardíamente, creyendo estos últimos que la muerte es una continuidad de la vida o que es un estado parecido al sueño del cual es posible ser despertado tal y como ocurre en el cuento “La Bella Durmiente”. Por tanto, los factores de riesgo suicida, sostiene, deben ser detectados principalmente en el medio familiar.

Según Marta Albarracín (1991), los principales factores de riesgo en esta etapa son: problemas severos de incomunicación, huida de la agresión física o sexual, fracaso o humillación en el colegio, antecedentes de suicidio en la familia o en un amigo, muerte reciente de un familiar, padres separados con relaciones conflictivas, traslados de domicilio, pérdidas de amigos, incapacidad de adaptación a nuevos estilos de vida, experiencias tempranas traumáticas.

2.4.2 ADOLESCENCIA

Durante la adolescencia, etapa de desarrollo por la que atraviesa toda persona, se presentan en los y las jóvenes cambios difíciles que pueden producir ansiedad y depresión hasta llegar, en muchas ocasiones, a una tentativa de suicidio o al grado de consumarlo. El suplemento *“El comportamiento suicida en niños y adolescentes”*

destaca que entre las posibles motivaciones que conducen al adolescente a la ideación suicida e intento suicida están presentes: padres divorciados, alcohólicos o depresivos, embarazos no deseados; pérdida de autoestima propiciada por discusión familiar, humillación, fracaso escolar, homosexualidad, inadaptación y rechazos sociales, entre otros; abuso de alcohol o drogas, trastorno de la conducta fracaso del noviazgo, contacto con familiares o sobrevivientes de suicidio el cual representa un alto grado de contaminación, traslados de domicilio, pérdidas de amigos o amigas, incapacidad de adaptación a nuevos estilos de vida, carencia de estructura o límites familiares, amputación del futuro, deseo fantasiosos de castigar o manipular a los seres queridos.

2.4.3 ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

Según un estudio realizado por la Universidad de California en Berkeley (Seiden, 1966, 1984), las y los estudiantes se sienten presionados por las normas objetivas de sus resultados académicos. El estudio reveló que los estudiantes suicidas se desempeñaban bien en su centro educativo. Sin embargo, amistades y parientes reportan que casi todos ellos estaban insatisfechos con su desempeño académico, aun cuando son estudiantes arriba del promedio, pero estaban llenos de dudas acerca de su propia capacidad para tener éxito. No se descarta que las presiones académicas por sí solas no ejerzan una influencia negativa en los y las estudiantes que potencialice la consecución de un acto suicida.

2.4.4 ADULTEZ

En la vida adulta, muchas son las preocupaciones de las personas, las responsabilidades y los problemas son mayores, el medio en el que se desenvuelven difiere totalmente en relación a las características en las etapas anteriores.

Algunos de los problemas a los cuales se ven sometidas durante esta etapa y que pueden ser motivos de suicidio es la depresión, trastorno de la personalidad, desempleo o inestabilidad laboral, duelo donde puede presentarse reunificación mágica, urgencia de sustraerse al dolor; además, la infidelidad, problemas sexuales, divorcio, violencia familiar, abortos y prisión. La idea suicida aparecerá si la persona no está preparada para afrontar las dificultades y los problemas que se le presentan.

2.4.5 ANCIANIDAD

Las personas en edad avanzada se enfrentan a una serie de pérdidas de distinto tipo que pueden provocar depresión y exponerla al riesgo de suicidio. A menudo no es un episodio de una sola causa, sino la suma de varias en las que pueden intervenir por ejemplo; la soledad, el aislamiento social, los problemas económicos, la pérdida de autonomía e independencia, los problemas de salud, el síndrome del nido vacío, el insomnio y el maltrato.

Muchas son las especulaciones sobre el acto suicida, como sentido común se tiende a creer que la persona que anuncia que se va a suicidar nunca lo hará y en cambio la que en verdad se suicidará no avisa de sus planes. Este y otros mitos más favorecen el fenómeno del suicidio e impiden que se preste la atención necesaria en una etapa en la que la intervención puede cambiar el destino de una persona afectada. Para aclarar esta concepción es importante retomar en esta investigación el estado del proceso suicida que se describe a continuación.

2.5 LOS ESTADOS DEL PROCESO SUICIDA

Para M. Wyder, especialista en Salud Mental, una proporción de suicidios se producen en forma impulsiva y no planificada; más aún, no necesariamente existe un proceso progresivo desde la aparición de pensamientos suicidas hacia la planificación del suicidio y su concretización.

Sin embargo, la mayoría de las personas que deciden quitarse la vida, han pasado un proceso de planificación, previamente propuestos por Poldinger (1969), y posteriormente retomado por Rocamora Bonilla (1992) y Di Leo (2004), estos estados son:

- **Primer Estado: Fase sintomática disfórica (malestar).**

Surge la primera idea de suicidio, es este estado la persona ve al suicidio como solución a sus problemas, pero se niega a aceptar dicho pensamiento. Esta primera reacción es de oposición.

- **Segundo Estado**

En este momento la idea de suicidio va tomando cuerpo. La persona no visualiza otra posible salida a su situación. Algunas personas lo comunican al médico, psicólogo o sacerdote y en la mayoría de los casos lo comunican a un familiar o conocido.

- **Tercer Estado**

Se caracteriza por tranquilidad y calma antes de la tormenta. En este estado la persona ya ha decidido el cómo, el cuándo y el dónde.

Las fases anteriormente mencionadas refutan el mito que “la persona que se va a suicidar no lo dice” y explica un proceso de planificación en el que la persona afectada en cualquier momento lo comparte o proporciona pista de sus intenciones a alguien cercano. Lorraine Sherr en su libro *Agonía, Muerte y Duelo* (1992) exhorta que todas las amenazas de suicidios deben tomarse en serio.

Por otra parte la Organización Panamericana de la Salud, considera que una vez realizado el acto de suicidio, este deja por lo menos a seis personas afectadas que estaban a su alrededor del fallecido o fallecida, entre ellos familiares, amigos y vecinos. El siguiente apartado se ha diseñado especialmente para describir cuáles son los efectos que produce el suicido en la familia.

2.6 CONSECUENCIAS DEL SUICIDIO EN LA FAMILIA

El efecto de un suicidio en la familia es una tragedia, el impacto es duro, pues el duelo por suicidio difiere del duelo por otras causas de muerte. Uno de esos efectos es la realización de un acto suicida por alguno de sus miembros al imitar o identificarse con el occiso. Otro es la búsqueda constante del por qué lo hizo entre los sobrevivientes y los sentimientos de culpa por no haberlo detectado a tiempo y evitar ese desenlace fatal en algunos casos.

El problema no se acaba con la ausencia de la persona que se quitó la vida, en ese momento se inicia un nuevo proceso de destrucción y se empieza por el impacto de la noticia que trasciende y daña a toda persona que la escucha, puesto que los hijos e hijas, la pareja, los padres y madres, los amigos y amigas y hasta las y los desconocidos se impactan con la noticia.

El análisis de las consecuencias de la muerte por suicidio en la familia, se realizará a través de dos vías; en primer lugar se estudiará la incidencia que tiene el apego en la muerte de un miembro de la familia y cómo las personas que mantenían un vínculo emocional con la o el fallecido pueden verse afectadas. En segundo lugar, serán presentadas las reacciones emocionales que sobrevienen a la pérdida, que son en primer plano las consecuencias inmediatas del suicidio en las familias.

2.6.1 INCIDENCIA DEL APEGO EN LA PÉRDIDA DE UN FAMILIAR

Entre las principales personas afectadas se encuentran los hijos, las hijas y la pareja, ya que los vínculos emocionales que se forman en la familia son más fuertes que aquellos que se mantienen por simple consanguinidad. El proceso de formación de los apegos, ayuda a entender las consecuencias emocionales que tiene el rompimiento abrupto de estos lazos emocionales. Para ello se retomará la teoría del Psiquiatra Británico John Bowlby, por tener una estructura adecuada y ser de fácil comprensión.

Dicha teoría sobre el apego, formulada inicialmente por el psiquiatra John Bowlby y la investigadora canadiense Mary Ainsworth, intenta explicar los efectos de los vínculos tempranos de protección en el desarrollo psicológico del neonato y el infante, así como los efectos que produce el no contar con tales vínculos.

En ella, se afirma que la capacidad de un individuo para formar un apego emocional y físico a otra persona le da un sentido de estabilidad y seguridad, necesarias para asumir riesgos. Estos apegos se ramifican, crecen y se desarrollan como una personalidad.

El concepto apego incorpora componentes sociales, emocionales, cognitivos y conductuales. El apego es una propiedad de las relaciones psicosociales donde un sujeto más débil y menos capaz confía en la protección que le brinda otro sujeto más competente y poderoso. Ambos sujetos desarrollan vínculos emocionales recíprocos y construyen una representación interna de la relación vincular.

Bowlby (1982) planteó su teoría sobre el apego a partir de su trabajo clínico como psiquiatra; antes de graduarse había trabajado en calidad de voluntario en una escuela a la que asistían niños con desajustes emocionales agudos. Las observaciones que pudo realizar allí lo convencieron acerca de la importancia de los vínculos familiares y de la necesidad de involucrar a los miembros de la familia en el abordaje terapéutico de niños y niñas.

Bowlby señala que los lazos afectivos que se establecen en la niñez con quienes les brindan protección y cuidado, tienen una base biológica que debe ser analizada en el marco de un contexto evolucionista. Los neonatos se comportan de maneras que aseguran el acercamiento a adultos protectores. Las condiciones que amenazan las posibilidades de salud y sobrevivencia ponen en juego los comportamientos de apego. La teoría sobre el apego se focaliza en el estudio de los procesos a través de los cuales niños y niñas desarrollan sentimientos de confianza en la protección paterna y/o adulta.

El sistema comportamental de apego es un sistema de control motivacional conductual, evolucionista y adaptativo. Tiene como objetivo la promoción de la seguridad en la infancia y la niñez a través de la relación del niño o niña con una figura de apego, su cuidador; y por otro lado, en el caso de adultos brindar estabilidad y seguridad por medio de un vínculo emocional y físico.

El sistema de apego se activa en momentos de peligro, estrés y novedad; su finalidad es propiciar y mantener la proximidad y el contacto con la figura de apego. En consecuencia, las manifestaciones conductuales son específicas del contexto y es evidente en tiempos de peligro o ansiedad; aunque el sistema de apego se mantiene activo durante todo el tiempo y está continuamente monitoreado por el ambiente y por la disponibilidad de figuras de apego. Así, por ejemplo, un niño puede explorar con

confianza su ambiente con el soporte activo de su cuidador en la certeza de que la figura de apego está allí para socorrerle en caso de que sea necesario. Ainsworth y sus colaboradores denominaron “fenómeno de base segura” a esta interacción entre el niño y su cuidador y lo postularon como central en la teoría del apego.

Es posible que existan varias figuras de apego, aunque Bowlby destaca el concepto de “monotropía”, entendido como el sesgo a tener una jerarquía de preferencias en la que existe un Figura Central Principal de Apego.

Bowlby (1982) considera que los sistemas de apego infantiles son similares, en su naturaleza, a los que más tarde se ponen en juego en las relaciones amorosas y, en realidad, señala pocas diferencias entre las relaciones cercanas, sean éstas entre padres e hijos o entre pares. Ainsworth (1991) remarcó la función del sistema de apego en las relaciones adultas, enfatizando el fenómeno de base segura como un elemento crítico a ellas. Una relación de apego seguro facilita el funcionamiento y la competencia exterior a ella misma: Hay “una búsqueda de una experiencia de seguridad y comodidad en la relación con un compañero. Si esto está disponible, el individuo es capaz de apartarse de la base segura, con la confianza de poder comprometerse en otras actividades”

Los vínculos de apego se distinguen de otras relaciones adultas en el hecho de que proveen sentimientos de seguridad y pertenencia sin los cuales habría aislamiento e inquietud. Su función es distinta al de las relaciones que proveen guía o compañía, gratificación sexual, compartir intereses o experiencias comunes, sentimientos de competencia o alianzas y asistencia. Los elementos comportamentales del apego en la vida adulta son similares a los observados en la infancia. Un adulto muestra un deseo hacia la proximidad de figuras de apego en situaciones de malestar. Siente bienestar ante la presencia de esa figura y ansiedad si ésta es inaccesible. La aflicción es esperable ante la pérdida de una figura de apego según Simpson, Steven Rholes (1998).

La diferencia entre el apego adulto–adulto y niño–adulto reside en que el sistema de conductas del adulto es recíproco: los adultos no son asignados a tomar el rol de

“figura de apego/ cuidador” o “individuo apegado/ receptor”. Tanto la conducta de apego cuanto la de cuidado son observables en los adultos y las parejas oscilan entre los dos roles. Este potencial para la reciprocidad agrega complejidad a la medición psicológica del apego adulto. La hipótesis central de la teoría del apego es que las relaciones tempranas entre padres e hijos son los prototipos de las relaciones amorosas de la adultez.

Puede verse entonces la importancia que tienen los vínculos afectivos que se establecen en la familia y su incidencia en el desarrollo de la personalidad. A partir de estas premisas se puede considerar que el rompimiento abrupto de los vínculos afectivos entre las y los miembros de la familia conllevará inevitablemente incertidumbre y desesperanza en las y los sobrevivientes, principalmente cuando este rompimiento se debe a una muerte por suicidio que ya de por sí asume estigma y dolor.

2.6.2 REACCIONES EMOCIONALES EN LAS Y LOS FAMILIARES

El suicidio de una persona amada es un acontecimiento difícil, supone una devastación emocional en la vida de las y los sobrevivientes y produce un duelo traumatizante. Algunos elementos propios del suicidio que a continuación se describen son tomados de la Guía para familiares en duelo coordinado por María Antonia Lacasta Reverte y Anna Novella Aguirre de Carcér.

- **Sentimiento de traición y abandono**

"¿Qué le hice para que me hiciera tanto daño?", "¿Cómo pudo hacerme esto?", "¿Acaso no pensó en mí, en los niños, en su mamá?", "¿Por qué no pudimos llenar su vida?", "¿Por qué lo hizo?", "¿Estaba enojado conmigo?". El suicidio despierta un angustiante y molesto sentido de traición por tantos años de paciencia y cariño que se brindó.

- **Sentimiento de culpa**

La muerte por suicidio no implica solo su ausencia sino que, además, la muerte se vivencia como una acusación por lo que se hizo o no se hizo, se dijo o no se dijo.

- **Fracaso de rol**

Este se encuentra muy unido al sentimiento de culpa, el suicidio produce un angustiante sentimiento de fracaso de rol, muy notable entre las madres.

- **Preguntas sin respuesta**

Hay mucha confusión y no hay respuestas. Existe una urgente necesidad de encontrar una justificación racional al mismo, una causa medianamente aceptable.

- **Muerte sin adiós**

Queda la sensación angustiante de haber sido abandonados de forma unilateral e injusta.

- **Rabia**

El suicidio produce un intenso sentimiento de rechazo hacia aquel ser querido que terminó con su vida (amor-odio contra el objeto amado), resentimiento por haberse dado por vencido, contra nosotros por no habernos dado cuenta, hacia Dios por no haber evitado la tragedia. La rabia, como sentimiento, es un intento de sacar el dolor de sí mismos.

- **El estigma**

Aun cuando las condenas históricas han desaparecido en gran parte, el suicidio estigmatiza gravemente a la familia: "Ahí va la madre del suicida", "Qué sería lo que le hicieron". La condena es tanto hacia la familia como hacia el mismo suicida. Las y los supervivientes suelen experimentar menos apoyo social que sus contrapartes y sienten más necesidad de comprensión que en otras muertes. La vergüenza asociada al estigma es uno de los sentimientos más difíciles de sobrellevar.

- **Miedo**

Es muy frecuente, tanto por lo anterior como por el reconocimiento de los propios sentimientos autodestructivos, incluso pueden arrastrar con ellos una sensación de

destino o predestinación. Además, existe el constante miedo sobre el futuro "más allá de la muerte" de su ser querido (condenación, infierno).

- **Pensamiento distorsionado**

Se presenta por la necesidad de ver la conducta de la víctima, no como un suicidio sino como una muerte accidental, creándose un patrón de comunicación distorsionada en las familias. La familia crea así un mito respecto a lo que realmente le ocurrió a la víctima, y si alguien cuestiona la muerte llamándola por su nombre real, produce un gran enojo y rechazo de las y los demás, aquellos que necesitan verla como una muerte accidental o natural. Como respuesta a lo anterior, es frecuente que las y los miembros de la familia oculten la causa de la muerte y sepan quién sabe y quién no sabe la verdad.

Las reacciones emocionales descritas anteriormente, pueden presentarse en cualquier integrante de la familia del fallecido. Sin embargo, debido a la complejidad de la vida del ser humano y tomando en cuenta las diferencias que se presentan en las etapas de desarrollo, merece especial estudio comprender el impacto del suicidio en las niñas y niños que conforman la familia de la persona suicida, para alcanzar una mejor comprensión de las consecuencias emocionales que este produce en esta etapa del desarrollo.

2.6.3 CONSECUENCIAS DEL SUICIDIO EN NIÑOS Y NIÑAS

Bautista, M y Correa, M distinguen cuatro aspectos de carácter general, y relacionados con el suicidio, que permiten estudiar las consideraciones comunes y generales de las reacciones de los niños y las niñas al suicidio paterno:

1. Cada suicidio posee características únicas;
2. Las circunstancias familiares en el marco del suicidio son únicas;
3. La estructura de la personalidad del niño y la niña y su nivel de desarrollo en el momento del suicidio hacen que la reacción sea absolutamente individualizada en cada caso.

4. En muchos casos, antes del suicidio, ya existían problemas de desarrollo en los niños y las niñas.

Además de ello, los niños y las niñas están frecuentemente involucrados en algunos aspectos del acto mismo del suicidio. El sentimiento dominante originado por el suicidio de uno de sus padres es el de culpabilidad; su origen tiene diversas causas entre las cuales están las siguientes:

- Dado que la forma de pensar de los niños y niñas es eminentemente concreta y caracterizada por un concepto deformado de causalidad, egocentrismo y pensamiento mágico al interpretar las realidades psíquicas, muchos niños o niñas creen que determinados incidentes inmediatamente anteriores al suicidio, sobretodo quejas de sus padres por su mala conducta, son la causa directa de aquel.
- En muchos casos el padre deprimido les ha hecho sentirse culpables y parcialmente responsables de su desesperación a los miembros de la familia, por lo que éstos se sienten aún más culpables al producirse el suicidio.
- Dadas las características de los trastornos que habitualmente se asocian a conductas autolíticas, se advierte reiteradamente al niño o la niña, de que tenga cuidado de no indisponer o preocupar a uno de ellos, con lo cual se deposita la responsabilidad de su bienestar psicológico sobre las y los infantes.

El sentimiento de culpabilidad del niño o niña se suele concentrar también en el propio acto de suicidio y es matizado por cuestionamientos del tipo, "¿Cómo pudo, cómo debió evitarlo?". Este sentimiento de culpa es intenso y agobiante, y sus efectos son claramente visibles en el niño o la niña: declaraciones insistentes y directas de culpabilidad y auto-reproche, depresión, comportamiento provocativo, auto-castigo, conducta obsesiva, pensamientos cargados de culpabilidad y esfuerzos desesperados

para defenderse demostrando que es absolutamente bueno, que no hace daño a nadie y que no es malo ni peligroso.

Las implicaciones del suicidio paterno, y sus graves consecuencias a largo plazo sobre la estructura psíquica del niño o la niña, exigen una cuidadosa y continuada vigilancia a todo lo largo del duelo desde una perspectiva multidimensional y multidisciplinaria.

2.6.4 CONSECUENCIAS DEL SUICIDIO EN LA PAREJA SOBREVIVIENTE

La pérdida de un ser querido que mantiene un vínculo cercano, supone como se ha planteado anteriormente un impacto emocional, más aún cuando el fallecido o fallecida deja con su muerte a su pareja viudo o viuda, estos deben encontrar la manera, sostiene Lorraine Sherr, en su libro *“Agonía, Muerte y Duelo”*, de enfrentar su propio dolor, el dolor de sus hijos, el de sus padres y el de sus parientes políticos. Deben encontrar la forma de adaptarse a la pérdida del compañero, del padre de los hijos o hijas, posiblemente del mayor aportador económico, del hombre protector, de la pareja sexual, y en algunos casos del sostén más ávido.

Los problemas incluyen el no salirse del presupuesto, las labores del hogar, el empleo, el cuidado de los hijos o hijas, los problemas de salud, las dificultades en el comportamientos de los infantes, la insensibilidad de algunas figuras de autoridad como maestros, médicos. Pueden verse vulnerables al aislamiento emocional y social, y más aún el tratar de ser el único proveedor tanto de autoridad como de afecto para los hijos e hijas que desesperadamente necesitan ambas cosas.

Las madres viudas pueden tener dificultades económicas. Pueden sufrir de una reducción del ingreso y por tanto de su nivel de vida. Pueden tener deudas de sus maridos y pueden sentirse desmoralizadas para reclamar sus beneficios en un lugar público sin ninguna privacidad. El aislamiento emocional parece ser una realidad para la

mayoría de los padres o madres viudas. Por lo general, sienten que ya no pertenecen al mundo de los vivos, su autoestima disminuye a medida que fallan nuevos intentos de relacionarse. Pueden experimentar auténtica soledad y dolor ya que se sienten incomprendidos y heridos por las personas que parecen no entender.

Junto con la pareja también se mueren los proyectos, objetivos y sueños que habían creado de manera conjunta. Cada persona experimenta el dolor de manera diferente, habrá personas que reaccionen con rabia, con sentimientos de culpa, soledad. La intensidad de las emociones dependerá del temperamento y la fortaleza emocional de cada persona.

A partir del momento de la pérdida de una persona significativa, independientemente de la forma de su muerte, inicia en las y los sobrevivientes un proceso que en la psicología científica se conoce como duelo, se estudiará por tanto los principales aportes que se han hecho desde las diferentes teorías.

2.7 TEORÍA DEL DUELO

Simone de Beauvoir sostenía la idea que la muerte no está ni cerca ni lejos, lo cual evoca a pensar que ésta puede llegar en cualquier etapa del ciclo de la vida. En efecto, en la actualidad es frecuente ver morir a personas tanto de edad avanzada como de edades tempranas.

A pesar de los altos índices de decesos por cualquiera que sea la forma en las diferentes sociedades del mundo, la literatura que se tiene sobre el proceso del duelo es escasa. Esto puede deberse a que las personas no piensan mucho en el tema de la muerte, lo que deja a este fenómeno como un tema tabú o de poco interés. Sin embargo la muerte, es algo que inevitablemente llegará a todas y todos los seres humanos, llevando consigo sufrimiento y dolor a las y los sobrevivientes con quien la persona fallecida sostenía un vínculo afectivo de una u otra manera, máxime en las primeras etapas del proceso de duelo.

A continuación se define el concepto del duelo según varios teóricos que lo han estudiado desde diferentes perspectivas.

2.7.1 APROXIMACIONES AL CONCEPTO DE DUELO

Sigmund Freud (1917), definía el duelo como la reacción emocional frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción equivalente y sentenció que éste impone considerables desajustes en la vida normal de una persona que pasarán al cabo de cierto tiempo. En su obra: “La aflicción y la Melancolía”, concibe el hecho que el rompimiento de un vínculo afectivo sea la muerte de una persona amada o la pérdida de algún objeto significativo para la persona, conllevaría una devastación emocional.

El investigador Paz Moreno Llorca en su obra: “Intervención en Duelo en las diferentes etapas evolutivas”, al igual que Freud, lo define como el proceso que experimenta una persona a raíz de la pérdida de alguien o algo con lo que se tiene un vínculo afectivo. En sus definiciones, coinciden ambos autores en la tesis de que el duelo se presenta tanto para las pérdidas humanas como para las pérdidas materiales.

O’Conor (1990), en su libro: “Déjalos ir con amor, la aceptación del duelo”, dice que el duelo es la respuesta normal al dolor y la angustia de la pérdida; destaca la idea que a pesar que el duelo conlleva dolor, es un proceso normal ante una pérdida afectiva. En su libro “El precio de la vida”, Viorst (1990) asegura que el duelo es un proceso a través del cual se elaborará psíquicamente la pérdida y en el cual se manifestarán una serie de patrones comportamentales afectivos y cognoscitivos.

Cuando se habla de duelo se supone automáticamente la pérdida de un ser querido, aunque dicho proceso psicológico también se presenta ante la pérdida de objetos materiales de alto significado para la persona como la pérdida de una casa, un empleo, estatus social, el robo de una joya, entre otros.

Sin embargo, el duelo psicológico a causa de la pérdida de una persona, tiene serias implicaciones en la estructura emocional de las o los sobrevivientes y a pesar de los abruptos cambios que conlleva, su curso puede considerarse como un proceso

normal luego de que la persona que lo enfrenta experimenta el rompimiento de un vínculo afectivo con una persona significativa.

Se debe diferenciar entonces las diferentes etapas que estructuran un proceso de duelo y las reacciones emocionales que en cada una de ellas se presentan.

2.7.2 ETAPAS DEL DUELO

Las personas que experimentan la pérdida de un ser querido, deben atravesar una serie de etapas que son necesarias y normales en un proceso de duelo. Para tener una mayor comprensión de dicha clasificación, se diferenciará el proceso a nivel individual y a nivel familiar. Lindenmann, Brow y Schulz, describen tres fases en el duelo individual:

2.7.2.1 FASE INICIAL O DE EVITACIÓN

Esta fase se caracteriza por una reacción normal y terapéutica, surge como defensa masiva del psiquismo, que perdura hasta que el Yo consiga asimilar gradualmente el golpe. Se presenta shock e incredulidad, incluso negación. Puede durar horas, semanas o meses. Es impactante e increíble y puede proteger al doliente de reacciones intensas. Como la certeza de la pérdida los inunda, la etapa inicial da paso a un sentimiento arrollador de tristeza, el cual se expresa con llanto frecuente.

El proceso de duelo inicia al poder ver el cuerpo. Lo que oficializa la realidad de la muerte es el entierro o funeral, que cumple varias funciones, entre ellas la de separar al muerto de los vivos.

2.7.2.2 FASE AGUDA DE DUELO

Esta fase puede durar 6 meses o más. Existe agudo dolor por la separación, desinterés por el mundo, preocupación por la imagen del muerto, incluso pseudo-alucinaciones, actitudes contrarias en las posesiones del muerto las cuales se mantienen o se hacen desaparecer, la rabia emerge suscitando

angustia y frecuentemente se desplaza hacia varios destinos. Estas sensaciones disminuyen con el tiempo, pero pueden repetirse en ocasiones como los aniversarios. Trabajo penoso de deshacer los lazos que continúan el vínculo con la persona amada y reconocer la ambivalencia de toda relación. Todas las actividades de la persona doliente pierden significado en esta fase.

2.7.2.3 RESOLUCIÓN DEL DUELO

Esta es la fase final del proceso de duelo. Se presenta una gradual reconexión con vida diaria. Se estabilizan los altibajos de etapa anterior. La energía psicológica ya está liberada y lista para reinvertirla, cuando los recuerdos de la persona desaparecida traen sentimientos cariñosos, mezclados con tristeza, en lugar del dolor agudo y la nostalgia. Muchos sobrevivientes se sienten fortalecidos y orgullosos de haberse recuperados.

Dichos autores establecen que hay cuatro tareas importantes que la persona debe superar para completar el proceso de duelo, estas son:

- Aceptar la realidad de la pérdida
- Experimentar la realidad de la pérdida
- Adaptarse a un ambiente en el cual falta el que murió
- Retirar la energía emocional y reinvertirla en nuevas relaciones

Llegar a reorganizar la vida, luego de perder a alguien con quien se ha establecido un vínculo afectivo no es tarea fácil.

Es una afirmación común entre quienes estudian el duelo señalar que éste no se vive de una manera lineal y unívoca y que no existe una manera adecuada de procesar la pérdida de una persona significativa. Es decir, cada caso representa un reto particular y una vivencia propia a cada persona que lo enfrenta.

Según Neimeyer R. A. en su libro: “Aprender de la pérdida, una guía para afrontar el duelo” (2002), la pérdida de un ser querido introduce cambios a nivel individual en tres aspectos de la vida del superviviente:

- La imagen de sí mismo, en la que antes se incluía al fallecido.
- El sistema de significados culturales-religiosos, cómo es vista la muerte en su cultura y sus creencias religiosas respecto a ella.
- La relación con las y los demás y actividades de ocio en ausencia del difunto.

Se puede observar entonces, que además de los cambios individuales que la pérdida de una persona significativa ocasiona entre sus familiares cercanos, también se registran alteraciones que corresponden al sistema familiar mismo, cuyas consecuencias desorganizan el modus vivendum de las y los miembros que la integran.

2.8 DUELO EN EL SISTEMA FAMILIAR

Bowlby, J. en su libro: “La pérdida afectiva”. (1980), establece que dentro del núcleo familiar, el duelo transita por 2 estadios posibles:

- **DESORGANIZACIÓN:**

Luego del apareamiento del suicidio aparece en el sistema familiar la irrupción de afectos caracterizada por etapas de shock, negación y rabia. Esta etapa permite el paso a una renegociación de sistemas relacionales. La familia establece dentro de su dinámica particular, pautas transaccionales, las cuales se entienden como el sistema de relaciones que la familia mantiene en su rutina diaria, las formas de comportarse de cada uno de sus miembros y el rol que cada quien ocupa dentro del sistema.

La muerte de una persona dentro de la familia, es un fenómeno que altera de forma abrupta la dinámica que la describe y conlleva el rompimiento de la estructura que a lo largo del tiempo la familia ha establecido. La desorganización de los sistemas

relacionales surge como una respuesta al rompimiento de la dinámica que la familia sostenía y que como causa del fallecimiento se ha modificado.

- **ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA:**

Comienza cuando la certeza de la pérdida hace posible, nuevas realidades relacionales. En este punto es importante también la red social que mantiene la familia.

El acontecimiento enfrentado por la familia, termina destruyendo el sistema relacional que antes le describía y es imposible volver a repetirlo, puesto que la ausencia de la persona que ha partido es irremplazable. La familia entonces se enfrenta ante el inminente surgimiento de una nueva estructura, en la cual cada uno de las y los miembros asumirá nuevos roles y una dinámica relacional diferente, que los llevará a establecer nuevas pautas transaccionales.

La calidad de esta estructura y el establecimiento del nuevo sistema de relaciones será determinante para la superación familiar del duelo.

2.8.1 TIPOS DE DUELO A NIVEL FAMILIAR

Existen diferentes tipos de duelo, que se precipitan según las circunstancias de cada persona y sus particularidades individuales. Se debe recordar que el duelo como tal es una reacción normal ante la pérdida de una persona significativa, sin embargo no todas las personas logran superar las fases de este proceso, quedando algunas estancadas en la etapa donde emergen sentimientos complejos e intensos sin que puedan lograr la aceptación de la pérdida y el reajuste o reorganización de la vida.

Navarro Serrer, Mariano (2006), clasifica el duelo según sus síntomas de la siguiente manera:

- **DUELO NORMAL:**

La familia elabora el quien se ha perdido, el que se ha perdido, en el sentido de los significados y él como recuperar lo recuperable. Es decir, las y los miembros

de la familia asumen un nuevo rol y se enfrentan a las exigencias de la vida en busca de sus proyecciones familiares y personales.

- **DUELO BLOQUEADO O CONGELADO:**

Puede aparecer en las diferentes etapas del duelo, entre la desorganización y la organización, con áreas de rigideces. La negación a la realidad de la pérdida, la evitación del trabajo de duelo, el bloqueo emocional-cognitivo se manifiesta a través de conductas, percepciones ilusorias, síntomas somáticos, mentales o relacionales.

- **DUELO COMPLICADO:**

Presencia de síntomas o conductas de riesgo sostenidas en el tiempo y de intensidad riesgosas para la salud dentro del contexto de pérdida.

- **DUELO PATOLÓGICO:**

La persistencia o intensidad de los síntomas ha llevado a alguno de las y los miembros de la familia, o a varios, a detener la vida laboral, relacional, académica y orgánica.

Bowlby señala que las variedades patológicas del duelo pueden adquirir distintos grados, desde los más leves hasta los sumamente graves y que los primeros a veces son difíciles de distinguir de un duelo normal.

Viors (1990), define como duelo crónico aquellos casos en que las personas no superan la etapa de dolor intenso y siguen presentes la furia, la culpa, el odio, y la depresión más allá del tiempo en que generalmente se da por cerrado el ciclo del duelo normal, que es alrededor de dos años.

El tiempo, la incapacidad de reorganizar la vida y la presencia de algunos síntomas como alcoholismo, hipocondría, depresión, son los tres factores señala Bowlby (1993), que se detectan en un proceso de duelo alterado o patológico. También ha encontrado que la mayoría de las personas que presentan alteraciones del duelo

empeoran su estado de salud a pesar de los años transcurridos desde la pérdida y dice que el insomnio es un rasgo casi universal y también son muy comunes las cefaleas, la ansiedad, la tensión, y la fatiga. (Bowlby 1993)

2.9 SÍNTOMAS DE ALARMA EN EL PROCESO DE DUELO

Anteriormente se ha explicado que una amplia gama de reacciones son normales en los primeros meses que siguen al deceso. Sin embargo algunas personas pueden enfrentar inadecuadamente las diferentes etapas que configuran el duelo psicológico.

Según Neimeyer, una persona no está elaborando su duelo de forma adecuada cuando manifiesta alguna de las siguientes señales:

- La persona menciona la pérdida en entrevista con dolor intenso pasados varios meses de la misma.
- Algún acontecimiento desencadena una reacción excesiva.
- Períodos de extrema tristeza o demasiado extensos donde pueden presentarse deseos de suicidio a veces en fechas señaladas
- Episodios de conducta agresiva o conductas impulsivas, como abuso de sustancias.
- Objetos de vinculación muy marcados o lo contrario, esconder o deshacerse de todos los objetos recordatorios.
- Imposibilidad de incorporarse al funcionamiento vital pasadas unas semanas de la muerte.
- Compulsión de imitar al fallecido o fallecida o presencia de los mismos síntomas que tenía al morir. Obsesión con la enfermedad y la muerte.
- No haber expresado abiertamente dolor en las primeras semanas de duelo o haber realizado cambios radicales de estilo de vida.
- Pensamientos recurrentes de culpa o asuntos pendientes con el fallecido o fallecida, remordimientos por haberle causado daño o haberle descuidado en vida.

- La persona no asistió al funeral o nunca ha vuelto a mencionar al ser querido que desapareció.

Estos indicativos de sufrimiento y dolor más intensos de lo habitual pueden ser consecuencia de que la persona se ha visto sobrepasada en algún momento y ha adoptado conductas de evitación del dolor o del cambio, lo cual detiene el proceso de despedida que en definitiva es el duelo. Por supuesto, se debe tomar en cuenta el tipo de relación (Esposo-esposa, hijo-hermana, abuelo-tío, entre otros) dado que lo que puede ser normal en uno puede ser un problema evidente en otro.

Neimeyer afirma que puede ocurrir que se demore el duelo por lo que durante las primeras semanas no presenta ningún síntoma, o bien se dé un duelo crónico que significa que la duración es excesiva, se puede considerar un duelo enmascarado, cuando sólo hay síntomas somáticos que coinciden con la fecha de la muerte; también se puede generar un duelo exagerado que es cuando él o la doliente entra en un trastorno psicopatológico como depresión mayor, bipolar, abuso de sustancias, trastorno de ansiedad u otros.

2.10 RECOMENDACIONES PARA SUPERAR ADECUADAMENTE EL PROCESO DE DUELO

Worden, J.W. en su libro: “El tratamiento del duelo. Asesoramiento psicológico y terapia”, (1991), sostiene que la persona que ha perdido un objeto de apego debe resolver activamente cuatro tareas o desafíos, que son:

- **ACEPTAR LA REALIDAD DE LA PÉRDIDA**

Durante los primeros días existe una cierta tendencia natural a no admitir la muerte o no darse cuenta en el plano real de su ausencia. Se coge el teléfono para llamarle o parece que abrirá la puerta en cualquier momento. Esto es normal en los primeros días, incluso semanas, es necesario estar informado de que no significa que la persona esté perdiendo la razón o exagerando en su reacción. Es normal en los

primeros días no tocar las posesiones del fallecido, recordar sólo lo agradable de la relación, pero progresivamente ir admitiendo que la muerte es real y no tiene posibilidad de cambiarse.

- **SENTIR Y ELABORAR EL DOLOR Y OTRAS EMOCIONES**

Después del aturdimiento y la confusión, el dolor y otras emociones aparecen y es imprescindible sentir las en toda su dimensión. Cualquier evitación o retraso del natural sufrimiento prolongará el duelo innecesariamente. El duelo se elabora cuando se habla del fallecido, cuando se llora, se expresa la desesperanza de encontrar otra persona igual, se es incapaz de ir a trabajar, pero también cuando se siente culpa por no haberle visto más, no haberle cuidado o por haber tenido una relación tormentosa (malos tratos, abuso, haber cortado la relación). Es habitual también el enfado por el abandono que supone la muerte, aunque es difícil que la persona tome conciencia de él. No se trata, entonces de una aceptación intelectual, sino emocional de la pérdida.

- **ADAPTARSE A LOS CAMBIOS EN EL MEDIO**

Sobre todo en el caso de cónyuges, padres, madres, hijos o hijas, la muerte supone la desaparición de una persona que cumplía unas funciones que ahora el o la sobreviviente, tiene que retomar como por ejemplo: ponerse a trabajar, educar en soledad, cuidar un negocio. Se rompen cadenas conductuales que estaban asociadas al difunto, como salidas sociales, actividades de ocio o relaciones con la familia política. Estas demandas crecientes e inmediatas son en la mayor parte de los casos asumidas con el apoyo de la red social. Al mismo tiempo que se rehace la vida, aparecen los sentimientos de culpa por estar dejando al fallecido atrás en el curso de la propia vida.

- **RECOLOCAR AL FALLECIDO EMOCIONALMENTE Y REANUDAR LA PROPIA VIDA**

Finalmente, se debe aceptar que los recuerdos que se tienen de la persona fallecida nunca van a desaparecer, pero que nunca volverá a su vida, y el sobreviviente debe decirle adiós a su ser querido.

Se debe deshacer de la mayor parte de los recuerdos y conservar un par de ellos, verbalizar los recuerdos malos y buenos. Reconocer que es preciso empezar a amar a nuevas amistades, y darse permiso para dejar el luto interior. Pasar de decir estoy casada a soy viuda, de decir somos tres hermanos a éramos tres hermanos. El paso final es decir adiós para siempre sabiendo que no va a olvidar el paso de la persona fallecida por su vida.

Cabe hacer mención que Bowlby plantea que superar estos elementos no es solo tarea de la persona afectada a nivel individual, sino también del sistema familiar en general. De su obra se retoma el siguiente cuadro:

El proceso de duelo y la familia

DUELO INDIVIDUAL	DUELO FAMILIAR
Asumir la realidad de la pérdida	Reconocimiento compartido de la realidad de la pérdida
Dar expresión a las emociones y al dolor	Experiencia compartida de las emociones y del dolor.
Adaptarse a un medio en el que el fallecido o fallecida está ausente	Reorganización del sistema familiar
Recolocar emocionalmente al fallecido o fallecida y continuar viviendo	Reintegración en otras relaciones y metas e intereses en la vida

La atención individual debe tener en cuenta las características de la población, por ello, se hace necesario citar algunas sugerencias que permitan manejar adecuadamente el proceso de duelo en niñas y niños.

Según Bautista, M. y Correa. M. 1996, es difícil decidir el momento adecuado para hablarle a una niña o niño sobre el suicidio. El mejor momento para hacerlo parece ser el de la muerte misma, antes de que los conflictos e inquietudes hayan adoptado la forma de síntomas o problemas de comportamiento y antes de que otras u otros niños lo comenten. Los niños y las niñas comprenden mejor el asesinato que el suicidio, porque conocen y están familiarizados con sus sentimientos agresivos.

Si el padre o madre sobreviviente opta por mantener el secreto o deformar la realidad de los hechos que daría lugar a una comunicación distorsionada, el niño o la niña se dará cuenta de que hay algo que se le oculta o es incongruente con la realidad que aprecia, lo cual levantará una barrera en la comunicación entre padre e hijo, precisamente en un momento en que el niño o la niña necesita expresar sus ambivalentes y conflictivas emociones.

Lorraine (1980), afirma: “Compartir la tristeza y la confusión con los niños y las niñas es, por tanto, más saludable que pretender negarlas. Las y los niños pueden manejar la verdad si se maneja en forma simple y si después el intercambio de sentimientos que son dolorosos puede ser reconocido como algo natural”

Las recomendaciones anteriores y las metas establecidas en el proceso de duelo por Worden, aportarán elementos fundamentales para la construcción de la Propuesta de Intervención sobre los efectos psicológicos provocados por el suicidio, como fin ulterior de esta investigación; tales recomendaciones se consideran oportunas para que familiares cercanos sean intervenidos e intervenidas en cualquier proceso de duelo.

CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 POBLACIÓN

El universo poblacional donde fue realizada la investigación comprendió a familiares cercanos de empleados de la Policía Nacional Civil fallecidos por suicidio, en el período de enero de 2010 a marzo de 2011; el total de fallecimientos registrados fué de siete, participando por consiguiente en esta investigación siete familias, en ellas se encontraron presentes seis compañeras de vida en calidad de viudas, cuatro madres de miembros fallecidos, trece hijos e hijas entre las edades 2 a 16 años, y 2 hijos de crianza de 15 y 19 años, conformando en su totalidad un universo poblacional de veinticinco personas. Cabe mencionar que debido a la cantidad total de la población los resultados obtenidos no pueden ser generalizados, a poblaciones similares, sin embargo; han sido utilizados para diseñar una propuesta de plan de intervención psicoterapéutico que pretende atender las necesidades detectadas y se constituye como una herramienta que ofrece seguridad emocional a las y los afectados.

Las y los participantes en la investigación fueron familiares cercanos de empleados que fallecieron en el período de enero de 2010 a marzo de 2011. Entre ellas y ellos se encontraron hijos e hijas, compañeras de vida y algunos casos la madre del fallecido, en vista de ello, no se utilizó técnicas de muestreo ya que el tipo de selección fue **intencional selectivo**, las características de la población investigada fueron:

- **Hijas e hijos de padres fallecidos por suicidio:**

Niñas y niños de 2 a 10 años y adolescentes y jóvenes de 11 a 19 años, todos ellos hijos e hijas de padres fallecidos por suicidio, en el período de enero de 2010 a marzo de 2011, los cuales residen en los diferentes departamentos de El Salvador.

- **Cónyuge o compañera de vida:**

Responsable de hijas e hijos en la actualidad, que convivió con el fallecido en calidad de cónyuge o compañera de vida.

- **Madres de fallecidos:**

Progenitoras mayores de 51 años, quienes residían en la misma casa con el fallecido o cerca de la familia, las cuales mantuvieron un vínculo afectivo con el miembro de la corporación policial.

3.2 INSTRUMENTOS

Los instrumentos que se utilizaron para la recolección de los datos en la investigación fueron:

- **GUÍAS DE ENTREVISTAS**

- **GUÍA DE ENTREVISTA PARA FAMILIARES ADULTOS**

Dirigida a responsables adultos de las familias participantes en la investigación, con el objetivo principal de identificar las posibles consecuencias psicológicas manifestadas en el sistema familiar, posterior al fallecimiento por suicidio de uno de sus miembros.

Consta de 60 ítems y se divide en cuatro partes: Datos generales de la familia, historia familiar, exploración de los hijos e hijas y exploración personal. Las áreas que el instrumento explora son el contexto y la dinámica familiar antes y después del suicidio, relaciones familiares actuales, comportamientos de los hijos e hijas a raíz del fallecimiento del padre, alteraciones del sueño y conductuales a raíz del fallecimiento, adolescencia, además la exploración personal incluye autoestima, pasatiempos, reacciones emocionales con la pérdida, proyecto de vida y posibles factores de riesgo en la conducta suicida. (Ver anexo 3)

- **GUÍA DE ENTREVISTA PARA HIJOS E HIJAS ADOLESCENTES ENTRE LAS EDADES DE 11 A 16 AÑOS**

Dirigida a adolescentes entre las edades de 11 a 16 años de edad, con el objetivo principal de identificar las posibles consecuencias psicológicas manifestadas en las y los hijos e hijas adolescentes, posterior al fallecimiento por suicidio de su padre.

Se estructura de 41 ítems y explora la percepción de las y los adolescentes acerca de su ambiente escolar y contexto familiar, además indaga sobre sus relaciones interpersonales, sus intereses y motivaciones. (Ver anexo 4)

- **GUÍA DE OBSERVACIÓN EN ACTIVIDAD LÚDICA PARA NIÑOS Y NIÑAS DE 2 A 10 AÑOS**

Dirigida a niños y niñas entre las edades de 2 a 10 años de edad, con el objetivo de recabar información importante sobre el contexto familiar a través de la observación de las condiciones ambientales en que vive la familia y el registro conductual de las niñas, niños, en ambiente natural.

Es una guía que exige respuestas dicotómicas y que explora áreas como afectividad, autoestima, relaciones interpersonales, motricidad, comunicación y actitud ante la autoridad. (Ver anexo 5)

Cabe mencionar que los instrumentos indicados anteriormente, se han sometido a validación a través de **juicio de expertos** o también llamada validación por jueces. (Ver anexo 1)

- **PRUEBAS PSICOLÓGICAS.** De igual forma para enriquecer la investigación se utilizaron pruebas psicológicas a fin de explorar la estructura psicológica de las y los miembros de las familias participantes e identificar posibles consecuencias psicológicas o desajustes en los niveles cognitivo, emocional y conductual que puedan ser asociados con el fallecimiento del padre.

Las pruebas que se utilizaron fueron:

- **En niñas, niños y adolescentes: TEST PATA NEGRA.**

El test Pata Negra, desarrollado por Corman y un grupo de colaboradores del Centro médico pedagógico de Nantes, se inscribe dentro del grupo de pruebas proyectivas que se utilizan como método facilitador de la proyección, la expresión libre y directa por parte del sujeto. La prueba explora

fundamentalmente la estructura de la personalidad en los menores de edad, aspectos cognitivos, emocionales y conductuales, mecanismos de defensa y la percepción de su contexto psicosocial.

Para su aplicación se utilizan 18 láminas con dibujos que representan escenas de diversos temas, las cuales la o el menor deberá ir describiendo y estructurar una historia con los personajes estimulándolo con preguntas iniciales. La o el menor podrá decidir lo que ha ocurrido antes y lo que ocurrirá después de cada escena, determinará libremente los sentimientos de los protagonistas; y además es libre para la distribución final de las imágenes entre las que le han gustado y las que rechaza.

Su aplicación en esta investigación es de suma importancia ya que pretendió evaluar a la o el menor de entre 5 y 15 años de edad, a través de la expresión libre, experimentando la prueba de forma lúdica, como si se tratara de contar una historia, donde el producto esperado es la proyección. Además constituyó una herramienta fundamental para aquellos niños, niñas u adolescentes que presentaron una personalidad introvertida o que se les dificultaba la fluidez para expresar sus ideas. (Ver anexo 5)

▪ **En adolescentes desde 16 años y personas adultas: CUESTIONARIO FACTORIAL DE PERSONALIDAD 16 PF.**

El cuestionario de Personalidad de 16 factores (denominado en adelante con las siglas 16 PF), de R.B. Cattell, es un instrumento de valoración objetiva, elaborado mediante investigación psicológica, con el fin de ofrecer, en el menor tiempo posible, una visión más completa de la personalidad.

Explora la personalidad y desajustes que puedan presentarse en las personas examinadas. Las escalas principales y propensas a esos desajustes son ansiedad, estabilidad emocional, aprensividad, tensión o frustración.

El equipo investigador utilizó la forma A, para personas adultas de un nivel académico superior al bachillerato y la forma C, para personas con un nivel académico inferior al bachillerato.

Su aplicación en esta investigación se justifica porque dicho cuestionario además de sustentarse teóricamente, es una prueba validada a través de su aplicación en diversas muestras y condiciones. Es importante mencionar que su aplicación aportó al equipo investigador información relevante sobre rasgos de personalidad y estructura emocional de las personas adultas que participaron en la investigación y permitió analizar a mayor profundidad los efectos psicológicos provocados por el suicidio. (Ver anexo 8)

3.3 PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO

El proyecto de investigación requirió una serie de pasos, los cuales se presentan a continuación:

En primera instancia la conformación del equipo de trabajo por estudiantes egresados de la carrera de Licenciatura en Psicología, y la selección del área y la temática a investigar. Luego fue asignado el Docente Director del proyecto, con quien el equipo sostuvo diversas reuniones enfocadas a la Delimitación de la temática de investigación.

Posteriormente el equipo asistió a la reunión convocada por el Coordinador de Proceso de Grado, e inició la elaboración del Perfil de Investigación. Se llevaron a cabo visitas a la Policía Nacional Civil de El Salvador, Institución donde se realizó el estudio, con el objetivo de gestionar los permisos necesarios y mantener la comunicación con la misma. Seguidamente se revisó expedientes y la información necesaria para el establecimiento de la población total y las características de la misma. Finalmente se diseñó y entregó el Perfil de Investigación a las instancias respectivas para su debida revisión y corrección.

Seguidamente se elaboró el Proyecto de Investigación, iniciando con el diseño del marco teórico, el cual fue enriquecido con diferentes teorías, tales como la teoría del suicidio, teoría del duelo, teoría del desarrollo psicosocial de Erickson, teoría del apego entre otras. Dicho marco teórico fue sometido a revisión por parte del Docente Asesor. Acto seguido fueron elaborados los instrumentos iniciales, los cuales se sometieron a una prueba de validación por un equipo de jueces, conformado por cinco profesionales del Departamento de Salud Ocupacional de la Policía Nacional Civil, (Ver anexo 2) quienes revisaron la propuesta inicial de los instrumentos utilizando una guía de validación elaborada por el equipo investigador y posteriormente realizaron las observaciones a partir de su pericia. El equipo profesional seguidamente incorporó dichas observaciones obteniendo como productos finales los instrumentos que se emplearon en la investigación de campo (Ver anexo 3, 4, 5) y fueron entregados a las instancias respectivas para revisión y corrección.

Entregado el proyecto, el equipo investigador se dispuso a establecer nuevamente los contactos con la Institución Policial, iniciando con las gestiones necesarias para establecer el acercamiento con las familias participantes. Fueron calendarizadas las visitas domiciliarias para los meses de mayo y junio.

Posteriormente se realizaron las visitas de campo a las comunidades donde habitan las familias participantes, con el objetivo de conocer el ámbito familiar y realizar la aplicación de los diferentes instrumentos a las y los miembros de la familia. En dicha visita en primer lugar se desarrolló una actividad de diagnóstico con toda la familia (Ver anexo 6) donde se observó las conductas y las reacciones emocionales de las y los miembros, con énfasis especial en las y los niños, mediante el implemento de actividades lúdicas y psicoterapéuticas; para cumplir con este objetivo en dicha jornada se implementó una guía de observación. (Ver anexo 5). Posteriormente fueron aplicadas las pruebas psicológicas para las y los miembros, de manera simultánea en niños, niñas, adolescentes y adultos. Seguidamente se realizaron entrevistas a las y los miembros en edad adulta y a adolescentes. Estas entrevistas estuvieron diseñadas con

el fin de identificar las posibles consecuencias psicológicas manifestadas en estos miembros, posterior al fallecimiento de su familiar. (Ver anexo 3 y 4)

Finalizado el proceso de recolección de datos, se realizó la sistematización de los mismos a través de criterios establecidos por la metodología de una investigación diagnóstica. Con los elementos analizados, interpretados y enriquecidos con de la teoría necesaria, el equipo investigador diseño la Propuesta de Plan de Intervención sobre los efectos psicológicos provocados por el suicidio, en familiares cercanos de miembros de la Corporación Policial.

Posteriormente se entregó el Informe Final de Trabajo de Investigación, incorporando los elementos del proyecto, los resultados de la Investigación y la Propuesta de Plan de Intervención, en primera instancia al Docente Director para su oportuna revisión y al Coordinador de Proceso. Seguidamente fueron incorporadas las observaciones recibidas por los responsables y se entregó el Informe Final a la Universidad de El Salvador y a la Institución Policial.

Seguidamente se solicitó a la Coordinación de Proceso de Grado la asignación de la fecha correspondiente a la exposición oral de trabajo de Investigación, con el objetivo de realizar la Defensa Oral del trabajo de Graduación.

3.4 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La investigación realizada recolectó la información directamente de las y los participantes, ya que a través de esta población se analizó los efectos psicológicos que se producen por el suicidio de un miembro de la familia, sin existir algún tipo de manipulación o control de variables, por tanto, el diseño empleado fue un **diseño de campo**, además el tipo de investigación ha sido descriptiva ya que se pretendía conocer, analizar y presentar los efectos del fenómeno del suicidio en las familias participantes.

EFECTOS PSICOLÓGICOS DEL SUICIDIO

3.5 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades	MESES																											
	FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO			
Semanas	1	2	3	4	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 de temática																												
Asignación de Docente asesor																												
Reunión Coordinador de proceso de grado																												
Elaboración del perfil del proyecto																												
Asesorías con el docente asesor																												
Inmersión en la institución																												
Revisión de expediente																												
Revisión y Elaboración del Marco Teórico																												
Elaboración, revisión y validación de instrumentos																												
Contactos con familias																												
Visitas a familias y recolección de información.																												

EFFECTOS PSICOLÓGICOS DEL SUICIDIO

Actividades	MESES																											
	FEBRERO				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	1	2	3	4
Análisis e interpretación de los resultados																												
Elaboración de propuesta de plan de intervención																												
Elaboración de Informe Final de Trabajo de Investigación																												
Revisión de Informe Final de Trabajo de Investigación																												
Defensa de Trabajo de grado																												

Nota: Las actividades y las fechas del presente cronograma se encuentran sujetas a cambios y pueden modificarse en el transcurso del proceso de investigación.

CAPITULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4.1 SISTEMATIZACIÓN DE ENTREVISTAS A FAMILIARES

ADULTOS Y ADOLESCENTES

La aplicación de la entrevista a familiares cercanos en la Investigación, dio como resultado diversas apreciaciones cuantitativas y cualitativas, relacionadas a siete grandes Unidades de Análisis:

1. Factores de riesgo de la conducta suicida.
2. Ideas e intento suicida.
3. Relaciones familiares y con la comunidad.
4. Efectos Psicológicos en niños y niñas.
5. Efectos Psicológicos en adolescentes.
6. Efectos Psicológicos en familiares adultos.
7. Efectos Psicológicos en el contexto escolar luego de la pérdida.

Todo ello con el fin de recabar información que enriquezca la investigación sobre los Efectos Psicológicos del Suicidio en familiares cercanos, y sus respectivas interpretaciones; garantizando así, la creación de una propuesta de Plan de Intervención Psicológico acorde a las necesidades específicas de la población en estudio.

4.1.1 DATOS GENERALES

La entrevista aplicada a familiares cercanos de miembros de la Corporación Policial fallecidos por Suicidio en el período de enero de 2010 a marzo de 2011, reveló las siguientes características socio-demográficas de la población:

TABLA N° 1: CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ENTREVISTADA

EDAD	Entre 10 y 12 años	4
	Entre 13 y 15 años	2
	Entre 16 y 19 años	3
	Entre 20 y 30 años	1
	Entre 31 y 40 años	5
	De 51 años en adelante	4

GÉNERO	Hombre	8
	Mujer	11
RELIGIÓN	Católica	11
	Cristiana - Evangélica	6
	Testigo de Jehová	1
	No profesante	1
PARENTESCO	Hijo o hija	9
	Esposa o Compañera de vida	6
	Madre de fallecido	4
OCUPACIÓN	Estudiante	9
	Ama de casa	4
	Comerciante	1
	Profesional (Profesora)	2
	Empleada	1
	Oficio: Cosmetóloga y costurera	2

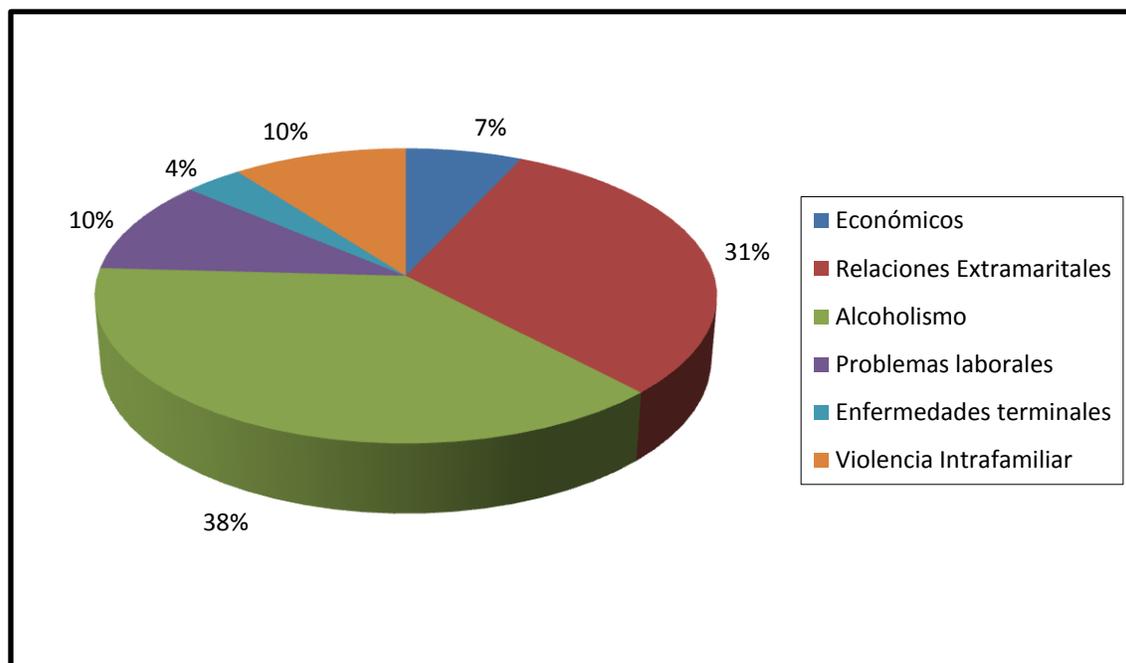
Como puede observarse en la Tabla N°1, los preadolescentes y adolescentes entrevistados se encuentran entre las edades de 11 a 15 años, considerando a dos jóvenes de 16 y 19 años, a los cuales se les aplicó la entrevista dirigida a adolescentes ya que exploraba las consecuencias del suicidio en los hijos y las hijas. La población adulta entrevistada se encuentra entre las edades de 20 a 66 años de edad, entre estas pueden destacarse la presencia de seis esposas o compañeras de vida y cuatro madres de empleados fallecidos. El género predominante en la población en estudio es el femenino ya que se entrevistaron a 11 mujeres entre ellas hijas, esposas, compañeras de vida y madres de fallecidos, del género masculino fueron entrevistados 8 hijos de los empleados fallecidos. Por otro lado, puede observarse que de las religiones que profesan la población en estudio, tenemos que 11 de las y los entrevistados son católicos, 6 pertenecen a la religión cristiana-evangélica, una asiste a los Testigos de Jehová y una de ellas manifestó que no profesa ninguna religión. Además, en

la población entrevistada, se destacan la presencia de 8 estudiantes de educación básica y media y uno de educación universitaria, además se encontraban 4 amas de casas, una comerciante del sector informal, 2 profesoras con educación superior, una empleada y dos personas que practican oficios, una de cosmetología y otra de costurería.

TABLA Nº 2: FACTORES DE RIESGO EN LA CONDUCTA SUICIDA

CATEGORIAS	CANTIDAD	PORCENTAJE
Económicos	2	6.9
Relaciones Extramaritales	9	31.0
Alcoholismo	11	37.9
Problemas laborales	3	10.3
Enfermedades terminales	1	3.4
Violencia Intrafamiliar	3	10.3
TOTAL	29	100 %

GRÁFICO Nº 1: FACTORES DE RIESGO EN LA CONDUCTA SUICIDA

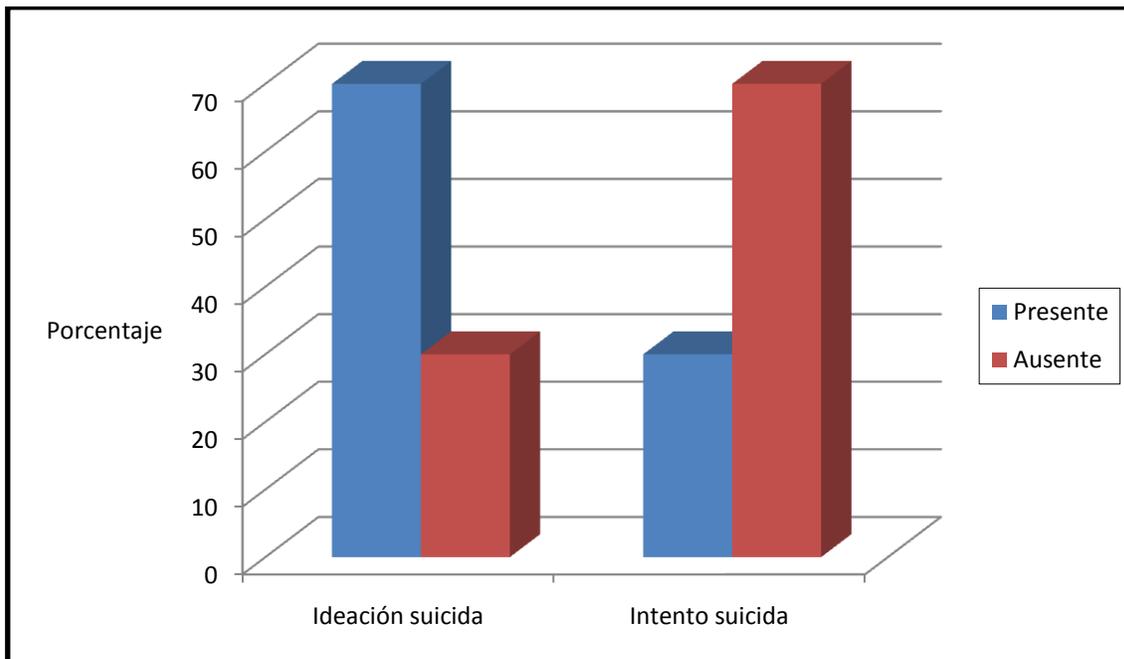


Los resultados de las entrevistas aplicadas a dicha población indica que el Alcoholismo es el factor de riesgo más significativo, como puede observarse en el gráfico, este representa un 38% de las respuestas de las y los participantes, por otro lado un segundo factor son las relaciones extramaritales, el cual representa un 31% de las afirmaciones, dicho factor supone la existencia de infidelidad en la pareja. Además se observa que se encuentra representado con un 10% de las respuestas, el factor de Violencia Intrafamiliar y otro 10% consideran como factor de riesgo los Problemas Laborales. Mientras que el factor económico según las respuestas de las y los familiares adultos y adolescentes constituye un 7% de las causas o factor de riesgo en la conducta suicida. En último lugar, se define las enfermedades terminales con un 4% como un factor de riesgo para cometer suicidio.

TABLA N° 3: IDEA E INTENTO SUICIDA

CATEGORIAS	PRESENTE		AUSENTE	
	CANTIDAD	PORCENTAJE	CANTIDAD	PORCENTAJE
Ideación suicida	7	70%	3	30%
Intento suicida	3	30%	7	70%
TOTAL	10	100%	10	100%

GRÁFICO Nº 2: IDEA E INTENTO SUICIDA

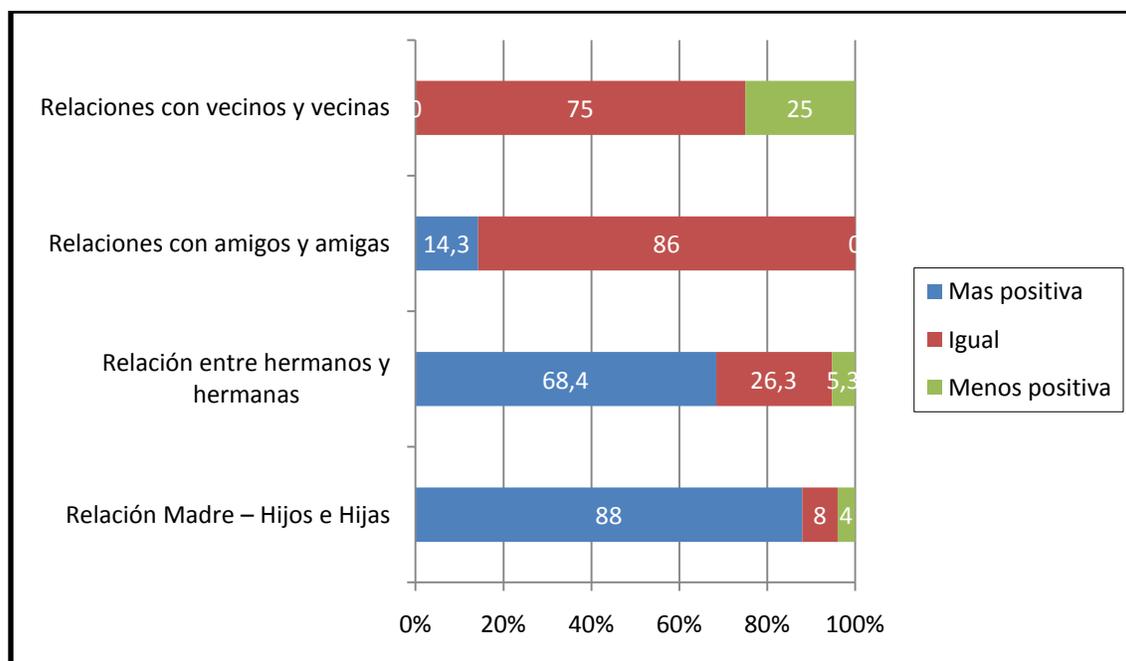


Los resultados obtenidos de las entrevistas a las familias en investigación, revelan la presencia o ausencia de la idea e intento suicida en el familiar antes de consumir el hecho, como puede observarse en el gráfico solamente un 70% de los casos manifestó la idea de quitarse la vida, mientras que un 30% no lo hizo; a pesar de la presencia o ausencia de la idea suicida, las y los familiares manifiestan que solo un 30% de los casos realizaron intentos para quitarse la vida y un 70% no cometieron ningún tipo de intento suicida.

TABLA Nº 4: RELACIONES FAMILIARES Y CON LA COMUNIDAD LUEGO DE LA PÉRDIDA

CATEGORIAS	MÁS POSITIVA ⁵		IGUAL		MENOS POSITIVA		TOTALES	
	CANT.	%	CANT.	%	CANT.	%	CANT	%
Relación Madre – Hijos e Hijas	22	88.0	2	8.0	1	4.0	25	100
Relación entre hermanos y hermanas	13	68.4	5	26.3	1	5.3	19	100
Relaciones con amigos y amigas	3	14.3	18	86.0	0	0.0	21	100
Relaciones con vecinos y vecinas	0	0	18	75.0	6	25.0	24	100

GRÁFICO Nº 3: RELACIONES FAMILIARES Y CON LA COMUNIDAD LUEGO DE LA PÉRDIDA



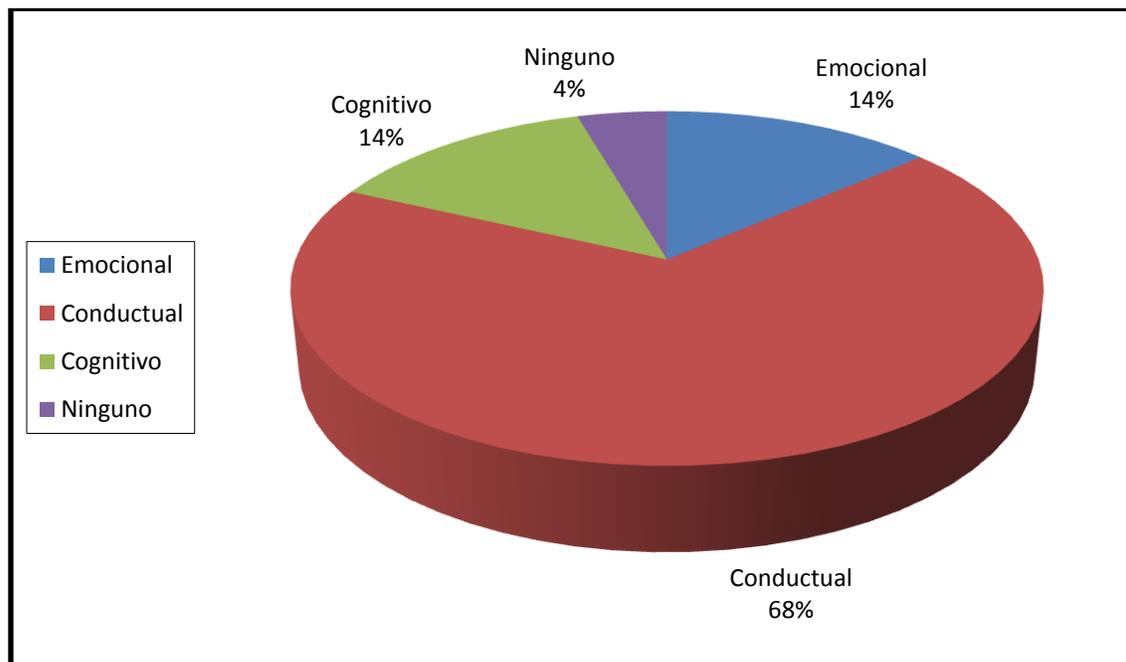
⁵En esta investigación se entenderá como Más positiva las relaciones caracterizadas por más unión, confianza, apoyo, comunicación y más cercanas. La categoría Igual indicará que las relaciones no sufrieron cambios significativos luego de la pérdida y deberá considerarse Menos positiva aquellas relaciones distantes, violentas, con desconfianza o indiferentes.

En las entrevistas realizadas a los familiares adultos y adolescentes participantes en la investigación se reveló que el conjunto de relaciones de la familia sufrió algún tipo de cambio luego de la pérdida de su familiar. Como puede observarse en la gráfica la relación Madre-Hijos e Hijas se convirtió en más positiva según el 88% de las afirmaciones, mientras que un 8% manifestó que se mantenía igual y un 4% expresó que luego de la pérdida la relación se volvió menos positiva. Por otro lado, la Relación entre hermanos se convirtió en más positiva según un 68.4% de las afirmaciones, un 26.3% dice que se mantuvo igual y solo un 5.3% sostiene que es menos positiva. En las relaciones con la comunidad, la relación con amigos y amigas se volvió más positiva en un 14.3% y se mantuvo igual en un 86%, mientras que la relación de la familia con los vecinos y vecinas se mantuvo igual con un 75%.

TABLA Nº 5: EFECTOS PSICOLÓGICOS EN NIÑOS Y NIÑAS LUEGO DE LA PÉRDIDA

CATEGORIAS	CANTIDAD	PORCENTAJE
A nivel emocional	3	13.6
A nivel conductual	15	68.18
A nivel cognitivo	3	13.6
Ninguno	1	4.5
TOTAL	29	100 %

GRÁFICO Nº 4: EFECTOS PSICOLÓGICOS EN NIÑOS Y NIÑAS LUEGO DE LA PÉRDIDA

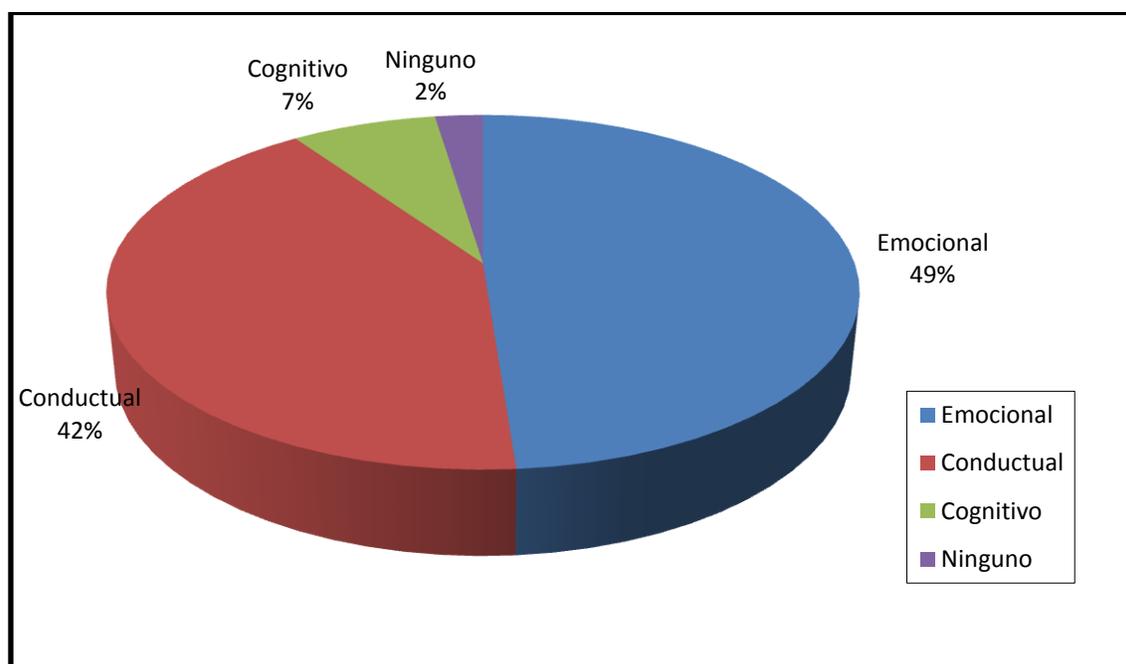


En relación a los efectos psicológicos provocados por el suicidio en niños y niñas, los resultados de las entrevistas expresan que el área más afectada en las y los menores es la conductual, como puede observarse en el gráfico, ésta constituye un 68% de las respuestas, las conductas presentes son: pérdida de interés en actividades sociales, agresividad, rebeldía, llanto, aislamiento e irritabilidad. No obstante, la investigación revela la presencia de efectos en el área emocional, la cual se encuentra representada con un 14% de las afirmaciones, entre los efectos se encuentran: tristeza, falta de ánimo y desmotivación. Finalmente según el 14% de las respuestas, las y los familiares sostienen que existen efectos en el área cognitiva, los cuales se caracterizan principalmente por la presencia de ideas suicidas en las y los menores. Otro 4% de las respuestas en las y los participantes sostuvo que no hubo cambios significativos en los niños y las niñas luego de la pérdida.

TABLA Nº 6: EFECTOS PSICOLÓGICOS EN ADOLESCENTES LUEGO DE LA PÉRDIDA

CATEGORIAS	CANTIDAD	PORCENTAJE
A nivel emocional	20	48.8
A nivel conductual	17	41.5
A nivel cognitivo	3	7.3
Ninguno	1	2.4
TOTAL	41	100 %

GRÁFICO Nº 5: EFECTOS PSICOLÓGICOS EN ADOLESCENTES LUEGO DE LA PÉRDIDA



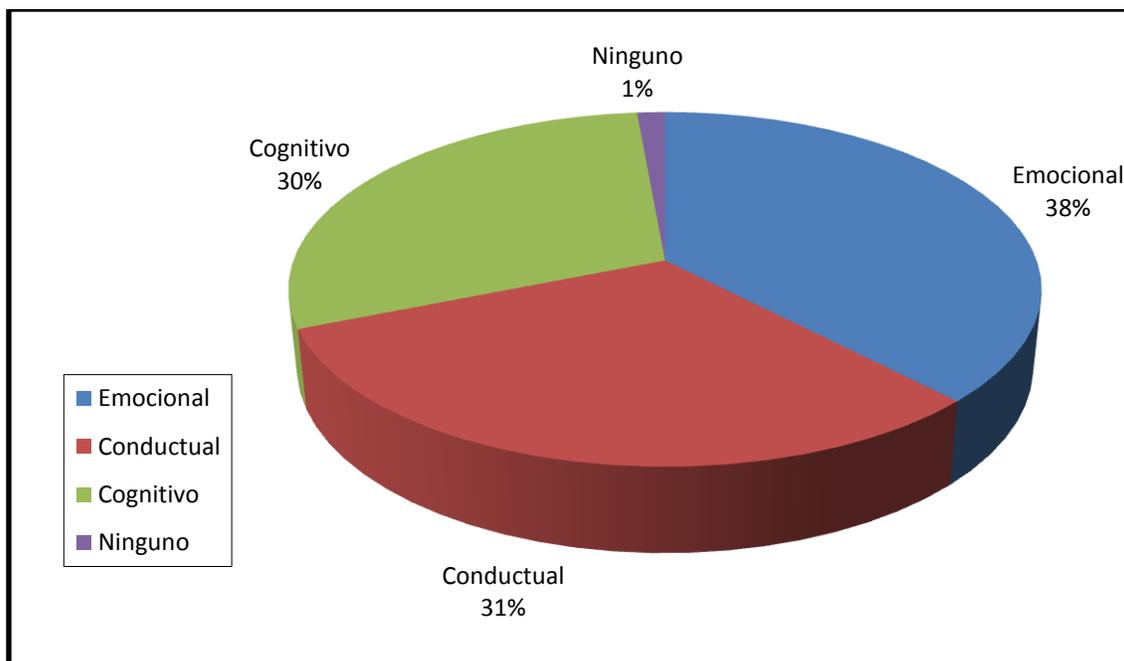
Los resultados de las entrevistas revelan que en las y los adolescentes el área más afectada es la emocional, ésta constituye un 49% de las respuestas de familiares adultos y adolescentes, las manifestaciones en esta área son: tristeza, falta de ánimo, desmotivación, soledad, lástima, impotencia (en caso de adolescente mayores) y preocupación incluso por la familiar sobreviviente. Por otro lado, la afectación en el área conductual constituye un 42% de las respuestas,

los efectos en las y los adolescentes son la pérdida de interés en actividades sociales, agresividad, rebeldía, llanto, aislamiento e irritabilidad. Además, manifiestan efectos en el área cognitiva, como puede observarse, ésta representa un 7% de las afirmaciones, las características en ésta área son la ideación suicida y la incertidumbre. Finalmente un 2% considera que no surgieron efectos psicológicos significativos luego de la pérdida en esta población.

TABLA Nº 7: EFECTOS PSICOLÓGICOS EN FAMILIARES ADULTOS LUEGO DE LA PÉRDIDA

CATEGORIAS	CANTIDAD	PORCENTAJE
A nivel emocional	28	37.8
A nivel conductual	23	31.1
A nivel cognitivo	22	29.7
Ninguno	1	1.4
TOTAL	74	100 %

**GRÁFICO Nº 6: EFECTOS PSICOLÓGICOS EN FAMILIARES ADULTOS
LUEGO DE LA PÉRDIDA**

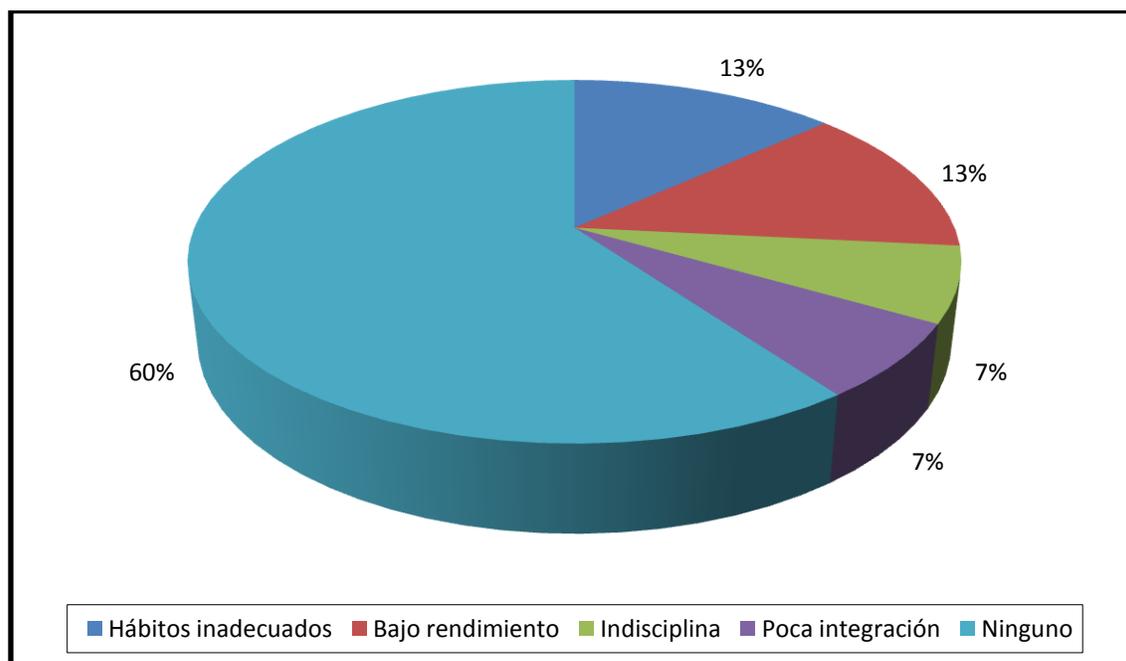


Según los resultados de las entrevistas en familiares adultos, las consecuencias psicológicas se manifiestan de igual forma en las tres áreas, en primer lugar se encuentra afectada el área emocional, según el 38% de las afirmaciones en las entrevistadas, entre las consecuencias en ésta área se encuentran sentimientos de soledad, tristeza, impotencia, conmiseración, vergüenza y miedo. Mientras que el 31% de las afirmaciones considera que existen consecuencias de igual forma en el área conductual, las manifestaciones son: rabia, cólera, enojo, desmotivación, reclamo a Dios y llanto. Pero llama la atención que el 30% de las respuestas de las participantes manifiestan sentirse afectadas en el área cognitiva, con la presencia de efectos como: culpa, ideación suicida, incertidumbre, resignación y dudas sobre la muerte. Finalmente un 1% de las respuestas dijo no sentirse afectada por la pérdida del familiar.

**TABLA Nº 8: EFECTOS PSICOLÓGICOS EN EL CONTEXTO ESCOLAR
LUEGO DE LA PÉRDIDA**

CATEGORIAS	CANTIDAD	PORCENTAJE
Hábitos inadecuados de estudio	2	13.3
Bajo rendimiento académico	2	13.3
Indisciplina	1	6.7
Dificultades para integrarse	1	6.7
Ninguno (se mantiene conducta adecuada)	9	60.0
TOTAL	15	100 %

**GRÁFICO Nº 7: EFECTOS PSICOLÓGICOS EN EL CONTEXTO ESCOLAR
LUEGO DE LA PÉRDIDA**



Los resultados de las entrevistas revelan que de once niños y niñas en edad escolar, luego de la pérdida del familiar un 13% realiza hábitos inadecuados de estudio, otro 13% del total de niños y niñas escolares presenta bajo rendimiento académico, mientras que un 7% manifestó que luego de la pérdida de su familiar presenta problemas para integrarse con los compañeros y compañeras

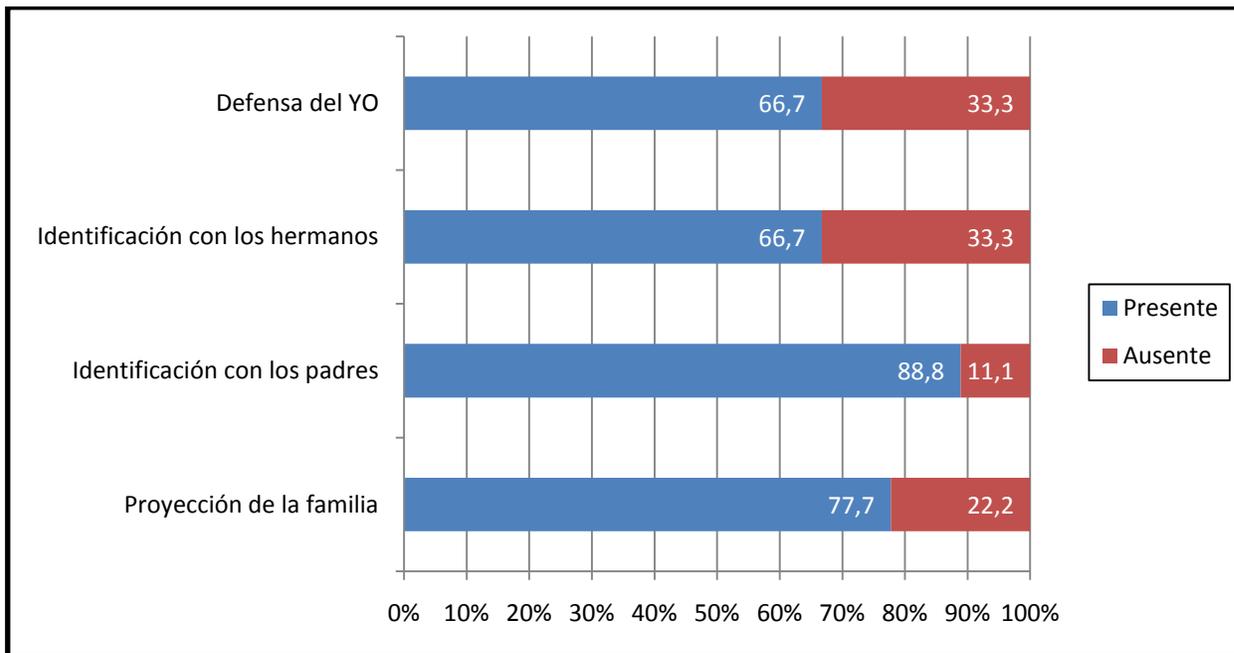
de estudio, y otro 7% presenta conductas de indisciplina en la escuela. Sin embargo, es de mencionar que el 60% de los niños y niñas en edad escolar, en la actualidad mantienen una conducta adecuada en el centro escolar, descartando la presencia de consecuencias en este contexto por la pérdida de su familiar.

4.2 SISTEMATIZACIÓN DE RESULTADOS DE TEST PATA NEGRA APLICADO A NIÑOS Y NIÑAS

TABLA N°9: INTERPRETACIÓN DE LA LÁMINA PORTADA

CATEGORIAS	PRESENTE		AUSENTE		TOTALES	
	CANTIDAD	PORCENTAJE	CANTIDAD	PORCENTAJE	CAN	%
Proyección de la familia	7	77.7 %	2	22.2%	9	100
Identificación con los padres	8	88.8 %	1	11.1 %	9	100
Identificación con los hermanos	6	66.7%	3	33.3%	9	100
Defensa del YO	6	66.7 %	3	33.3 0%	9	100

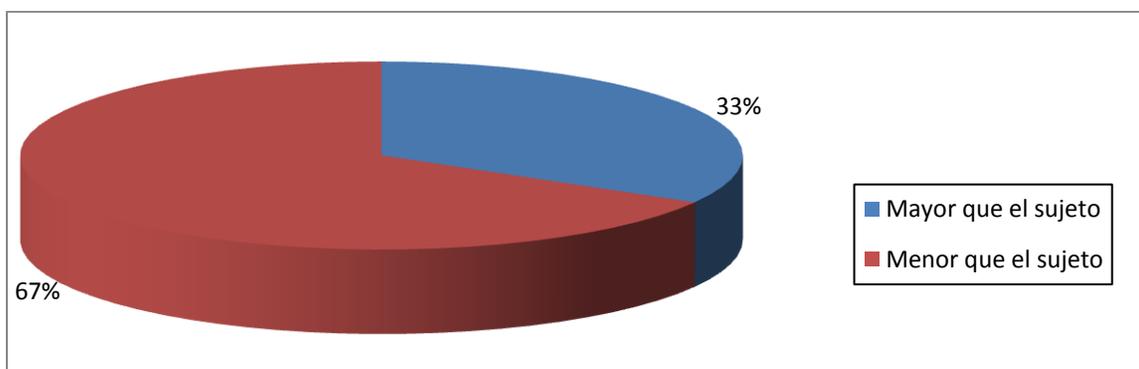
GRÁFICO N°8: INTERPRETACIÓN DE LA LÁMINA PORTADA



En los resultados obtenidos de la lámina portada del test Pata Negra el 88.8% de los niños, niñas y adolescentes identificaron a los padres, mientras tanto un 11.1% de los casos no lo hizo, representando en este caso posibles problemas en relación a los propios padres, le sigue el 77.7% donde si hubo proyección de la familia, lo que puede identificarse que el o la menor tiene claridad a cerca de cómo está compuesta una familia. El 66.7% identificaron a los hermanos en la lámina lo que puede significar que más de la mitad de los niños, niñas y adolescentes a quienes se les aplicó la prueba no presentan dificultades en las relaciones entre hermanos y hermanas, mientras que el 33.3% no identificaron en la lámina la presencia de hermanos y hermanas, lo que representa el deseo del niño, niña y adolescente a estar solo. En un 66.7% la defensa del yo en el niño se mantuvo lo que representa la tendencia a reprimir sus emociones y no expresando abiertamente su realidad y su estructura emocional.

TABLA N° 10: EDAD ASIGNADA A PN EN RELACIÓN AL SUJETO

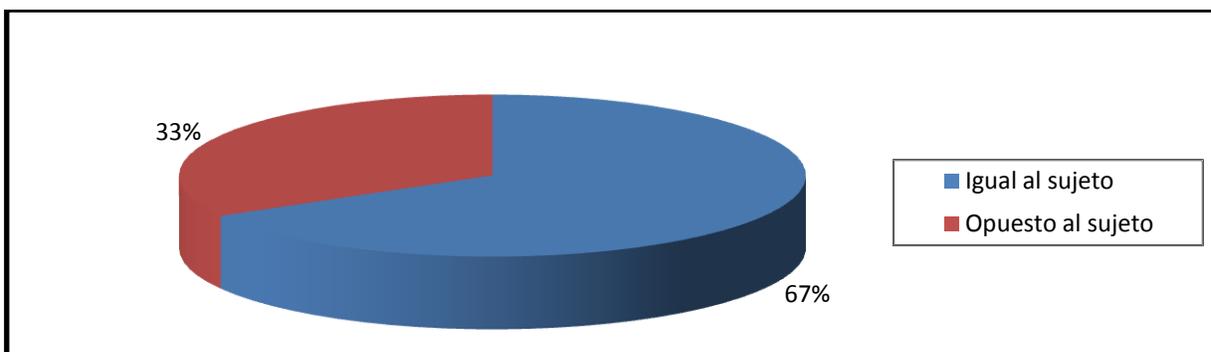
CATEGORÍA	CANTIDAD	PORCENTAJE
Mayor que el sujeto	3	33.3
Igual que el sujeto	0	0
Menor que el sujeto	6	66.7
TOTAL	9	100%

GRÁFICO 9: EDAD ASIGNADA A PN EN RELACIÓN AL SUJETO

En relación a la edad asignado al sujeto, el 67% dio a PN una edad menor, significando este dato, desde el punto de vista freudiano como regresión, puede entenderse entonces que los niñas, niñas y adolescentes en la investigación proyectaron su inestabilidad emocional actual por la situación que están viviendo y su necesidad de regresar a una etapa donde se sentían seguros y seguras. Mientras que un 33% dio a PN una edad mayor, proyectando su madurez prematura o emocional como producto de la situación actual.

TABLA N°11: SEXO ASIGNADO EN RELACIÓN AL SUJETO

CATEGORÍA	CANTIDAD	PORCENTAJE
Igual que el sujeto	6	66.7
Opuesta al sujeto	3	33.3
TOTAL	9	100%

GRÁFICO N° 10: SEXO ASIGNADO A PN EN RELACIÓN AL SUJETO

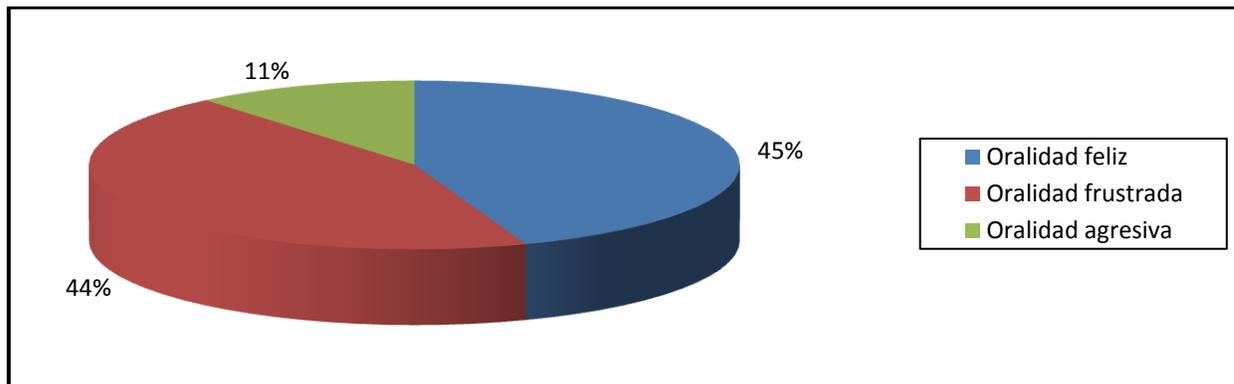
Los resultados obtenidos en relación al sexo el 67% de los niños, niñas y adolescentes relacionó a PN con su mismo sexo, mientras el 33% fue opuesta al sujeto. Descartando de esta manera la presencia de posibles trastornos edípicos y en el caso de las niñas que se identificaron con el sexo opuesto en lámina portada refleja la influencia de la cultura puesto que se posiciona al niño como el sexo superior.

INTERPRETACIÓN DE LOS GRANDES TEMAS**TABLA N°12: TEMA ORALIDAD⁶**

CATEGORÍAS	CANTIDAD	PORCENTAJE
Oralidad feliz	4	44.
Oralidad frustrada	4	44.4
Oralidad escotomizada	0	0
Oralidad agresiva	1	11.1
TOTAL	9	100%

⁶Las láminas con las cuales se ha evaluado el tema oralidad son Lactancia 1, Lactancia 2, Cabra, Camada y Vacilaciones

GRÁFICO Nº 11: TEMA ORALIDAD



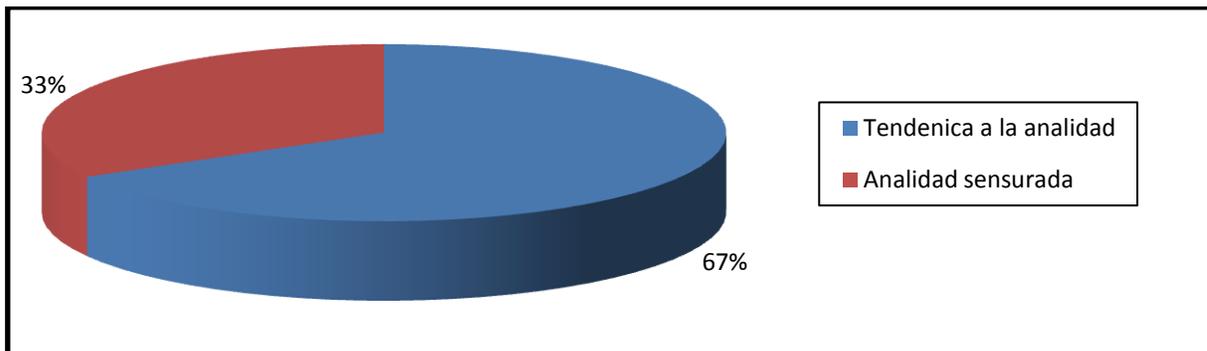
Como se observa en el gráfico los datos obtenidos muestran que un 45% de los casos presenta una tendencia a una oralidad feliz, entendiéndose como la ausencia de censuras por parte del Yo, reflejando de esta manera la resolución satisfactoria de la etapa oral, mientras tanto, con una diferencia mínima el 44% de los niños, niñas y adolescentes presentan una oralidad frustrada, la cual representa el apareamiento de una fijación. Las personas fijadas en esta etapa se caracterizan por ser dependientes, pasivas, pesimistas y con bajo control de los impulsos, que de no ser satisfecha la necesidad puede presentarse una tendencia excesiva a la actividad oral, realizando conductas como comer compulsivamente, fumar o hablar locuaz. El 11% que manifiesta una oralidad agresiva se encuentra íntimamente relacionada con la categoría anterior, ya que pueden presentarse las mismas conductas pero acompañadas de agresión por parte del sujeto que necesita satisfacer la necesidad.

TABLA Nº 13: TEMA ANALIDAD⁷

CATEGORÍAS	CANTIDAD	PORCENTAJE
Tendencia a la analidad	6	66.7
Analidad censurada	3	33.3
TOTAL	9	100%

⁷Las láminas con las cuales se ha evaluado el tema analidad son Gamella y Juegos sucios.

GRÁFICO N° 12: ANALIDAD



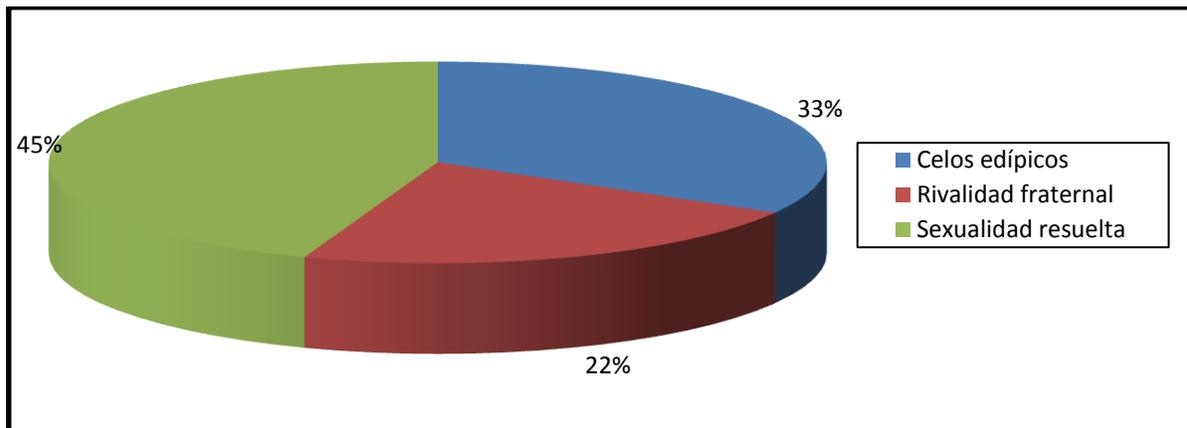
En el presente gráfico se puede notar una tendencia alta a la analidad con un 67% de la población, lo que se puede interpretar como una tendencia a la fijación en esta etapa, presentando hábitos inadecuados de higiene y placer en la retención de pertenencias. Mientras un 33% presentó analidad censurada, proyectando de esta manera el reconocimiento de hábitos de limpiezas y control sobre sus esfínteres, también una tendencia al perfeccionismo y obsesión con la limpieza.

TABLA N° 14: TEMA SEXUALIDAD⁸

CATEGORÍAS	CANTIDAD	PORCENTAJE
Celos edípicos	3	33.3
Rivalidad fraternal	2	22.2
Agresividad contra los padres	0	0
Sexualidad resuelta (ninguna de las anteriores)	4	44.4
TOTAL	9	100%

⁸ Las láminas con las cuales se ha evaluado el tema sexualidad son Abrazo, Camada, Noche, Sueño mamá y Sueño papá.

GRÁFICA N° 13: TEMA SEXUALIDAD



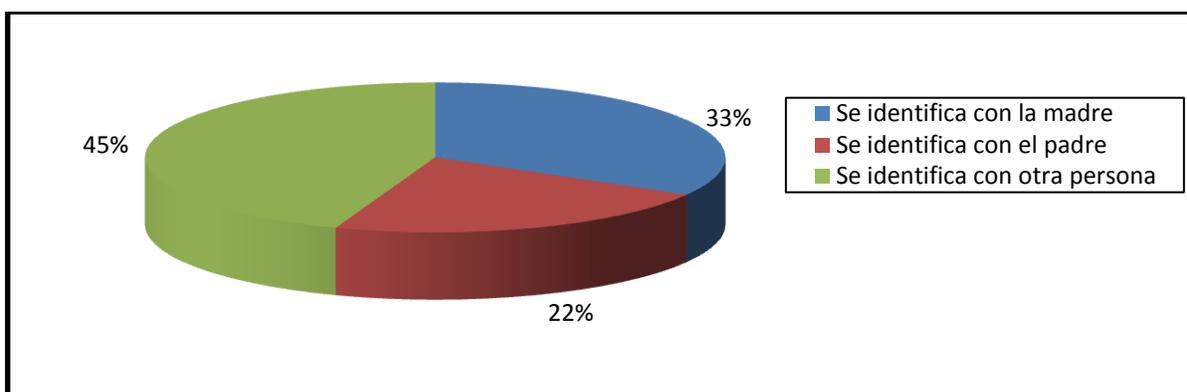
Dentro del tema sexualidad, los datos mostraron que un 45% presentó una sexualidad resuelta representando la tendencia de los niños, niñas y adolescentes que han superado de manera satisfactoria las etapas psicosexuales, reduciendo de esta manera la presencia de los celos edípicos a un 33% de los niños, niñas y adolescentes. Un 22% proyectó rivalidad fraternal, reflejándose la competencia entre hermanos en la lucha por la aprobación paterna, reflejando posibles dificultades en las relaciones entre ellos y ellas.

TABLA N° 15: TEMA IDEAL DEL YO⁹

CATEGORÍAS	CANTIDAD	PORCENTAJE
Se identifica con la madre	3	33.3
Se identifica con el padre	2	22.2
No se identifica con ninguno	0	0
Se identifica con otra persona	4	44.4
TOTAL	9	100%

⁹ Las láminas con las que se ha evaluado el tema Ideal del Yo son Sueño mamá y Sueño papá

GRÁFICO N° 14: TEMA IDEAL DEL YO

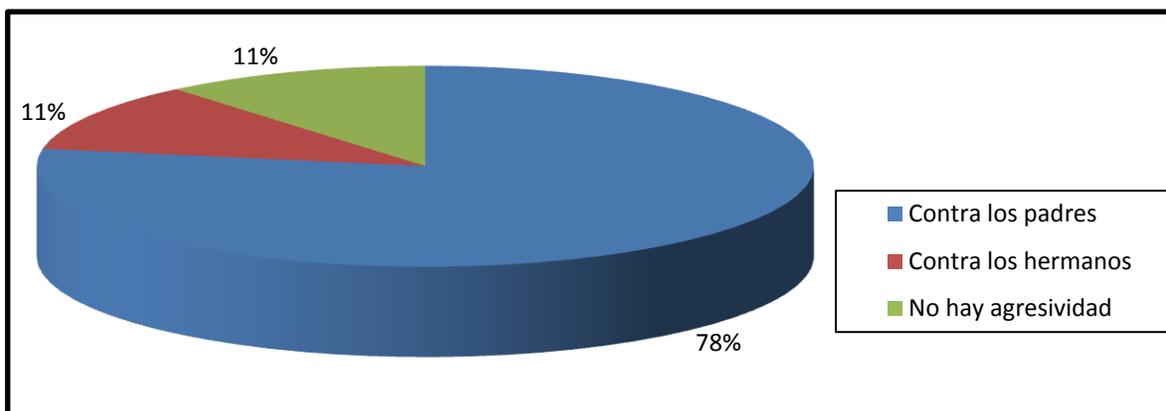


Los resultados de la aplicación del Test Pata Negra, presentan el tema Ideal del Yo donde el niño, la niña y adolescente hace identificaciones acerca de la proyección del mismo, se refleja en un porcentaje medio con 45% que se identifican con otra persona, indicando que el ideal del yo no está dentro de las figuras parentales, reflejando un cierto descontento con la realidad familiar al identificarse con alguien que está fuera de su familiar. Mientras que el 33% se identifican con la madre reflejando la relación positiva que se mantiene con esta figura percibiéndola como positiva e ideal. Por otro lado, un 22% de los sujetos evaluados se identifica con el padre, es decir, esta parte la población percibe a esta figura como positiva para su vida.

TABLA N°16: TEMA AGRESIVIDAD¹⁰

CATEGORÍAS	CANTIDAD	PORCENTAJE
Contra los padres	7	77.7
Contra los hermanos	1	11.1
No hay agresividad	1	11.11
TOTAL	9	100%

¹⁰Las láminas con las que se ha evaluado el tema agresividad son Gamella, Juegos sucios y Carreta

GRÁFICO N° 15: TEMA AGRESIVIDAD

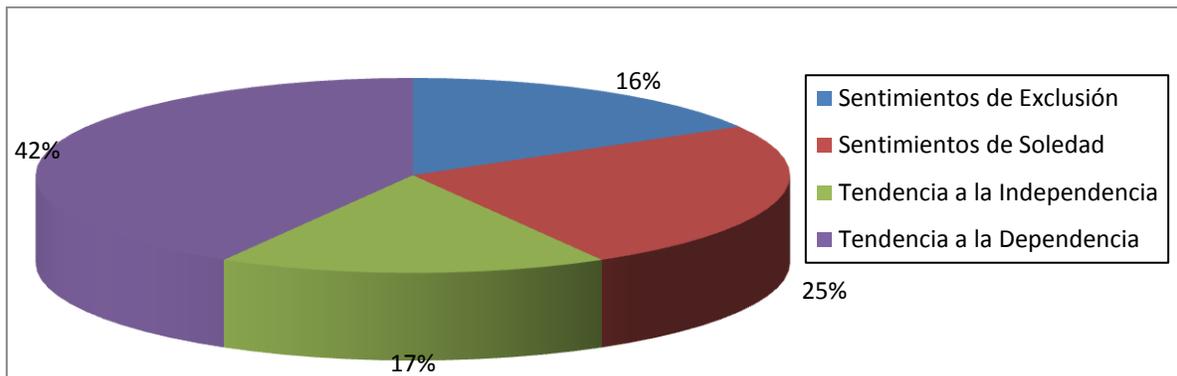
En los datos obtenidos en el test PN, al analizar el tema agresividad, se refleja un porcentaje alto del 78% de agresividad contra los padres, reflejando conflictos o frustraciones aún no resueltas en el o la menor, que posteriormente pueden manifestarse en sentimientos de culpa y ansiedad. Un 11% de los resultados mostraron que la agresividad es hacia los hermanos, esta puede entenderse como consecuencia de los celos y conflicto en las relaciones fraternales, finalmente un 11% de la población no indicó agresividad hacia nadie ninguna figura.

TABLA N°17: TEMA CONFLICTO DEPENDENCIA-INDEPENDENCIA¹¹

CATEGORÍAS	CANTIDAD	PORCENTAJE
Sentimientos de Exclusión	2	16.6
Sentimientos de Soledad	3	25
Tendencia a la Independencia	2	16.6
Tendencia a la Dependencia	5	41.7
TOTAL	10	100%

¹¹Las láminas con las que se ha evaluado el tema dependencia-independencia son Salida y Agujero

GRÁFICO Nº16: TEMA CONFLICTO DEPENDENCIA-INDEPENDENCIA

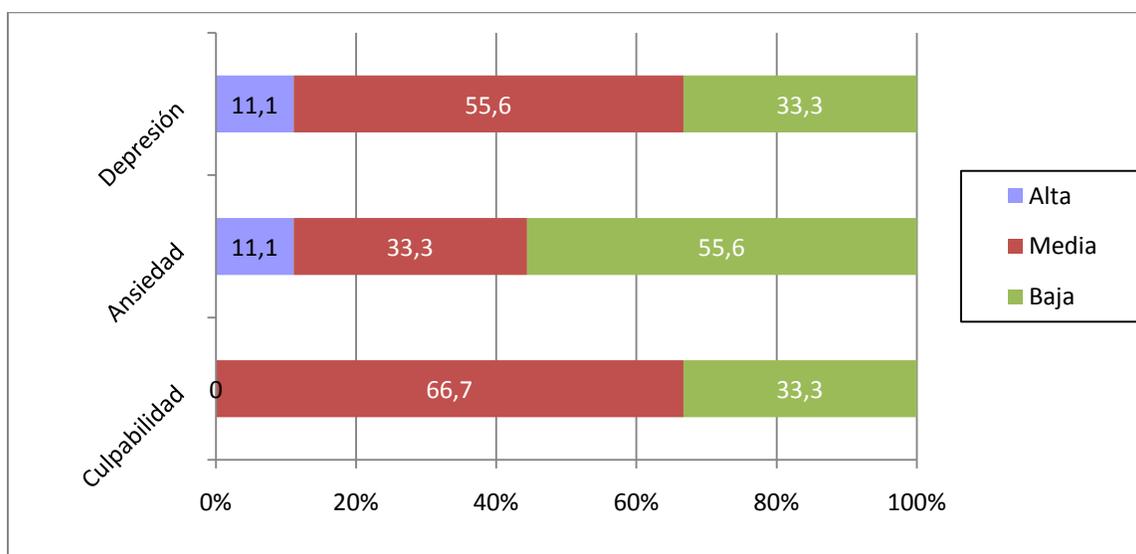


Como se puede observar en el gráfico, el 42% de la población en estudio, presentó tendencia a la dependencia, caracterizando a esta parte de la población en niños, niñas y adolescentes inseguros, necesitados de aprobación constante y fomentando en ellas y ellos baja autoestima. Por otro lado un 17% proyectó tendencia a la independencia, reflejando un desarrollo normal en los y las menores, y una madurez prematura en algunos casos, sin embargo; la resolución de este conflicto dependencia - independencia puede generar sentimientos de culpa en los y las menores que retan a la autoridad. Llama la atención la presencia de sentimientos de soledad, como observarse con un 25% y los sentimientos de exclusión con un 16%, proyectando la necesidad de atención en las y los menores, por parte de las figuras parentales y el sistema familiar en sí.

TABLA N°18: CULPABILIDAD-ANSIEDAD-DEPRESIÓN¹²

CATEGORIAS	ALTA		MEDIA		BAJA		TOTALES	
	CANT.	%	CANT.	%	CANT.	%	CAN	%
Culpabilidad	0	0	6	66.7	3	33.3	9	100
Ansiedad	1	11.1	3	33.3	5	55.6	9	100
Depresión	1	11.1	5	55.6	3	33.3	9	100

GRÁFICO N°17: CULPABILIDAD-ANSIEDAD-DEPRESIÓN



Las tendencias a la culpabilidad, a la ansiedad y a la depresión se encuentran profundamente relacionadas. Como puede observarse en la gráfica el tema Culpabilidad no posee un porcentaje alto significativo, sino más bien el término medio que puntúa 66.7%, es decir los y las menores no reflejan altos niveles de culpabilidad por consiguiente puede observarse que la escala de

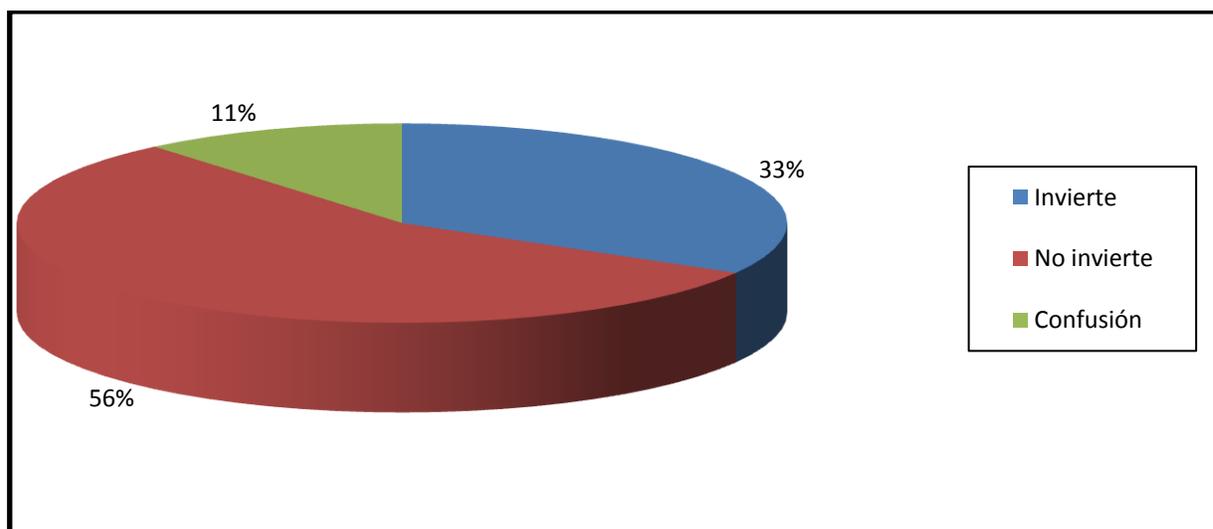
¹² Las láminas con las que se ha evaluado el tema culpabilidad, ansiedad y depresión son: Camella, Pelea, Juegos Sucios, Lactancia 2 y Camada.

ansiedad puntúa bajo con 55.6%, propiciando en los y las menores una estabilidad emocional al momento de realizar la prueba. Sin embargo, no se descarta la presencia de depresión, ya que, como se refleja en la gráfica, esta fue proyectada en un 55.6% de intensidad media. La presencia de esta tendencia a la depresión puede explicarse por la naturaleza del estudio, ya que se pretende evaluar las características de una población que se encuentra experimentado la pérdida de un ser querido.

TABLA N°19: SEXOS INVERTIDOS¹³

CATEGORÍAS	CANTIDAD	PORCENTAJE
Invierte	3	33.3
No invierte	5	55.6
Confusión	1	11.1
TOTAL	9	100%

GRÁFICO N°18: SEXOS INVERTIDOS



En los resultados de la aplicación del Test Pata Negra, el 56% de los sujetos del sexo masculino se identifican con un héroe masculino, reafirmando así

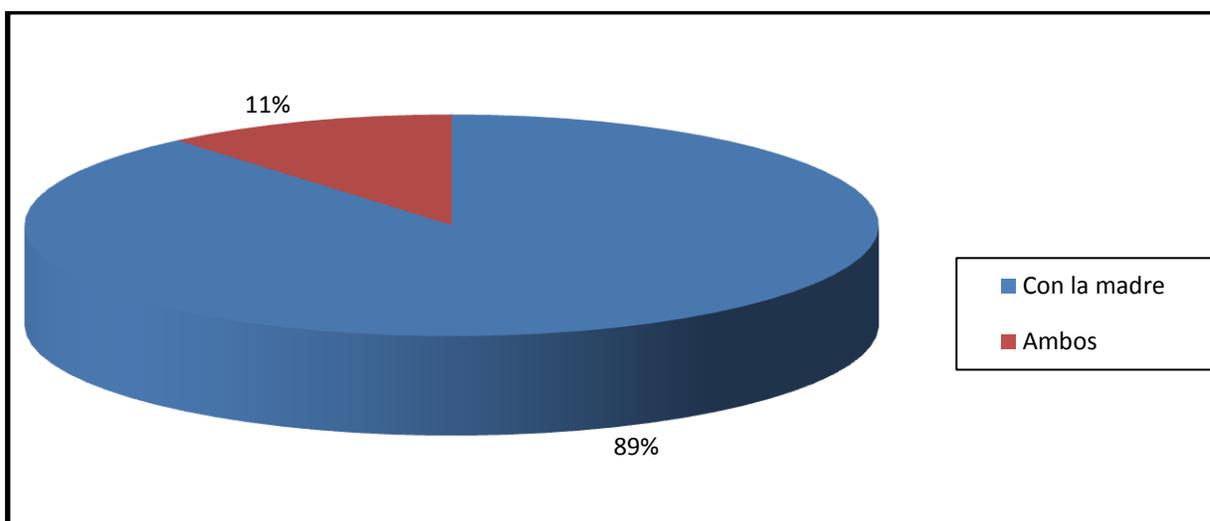
¹³ Para evaluar el tema de sexos invertidos se tomaron en cuenta todas las láminas.

sus tendencias, mientras que en el caso de las niñas que representan el 33% se identifican con un protagonista del sexo opuesto, esta inversión de sexos es debido a los patrones culturales que socialmente conciben a la figura masculina como héroe, esta identificación no supone un conflicto en la afirmación de sus tendencias. Solo un 11% de los sujetos presentó durante el desarrollo de la prueba confusiones al momento de identificar a las y los personajes, esta falta de consistencia puede presentarse en los sujetos de menor edad.

TABLA N°20: IDENTIFICACIÓN DE PADRES NUTRICIOS¹⁴

CATEGORÍAS	CANTIDAD	PORCENTAJE
Con el padre	0	0
Con la madre	8	88.9
Ambos	1	11.1
Ninguno de los padres	0	0
TOTAL	9	100%

GRÁFICO N°19: IDENTIFICACIÓN DE PADRES NUTRICIOS



En la identificación del Padre Nutricio, los resultados revelan que un 89% de los niños, niñas y adolescentes conciben como padre nutricio a la madre,

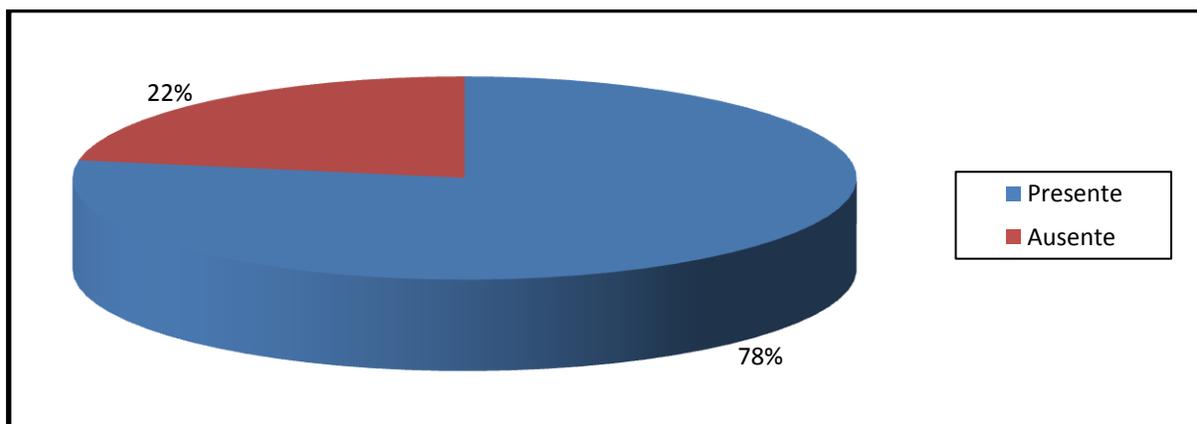
¹⁴ Las láminas con las que se ha evaluado el tema de Padres Nutricios son: Lactancia 1 y Escalera

confirmando la identificación con esta figura parental, encontrando en ella una fuente de apoyo, proveedora de las necesidades básicas como la alimentación, la seguridad y cariño. Mientras que solo un 11% de la población en estudio identifica como Padre Nutricio a ambos padres, denotando la fuerte identificación con la madre.

TABLA N°21: IDENTIFICACIÓN DE MADRE IDEAL¹⁵

CATEGORÍAS	CANTIDAD	PORCENTAJE
Presente	7	77.7
Ausente	2	22.2
TOTAL	9	100%

GRÁFICO N° 20: IDENTIFICACIÓN DE MADRE IDEAL



Los resultados de la investigación revelan que un 78% de los niños, niñas y adolescentes proyectan la presencia de una madre ideal, entendiendo que esta parte de la población anhela a una madre en extremo complaciente que cumpla todos sus deseos, evadiendo de esta manera la realidad concreta en la que la o el menor se desenvuelve. Este anhelo puede suscitarse por la presencia de madres exigentes que causan grandes frustraciones en las y los menores. Por otro lado,

¹⁵ Las láminas con las que se ha evaluado el tema de Madre Ideal son: Lactancia 1 y Cabra

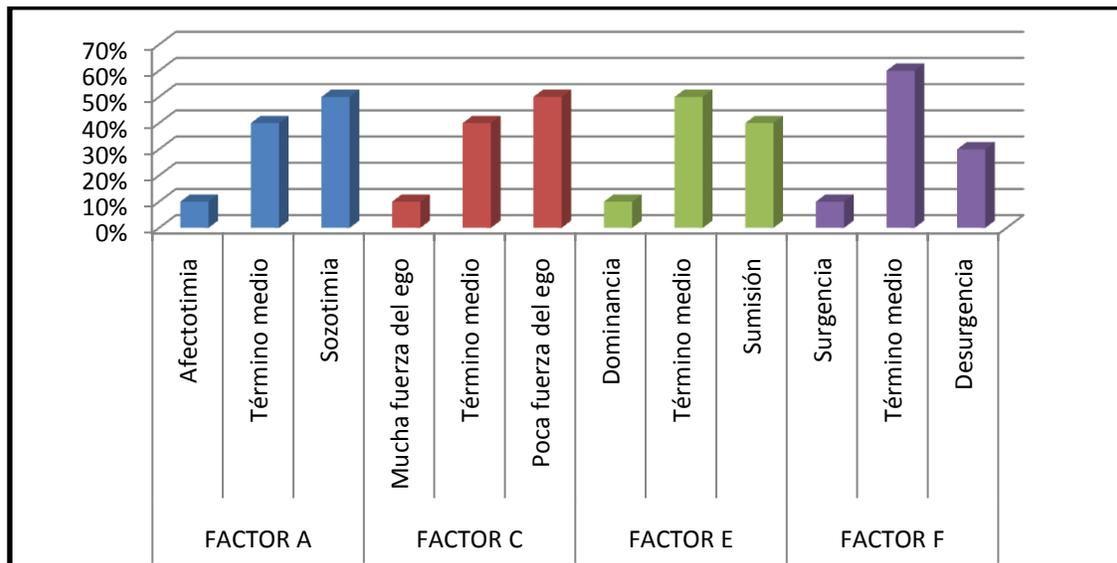
un 22% no manifiesta el anhelo de una madre ideal, lo que puede entenderse como una satisfacción de la madre actual.

4.3 SISTEMATIZACIÓN DE RESULTADOS DE CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD 16 PF APLICADO A FAMILIARES ADULTOS

TABLA Nº 22: FACTORES DE PERSONALIDAD A, C, E, F, DEL 16PF

FACTORES	CATEGORÍAS	CANTIDAD	PORCENTAJE
FACTOR A	Afectotimia	1	10%
	Término medio	4	40%
	Sozotimia	5	50%
FACTOR C	Mucha fuerza del ego	1	10%
	Término medio	4	40%
	Poca fuerza del ego	5	50%
FACTOR E	Dominancia	1	10%
	Término medio	5	50%
	Sumisión	4	40%
FACTOR F	Surgencia	1	10%
	Término medio	6	60%
	Desurgencia	3	30%

GRÁFICO Nº 21: FACTORES DE PERSONALIDAD A, C, E, F, DEL 16PF

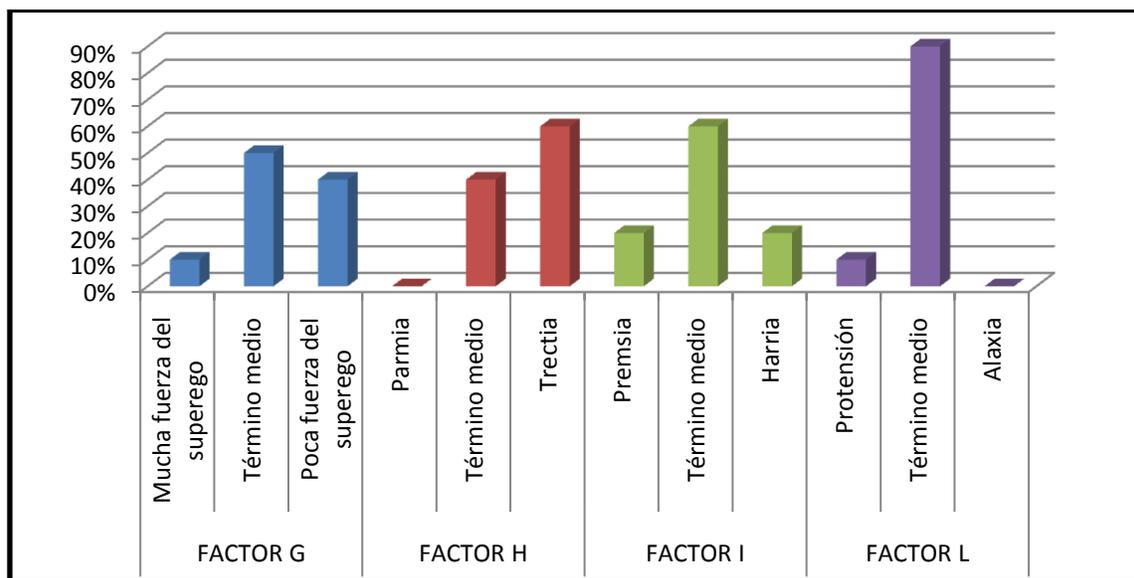


Puede observarse en la gráfica que en el Factor A, el 50% de las personas evaluadas puntúan alto en la categoría Sizotimia, lo cual refiere que las personas tienden a ser reservadas y alejadas de las relaciones sociales, en comparación con un 10% que puntuó en la categoría de Afectotimia, que significa que es una persona abierta, expresiva y dada a las relaciones sociales. En el factor C en cambio, el 50% de las personas se configuran en la categoría de Poca Fuerza del Ego, lo que indica que en sus rasgos de personalidad pueden ser poco tolerantes a la frustración e inestables emocionalmente. En el factor E de la Dominancia, el 40% de los evaluados puntúan en la categoría de Sumisión lo que permite pensar que se trata de personas débiles y psicológicamente dependientes. En el Factor F, puede observarse que el 60% de las y los evaluados puntúa en la categoría de Término Medio que significa que tienen rasgos de Desurgencia, es decir tendencia a la introspección, reticencia y pesimismo, pero también de Surgencia, que refleja la probabilidad de rasgos expresivos, animados y joviales.

TABLA Nº 23: FACTORES DE PERSONALIDAD G, H, I, L DEL 16PF

FACTORES	CATEGORÍAS	CANTIDAD	PORCENTAJE
FACTOR G	Mucha fuerza del superego	1	10%
	Término medio	5	50%
	Poca fuerza del superego	4	40%
FACTOR H	Parmia	0	0%
	Término medio	4	40%
	Trectia	6	60%
FACTOR I	Premisia	2	20%
	Término medio	6	60%
	Harría	2	20%
FACTOR L	Protensión	1	10%
	Término medio	9	90%
	Alaxia	0	0%

GRÁFICO Nº 22: FACTORES DE PERSONALIDAD G, H, I, L DEL 16PF



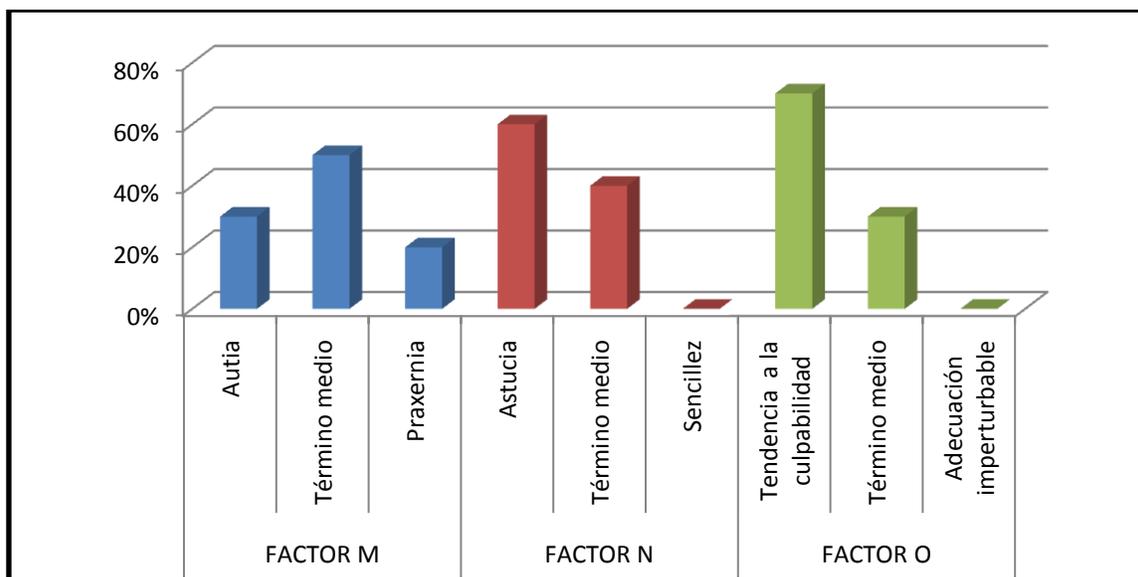
Puede observarse en la grafica que en el Factor G, el 40% de las personas evaluadas se sitúan en la categoría de Poca fuerza del ego, lo que refleja la tendencia a ser inestables en sus propósitos, con relaciones casuales al margen

de la participación colectiva, mientras que un 50%, además de poseer estos mismos rasgos pueden también presentar en determinadas ocasiones un comportamiento más exigente, organizado y perseverante. En el Factor H, el 60% puntúa en la categoría Trectia, que permite pensar que las personas tienen una personalidad tímida, cautelosa y retraída, al margen de las relaciones sociales y pueden manifestar sentimientos e inferioridad. Otro 40%, presenta además características de emprendedurismo, espontaneidad y sociabilidad. En el Factor I, la mayoría de las personas evaluadas puntúan en la categoría Término Medio, son prácticas, realistas, e independientes, a la vez que pueden ser idealistas, soñadores y un poco dependientes de las demás personas. En el Factor L, la mayoría de la población se sitúa en la categoría Término medio, es decir en ocasiones pueden ser confiables y adaptables y en otras suspicaces y engréidos.

TABLA Nº 24: FACTORES M, N, O, DEL 16PF

FACTORES	CATEGORÍAS	CANTIDAD	PORCENTAJE
FACTOR M	Autia	3	30%
	Término medio	5	50%
	Praxernia	2	20%
FACTOR N	Astucia	6	60%
	Término medio	4	40%
	Sencillez	0	0%
FACTOR O	Tendencia a la culpabilidad	7	70%
	Término medio	3	30%
	Adecuación imperturbable	0	0%

GRÁFICO Nº 23: FACTORES M, N, O, DEL 16PF

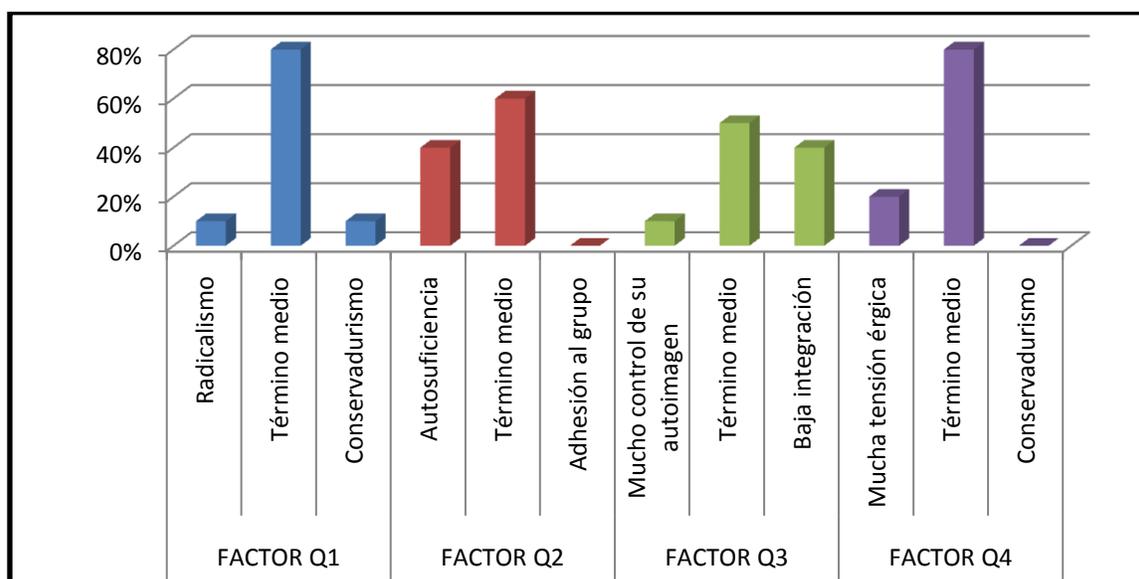


En esta gráfica se observa que el 50% de las personas evaluadas puntúan en la categoría de Término Medio, que incluye características tanto de Praxernia que refiere que las personas son prácticas, cuidadosas, convencionales y formales, y también de Autia, que indica que las personas son imaginativas, centradas en sus necesidades, abstraídas y despreocupadas en sus asuntos. Un 30% tiene tendencia única a las condiciones de Autia. En el Factor N, el 60% puntuó en la Categoría de Astucia, que refleja que las personas son astutas, calculadoras, mundanas y perspicaces. Un 40% además de presentar las características de Astucia, presentan frescura, naturalidad, sencillez y sentimentalismo. Los resultados del Factor O, indican que el 70% de las personas evaluadas, presentan una tendencia a la culpabilidad y depresión, con características de aprensión, preocupación, y turbabilidad.

TABLA Nº 25: FACTORES DE PERSONALIDAD Q1, Q2, Q3, Q4, DEL 16PF

FACTORES	CATEGORÍAS	CANTIDAD	PORCENTAJE
FACTOR Q1	Radicalismo	1	10%
	Término medio	8	80%
	Conservadurismo	1	10%
FACTOR Q2	Autosuficiencia	4	40%
	Término medio	6	60%
	Adhesión al grupo	0	0%
FACTOR Q3	Mucho control de su autoimagen	1	10%
	Término medio	5	50%
	Baja integración	4	40%
FACTOR Q4	Mucha tensión érgica	2	20%
	Término medio	8	80%
	Conservadurismo	0	0%

GRÁFICO Nº 24: FACTORES DE PERSONALIDAD Q1, Q2, Q3, Q4, DEL 16PF



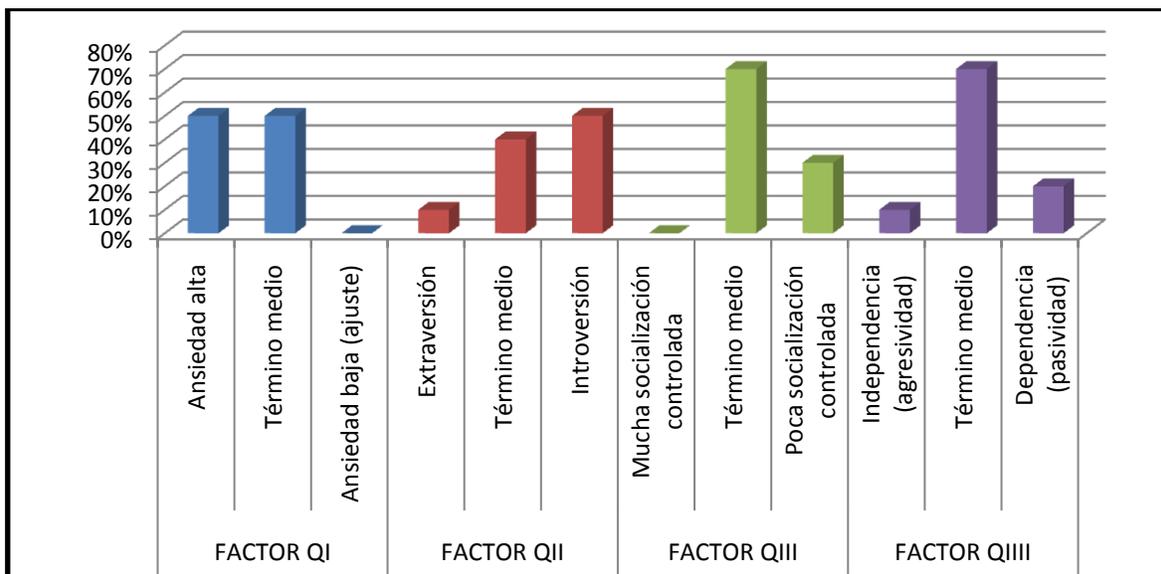
En la gráfica puede observarse que el 80% de las personas se sitúa en la categoría Término Medio, del Factor Q1, lo que puede indicar que son conservadoras, respetuosas de las ideas establecidas y tolerantes a las

tradiciones sociales, pero también pueden ser analíticas, experimentales, de ideas libres y pensamiento abierto. En el Factor Q2, el 60% de las personas puntúan en la categoría Término Medio, que significa que en determinado momento puede ser dependientes, buenas compañeras y de fácil unión al grupo pero también, pueden ser autosuficientes en sus acciones, llena de recursos y sin consideración en las opiniones de las y los demás. En el Factor Q3, el 50% de las personas puntuó en la categoría Término Medio, que pueden reflejar baja integración, autoconflicto, despreocupación de protocolos, y orientación a sus propias necesidades, pero además, pueden reflejar mucho control de su autoimagen, que implica que pueden ser personas controladas, socialmente adaptadas y llevadas por su propia imagen. En el Factor Q4, el 80% de las personas se ubica en la categoría de Término Medio, que puede indicar que poseen poca tensión érgica, es decir que son personas tranquilas relajadas, aletargadas y no frustradas, pero que en ciertas condiciones también pueden ser personas tensas, frustradas, presionadas y sobreexcitadas.

TABLA Nº 26: FACTORES DE PERSONALIDAD DE SEGUNDO ORDEN DEL 16PF

FACTORES	CATEGORÍAS	CANTIDAD	PORCENTAJE
FACTOR QI	Ansiedad alta	5	50%
	Término medio	5	50%
	Ansiedad baja (ajuste)	0	0%
FACTOR QII	Extraversión	1	10%
	Término medio	4	40%
	Introversión	5	50%
FACTOR QIII	Mucha socialización controlada	0	0%
	Término medio	7	70%
	Poca socialización controlada	3	30%
FACTOR QIII	Independencia (agresividad)	1	10%
	Término medio	7	70%
	Dependencia (pasividad)	2	20%

GRÁFICO Nº 25: FACTORES DE PERSONALIDAD DE SEGUNDO ORDEN DEL 16PF



La gráfica refleja los factores de segundo orden que evalúa el Cuestionario de Personalidad 16PF, como puede observarse en el Factor QI la mitad de los familiares adultos presentan ansiedad alta, mientras que la otra mitad, refleja un término medio, lo que supone que en la población total no existe un ajuste emocional en cuanto al factor de ansiedad. Por otro lado, en el factor QII se observa que el 50% de la población se sitúa en Introversión, lo que supone que son personas que presentan una tendencia a encerrarse en su propio mundo emocional, otro 40% se ubica en término medio lo que puede significar que son personas que poseen tendencia a la introversión pero en ocasiones se le facilita expresar sus emociones, mientras que solo un 10% de la población es extrovertida es decir, tienden a expresar fácilmente sus sentimientos. En el Factor QIII el 70% de la población se ubica en término medio lo que indica que son personas que se rigen por las normas y se acomodan a las costumbres del entorno, pero también presentan características de ser personas que no aceptan obligaciones y pueden ser impulsivas. Finalmente, en el Factor QVIII el 70% de la población se ubica en término medio lo que indica que son personas que pueden dejarse llevar por las opiniones y apoyarse excesivamente en otras u otros, pero pueden llegar a un momento a ser críticas, emprendedoras e independientes.

CAPITULO V: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

5.1 INTEGRACIÓN DE RESULTADOS

El presente análisis se basa en los resultados obtenidos a través de la aplicación de los diferentes instrumentos que se utilizaron en esta investigación los cuales fueron, la Guía de Entrevista dirigida a familiares adultos y adolescentes, la Guía de Observación dirigida a niñas y niños, el Test Pata Negra aplicado a niñas, niños y adolescentes y el Cuestionario Factorial de Personalidad 16PF, aplicado a familiares adultos.

Los resultados que se obtuvieron, sustentan que el fenómeno del suicidio es uno de los procesos de duelo más dolorosos que atraviesan los seres humanos, cuyo impacto afecta a todas las personas en cualquier etapa del desarrollo en la que se encuentran. Las alteraciones psicológicas que conllevan perder a un ser querido abarcan desde aspectos básicos como el desinterés por el cuidado personal hasta la pérdida del deseo de vivir; además el tiempo de resolución del duelo no responde a medidas universales sino que resulta un proceso muy particular a cada persona que lo vive, manifestándose de esta forma diferentes reacciones en las etapas que configuran el proceso de duelo, las cuales se relacionan según la edad en que la persona enfrenta la pérdida.

Un aspecto importante a considerar es que la mayoría de personas que configuran la población en estudio profesan una religión que supone la presencia de fe en un ser superior, esta presencia de fe incide en el proceso de asimilación positiva de la pérdida ya que las personas depositan su dolor a figuras divinas solicitando apoyo, consuelo y fortaleza para enfrentar la situación. A pesar que estas convicciones están más arraigadas en familiares adultos, los niños y las niñas también manifiestan un respeto a Dios y ambas poblaciones aceptan la pérdida como una voluntad divina. Sin embargo, algunas de estas personas manifestaron sentir resentimiento en las primeras etapas de asimilación y en algunos de los casos tales efectos tienen una permanencia prolongada en el

tiempo, creando una ambivalencia entre las convicciones religiosas y el dolor que experimentan con la pérdida. Con esto se refleja que el impacto del fenómeno del suicidio puede en determinado momento ser capaz de alterar las convicciones religiosas de la persona doliente, llevándolas a momentos en las que solicitan fortaleza y apoyo divino y otros en los que reclaman a Dios por haber permitido dicha situación. A pesar de ello, muchas personas han encontrado en las actividades religiosas métodos de afrontamiento que les han permitido sobrellevar la pérdida, manifestando algunas de ellas que la iglesia es el único lugar donde se sienten bien.

Otro de los elementos que tiene una incidencia directa en la manera de enfrentar la situación de duelo es la ocupación, ya que la presencia de responsabilidades laborales representa una fuente de apoyo para sobrellevar la pérdida, al convertirse en un espacio que aleja a las y los dolientes de la situación estresante que están enfrentando, a diferencia de aquellas personas que se dedican únicamente a las actividades de casa. Estas últimas, lejos de encontrar en sus actividades cotidianas un apoyo, se enfrentan al recuerdo reiterado de la persona amada, experimentando una disminución general en el interés por realizar actividades que anteriormente les proporcionaban satisfacción.

Es importante destacar que el nivel de proximidad psicológica que existía entre el familiar fallecido y la persona afectada, tiene una incidencia en el impacto emocional que conlleva enfrentar la pérdida, lo cual se logró evidenciar en el hecho que las madres de los empleados fallecidos de la Corporación Policial, que en su interacción cotidiana tenían una relación más estrecha que incluía visitas periódicas y apoyo en actividades personales como lavarles la ropa y cocinarles, entre otras, evidencian una afección mayor, a diferencia de aquellas cuya interacción no incluía tales actividades. Esto puede deberse al hecho que las relaciones interpersonales se configuran además de los vínculos afectivos, por patrones conductuales establecidos en la rutina diaria, es decir, en la actividad cotidiana se desarrollan costumbres cuya ruptura supone un desequilibrio

emocional, lo cual ha sido mencionado anteriormente en la teoría del apego de John Bowlby.

Uno de los elementos que permitió la investigación es la identificación de factores de riesgo, los cuales se retoman a partir de las atribuciones que hicieron las y los familiares entrevistados en relación a la causa de suicidio. Entre los principales factores a los que se les atribuye la causa del suicidio está el alcoholismo, el cual antes de la consumación del hecho había deteriorado las relaciones familiares y labores que mantenían los fallecidos al grado que las y los familiares entrevistados manifestaron que los sujetos al encontrarse bajo los efectos del alcohol realizaban escándalos públicos, disparos al aire libre, y violencia intrafamiliar con mayor presencia de violencia psicológica que se manifestó a través de gritos, insultos, humillaciones y amenazas; también violencia patrimonial evidenciada a través de la mala administración de los recursos económicos que pudo llevar a la familia a sufrir problemas económicos. Es importante mencionar que en algunos casos hubo presencia de violencia física que incluyó golpes, empujones y peleas sobretodo en la relación conyugal, viéndose también afectados por dicha situación las hijas y los hijos. Aunque en menor medida la violencia sexual también se manifestó en uno de los casos, ya que la pareja era forzada a tener relaciones sexuales.

Otro de los factores a los que las personas atribuyeron el acto suicida eran las relaciones fuera del matrimonio que el fallecido tenía, viéndose este como un agravante o como un motivo de desestabilización emocional en el fallecido, ya que las relaciones extramaritales por sí solas reúnen en su dinámica una complejidad que en determinado momento pueden llegar a escaparse del control de la persona que las vive. De igual forma las y los familiares mencionan que hubo otros factores que pudieron incidir en el acto suicida como las presiones cotidianas ejercidas por el ambiente laboral, además de la presencia de enfermedades terminales en el fallecido cuyo sufrimiento pudo llevarlos a tomar la decisión de quitarse la vida.

Cada uno de estos factores no son excluyentes de los demás, sino que están íntimamente relacionados unos con otros, ejerciendo diferentes influencias que en su conjunto llevaron a la persona a suicidarse, como una forma de salir de sus problemas. Esto confirma la teoría que sostiene que el suicidio es un fenómeno estructural que no responde a una causa específica sino que es multicausal.

El fenómeno del suicidio también trae repercusiones en las relaciones que se establecen a nivel familiar, las cuales pueden ser negativas o positivas; en el caso de esta investigación las alteraciones percibidas tienen una tendencia positiva. Al explorar las relaciones familiares pudo observarse que la relación entre madre-hijas e hijos presentó un cambio que dio como resultado una relación más positiva, caracterizada por mayor unión, confianza, apoyo, comunicación, y cercanía. Asimismo la pérdida del familiar provocó que se estrecharan más los lazos afectivos entre hermanos-hermanas, dando lugar a relaciones fraternales más positivas. Es posible que estos cambios en las relaciones familiares con tendencia positiva se deban a que la aceptación de la pérdida de una persona significativa lleva a las y los miembros de la familia a reflexionar sobre la importancia de estrechar los lazos familiares y suplir la seguridad que brindaba la persona ausente.

Al indagar en las relaciones que la familia sostiene con sus vecinas y vecinos, se encontró que estas no presentan ninguna alteración significativa, es decir, que las relaciones se han mantenido igual que antes del suicidio. Se debe destacar que las personas adultas participantes en la investigación describían las relaciones en su comunidad como respetuosas caracterizadas por la cordialidad que dictan las normas de urbanidad y convivencia, pero también decían que sus relaciones no eran estrechas. Sin embargo, esto no significa que entre ellos o ellas hubiera algún tipo de problemas. Debe mencionarse que algunas personas manifestaron el surgimiento de comentarios negativos a raíz de la muerte del familiar, que implicaron sentencia hacia la pareja sobreviviente atribuyéndole a ella

la causa del suicidio. Otros en cambio, manifestaron que recibieron comentarios de apoyo emocional por parte de vecinos y vecinas al momento de la muerte.

En el caso de las relaciones de las y los adolescentes con sus amigos y amigas, no han sufrido ningún cambio significativo ya que la mayoría expresa que se mantienen igual. Dichas relaciones se caracterizan por ser comunicativas, cercanas y basadas en el respeto mutuo. Las situaciones en las que se perciben comentarios no están relacionadas en lo absoluto con la situación del suicidio del padre sino más bien responden a la cotidianidad que caracteriza a los grupos de pares en esta etapa del desarrollo.

Uno de los aspectos medulares de esta investigación es la identificación de los efectos psicológicos provocados por el suicidio en las niñas y los niños, los cuales fueron clasificados a nivel emocional, cognitivo y conductual. En los resultados obtenidos se refleja que el área más alterada como consecuencia del suicidio del padre es la conductual, la cual incluye conductas como agresividad, rebeldía, llanto, aislamiento e irritabilidad. Es posible que el área conductual haya sido la más afectada debido a que en esa etapa de desarrollo los procesos cognitivos aún están evolucionando, por consecuencia los procesos emocionales no se expresan de manera directa. Algunas de las personas manifestaron que sus hijos e hijas entre las edades de 2 a 7 años preguntaban frecuentemente por el padre y en momentos de regaño hacían la petición de querer estar con ellos en el cielo. Otros niños y niñas en cambio, tomaban el teléfono celular y le solicitaban a la madre que les comunicara con el padre. Hubo algunos que decían que su papá estaba en las nubes y hablaban de su padre como si estuviera vivo. Los resultados de Test Pata Negra coinciden con esta situación ya que demuestran que dentro de las conductas alteradas está la agresividad, la cual puede estar dirigida hacia los padres o hacia los hermanos y hermanas. Dicha agresividad se manifiesta en conductas de rebeldía contra la madre responsable y peleas con los hermanos y hermanas. El predominio de la agresividad hacia las personas responsables puede deberse al resentimiento que les provoca la ausencia del

padre significativo y a la demanda de una madre ideal que satisfaga sin censura sus intereses y necesidades, que según el psicoanálisis se interpreta como una debilidad del Yo. Este sistema conductual alterado demuestra que entre esas edades predomina en los niños y niñas un pensamiento concreto el cual fue descrito por Jean Piaget, lo que explica el porqué la concepción de muerte aún no está configurada dentro de sus esquemas cognitivos. A través de esto queda de manifiesto la razón del porqué no se evidencia mayores cambios a nivel cognitivo.

En el caso de las niñas y niños entre las edades de 8 a 11 años, se refleja una mayor comprensión de la situación acontecida e incluyen dentro de sus esquemas mentales la concepción de muerte como una etapa del ciclo de la vida. Esto puede deberse a que se encuentran en una edad de mayor desarrollo cognitivo. Sin embargo, el área conductual siempre muestra una alteración predominante, ya que al igual que las niñas y niños de menor edad, también se manifiestan conductas como la rebeldía, llanto, aislamiento social e irritabilidad. En el desarrollo de la actividad lúdica se logró identificar que algunas niñas y niños, experimentaron tristeza al hablar de su familiar ausente la cual fue expresada a través del llanto. Aunado a estas afecciones y según lo expresado por las personas participantes, se manifiestan también consecuencias a nivel cognitivo, que en el caso de las niñas y los niños de mayor desarrollo, implican la expresión de ideación suicida. Estas expresiones son manifestadas por algunas niñas y niños en momentos de enojo y rebeldía contra la madre, lo que denota un pensamiento impulsivo antes que un pensamiento elaborado.

En relación a lo anterior, es importante mencionar que en la investigación también se reflejan consecuencias a nivel emocional, que incluye tristeza, falta de ánimo y desmotivación general en la ejecución de las actividades cotidianas, aunque con una presencia minoritaria, dichos sentimientos de igual forma se reflejan en los resultados de la aplicación del Test Pata Negra, la estructura emocional de las niñas y los niños proyecta una tendencia a la depresión, la cual

podría explicarse como resultado de la situación que las y los menores están experimentando.

A pesar de las diferentes reacciones de niños y niñas generadas por la pérdida, los efectos psicológicos en el contexto escolar son menos significativos. Los resultados de la investigación permiten constatar que la mayoría de las y los escolares mantienen una actitud adecuada hacia el estudio y para el establecimiento de relaciones interpersonales en dicho contexto, esto podría deberse que las niñas y los niños encuentran en este, un espacio que les permite distraerse de la nueva realidad familiar que están experimentado, además fortalece sus fuentes de apoyo para sobrellevar la pérdida.

Además de provocar efectos psicológicos en las niñas y niños, el suicidio también tienen repercusiones en la adolescencia, aunque se perciben ciertas diferencias en cuanto al área de afección predominante. Según los resultados, el área que más se afecta en la adolescencia es la emocional, las cuales incluyen tristeza, falta de ánimo, desmotivación, soledad, lástima, impotencia e incluso preocupación por el familiar sobreviviente. Cabe mencionar que la mayoría de adolescentes entrevistados manifestaron experimentar estas emociones en los momentos en que se encontraban solos o solas y cuando escuchaban hablar de su padre fallecido, esto probablemente se deba a que por su edad experimentan pena cuando los miran llorar. Sin embargo, en los primeros años de la adolescencia, los procesos de maduración cognitiva aún están en desarrollo, por lo que las consecuencias emocionales se manifiestan a través de la conducta. A pesar de que a esta edad ya se ha alcanzado un nivel de conciencia, el pre-adolescente riñe contra la madre quien posterior al suicidio de su compañero de vida pasa a ser la figura de autoridad, originándose conductas de rebeldía e irritabilidad. En esta dinámica algunos adolescentes asumen responsabilidades parentales ante la presión de mantener el equilibrio familiar ya que muchas de las madres tienden a refugiarse en ellos o ellas y a demandarles mayor madurez. Esta situación puede llevarlos a experimentar el conflicto dependencia-independencia

que se refleja en los resultados del Test Pata Negra, donde una población considerable refleja tendencia a la dependencia emocional, debida quizá a la necesidad de protección emocional. Otra parte de la población refleja tendencia a la independencia, que es un reflejo de la búsqueda de su Yo y la necesidad de satisfacer sus propios intereses.

En el área cognitiva se presenta un bajo nivel de afección, el cual puede deberse al hecho que los adolescentes con mayor madurez tienden a enfrentar las situaciones con un nivel de racionalización mayor, que de alguna manera les ayuda a interpretar de mejor forma los fenómenos. Esto se contrasta con la información del 16PF, que refleja la tendencia a la madurez emocional y a reflejar adecuadamente la realidad circundante. Sin embargo, esta misma habilidad puede llevarlos a proyectar su futuro y el porvenir familiar, lo que explica el porqué algunos adolescentes sienten incertidumbre por la situación que atraviesa su familia.

Otra población en la cual está enfocada la presente investigación, son las personas adultas familiares del fallecido, en las que se encuentran las esposas o compañeras de vida y las madres de los estos. Un dato de interés es que esta población se caracteriza porque las afecciones generadas por la pérdida, se presentan con igual incidencia en las áreas conductual, cognitiva y emocional.

Esto puede deberse a que en la edad adulta los procesos cognitivos han alcanzado su máximo desarrollo y el tiempo de convivencia con el fallecido había configurado vínculos más fuertes, por tanto las reacciones que conlleva enfrentar un proceso de duelo se manifiestan en toda la estructura psicológica que configura a la persona adulta.

En el área emocional las afecciones que predominan son los sentimientos de soledad, tristeza, impotencia, conmiseración, vergüenza y miedo. En el caso de las madres de los fallecidos es evidente un sentimiento de tristeza profunda por

la pérdida de su hijo, que se puede relacionar con el fracaso de rol, el cual como se menciona en la teoría, en el sentido que lo esperado es que los hijos e hijas entierren a sus progenitores y nunca lo contrario. La soledad en cambio, surge a partir del vínculo que ellas establecieron con su hijo, el cual posterior a la muerte y su ruptura, desencadenó sentimientos de impotencia y desamparo manifestando que con la muerte de su hijo sentían como que su vida había terminado, que sentían como que les habían arrancado una parte de ellas.

Es importante describir la incondicionalidad con la que las madres amaban a sus hijos, las cuales manifestaban amarlos a pesar de sus defectos y decisiones. Y algunas expresaron que el dolor de la pérdida lo iban a llevar hasta el día de su muerte. Fue notoria que de parte de las madres prevalecía una resistencia a la superación del duelo, la cual se manifestó en la recurrente realización de actividades que les recordaban al fallecido, la visita a lugares que recorrían en conjunto, e inclusive para el caso de la madre más afectada, las visitas reiteradas al cementerio para mantener según su percepción, una conversación con su hijo fallecido.

En el caso de las esposas también experimentaron un sentimiento de tristeza profunda, al perder a la persona que representaba el vínculo emocional más cercano y con quien compartían responsabilidades familiares; el rompimiento de esa dinámica trajo como consecuencia para la esposa la incertidumbre de tener que enfrentar la vida sola y asumir las responsabilidades parentales, aunado al hecho que en algunos de los casos los hijos e hijas se encuentran en el desarrollo de la etapa de la adolescencia, que por sí sola se caracteriza por cambios vertiginosos que complejizan la realización de las tareas de crianza. Algunas resienten el hecho que en esa etapa es el papá quien mejor puede ayudarle a los hijos del sexo masculino. Algunas esposas manifestaron experimentar fluctuaciones emocionales, que tenían relación según las actividades que desarrollaban, es decir, en determinados momentos mientras se mantenían ocupadas no recordaban la situación, pero al volver a casa o en momento de

inactividad el recuerdo regresaba provocándoles angustia y dolor. No debe dejarse de lado que la mayoría de las esposas de los fallecidos, se encuentran en la etapa productiva de su desarrollo, lo que puede significar un recurso que favorece la superación del duelo, al tener las condiciones para conseguir un empleo o en el caso de las que trabajan mantenerlo y sostener la economía familiar.

Es importante aclarar que todas las esposas participantes en la investigación, expresaron que sus hijos e hijas se convirtieron en una fuerza motivadora para seguir adelante sin dejarse caer por dicha situación.

Tanto madres como esposas indistintamente han buscado mecanismos para sobrellevar la pérdida, entre las que destacan las actividades familiares y la asistencia a grupos religiosos, los cuales de alguna manera han incidido positivamente. A pesar de ello, y como resultado de la complejidad de enfrentar un proceso de duelo, estos mecanismos de afrontamiento no son suficientes para superar las diferentes etapas, provocando que algunos sentimientos no se puedan expresar, lo que lleva tanto a madres como a esposas a reprimirlos y soportar a solas la carga que representa perder a un ser querido. Esta situación puede relacionarse con los resultados del 16PF, que confirman que la mayoría de estas personas son emocionalmente reprimidas, cohibidas y tímidas, características de personalidad que pueden explicar las conductas que adoptan las afectadas en relación a la expresión de sus sentimientos, generando en ellas desestabilidad emocional.

Por otra parte las afectaciones que se manifiestan luego de la pérdida a nivel conductual, son la rabia, enojo, desmotivación y llanto, situación que se manifiesta tanto en las esposas como en las madres. Sin embargo, debe considerarse que una situación de duelo por su complejidad tiene repercusiones a nivel general en las personas que lo enfrentan, por lo que no debe extrañar que el llanto esté presente en cada momento que se habla de la persona fallecida, lo que fue evidente en las visitas que se les realizaron a las familias. Los resultados

obtenidos del Cuestionario de Personalidad, indican que la mayoría de las familiares adultas suelen ser personas depresivas y preocupadas, lo cual puede explicar el desequilibrio emocional que están viviendo estas personas.

En algunas de las esposas o compañeras de vida, surgen sentimientos de rabia, y enojo, orientados hacia la persona que terminó con su vida, como una manera de desahogar su indignación y el dolor que experimentan ante la decisión tomada por su pareja, evaluando la acción como un acto de cobardía. Esta rabia en el caso de algunas madres es hacia a Dios por percibir que él no evitó la tragedia.

Otra consecuencia experimentada tanto en madres, esposas y compañeras de vida es la desmotivación para realizar actividades que antes compartían con el ser amado. Algunas de las madres de los fallecidos incluso manifiestan no sentir ánimo por volver a cocinar, planchar o hacer alguna actividad que realizaban con o para el fallecido, pero además una desmotivación para el cuidado personal en ambos casos.

Las familiares adultas además experimentan consecuencias a nivel cognitivo, ya que sobrevienen en ellas culpa, ideación suicida, incertidumbre, resignación y pensamientos distorsionados. El sentimiento de culpa tuvo mayor presencia en las esposas o compañeras de vida, las cuales manifestaron que de haber realizado una u otra acción o en su defecto, el no haber realizado determinada acción, se pudo haber evitado el incidente. De igual forma el 16PF revela que la mayor parte de esta población presenta tendencia a la culpabilidad, es decir, son personas que fácilmente pueden experimentar ideas erróneas debido a una situación en particular. Un ejemplo de ello es que una de las esposas asegura que el cambio de actitud que ella decidió en consecuencia del alcoholismo y la violencia intrafamiliar que sufría, llevó a su esposo a cometer el suicidio.

Un aspecto importante a retomar es la ideación suicida que presentaron algunas de las familiares adultas luego del fallecimiento. Dicha concepción fue registrada en la mente de estas personas como una posibilidad de salir del dolor que se generó con la pérdida, a esta situación fue la que Emile Durkheim le llamó fenómeno de Imitación. Sin embargo, a pesar de haber experimentado ideación suicida en la primera etapa del duelo, esa afección no se mantiene presente en la actualidad. Eso puede deberse a que esta etapa de duelo se caracteriza por descargas emocionales exorbitantes que repercuten en el procesamiento de la situación, a diferencia de las etapas posteriores donde impera un pensamiento más racional.

De igual forma se han presentado en algunas madres y esposas de fallecidos pensamientos distorsionados acerca de la muerte que pueden incluir la incredulidad y la negación del fallecimiento. Según la teoría, estas ideas describen la primera etapa del proceso de duelo y pueden proteger a la o el doliente de reacciones intensas, por lo que las y los familiares afectados recurren a ellas como un mecanismo de evitación de la realidad, que conllevaría un costo emocional demasiado profundo. Algunos de estos pensamientos persisten en el tiempo y pasan de ser un mecanismo de evitación a ser parte de su realidad.

A pesar que en algunos casos ya se han superado algunos sentimientos que surgen en la etapa inicial, tales como el shock y la incredulidad, en otros, se registra que aún se niegan a aceptar el fallecimiento, a pesar que ya han pasado varios meses. Sin embargo, una parte de la población se encuentra en la segunda fase del proceso de duelo que describe Lindenmann, Brow y Sculhz, presentando un dolor agudo por la separación, evidenciándose en la condición emocional fácilmente quebrantable en que se encuentran, especialmente al hablar del tema o al recordar acontecimientos vividos con el familiar fallecido. Además, se encontró que algunas de las personas han experimentado la sensación de escucharlos y sentir su presencia, lo cual es una característica de la segunda etapa del duelo en la que es frecuente que las y los familiares que la enfrentan sufran seudo-

alucinaciones visuales y auditivas. Otras de las características presentes en esta fase es la pérdida de significado de realizar actividades cotidianas, consecuencias que se han evidenciado en la población en estudio.

Es importante mencionar, que los casos participantes en la investigación aún se encuentran en un tiempo razonable para experimentar las diferentes etapas del duelo, por lo tanto, los efectos psicológicos en familiares cercanos de fallecidos por suicidio presentados en este capítulo, pueden considerarse como normales y esperados, ya que hay que recordar que el proceso de duelo no se vive de una manera lineal, ni existe una manera adecuada de procesar la pérdida, ya que cada caso representa diferentes vivencias y reacciones.

Debe mencionarse también que en la presente investigación no se identifica que alguna persona de la población adulta se encuentre en la etapa de resolución del duelo, cuya característica principal es la gradual reconexión con la vida diaria y la estabilización de los altibajos emocionales y la suficiente motivación para emprender nuevos proyectos de vida.

5.2 DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO

En relación a lo expuesto anteriormente, el equipo investigador toma a consideración, describir de manera concisa, algunos elementos encontrados en el desarrollo de esta investigación, separando los aspectos positivos que pueden ser utilizados como recursos terapéuticos, de los aspectos a intervenir, a los cuales el o la terapeuta debe orientar su intervención:

5.2.1 A NIVEL FAMILIAR

ASPECTOS POSITIVOS

Las familias participantes en la investigación carecen de patologías sociales como la participación en grupos delictivos, el consumo de bebidas alcohólicas y

drogas. De igual forma, las familias poseen creencias de tipo religioso que inciden en la promoción de práctica de valores en ellas, fortaleciendo positivamente las relaciones que se configuran dentro de la misma, tales características permiten que la familia muestre disponibilidad para participar en un proceso de intervención psicoterapéutica. De igual forma, se constató la presencia de expectativas a nivel familiar entre las cuales se destacan el deseo de superar la pérdida del familiar fallecido. Sumado a este conjunto de características positivas las familias poseen, además, redes de apoyo dentro de su comunidad que les favorecen en el proceso de duelo que están enfrentando.

ASPECTOS A INTERVENIR

Las familias en investigación deben ser intervenidas en aspectos como la aceptación de la pérdida, contrarrestando en algunas de ellas la negativa de aceptar el motivo de muerte de su familiar. A través de un conjunto de actividades se debe promover la expresión de sentimientos relacionados con la pérdida, sean estos positivos o negativos hacia la persona fallecida. Además deben normalizarse tales sentimientos y emociones, persuadiendo a la familia para que identifique que estos son parte del proceso que están experimentando. Por otra parte, deben fortalecerse los lazos afectivos presentes en el seno familiar y recordar los aspectos positivos que poseen, para acrecentar la autoestima y el sentimiento de valía familiar. Además, debe orientarse a la familia en la creación de planes y metas colectivas. Finalmente debe procurarse que la familia inicie un proceso de reorganización como un nuevo sistema donde debe aceptarse que el ser querido que murió ya no es parte de él.

5.2.2 EN NIÑOS Y NIÑAS

ASPECTOS POSITIVOS

Dentro de los aspectos positivos que se destacan en las niñas y niños se evidencia la ausencia de enfermedades físicas y mentales. Todas y todos son niños sanos y con un potencial de aprendizaje en crecimiento. Presentan además

capacidades para integrarse fácilmente a grupos, especialmente aquellos que se encuentran en edad escolar. Además las niñas y los niños participantes en la investigación reconocen a la madre como figura de autoridad, permitiendo de esta forma que cualquier sugerencia o llamado de atención por parte de ésta sea respetado. Finalmente debe resaltarse que la mayoría de escolares poseen un rendimiento adecuado y los de mayor edad inclusive manifiestan metas a cumplir en el futuro.

ASPECTOS A INTERVENIR

Es de vital importancia por el suceso que vive la familia y la etapa de desarrollo en la que los niños y niñas se encuentran, trabajar estrategias que ayuden al fomento de su autoestima. Motivar la expresión de sus sentimientos especialmente aquellos relacionados con el fallecimiento de su familiar. Se debe además promover espacios para el desarrollo de habilidades emocionales y habilidades sociales en ellas y ellos, que les capaciten para enfrentar las siguientes etapas de su vida. Es importante también que en conjunto con las y los responsables se apliquen estrategias para la corrección de dificultades conductuales.

5.2.3 EN ADOLESCENTES

ASPECTOS POSITIVOS

Dentro de los y las adolescentes que formaron parte de esta investigación, no se presentan problemas como la ingesta de bebidas alcohólicas y estupefacientes, viéndose esto como favorable para el desarrollo normal y pleno en esta etapa, además es notoria la actitud positiva que existe para el estudio, presentando un rendimiento académico adecuado y expresión de expectativas personales, como la superación a nivel profesional. Al igual que las niñas y los niños, esta población carece de enfermedades físicas y mentales que puedan obstaculizar plenamente su desarrollo. Asimismo las y los adolescentes poseen un fuerte sistemas de redes de apoyo, la presencia de amigos y familiares en su

escuela y en su comunidad contribuye a que ellas y ellos tengan un soporte emocional que les ayude a enfrentar la pérdida del ser querido.

ASPECTOS A INTERVENIR

Para contribuir a que las y los adolescentes procesen de manera positiva el duelo, se debe brindar espacios para que externalicen sus emociones y sentimientos en relación a la muerte de su familiar. Además debe orientárseles en el autocontrol de sus emociones y en la normalización de las mismas como parte del proceso de duelo que enfrentan. Es importante trabajar su autoestima, fortaleciendo especialmente su valía personal y motivando al autoconocimiento. Al mismo tiempo, deberán realizarse actividades para lograr el desarrollo de habilidades sociales, emocionales y cognitivas, que les permitan no solo superar la pérdida de su familiar, sino además orientar una actitud positiva ante la vida dentro y fuera de su familia. De igual forma, debe acompañarse a cada adolescente en la creación de su Proyecto de vida e incentivar la autoevaluación para que de manera independiente, puedan ir verificando el cumplimiento de sus metas.

5.2.4 EN FAMILIARES DE EDAD ADULTA

ASPECTOS POSITIVOS

En las personas adultas, especialmente en el caso de las esposas no hay presencia de enfermedades físicas ni mentales, lo que ha propiciado la incorporación en actividades ocupacionales. Aunado a esto, se encuentra que las esposas tienen una edad que les permite poseer aún fuerzas físicas para el desarrollo de actividades ocupacionales. Estas actividades les han ayudado a sobrellevar la pérdida. Tanto madres como esposas de fallecidos se han incorporado a grupos sociales, especialmente de tipo religioso constituyéndose estos como redes de apoyo. Por otro lado, no hay presencia de ingesta de bebidas alcohólicas ni de estupefacientes, lo que permite un proceso de duelo adecuado. Las madres de los fallecidos conservan la comunicación con las y los nietos y sus

nueras, a pesar que algunas de ellas no viven con la familia, lo que evidencia una adecuada comunicación y cercanía de los lazos familiares.

ASPECTOS A INTERVENIR

En esta población es importante trabajar la expresión de sentimientos provocados por el suicidio de su familiar, para que de esta manera puedan experimentar el dolor intenso que les provoca la pérdida, así mismo debe reforzarse la normalización de tales sentimientos, haciéndoles del conocimiento que son parte del proceso que experimentan. Es necesario realizar una reestructuración a nivel cognitivo y trabajar ideas irracionales como la culpa, la negación y sentimientos de incertidumbre.

Posteriormente debe trabajarse en el autocontrol emocional y crear espacios para el desarrollo de herramientas personales que les preparen para enfrentar las situaciones que sobrevienen en su vida. También debe fortalecerse su autoestima, haciendo énfasis principalmente en su valía personal. De igual forma la intervención debe estar dirigida a brindar consejería psicológica para la educación de sus hijos e hijas y orientarles cómo manejar el proceso de duelo en las y los menores.

CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

El proceso de investigación de los efectos psicológicos provocados por el Suicidio en familiares cercanos de empleados de la Policía Nacional Civil, permite concluir:

1. El Suicidio es un fenómeno multicausal, que incide negativamente en la Salud Mental de las y los familiares de la persona que decide quitarse la vida, haciendo que estos experimenten una serie de síntomas propios de un proceso de duelo, dicha experiencia obliga a las y los afectados a tomar medidas que les permitan afrontar la pérdida desde su propia condición, la etapa de desarrollo en que se encuentre y el nivel de madurez emocional que posea.
2. La conducta suicida esta intrínsecamente relacionada a factores externos tales como factores económicos, relaciones extramaritales, alcoholismo, problemas laborales, enfermedades terminales y violencia intrafamiliar, todos ellos en su conjunto se convierten en potenciales de riesgo que aumentan la probabilidad de atentar contra la propia vida.
3. El impacto psicológico provocado por el suicidio, repercute de diferente manera en las diferentes poblaciones que la experimentan. Los niños y las niñas experimentan dichas consecuencias a nivel conductual como producto de su incipiente desarrollo cognitivo y su necesidad de asimilar el fenómeno. Las y los adolescentes son afectados principalmente a nivel emocional, debido a que su desarrollo cognitivo les permite racionalizar de mejor manera la situación. Las personas adultas experimentan las consecuencias a nivel cognitivo, emocional y conductual debido que su estructura psicológica se encuentra íntegramente consolidada.

4. La pérdida de un ser querido en las familias, es un acontecimiento que prueba la unidad en ellas, tal situación exige reestructurar el sistema de valores que posee, convirtiendo las relaciones en más nutritivas y saludables, estableciendo de esta forma una dinámica familiar más positiva que ayuda a sobrellevar la pena.

6.2 RECOMENDACIONES

La investigación sobre los efectos psicológicos provocados por el Suicidio en familiares cercanos de empleados de la Policía Nacional Civil, permite realizar las siguientes recomendaciones:

A LA SUB-DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS DE LA PNC

1. Apoyar los proyectos y programas de Salud Mental encaminadas a brindar intervención psicosocial a las y los familiares cercanos de empleados de la Policía Nacional Civil fallecidos por suicidio y a los Programas preventivos que implemente el Departamento de Salud Ocupacional.

A LA DIVISIÓN DE BIENESTAR POLICIAL

2. Sugerir a las autoridades competentes la prohibición del uso y portación de armas de fuego en el personal operativo que esté expuesto a factores de riesgo de una conducta suicida, principalmente durante el tiempo de licencia, ya que mediante esta investigación se ha identificado que el conglomerado de estos factores se convierten en precipitantes del suicidio, además las y los familiares cercanos son expuestos fácilmente a un riesgo inminente.

AL DEPARTAMENTO DE SALUD OCUPACIONAL

3. Que las y los profesionales fortalezcan su experiencia mediante la actualización de los avances científicos en materia de duelo, a fin de estar preparados para intervenir oportunamente las necesidades que presentan las familias que han perdido a un ser querido, suscribiéndolas a un Programa de Intervención Psicológica que les ayude a aceptar la realidad de la pérdida, a experimentar abiertamente las consecuencias que implica y a adaptarse a nuevos patrones en su realidad familiar.
4. Realizar acciones encaminadas a identificar oportunamente aquellos casos que presenten factores de riesgo de una conducta suicida e implementar con ellos Programas dirigidos al fortalecimiento de su Salud Mental y llevarles un seguimiento adecuado a través de consultas psicológicas o visitas domiciliarias.
5. Desarrollar la Propuesta de Plan de Intervención que se sugiere como resultado de esta investigación en familiares cercanos de empleados de la Policía Nacional Civil fallecidos por suicidio, con el objetivo de intervenir las necesidades identificadas y acompañarles en el proceso de resolución de duelo.
6. Implementar Programas de Salud Mental dirigidos al personal policial de las diferentes dependencias, enfocados a la prevención del Alcoholismo, la violencia intrafamiliar y el fortalecimiento del sentido de la vida, generando de esta forma espacios de crecimiento personal.
7. Gestionar la creación de una línea telefónica que atienda solicitudes de emergencia a nivel psicológico de empleados y empleadas de la Corporación Policial y su familia. Promocionar dicho servicio a nivel nacional para la intervención oportuna con personas que experimenten

algún tipo de crisis e inclusive para monitorear los avances de las y los familiares en tratamiento psicológico.

AL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

8. Se recomienda realizar futuras investigaciones sobre los factores de riesgo intrapsíquicos presentes en las personas potencialmente suicidas, a fin de determinar rasgos de personalidad, temperamentos, estructura emocional, patologías clínicas, entre otros que puedan incidir en la conducta suicida.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Pérez, Alexis (2004) *Guía metodológica para anteproyectos de investigación*. Caracas: Fondo Editorial de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador
- Hernández Sampieri, R., Fernández, C. & Baptista, Pilar (1991). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw-Hill.
- Chinchilla D., (2009) *Guía didáctica I para seminario de investigación social*. El Salvador: Edit. UCA EDITORES
- Papalia, D.E y otros (2005), *Desarrollo Humano, 9ª Edición*, México: Edit. Mc Graw-Hill.
- Magdalena Pérez Trenado, *El proceso de duelo y la familia*. Centro Iluntze
- M. Paz Moreno Llorca (2002) *Intervención en duelo en las diferentes etapas evolutivas*.
- O'Connor, N. (1990). *Déjalos ir con amor, La aceptación del duelo*. México D.F.: Edit. Trillas
- Durkheim, Emile (1990). *El suicidio*. México: Premia Editora, 3ra ed.
- Bowlby, J. (1980) *"La pérdida afectiva"*. Ed. Paidós.
- Neimeyer, R. A. (2002) *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. Edit. Paidós.
- Worden, J.W. (1991) *"El tratamiento del duelo. Asesoramiento psicológico y terapia"*. Edit. Paidós.
- Minuchin, Salvador, Fishman, H. Ch. (1980) *Técnicas de terapia familiar*. Edit. Paidós
- Navarro Serrer, Mariano. (2006) *La muerte y el duelo como experiencia vital: Acompañando el proceso de morir*.
- Beundía, José (1996). *Psicopatologías en niños y adolescentes: desarrollos actuales*. Madrid: Edit. Pirámide.

- Esctruch, Joan y Cardús, Salvador (1982). *Los suicidios*. Barcelona: Edit. Herder.
- Slaikeu, Karl A. (1999). *Intervención en crisis: manual para práctica e investigación*. México: Manual Moderno.
- Fernández Millán, Juan M. (2006). *Apoyo psicológico en situaciones de emergencia*. Madrid: Pirámide.
- Arandiga, Antonio y Tortosa, Consol (2000). *Habilidades Sociales. 1er Ciclo Educación secundaria Obligatoria*. España: Editorial Marfil, S.A.

FUENTES ELECTRÓNICAS:

- Actitud ante el suicidio y conductas autolesivas. Salud Dalia. (en línea). (2009). Consultados el 26/01/2011. Disponible en: www.saludalia.com
- Muerte por suicidio, un caso de de duelo complicado. Pedro Mata. (en línea). (2010) Consultados el 02/02/2011. Disponible www.montedeoya.homestead.com
- Afectaciones emocionales en los familiares de suicidas. Abraham Omonte. (En línea). (2009). Consultado el 14/02/2011. Disponible en www.monografias.com
- *Duelo complicado sobre el desarrollo del duelo e importancia*. X. Consultado el 20/02/2011. Disponible en: www.ub.edu.ar/investigaciones/tesinas/250_loitegui.pdf

ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

A N E X O	Nº de página
ANEXO 1: CONSTANCIA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS	127
ANEXO 2: NÓMINA DE JUECES PARA VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS.....	128
ANEXO 3: GUIA DE ENTREVISTA PARA FAMILIARES ADULTOS.....	129
ANEXO 4: GUIA DE ENTREVISTA PARA HIJOS E HIJAS ADOLESCENTES	139
ANEXO 5: GUIA DE OBSERVACIÓN PARA NIÑOS Y NIÑAS	144
ANEXO 6: CARTA DIDÁCTICA Y ANEXOS DE JORNADA DIAGNÓSTICA.....	148
ANEXO 7: PRUEBA PSICOLÓGICA PARA NIÑOS Y NIÑAS.....	158
ANEXO 8: PRUEBA PSICOLÓGICA PARA FAMILIARES ADULTOS.....	159
ANEXO 9: PROPUESTA DE PLAN DE INTERVENCIÓN	160
PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA DE PLAN DE INTERVENCIÓN .	163
JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA DE PLAN DE INTERVENCIÓN ..	165
OBJETIVOS DE LA PROPUESTA DE PLAN DE INTERVENCIÓN	168
SUSTENTACIÓN TEÓRICA	168
METODOLOGIA DEL PLAN DE INTERVENCIÓN.....	180
ACTIVIDADES	190
ÁREA 1: INTERVENCIÓN EN CRISIS	191
ÁREA 2: ACEPTAR LA REALIDAD DE LA PÉRDIDA	196
ÁREA 3: EXPRESAR EL DOLOR Y OTRAS EMOCIONES.....	209
ÁREA 4: ADAPTARSE A LOS CAMBIOS EN EL MEDIO	218
ÁREA 5: RECOLOCAR AL FALLECIDO Y REANUDAR LA VIDA	228
APÉNDICES DEL PLAN DE INTERVENCIÓN	235

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS

NÓMINA DE EQUIPO DE JUECES



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

GUÍA DE ENTREVISTA PARA PERSONAS ADULTAS

(Familiares cercanos de empleados de la Policía Nacional Civil fallecidos por suicidio, en el período de enero de 2010 a marzo 2011)

Objetivo General:

Identificar las posibles consecuencias psicológicas manifestadas en el ambiente familiar, posterior a la pérdida de un ser amado fallecido por suicidio.

Lugar: _____

Fecha: _____ **Hora:** _____

Tiempo de aplicación: _____

Entrevistador(a): _____

Parte I:

DATOS GENERALES

Nombre: _____ **Parentesco:** _____

Edad: _____ **Sexo:** _____

Escolaridad: _____ **Ocupación:** _____

Religión: _____ **Estado Civil:** _____

Nombre de la familia: _____

Parte II:

HISTORIA FAMILIAR

Contexto Socio-económico

1- ¿Quiénes componen su familia actualmente y que parentesco tienen con usted?

2- ¿Cuáles son los ingresos económicos que recibe la familia?

3- ¿Considera que los ingresos económicos recibidos son suficientes para satisfacer las necesidades básicas?

Contexto Familiar

4- ¿Cómo era la relación entre el familiar fallecido y los niños o las niñas?

5- ¿Cómo era la relación entre el familiar fallecido y usted?

6- ¿Tenían algún tipo de problemas? Si ___ No ___ ¿Cómo cuáles?

7- ¿De qué manera eran resueltos los problemas?

8- Antes del suicidio, ¿Notó algún cambio en la actitud o en el comportamiento de su familiar? Si ___ No ___ Explique:

9- ¿Manifestó su familiar ideas, temas o la intención de quitarse la vida en algún momento determinado?

10- ¿Tuvo su familiar algún intento suicida antes de consumir el acto?

11- ¿Cuál crees que fue la razón por la que su familiar se quitó la vida?

12- ¿Qué cambios se han suscitado a nivel general en su familia como consecuencia de la muerte de su familiar?

13- ¿Alguno de las o los miembros de la familia ha recibido tratamiento psicológico a causa de la pérdida de su ser querido?

Quién: _____ Lugar: _____

Duración: _____

Resultados: _____

Anotar si es más de uno:

Parte III:

EXPLORACIÓN SOBRE LOS HIJOS E HIJAS

Contexto Infanto-juvenil¹⁶

14- A nivel general y luego de la muerte de su familiar: ¿Cómo es el comportamiento de los niños o niñas cuando se encuentran en casa?

15- ¿Qué cambios se han presentado en los niños o las niñas, posterior al fallecimiento de su familiar?

¹⁶ Las preguntas se realizarán de manera general para los hijos e hijas, sin embargo; se profundizará en las posibles problemáticas que presente alguno de manera individual.

16- ¿Alguno de sus hijos o hijas se ha sentido culpable por la muerte de su familiar?

17- ¿Alguno de sus hijos o hijas ha manifestado ideación suicida o interés en el tema de la muerte posterior al fallecimiento de su familiar?

18- Después del fallecimiento de su familiar ¿Alguno de sus hijos o hijas ha manifestado alguna de las siguientes conductas?

Aislamiento social Agresividad Rebeldía

Explique:

19- ¿Qué tipo de responsabilidades tienen los niños o las niñas, hoy que su familiar ya no vive?

20- Luego de la muerte de su familiar, ¿Cómo es la relación entre hermanos y hermanas?

21- Después de la muerte de su familiar, ¿Cómo es la relación que mantienen las y los menores con usted?

22- Posterior a la muerte de su ser querido, ¿Cómo se relacionan los niños o las niñas con otros niños y niñas?

23- ¿Cómo se relacionan los niños o las niñas con otros adultos, hoy que su familiar ya no vive?

24- Luego del fallecimiento de su familiar, ¿Cómo considera el estado emocional de sus hijos o hijas en la actualidad?

Conducta doméstica y social

Indicación: Los siguientes ítems exploran las posibles consecuencias emocionales que se hayan suscitado después del suicidio de la persona amada.

25- A sus hijas o hijos, ¿Les gusta jugar solos o con otros niños o niñas?

26- ¿Juegan con niños menores, mayores o iguales a su edad?

27- ¿Juegan con niños del sexo masculino o femenino?

28- Después de la muerte de su ser querido, ¿Alguno de sus hijos o hijas presentan dificultades para realizar las siguientes actividades?

¿Vestirse solo o sola? Si No

¿Ir al baño? Si No

¿Hacer mandados? Si No

¿Ayudar en casa? Si No

Explique: _____

Alteraciones del sueño

29- Después de la muerte de su familiar, ¿Alguno de sus hijos o hijas presenta las siguientes características durante el sueño?

- Duerme con algún familiar Con quién _____
- Necesita luz Suele despertarse Hipersensible durante el sueño
- Habla dormido Sonámbulo Pesadillas o terrores nocturnos
- Movimientos involuntarios durante el sueño Se levanta para irse a su cama

Explique: _____

Alteraciones conductuales

30- Posterior a la muerte de su familiar, ¿Alguno de sus hijos o hijas presenta las siguientes características en su conducta?

- Enuresis Nocturna Diurna
- Encopresis Nocturna Diurna
- Golpearse la cabeza Morderse las uñas Halarse el cabello
- Tratar de quedarse sin aire Mecerse sobre sí

Berrinches (Forma, presencia, duración) _____

Contexto Escolar

31- Después de la muerte de su ser amado, ¿Sus hijos o hijas asisten a diario a la escuela? Regular Irregular

32- ¿Repiten grado? Si No ¿Qué grado(s)? _____

33- Actualmente, ¿Cómo son los hábitos de estudio de sus hijos o hijas?

34- Como consecuencia de la muerte de su familiar, ¿Alguno de sus hijos o hijas presenta dificultades de lecto-escritura?

35- ¿Cómo es el rendimiento académico de sus hijos e hijas?

36- Posterior al fallecimiento de su familiar, ¿Alguno de sus hijos o hijas presenta dificultades para adaptarse al grupo académico?

Poco integrado Se aísla Indisciplinado
 Se escapa de la escuela Busca otras tareas no académicas

37- En general: ¿Cómo es la relación de los niños o niñas con los compañeros y compañeras de clase hoy que su familiar ya no vive?

38- Después de la muerte de su familiar, ¿Cómo es la relación de los niños o niñas con su maestra o maestro?

Adolescencia

39- Posterior al fallecimiento de su ser querido, ¿Sus hijos o hijas adolescentes mantienen relaciones de amistad con otras u otros adolescentes?

40- ¿Alguno de sus hijos o hijas tiene una relación de noviazgo en la actualidad?

41- Luego de la pérdida de sus ser querido, ¿Cuáles son las actividades que su hijo o hija realiza diariamente?

42- ¿Sus hijos o hijas practican algún tipo de deporte?

43- Posterior a la muerte de su ser querido, ¿Alguno de sus hijos o hijas tiene la responsabilidad de un trabajo, ya sea formal o informal?

44- Después de la muerte de su familiar, ¿Alguno de sus hijos o hijas mantiene algún tipo de hábito nocivo a su salud?

Cigarrillos Licor Drogas

-¿Cómo se inició? _____

-¿Desde cuándo? _____ Frecuencia: _____

45- Luego del fallecimiento de su ser querido ¿En que ocupan sus hijos el tiempo libre?

Parte IV:

EXPLORACIÓN PERSONAL

Indicación: Los siguientes ítems exploran las posibles consecuencias emocionales que se hayan suscitado después del suicidio de la persona amada.

Contexto personal

46- ¿Cómo se describe a sí misma?

47- ¿Cuáles considera que son sus mayores fortalezas?

48- ¿Cuáles considera que son sus mayores debilidades?

49- ¿Cómo se ha sentido emocionalmente en la actualidad?

50- ¿Qué hace en su tiempo libre?

51- ¿Cómo se lleva con sus vecinos o vecinas?

52- ¿Ha escuchado algún comentario de de algún vecino o familiara causa del fallecimiento por suicidio de su familiar?

53- Posterior al fallecimiento por suicidio de su familiar, ¿Qué sentimientos experimentó?

54- ¿Cómo ha sobrellevado la pérdida de su familiar?

55- ¿Qué consecuencias del fallecimiento se han mantenido hasta este momento?

56- Después de morir su familiar, ¿Ha experimentado alguno de los siguientes sentimientos?

- Culpa
- Rabia o pánico
- Ideación suicida
- Miedo o incertidumbre

Explique:

57- En la actualidad, ¿Cuáles son las fuentes de apoyo que tiene la familia?

58- ¿Qué expectativas personales tiene usted para el futuro?

59- ¿Qué expectativas familiares tiene usted para el futuro?

60- ¿Quisiera agregar algo más a esta entrevista?

OBSERVACIONES GENERALES:

NOTA: El presente documento responde a una guía de entrevista que le servirá al entrevistador para desarrollar la actividad.

Queda a decisión del investigador desarrollar la actividad según su criterio y pericia, respetando en todo momento las leyes científicas de la entrevista diagnóstica y procurando mantener un clima emocional adecuado para asegurar los buenos resultados



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

GUIA DE ENTREVISTA PARA ADOLESCENTES

(Familiares cercanos de empleados de la Policía Nacional Civil fallecidos por suicidio, en el período de enero 2010 a marzo 2011)

Objetivo General: Identificar las posibles consecuencias psicológicas manifestadas en adolescentes, posterior al fallecimiento por suicidio de uno de sus padres.

Lugar: _____

Fecha: _____ Hora: _____

Entrevistador(a): _____

PARTE I:

DATOS GENERALES

Nombre: _____ Parentesco: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Escolaridad: _____ Ocupación: _____

Religión: _____ Estado Civil: _____

Nombre de la familia: _____

PARTE II

CONTENIDO

AMBIENTE ESCOLAR

1. ¿Cómo es tu Centro Escolar?

2. ¿Te gusta ir a tu Centro Escolar? Si ___ No ___ ¿Por qué?

3. ¿Qué es lo que más te gusta de tu Centro Escolar?

4. ¿Cómo te llevas con tu maestro o maestra?

5. ¿Cómo te llevas con tus compañeros o compañeras de clase?

6. ¿Qué hacen durante el receso?

7. ¿Llevas buenas notas?

8. ¿Qué otras actividades realizas en tu Centro Escolar?

RELACIONES INTERPERSONALES

9. Aparte de ir a la escuela, ¿Qué otras actividades te gusta desarrollar?

10. ¿Tienes amigos o amigas en tu colonia? Si ___ No ___ ¿Cómo te llevas con ellos o ellas?

11. ¿Qué hacen cuando están juntos?

12. En tu grupo de amigos y amigas, ¿Tienes a alguien en quien confías más?

13. ¿Cómo es tu relación con tus vecinos y vecinas?

14. ¿Alguna vez te han dicho cosas que te desagraden o te hayan hecho sentir mal?

Si ___ No ___ Explique:

CONTEXTO FAMILIAR

15. ¿Cómo te sientes con tu grupo familiar?

16. ¿Qué actividades realizan en familia?

17. ¿Cuáles son tus responsabilidades en el hogar?

18. De los miembros de tu familia, ¿Quién te ayuda a realizar las tareas escolares?

19. ¿Qué te hizo sentir la muerte de tu familiar?

20. ¿Cuál crees que fue la razón por la que tu familiar se quitó la vida?

21. ¿Te has sentido solo alguna vez?

22. Luego de la muerte de tu padre ¿Lo recuerdas frecuentemente?

23. Después de la muerte de tu padre ¿Ha cambiado la relación entre tu mamá y tú?

Si ___ No ___ ¿Por qué?

24. ¿Ha cambiado la relación con tus hermanos o hermanas después de la muerte de tu padre?

25. ¿Cuándo haces algo inadecuado, quién o quienes te corrigen y de qué forma lo hacen?

26. ¿Siempre fue así o es nuevo?

27. ¿Cuáles son las cosas que te gustan de tu familia?

28. Si pudieras hacerlo, ¿Qué cambiarías de tu familia?

29. ¿Cómo te sientes actualmente?

INTERESES Y MOTIVACIONES

30. ¿Qué quieres ser cuando seas grande?

31. ¿Hay alguna persona a quién admires? _____ ¿Por qué?

32. ¿Qué haces en tu tiempo libre?

33. ¿Cuáles son tus programas de televisión, música, libros y/o películas favoritos?

34. ¿Qué es lo que más te gusta hacer?

35. ¿Tienes algún sueño personal que quisieras alcanzar?

36. ¿Qué cosas te gustan de ti?

37. Si tuvieras la oportunidad, ¿Qué cosas cambiarías de ti?

38. ¿Has hecho algo de lo que te arrepientas? _____ Explique

39. ¿Has hecho algo de lo que te sientas orgulloso u orgullosa?

40. ¿Cómo te describes a ti mismo o misma?

41. ¿Quieres agregar algo más a esta entrevista?

NOTA: El presente documento responde a una guía de entrevista que le servirá al entrevistador para desarrollar la actividad.

Queda a decisión del investigador desarrollar la actividad según su criterio y pericia, respetando en todo momento las leyes científicas de la entrevista diagnóstica y procurando mantener un clima emocional adecuado para asegurar los buenos resultados.



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

GUIA DE OBSERVACIÓN

(Familiares cercanos de empleados de la Policía Nacional Civil fallecidos por suicidio, en el período de enero de 2010 a marzo de 2011)

Objetivo General:

Recabar información importante sobre el contexto familiar a través de la observación de las condiciones ambientales en que vive la familia y el registro conductual de las niñas y niños en el desarrollo de la actividad lúdica.

Lugar: _____

Fecha: _____ Hora: _____

Observador(a): _____

Parte I:

DATOS GENERALES

Nombre: _____ Parentesco: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Escolaridad: _____ Ocupación: _____

Religión: _____ Estado Civil: _____

Nombre de la familia: _____

Zona de ubicación: _____

PARTE II

CONTEXTO AMBIENTAL

CARACTERISTICAS	SI	NO
Tranquilo		
Ruidoso		
Sucio		
Olores desagradables		
Hacinamiento		
DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA VIVIENDA		

PARTE III
CRITERIOS DE OBSERVACIÓN

AFECTIVIDAD	SI	NO
Expresa verbalmente afecto o cariño		
Se enfada con facilidad		
Establece contacto físico con sus familiares (Abrazos, besos, apretón de manos)		
Responde adecuadamente ante los estímulos de afecto o elogios		
Es cortés		
Hace berrinches		

Observaciones:

AUTOESTIMA¹⁷	SI	NO
Reconoce potencialidades personales		
Expresa deseos de superación constante		
Disfruta sus actividades cotidianas		
Muestra satisfacción por sus acciones		
Pide ayuda innecesariamente		
Le gusta tener responsabilidades		

Observaciones:

RELACIONES INTERPERSONALES	SI	NO
Se integra a las actividades de grupo		
Interactúa con todas y todos los miembros de su familia		
Muestra respeto por las personas que le rodean		
Es extrovertido		
Es introvertido		
Realiza juegos bruscos		
Golpea o insulta a las y los demás		
Ayuda a los y las demás		
Es colaborador o colaboradora		
Se muestra dependiente de las y los demás		
Se muestra sumiso o sumisa ante las y los demás		
Se muestra temeroso ante las actividades de grupo		
Se aísla de las actividades de grupo		

Observaciones:

¹⁷ Esta categoría se explorará individualmente con cada niña o niño, con una breve conversación después de la actividad.

MOTRICIDAD	SI	NO
Cambia de posición con frecuencia		
Mantiene una postura erguida		
Se retira de la actividad para realizar otras actividades		
Es capaz de mantenerse ocupado con facilidad		
Mueve constantemente alguna parte de su cuerpo		
Presenta un movimiento coordinado		

Observaciones:

COMUNICACIÓN	SI	NO
Se expresa verbalmente con facilidad		
Hace uso del lenguaje no verbal		
Coincide su lenguaje verbal con el no verbal		
Utiliza palabras soeces		
Grita para comunicarse con las y los demás		
Plantea ideas lógicas y coherentes		
Habla en exceso		
Habla poco		
Presenta momentos de silencio o distracción		
Contesta con rapidez		

Observaciones:

ACTITUD HACIA LA AUTORIDAD	SI	NO
Obedece órdenes		
Muestra y mantiene la atención		
Interrumpe a las y los demás		
Piensa bastante antes de contestar		

Observaciones:

MANEJO DE DUELO	SI	NO
Concibe a la muerte como un proceso natural del desarrollo humano		
Habla de la muerte de su familiar con facilidad		
Muestra respeto al hablar de su familiar fallecido		
Recuerda a su familiar fallecido con tranquilidad		
Llora cuando habla de su familiar		
Habla de su familiar como si estuviera vivo		
Evita el tema de la muerte de su familiar		
Muestra indiferencia al hablar de la muerte de su familiar		
Se incomoda cuando se habla de la muerte de su familiar		
Muestra tristeza cuando habla de su familiar		
Se queda callado cuando se habla de su familiar		
Se agita su respiración al hablar de la muerte de su familiar		
Otro:		
Otro:		

Observaciones:

OBSERVACIONES GENERALES:



JORNADA DE OBSERVACIÓN PARA NIÑOS Y NIÑAS



Objetivo General: Crear un espacio que permita la observación conductual y de reacciones emocionales de las y los miembros de la familia, con énfasis especial en las y los niños, mediante el implemento de actividades lúdicas y psicoterapéuticas con la familia.

Lugar: Domicilio de la Familia _____ **Fecha:** _____ **Hora:** _____

Tiempo: 50 minutos

Equipo Investigador: Marcelo Acevedo, Carlos Flores y Yeny Romero.

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO		RECURSOS	TIEMPO
		EQUIPO FACILITADOR	PARTICIPANTES		
Bienvenida y dinámica de Presentación: <u>“YO NO ME LLAMO SANDÍA...”</u>	Brindar un espacio para que las y los miembros de la familia se presenten y se motiven a participar en la jornada.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ El equipo facilitador dará un saludo cordial a la familia y agradecerá la acogida brindada al equipo facilitador. ◆ El facilitador o facilitadora desarrollará una dinámica de presentación, para la cual indicará que cada participante se presenta así mismo ante el grupo y posteriormente presente a su compañero o compañera de al lado con el nombre de una fruta, a lo cual la persona deberá contestar: ¡Yo no me llamo..., yo mi nombre es...”. Se presentarán sucesivamente todas las y los 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Las y los participantes ven y escuchan la presentación con actitud receptiva. ◆ Escuchan y siguen las indicaciones del equipo facilitador. ◆ Las y los participantes se presentan según las indicaciones. 	Humanos: <ul style="list-style-type: none"> ◆ Participantes ◆ Equipo Materiales: <ul style="list-style-type: none"> ◆ Música de Ambientación 	10 minutos (Según la cantidad de miembros)

EFECTOS PSICOLÓGICOS DEL SUICIDIO

		<p>presentes.</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ En la dinámica participará el equipo facilitador siguiendo la misma dinámica. ◆ Finalmente el equipo facilitador invitará a terminar la dinámica con una muestra de cariño entre las y los participantes. 			
<p>Dinámica de Animación: <u>“CANTO Y BAILO CON LAS PLANTAS”</u></p>	<p>Promover un espacio de integración y armonía entre las y los miembros de la familia y el equipo facilitador.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ El facilitador o facilitadora brindará las indicaciones para desarrollar la actividad. ◆ La o el facilitador motivará a compararnos con las plantas para poder cantar y bailar la canción que se va a presentar. ◆ Indicará que se seguirá la letra de la canción y que a medida la canción se va interpretando debe acompañarse con diferentes expresiones corporales. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Las y los participantes escucharán las indicaciones del facilitador o facilitadora. ◆ Se dispondrán a seguir la letra de la canción y a realizar diferentes gestos y movimientos con sus cuerpos según la letra de la canción. 	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Participantes ◆ Equipo <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Pista musical ◆ Letra de la canción en un pliego de papel bond (Ver anexo 1) 	<p>5 minutos</p>
<p>Actividad Reflexiva: <u>“EL CICLO DE LA VIDA”</u></p>	<p>Reflexionar sobre el ciclo de la vida de los seres vivos y concientizar que los seres humanos también somos parte de él.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ El facilitador o facilitadora iniciará la actividad indicando que se va a continuar hablando de las plantas o las flores. ◆ Se repartirá fichas con las diferentes etapas que vive un árbol desde que nace hasta que muere, en blanco y negro. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Las y los participantes escucharán las indicaciones del facilitador o facilitadora. ◆ En grupo deberán colorear y ordenar las fichas que representan el ciclo de la vida de un árbol. ◆ Posteriormente expresarán sus 	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Participantes ◆ Equipo <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Fichas de 8.5” x 11” del ciclo de la 	<p>10 minutos</p>

		<ul style="list-style-type: none"> ◆ El o la facilitadora invitará a colorear las diferentes fichas presentadas (cuando el número de participantes exceda el número de fichas dos o tres deberán colorear una misma ficha). ◆ Se motivará que todos las y los miembros de la familia participen en la actividad. ◆ Posteriormente solicitará que con las fichas ya coloreadas se trate de colocarlas en orden lógico. El orden correcto deberá iniciar desde que el árbol era una semilla, luego cuando va creciendo, cuando ya esta fuerte y sano y finalmente cuando muere. Cuando la familia haya terminado de armar el ciclo de la vida se invitará a brindarse aplausos y a expresarse muestras de cariño y elogios. ◆ El facilitador o facilitadora inicia la reflexión sobre qué nos hace iguales a los seres humanos y a los árboles o 	<p>ideas y valoraciones personales.</p>	<p>vida de un árbol (Ver anexo 2)</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Colores ◆ Plumones 	
--	--	--	---	---	--

EFECTOS PSICOLÓGICOS DEL SUICIDIO

		plantas e invitará a la familia a que aporten sus ideas, finalizando con la idea del ciclo de la vida y que este se acaba con la muerte.			
Técnica: <u>“EXPRESIÓN METAFÓRICA”</u>	Promover el desahogo emocional en las y los miembros de la familia a través de la estimulación creativa.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Al finalizar la reflexión sobre el ciclo de la vida y los seres humanos, se invitará a recordar si existe alguien en su familia que ya no se encuentra con ellos o ellas, así como el árbol se ha retirado. ◆ Posteriormente se solicitará que por medio de un dibujo representen a la persona que ya no se encuentra y lo que significaba para ellos o ellas. ◆ El facilitador o facilitadora entregará a las y los participantes diversos recursos didácticos. ◆ Posteriormente se invitará a socializar los productos obtenidos. ◆ El facilitador o facilitadora dirigirá una reflexión enfocada el proceso de la vida, brindando mensajes terapéuticos que 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ El o la participante escucha y sigue las indicaciones del equipo facilitador. ◆ El o la participante trabaja expresando sus emociones a medida que representa el ser querido fallecido, de una forma creativa. ◆ Posteriormente las y los miembros de la familia socializan los productos al pleno. ◆ Escuchan y participan en la reflexión. 	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Participantes ◆ Equipo <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Pliegos o páginas de papel bond. ◆ Colores ◆ Plumones ◆ Pintura de dedo ◆ Revistas/diarios ◆ Tijeras ◆ Pegamento 	15 minutos

EFECTOS PSICOLÓGICOS DEL SUICIDIO

		pretendan empoderar a la familia.			
Dinámica de animación: <u>“LA MASA MÁGICA”</u>	Lograr que las y los y las participantes puedan experimentar la sensación de relajación, animación y entusiasmo.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Luego de la descarga emocional generada en la actividad anterior la o él facilitador dirigirá una dinámica de animación a través de una canción alegre. <ul style="list-style-type: none"> ◆ Brindará a las y los participantes las instrucciones para realizar la actividad. (Ver anexo 3) ◆ Participa en conjunto con la familia en el baile y canto de la actividad. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Escuchan con atención las indicaciones del facilitador o facilitadora. ◆ Siguen las instrucciones brindadas para la actividad. ◆ Participan de manera activa en la actividad. 	Humanos: <ul style="list-style-type: none"> ◆ Participantes ◆ Equipo 	5 minutos
<u>CIERRE Y ENTREGA DE DULCES</u>	Cerrar la actividad y agradecer la participación de la familia.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ El facilitador o facilitadora expresará la alegría de trabajar con la familia, haciendo énfasis que esta actividad es el inicio y motivará a que sigan colaborando en las siguientes. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Las y los participantes expresarán sus opiniones si así lo desean. 	Humanos: <ul style="list-style-type: none"> ◆ Participantes ◆ Equipo Materiales: <ul style="list-style-type: none"> ◆ Dulces 	5 minutos

Observaciones:

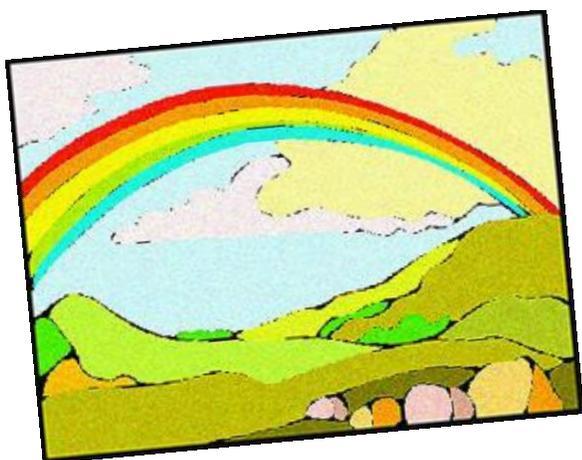
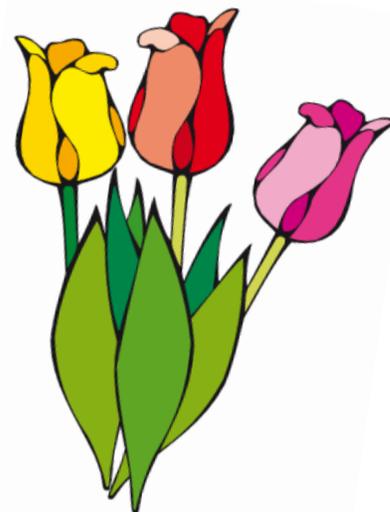
ANEXO 1 JORNADA DE OBSERVACIÓN: “CANTO Y BAILO CON LAS PLANTAS”

Letra de Canción “DE COLORES”

De colores, de colores
se visten los campos en la primavera
De colores, de colores
son los pajarillos que vienen de afuera

De colores, de colores
es el arco iris que vemos lucir
Canta el gallo, canta el gallo

con el kiri, kiri, kiri, kiri, kiri
La gallina, la gallina
con el kara, kara, kara, kara, kara
Los polluelos, los polluelos
con el pio, pio, pio, pio, pi

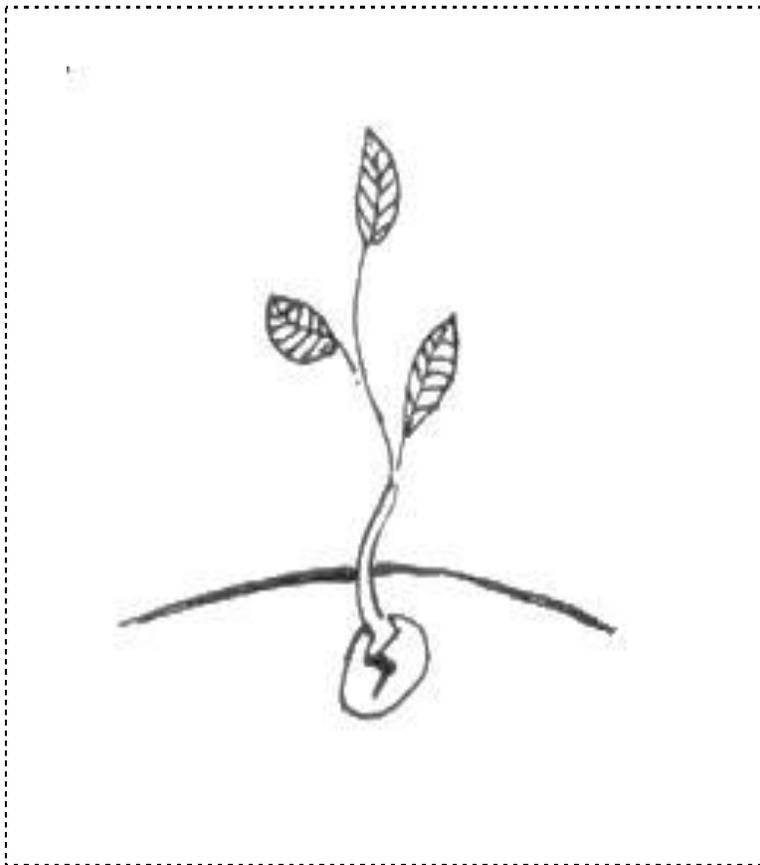


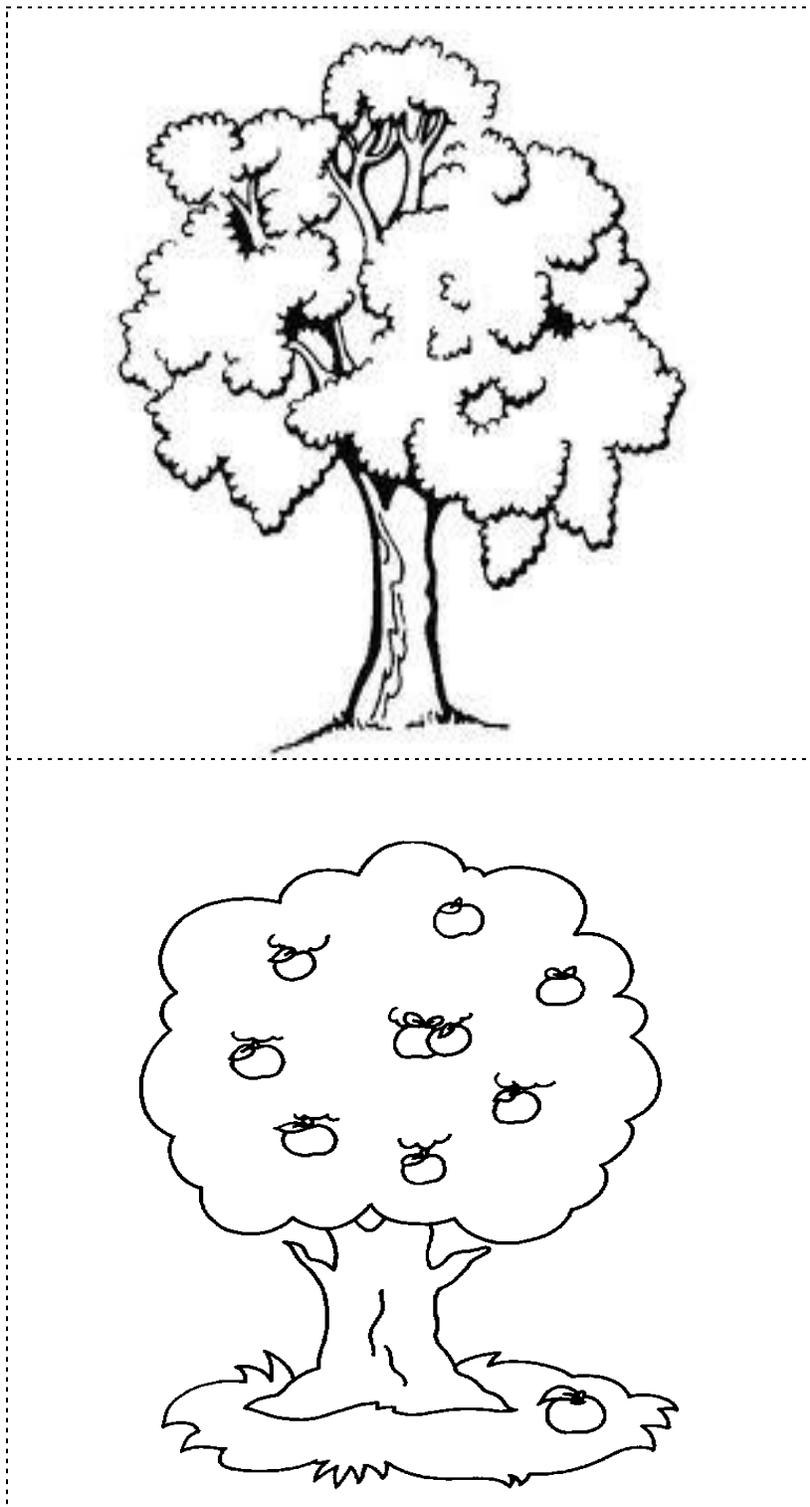
De colores, de colores
brillantes y finos se viste la aurora
De colores, de colores
son los mil reflejos que el sol atesora

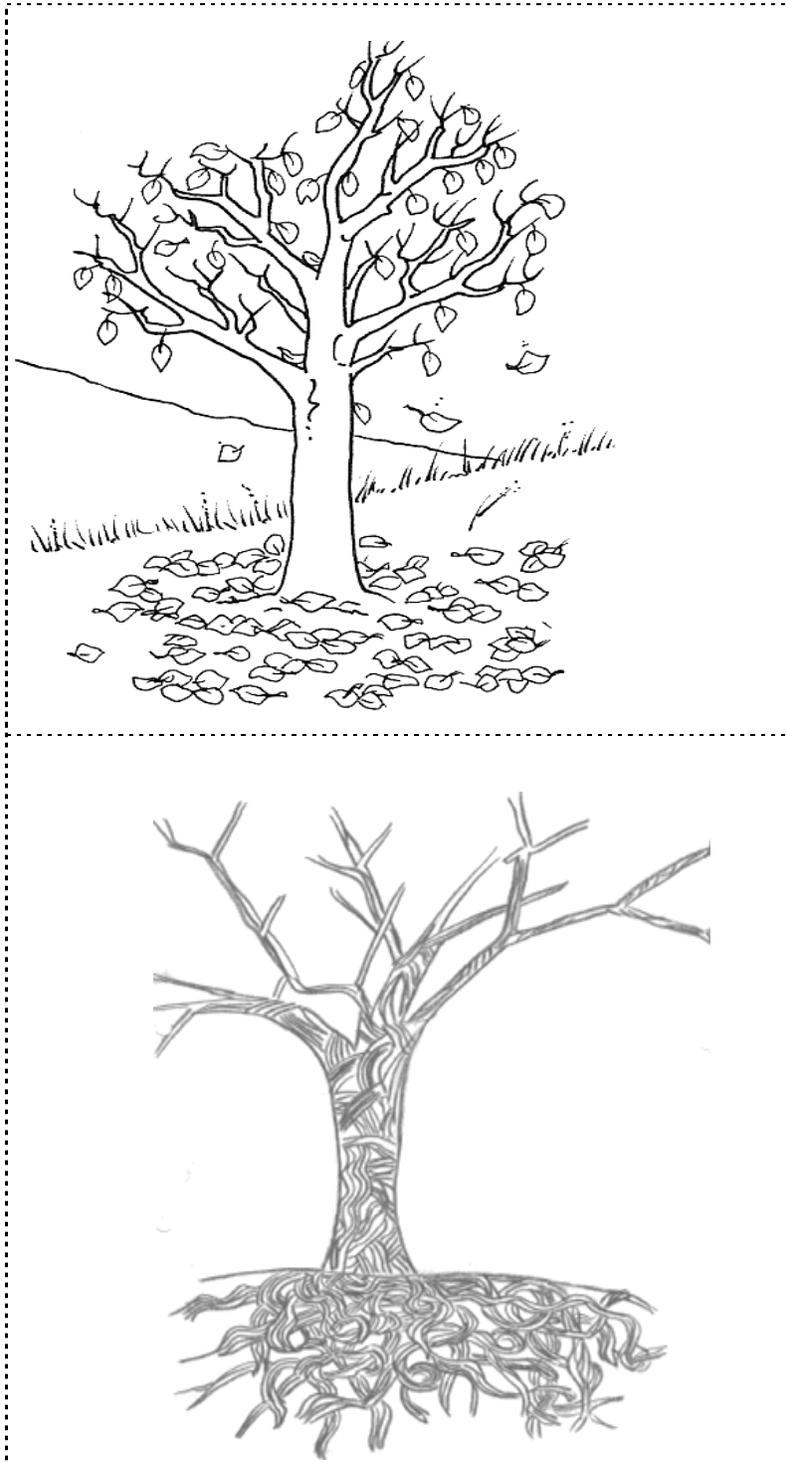
De colores, de colores
se viste el diamante que vemos lucir.

**ANEXO 2 JORNADA DE OBSERVACIÓN:
FICHAS “EL CICLO DE LA VIDA”**

El tamaño de estas fichas responde a fines ilustrativos, las medidas reales que se utilizarán en la actividad serán de 8.5” x 11”.







ANEXO 3 JORNADA DE OBSERVACIÓN: DINÁMICA DE ANIMACIÓN “LA MASA MÁGICA”

INDICACIONES:

El guía se pone en medio del círculo y los participantes deben repetir lo que éste haga. Se puede ir variando la velocidad del canto o haciendo modificaciones a la coreografía.

Guía: ¡Oh! (con las manos hacia arriba al momento de decirlo).

Participantes: ¡Ah!

Guía: Alele (movimiento de hombros).

Participantes: alele.

Guía: Alele quita conga (una vuelta con movimiento).

Participantes: alele quita conga (una vuelta con movimiento).

Guía: Amasa, amasa, amasa (movimiento de brazos como bajando y caderas).

Participantes: Amasa, amasa, amasa (movimiento de brazos como bajando y caderas).

Guía: Oh alue, alue, alua (pies adelante y atrás).

Participantes: Oh alue, alue, alua (pies adelante y atrás).



PRUEBA PSICOLÓGICA PARA NIÑOS Y
NIÑAS: TEST PATA NEGRA

PRUEBA PSICOLÓGICA PARA ADULTOS:
CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD 16 PF

**PROPUESTA DE
PLAN DE
INTERVENCIÓN
PSICOTERAPÉUTICO**



ÍNDICE DE PROPUESTA DE PLAN DE INTERVENCIÓN

C O N T E N I D O	Nº de
página	
PRESENTACIÓN.....	163
JUSTIFICACIÓN.....	165
OBJETIVOS.....	167
SUSTENTACIÓN TEÓRICA.....	168
TEORÍA DE LA CRISIS.....	168
ETAPAS DE LA CRISIS.....	169
INTERVENCIÓN EN CRISIS	171
ACOMPANIAMIENTO PSICOLÓGICO	173
TAREAS DE RESOLUCIÓN DE DUELO SEGÚN WORDEN.....	175
METODOLOGÍA DEL PLAN DE INTERVENCIÓN	180
GENERALIDADES DEL PROGRAMA	180
SUGERENCIAS METODOLÓGICAS DEL PROGRAMA.....	184
DISEÑO DEL PROGRAMA.....	187
PROPUESTA DE ACTIVIDADES.....	190
AREA 1 Intervención en crisis	191
AREA 2 Aceptar la realidad de la pérdida	196
AREA 3 Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida.....	209
AREA 4 Adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente	218
AREA 5 Recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo.....	228

APÉNDICES	235
APÉNDICE 1: Lectura adicional para orientación de profesionales	236
APÉNDICE 2: Fichas “El ciclo de la vida”	240
APÉNDICE 3: Indicaciones técnica de relajación	243
APÉNDICE 4: Formato hoja de identificación de cambios.....	244
APÉNDICE 5: Guía de apoyo para la orientación de hijos e hijas	245
APÉNDICE 6: Formato de presentación de FODA	248
APÉNDICE 7: Formato para economía de fichas	249
APÉNDICE 8: Hoja de trabajo “Mi compromiso”	250
APÉNDICE 9: Ensayo conductual	251
APÉNDICE 10: Hoja de trabajo “Mi presente y mi futuro”	253
APÉNDICE 11: Guía para elaboración de plan de vida	254

CAPITULO I: PRESENTACIÓN

Enfrentar la muerte de una persona amada es una de las situaciones que más pueden producir dolor en los seres humanos, independientemente de la manera en que la muerte se presente. Sin embargo, el fallecimiento por suicidio, impacta considerablemente en las personas sobrevivientes debido a que se presenta de manera abrupta e inesperada por lo que generalmente deja en shock emocional a las personas que deben enfrentar la pérdida de su familiar.

El fenómeno del suicidio, ha estado presente a lo largo de la historia de la humanidad, sin discriminar razas, ni posiciones sociales, edad, sexo u otras posibles diferencias entre los seres humanos, es decir, el suicidio afecta a todas las sociedades del mundo entero y El Salvador no es la excepción. Cada suicidio, implica dolor para las personas que deben enfrentar la pérdida de un familiar, ya que con la muerte se da un rompimiento de un vínculo afectivo entre dos personas, y quien sobrevive debe enfrentarse a la reestructuración de una nueva realidad que probablemente implique asumir responsabilidades nunca antes pensadas. Este proceso de readaptación, está caracterizado por una serie de vertiginosos cambios emocionales, cognitivos y conductuales que la psicología científica conoce como proceso de duelo.

Se denomina duelo a la reacción emocional frente a la pérdida de una persona amada o de algo significativamente importante para ella; en algunos casos este proceso puede evolucionar de manera normal, a pesar de que su desarrollo implique muchos cambios, sin embargo en otros casos el duelo puede evolucionar negativamente y aparecer la figura de un duelo patológico.

El presente documento surge como una propuesta de plan de intervención, precisamente para disminuir la probabilidad que aparezca un duelo patológico, a partir del estudio que se ha realizado en coordinación con la División de Bienestar Policial de la Policía Nacional Civil de El Salvador, sobre los efectos psicológicos provocados por el suicidio en familiares cercanos de empleados de esta corporación, según el diagnóstico encontrado, en donde se evidenció que las

afectaciones varían según la edad de cada miembro de la familia; viéndose afectada en los niños y niñas mayormente el área conductual manifestada en berrinches, peleas con los hermanos y hermanas y la tendencia a manifestar conductas de agresividad hacia la madre. En la población adolescente el área más afectada es la emocional la cual entre las reacciones se encuentran sentimientos de tristeza, falta de ánimo, desmotivación, soledad, lastima impotencia e incluso preocupación por la madre sobreviviente. En la población adulta se ven afectadas las tres áreas, presentando mayor predominancia la emocional, manifestando sentimientos de soledad, tristeza, impotencia, conmiseración, vergüenza, miedo e incertidumbre.

La propuesta incluye objetivo general y específicos que son la guía en este plan de intervención; se hace una breve sustentación teórica de los aspectos más importantes sobre la intervención en casos de duelo. Se presenta la metodología a seguir, proponiendo los recursos, tanto materiales y humanos; se encontrarán los planes operativos, los cuales contienen las actividades y técnicas describiendo el procedimiento a seguir para su ejecución. Además, contiene los mecanismos de evaluación con el fin de verificar los cambios generados en las y los consultantes y prevenir el surgimiento de posibles patologías.

CAPÍTULO II: JUSTIFICACIÓN

El ser humano a lo largo de su historia se ha enfrentado a diversos problemas en su cotidianidad que lo obligan a cada momento a tomar decisiones con el fin de resolverlos. Dada la complejidad de las personas, puede entenderse que las decisiones que estas toman también lo son y en determinado momento, esta complejidad no permite que la persona perciba que su problema tiene solución. El suicidio se convierte para muchas de ellas en una alternativa de acabar con los problemas que le agobian.

En el estudio realizado en la Corporación Policial se logró identificar los efectos psicológicos que provoca el suicidio en los familiares cercanos de la víctima, esto ha servido de base para el diseño de una Propuesta de plan de intervención psicoterapéutico, que pueda ser utilizada en la institución con el fin de ayudar científica y sistemáticamente a las personas que sufren un proceso de duelo a causa de la pérdida de un ser querido, ya que de acuerdo a los datos estadísticos, en la Policía Nacional Civil, existen casos significativos de fallecimiento por dicha causa, y cada muerte implica un gran dolor para las personas cercanas al fallecido, lo que vislumbra la necesidad que existe de contar con una herramienta de esta naturaleza.

La importancia que este plan de intervención posee, es que con su aplicación se pretende acompañar a las personas en su dolor y promover el establecimiento de la salud mental a la que todo ser humano tiene derecho, brindando una atención integral que le ayude a las y los beneficiarios a desarrollar las competencias necesarias para superar las desavenencias que cada etapa conlleva. De esa manera, se beneficiará a la corporación policial ya que potencializará el servicio profesional que ofrece a sus beneficiarios y beneficiarias.

Dicho plan se suscribe a las diferentes etapas de duelo que la persona que ha perdido a un ser querido debe enfrentar, y busca contribuir a la superación de aquellos elementos más importantes, brindándole un acompañamiento psicológico durante los momentos más difíciles del proceso de duelo, el cual es importante ya

que permitirá a los y las profesionales de la División de Bienestar Policial contar con una herramienta de intervención inmediata y a largo plazo que les ayude a prevenir el surgimiento de un duelo patológico y atender las necesidades que presenten las y los familiares afectados.

Queda en manos de los y las profesionales de la salud mental, una herramienta que puede ser utilizada en procesos de duelo, independientemente de la causa de la muerte, ya que cualquiera que sea la forma en que esta llegue siempre implica un dolor emocional para quien experimenta la pérdida de un ser querido.

CAPÍTULO III: OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL:

- Brindar atención psicológica a familiares cercanos y cercanas que en la actualidad están experimentando duelo a causa del suicidio de su familiar, a fin de minimizar los efectos provocados en la persona doliente.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Disminuir los sentimientos de soledad, tristeza, impotencia, conmiseración y otros generados por la pérdida en las y los familiares, a fin de buscar la estabilización emocional y la expresión de sus sentimientos.
- Promover el desarrollo de nuevas habilidades de afrontamiento en las y los familiares que les permitan manejar afecciones a nivel conductual como la rabia, el enojo, la desmotivación entre otras provocadas por el fallecimiento.
- Facilitar la reestructuración a nivel cognitivo de las ideas de culpa, ideación suicida, incertidumbre, pensamientos distorsionados entre otros que experimentan principalmente las y los familiares adultos.
- Proporcionar herramientas prácticas a las madres o responsables que les permitan orientar la conducta adecuada de hijas e hijos dentro del proceso de duelo que experimentan.
- Fortalecer la autoestima familiar e incentivar el diseño de planes de vida a fin de facilitar la adaptación a la nueva realidad y la utilización de recursos personales que permitan manejar adecuadamente el proceso de duelo.
- Disminuir la probabilidad de psicopatologías identificando factores que indiquen la aparición de un duelo complicado, para intervenir las necesidades que surjan, y así garantizar la orientación o intervención adecuada.

CAPÍTULO 4: SUSTENTACIÓN TEÓRICA

La intervención psicoterapéutica adecuada en personas que experimentan la pérdida de un ser querido, es muy importante, ya que facilita el proceso de duelo que éstas experimentan. Para ello la o el profesional que proporcione dicha intervención, deberá apoyarse de teorías como las que se presentan a continuación, que le permitan comprender la complejidad del fenómeno y garantizar así que el tratamiento sea más efectivo.

4.1 TEORÍA DE LA CRISIS

María llega a casa donde se encuentra su esposo, después de pasar un tiempo en casa de su hermana debido a los maltratos físicos y psicológicos generados por parte de él. Al entrar a casa lo encuentra con un arma de fuego decidido a quitarse la vida, se encuentra bajo los efectos del alcohol. María intenta quitarle el arma pero él la golpea y le tira al suelo, disparándose inmediatamente en su cabeza enfrente de ella. Ella queda completamente en shock, no puede levantarse del suelo y la voz se le ha cortado, familiares y amigos entran a la casa luego de escuchar el impacto de bala, mientras que ella no es capaz de procesar todo lo que ha visto. En las siguientes semanas María empieza a experimentar tristeza profunda, la cual es expresada con lágrimas. No puede entender todavía que estaba pasando por la mente de su esposo, a la vez que siente un inmenso dolor por su partida, siente mucho enojo porque él se haya quitado la vida. María en ocasiones manifiesta que es culpable por la muerte de su esposo y de haberle cuidado mucho mejor y haber tolerado sus maltratos aún más, eso no hubiera sucedido. Han pasado ya varios meses y María continúa experimentado algunos de los síntomas, son frecuentes los pensamientos acerca de qué pasará con sus hijos e hijas y como les ayudará a suplir la ausencia de su padre.

De acuerdo con muchas definiciones de la palabra, María experimentó “crisis”. Visiblemente perturbada y confundida, experimentó una serie de emociones y parecía incapaz de manejar la tensión que la tragedia le produjo. Hay un sinnúmero de preguntas que pueden suscitarse respecto a María. En los días

inmediatos de la tragedia, ¿Qué decisiones afrontó?, ¿Cómo le comunicaría a sus hijos e hijas la noticia?, ¿Quién estaría acompañándola en los días siguientes? Todas estas preguntas nos conducen a la necesidad de definir la crisis”, ya que es importante entender cuando una persona está en crisis, como fue el caso de María, para poder proporcionarle la ayuda apropiada.

Según la teoría de la crisis, podemos entender una “**crisis**” como un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del individuo para manejar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo.

Quizá la mejor manera de explicar la definición de crisis, en términos de la Teoría de la Crisis, es como lo plantea Karl A. Slaikeu, en su manual sobre Intervención en crisis, en el cual sostiene: “todos los humanos pueden estar expuestos en ciertas ocasiones de sus vidas a experimentar **crisis** caracterizados por una gran desorganización emocional, perturbación y un colapso en las estrategias previas de enfrentamiento. El estado de crisis está limitado en tiempo, casi siempre se manifiesta por un suceso que lo precipita, puede esperarse que siga patrones sucesivos de desarrollo a través de diversas etapas y tiene el potencial de resolución hacia niveles de funcionamiento más altos o bajos. La resolución final de la crisis depende de numerosos factores, que incluyen la gravedad del suceso precipitante, recursos personales del individuo (fuerza del Yo, experiencia con crisis anteriores) y los recursos sociales del individuo (familia, amigos, compañeros del trabajo que le acompañen).

4.2 ETAPAS DE LAS CRISIS

Refiriéndonos a las crisis por pérdida de un familiar, los familiares sobrevivientes pueden experimentar una serie de fases, que no se deben entender como un proceso lineal, sino más bien, como un modelo que representa la posible resolución de la crisis. Horowitz describe las reacciones a la muerte de un ser querido, en este modelo la primera reacción ante el hecho es el **desorden**, se acompaña de llanto, angustia, grito, desmayo o lamentos.

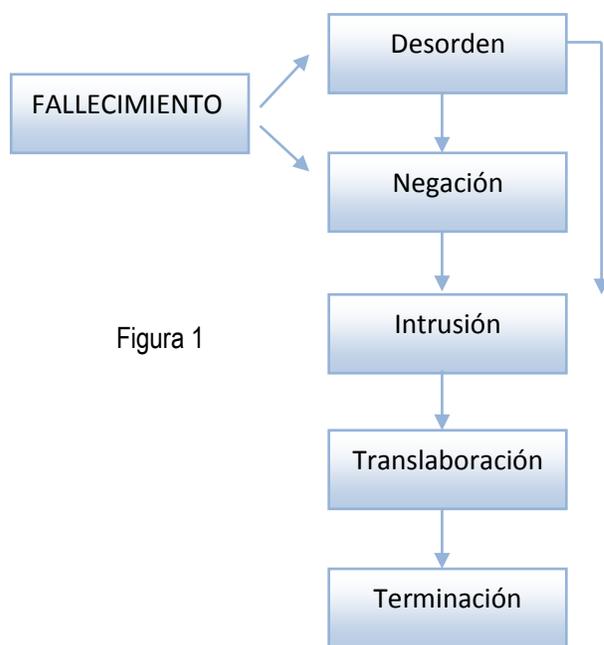


Figura 1

Las flechas en la figura 1 indican que el desorden puede conducir tanto a la negación que a la intrusión. La **negación** es un entorpecimiento emocional, consiste en no pensar en lo que pasó, o en la planificación de actividades como si nada hubiera pasado. Al ocuparse en otras actividades lleva a la persona doliente a pensar que es muy fuerte y que se encuentra muy bien, lo que en un futuro puede ser negativo.

La **intrusión** incluye la abundancia involuntaria de ideas de dolor por los sentimientos acerca de la muerte. La abundancia de pensamientos que acompañan la etapa intrusiva puede incluir afirmaciones, expresadas o no, de la pérdida. Algunas personas omiten la fase de negación y se desplazan directamente a la de intrusión. Otros oscilan de un lado a otro entre estas dos etapas. Por otro lado, la **Translaboración** es el proceso en el que se expresan, identifican y divulgan pensamientos, sentimientos e imágenes de la experiencia de crisis. Finalmente la **Terminación** es la etapa de la experiencia de crisis y conduce a una integración de la misma dentro de la vida de la persona. El suceso ha sido enfrentado, los sentimientos y pensamientos se han identificado y expresado y la reorganización ha sido consumada o iniciada.

Sin embargo, el impacto que produce una crisis en muchas personas, les imposibilita a llegar a una etapa de terminación, por lo que necesitan el apoyo de profesionales de la salud mental, que intervengan oportunamente.

4.3 INTERVENCIÓN EN CRISIS

La intervención que tiene por objetivo brindar apoyo emocional e inclusive atención médica o trámites administrativos en los primeros momentos de la crisis a las personas que han perdido a un ser querido se denomina **intervención en crisis** de primera instancia.

Cuando la atención es enfocada principalmente en el apoyo psicológico en los primeros instantes de la tragedia, las y los profesionales realizan lo que se conoce como **Primeros Auxilios Psicológicos**, en donde la meta principal es restablecer el enfrentamiento inmediato, ya que como se ha mencionado anteriormente, la persona en crisis sufre un colapso de las capacidades de solución de problemas y enfrentamiento que antes eran adecuados, se siente incapaz de tratar con las circunstancias abrumadoras que confronta en ese momento. Por lo tanto, el objetivo del profesional de salud mental debe ser auxiliar a la persona a dar pasos concretos hacia el enfrentamiento con la crisis, lo cual incluye el control de los sentimientos y los componentes subjetivos de la situación y comenzar el proceso de solución de problemas.

Existen tres sub-metas de los primeros auxilios psicológicos, que dan dirección a la actitud de la o el profesional:

1. **Proporcionar apoyo:** Se apoya en la premisa que es mejor que las personas no estén solas, durante la experimentación de las emociones que supone la crisis. El apoyo se convierte en uno de los aspectos más humanos de la intervención en crisis. Debe permitirse a la persona doliente que hable, brindándole un espacio para que ella exprese los sentimientos que experimenta, también supone reforzar la firmeza de la gente para enfrentar la pérdida.
2. **Reducir la mortalidad:** Esta meta se dirige a la salvación de vidas y la prevención del daño físico durante la crisis. Se debe tomar medidas para hacer mínimas las posibilidades destructivas y desactivar la situación. Esto

puede implicar el deshacerse de armas de fuego, arreglar el contacto con un amigo o amiga de confianza por algunas horas, conversar con una persona que pasa por una situación tensionante o en algunos casos iniciar la hospitalización de urgencia.

3. **Enlace con fuentes de asistencia:** Se debe fijar las necesidades fundamentales y entonces realizar la remisión adecuada, esta puede ser asistencia de tipo legal, agentes de seguros, contactos con funerarias, asistencia de un trabajador o trabajadora social. Todo ello con el fin de proporcionar enlaces apropiados, para que la persona pueda comenzar a dar pasos concretos hacia la translaboración de la crisis.

Cuadro 1. Slaikeu, Karl A, en su manual de Intervención en crisis recomienda Qué hacer y qué no hacer en los primeros auxilios psicológicos

	Qué hacer	Qué no hacer
1. Contacto	Escuchar de manera cuidadosa Reflejar sentimientos y hechos Comunicar aceptación	Contar tu “propia historia” Ignorar sentimientos o hechos Juzgar o tomar partido
2. Dimensiones del problema	Plantear preguntas abiertas Pedir a la persona que sea concreta Evaluar la mortalidad	Depender de preguntas si/no Permitir abstracciones continuas Soslayar las señales de “peligro”
3. Posibles soluciones	Alentar la lluvia de ideas Trabajar de manera directa por bloques Establecer prioridades	Permitir la visión de pasar por un túnel Dejar obstáculos sin examinar Tolerar una mezcolanza de necesidades
4. Acción concreta	Dar un paso cada vez Establecer metas específicas de corto plazo Hacer confrontaciones cuando sea necesario	Intentar resolver todo ahora Realizar decisiones que comprometan por largo tiempo Ser tímido o tímida

	Ser directivo, si, y sólo si, debes hacerlo	Retraerse de tomar decisiones cuando parezca necesario
5.Seguimiento	Hacer un convenio para recontactar Evaluar los pasos de acción	Dejar detalles en el aire, o asumir que la o el paciente continuará la acción del plan por sí mismo Dejar la evaluación a alguien más

4.4 ACOMPAÑAMIENTO PSICOLÓGICO EN EL DUELO

Como se ha dicho anteriormente, una atención psicológica adecuada en el momento de la crisis es de suma importancia, ya que no solo garantiza el restablecimiento de la estructura psíquica de la persona en ese momento, sino que además garantizará el inicio de un proceso sistemático y profesional para el tratamiento del duelo por haber perdido un ser querido, lo que se conoce como **Asesoramiento Psicológico**. Para ello se debe tener claro las etapas que una persona en duelo puede experimentar mientras llega a su resolución.

4.4.1 ETAPAS DEL DUELO

Las personas que experimentan la pérdida de un ser querido, atraviesan una serie de etapas que son necesarias y normales en un proceso de duelo. Lindenmann, Brow y Schulz, describen tres fases en el duelo:

- **FASE INICIAL O DE EVITACIÓN**

Esta fase se caracteriza por una reacción normal y terapéutica, surge como defensa masiva del psiquismo, que perdura hasta que el Yo consiga asimilar gradualmente el golpe. Se presenta shock e incredulidad, incluso negación. Puede durar horas, semanas o meses. Es impactante e increíble y puede proteger al doliente de reacciones intensas. Como la certeza de la pérdida los inunda, la etapa inicial da paso a un sentimiento arrollador de tristeza, el cual se expresa con llanto frecuente.

El proceso de duelo inicia al poder ver el cuerpo. Lo que oficializa la realidad de la muerte es el entierro o funeral, que cumple varias funciones, entre ellas la de separar al muerto de los vivos.

- **FASE AGUDA DE DUELO**

Esta fase puede durar 6 meses o más. Existe agudo dolor por la separación, desinterés por el mundo, preocupación por la imagen del muerto, incluso seudo-alucinaciones, actitudes contrarias en las posesiones del muerto las cuales se mantienen o se hacen desaparecer, la rabia emerge suscitando angustia y frecuentemente se desplaza hacia varios destinos. Estas sensaciones disminuyen con el tiempo, pero pueden repetirse en ocasiones como los aniversarios. Trabajo penoso de deshacer los lazos que continúan el vínculo con la persona amada y reconocer la ambivalencia de toda relación. Todas las actividades de la persona doliente pierden significado en esta fase.

- **RESOLUCIÓN DEL DUELO**

Esta es la fase final del proceso de duelo. Se presenta una gradual reconexión con la vida diaria. Se estabilizan los altibajos de la etapa anterior. La energía psicológica ya está liberada y lista para reinvertirla, cuando los recuerdos de la persona desaparecida traen sentimientos cariñosos, mezclados con tristeza, en lugar del dolor agudo y la nostalgia. Muchos sobrevivientes se sienten fortalecidos y orgullosos de haberse recuperados.

Se debe tomar en cuenta que llegar a reorganizar la vida, luego de perder a alguien con quien se ha establecido un vínculo afectivo no es tarea fácil.

4.5 TAREAS DE RESOLUCIÓN DEL DUELO SEGÚN W. WORDEN

William Worden sugiere que después de sufrir una pérdida, hay ciertas tareas que se deben realizar para restablecer el equilibrio y para completar el proceso de duelo.

Es esencial que la persona las complete antes de poder acabar el duelo. Aunque dichas tareas no siguen necesariamente un orden específico, en las definiciones se sugiere un cierto ordenamiento.

Puesto que el duelo es un proceso y no un estado, estas tareas requieren esfuerzo y participación activa de la o el doliente. Es posible que alguien realice algunas tareas pero no otras y, por lo tanto, tenga un duelo incompleto, tal como podría tener una curación incompleta de una herida. Dichas tareas se presentan a continuación:

4.5.1 Tarea: 1: Aceptar la realidad de la pérdida

Cuando alguien muere, siempre hay cierta sensación de que no es verdad. La primera tarea del duelo es afrontar plenamente la realidad de que la persona está muerta, que se ha marchado y no volverá. Parte de la aceptación de la realidad es asumir que el reencuentro es imposible, al menos en esta vida. Mucha gente que ha sufrido una pérdida se encuentra a sí misma llamando en voz alta a la persona perdida y, a veces, la confunde con otras personas de su entorno. Negar la realidad de la pérdida puede variar en el grado, desde una ligera distorsión a un engaño total. Existen padres que pierden a un hijo y conservan la habitación tal como estaba antes de su muerte. Esto no es extraño a corto plazo pero se convierte en negación si continúa durante años. Otra manera que la gente tiene para protegerse de la realidad es negar el significado de la pérdida, esta puede verse como menos significativa de lo que realmente es, con afirmaciones como “No era un buen padre”, “No estábamos tan unidos” o “No lo echo de menos”. Algunas personas hacen difícil la realización de la tarea 1 negando que la muerte sea irreversible, una estrategia muy usada para negar la finitud de la muerte es el espiritismo. La esperanza de reunirse con la persona muerta es un sentimiento

normal, sobre todo en los primeros días o semanas después de la pérdida. Sin embargo, la esperanza crónica de dicha reunión no es normal.

Aceptar la realidad de la pérdida lleva tiempo porque implica no sólo una aceptación intelectual sino también emocional. La persona en duelo puede ser intelectualmente consciente de la finalidad de la pérdida mucho antes de que las emociones le permitan aceptar plenamente la información como verdadera. Los rituales tradicionales como el funeral ayudan a muchas personas a encaminarse hacia la aceptación.

4.5.2 Tarea II: Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida

Para la persona que se encuentran en duelo, es necesario elaborar el dolor emocional para realizar el trabajo del duelo, y cualquier cosa que permita evitar o suprimir de forma continua este dolor, es probable que prolongue el curso del duelo. No todo el mundo experimenta el dolor con la misma intensidad ni lo siente de la misma manera, pero es imposible perder a alguien a quien se ha estado profundamente vinculado sin experimentar cierto nivel de dolor.

La negación de esta segunda tarea, de trabajar el dolor, es no sentir. La persona puede hacer un cortocircuito en la tarea II de muchas maneras, la más obvia es bloquear sus sentimientos y negar el dolor que está presente. A veces entorpecen el proceso evitando pensamientos dolorosos. Algunas personas lo controlan estimulando sólo pensamientos agradables de la o el fallecido. Idealizar al muerto o evitar las cosas que le recuerden al él. Usar alcohol o drogas son otras maneras en que la gente se abstiene de cumplir esta tarea.

John Bowlby dice: “Antes o después, aquellos que evitan toda duelo consciente, sufren un colapso, habitualmente con alguna forma de depresión”. Uno de los propósitos del asesoramiento psicológico en procesos de duelo es ayudar a facilitar esta segunda tarea para que la gente no arrastre el dolor a lo largo de su vida. Si la tarea II no se completa adecuadamente, puede que sea necesaria una terapia más adelante, en un momento en que puede ser más difícil retroceder y trabajar el dolor que se ha estado evitando.

4.5.3 Tarea III: Adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente

Adaptarse a un nuevo medio significa cosas diferentes para personas diferentes, dependiendo de cómo era la relación con la o el fallecido y de los distintos roles que desempeñaba. Para muchas viudas cuesta un período de tiempo considerable darse cuenta de cómo se vive sin sus maridos. Este darse cuenta muchas veces implica asumir vivir sola, educar a las y los hijos ella sola, enfrentarse a una casa vacía y manejar la economía sola. El familiar sobreviviente no es consciente de todos los roles que desempeñaba el fallecido o fallecida hasta algún tiempo después de la pérdida.

La estrategia de afrontamiento de redefinir la pérdida de manera que pueda redundar en beneficio del superviviente tiene que ver, muchas veces con que se complete la tarea III de manera exitosa. Las mujeres que definen su identidad a través de sus relaciones y del cuidado de los otros, el duelo significa no sólo la pérdida de otra persona significativa sino también la sensación de pérdida de sí mismo (Zaiger, 1985). Detener la tarea III es no adaptarse a la pérdida. La persona lucha contra sí misma fomentando su propia impotencia, no desarrollando las habilidades de afrontamiento necesarias o aislándose del mundo y no asumiendo las exigencias del medio. Sin embargo, la mayoría de la gente no sigue este curso negativo sino que decide que debe asumir los roles a los que no está acostumbrada, desarrollar habilidades que nunca había tenido y seguir adelante con un nuevo sentido del mundo.

4.5.4 Tarea IV: Recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo

Volkan ha sugerido: “Una persona en duelo nunca olvida del todo al fallecido o fallecida al que tanto valoraba en vida y nunca rechaza totalmente su rememoración. Nunca podemos eliminar a aquellos que han estado cerca de nosotros”, continua diciendo que el duelo acaba cuando la persona ya no necesita reactivar el recuerdo de la o el fallecido con una intensidad exagerada en el curso de la vida diaria.

La tarea del asesor se convierte entonces, no en ayudar a la persona en duelo a “renunciar” al cónyuge, padre, hijo o familiar fallecido, sino en ayudarlo a encontrar un lugar adecuado para él en su vida emocional, un lugar que le permita continuar viviendo de manera más eficaz en el mundo.

Los padres del fallecido o fallecida muchas veces tienen dificultades para entender la noción de rechazo emocional. Si pensamos en la recolocación, la tarea del padre o madre en duelo implica cierta relación continuada con los pensamientos y recuerdos que asocia con su hijo o hija, pero se trata de hacerlo de una manera que le permita continuar con su vida después de dicha pérdida.

La cuarta tarea se entorpece manteniendo el apego del pasado en vez de continuar formando otros nuevos. Para muchas personas la tarea IV es la más difícil de completar. Se quedan bloqueados en este punto y más tarde se dan cuenta de que su vida, en cierta manera, se detuvo cuando se produjo la pérdida. Pero esta tarea se puede cumplir. Una adolescente que le resultó difícil adaptarse a la muerte de su padre. Dos años más tarde, escribió una nota a su madre, que decía: “Existen otras personas a las que amar, y eso no significa que quiera menos a papá”

Como puede verse el duelo, es un proceso sumamente complejo y es imposible establecer una fecha definitiva para superar las etapas que este exige, aunque en la bibliografía existen todo tipo de intentos de establecer fechas: cuatro meses, un año, dos años, nunca. Un punto de referencia de un duelo acabado es cuando la persona es capaz de pensar en la o el fallecido sin dolor. Siempre hay una sensación de tristeza cuando piensas en alguien que has querido y has perdido, pero es un tipo de tristeza diferente, ya que no incapacita a la persona para que continúe con su vida. Se puede pensar en la o el fallecido sin manifestaciones físicas, como llanto intenso o sensación de opresión en el pecho. Además, el duelo acaba cuando una persona puede volver a invertir sus emociones en la vida y en los vivos.

Una de las cosas básicas que puede hacer la educación a través del asesoramiento psicológico, es alertar a las personas que el duelo es un proceso a largo plazo, y su culminación implicará un estado diferente al que tenía al momento de la pérdida. La o el terapeuta puede además, hacerles saber que aunque el duelo progrese habrá malos días, pues no se trata de un proceso lineal. Puede reaparecer y se tendrá que volver a trabajar.

El duelo se puede acabar, en cierto sentido, cuando la persona recupera el interés por la vida, cuando se siente más esperanzada, cuando experimenta gratificación de nuevo y se adapta a nuevos roles.

CAPÍTULO V: METODOLOGÍA

5.1 GENERALIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIÓN

El plan de intervención psicoterapéutico dirigido para el abordaje en situaciones de duelo está dividido en dos partes fundamentales, la primera de ellas es la intervención en crisis en la cual se utilizan los primeros auxilios psicológicos con el objetivo de apoyar psicológicamente en los primeros instantes de la tragedia. La segunda parte la constituye el acompañamiento psicológico que se brindará durante el proceso de duelo a fin de superar adecuadamente cada una de las etapas del proceso de duelo.

Este plan de intervención requiere que sea activado desde el momento de recibir la noticia hasta los seis meses y medio posteriores. La primera parte se desarrollará durante los días del velatorio hasta el entierro, en una sola jornada que configurará el primer contacto entre la o el profesional y la familia afectada. El acompañamiento psicológico implicará el desarrollo de doce sesiones y tendrá su inicio en los primeros cinco días que siguen al entierro de la persona fallecida, debido que es común que en este período aparezca el duelo con todas sus manifestaciones. Dándose en un primer momento una etapa de evitación, donde es común la aparición de shock e incredulidad, este puede durar horas, semanas o meses. Posteriormente la persona se ve inmersa en una fase aguda donde surge dolor por la separación, desinterés por el mundo, preocupación por la imagen del muerto, incluso pseudo-alucinaciones. Con el tiempo la persona empieza a resolver el duelo esta es la fase final del proceso, se presenta una gradual reconexión con la vida diaria. Se estabilizan los altibajos de la etapa anterior. Mediante un proceso satisfactorio las personas sobrevivientes se sienten fortalecidas y orgullosas de haberse recuperados.

La implementación del programa tendrá una periodicidad de dos sesiones por mes en períodos de quince días cada una, sumando doce sesiones en total para la implementación del plan de intervención. La propuesta de este plan de

intervención se suscribe a las condiciones de la institución que lo implementará. El número de sesiones y la periodicidad entre una y otra, se definieron en relación a los recursos humanos y materiales con que cuenta la institución. Cada sesión tendrá como duración aproximada entre una hora y una hora y media, pero podrán extenderse en caso de ser necesario y según el nivel de afección en que se encuentren las y los miembros durante su desarrollo. Es importante mencionar que en el lapso de tiempo entre una sesión y otra, la o terapeuta brindará tareas a las y los consultantes que fortalezcan el trabajo realizado en la sesión y que facilite la elaboración del duelo. Para el cumplimiento de dichas tareas se realizará monitoreos a través de llamadas telefónicas que permitan mantener una comunicación constante entre la o el terapeuta y las personas asistidas.

PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA			
Fase 1: Intervención en crisis		Fase 2: Acompañamiento psicológico	
Número de sesiones	1 sesión	Número de sesiones	12 sesiones
Periodicidad	--	Periodicidad:	Cada 15 días
Duración de la sesión	De minutos a horas	Duración de la sesión	De 1 a 1 hora y media
Duración total del programa		6 meses	

Finalizada la duración total del programa se realizará un proceso de seguimiento, el cual incluirá visitas domiciliarias una vez al mes, que deberán ser coordinadas con la familia. Además se brindará a la familia un número de teléfono de contacto para situaciones de emergencia en la cual la o el profesional deberá atender de manera inmediata a partir de su experiencia. En cada visita se socializará los avances obtenidos y se cerciorará que los cambios sean permanentes, fortaleciendo a través de elogios positivos. Se mantendrá una comunicación cada quince días vía teléfono, que permita monitorear las actividades de la familia y sus estados emocionales.

Las sesiones terapéuticas tendrán un enfoque familiar y también individual, ya que ambas líneas de acción deben incluirse en un tratamiento de acompañamiento psicológico por duelo.

Número de sesiones familiares e individuales

PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA	
Fase 2: Acompañamiento psicológico	
Sesiones familiares	2 sesiones
Sesiones con adultos	5 sesiones
Sesiones con adolescentes	3 sesiones
Sesiones con niños y niñas	2 sesiones
Total de sesiones	12 sesiones

La atención psicológica individual se dividirá, según las etapas del desarrollo en que se encuentren las y los familiares afectados, haciendo énfasis en las poblaciones niños y niñas, adolescentes y personas adultas, y deberá incluir las particularidades que establecen las diferencias poblacionales, es decir tomará en cuenta las características de cada población.

En el caso de las y los adolescentes y las personas adultas, la intervención individual estará encaminada a brindar un apoyo emocional para superar el duelo, además de buscar el fortalecimiento de la autoestima, la reestructuración cognitiva y el establecimiento de un proyecto de vida, que se convertirán en ejes transversales de la asistencia psicológica.

La orientación para el tratamiento del duelo a niños y niñas serán atendidas a través de la técnica de apoyo, educación y guía, la cual se dirigirá a las y los responsables de las y los infantes afectados, salvo alguna necesidad de urgencia que presente algún niño o niña; que obligará a la o el profesional a abordarla de manera directa, siempre y cuando este bajo sus competencias profesionales.

A través de la técnica de apoyo, educación y guía, también se buscará incluir métodos adecuados de afrontamiento del estrés, rechazo de ideas irracionales, resolución de conflictos, comunicación entre madre-hijas e hijos, entre otros elementos que puedan ser útiles para el crecimiento personal de la persona afectada.

Cada una de las sesiones deberá orientarse al fortalecimiento de alguna área afectada por el duelo según la planificación y la estructura del diseño metodológico, sin embargo, cada sesión también deberá abordar alguna necesidad inmediata que posea la persona en caso que la hubiere y que esté dentro de sus afecciones psicológicas. Dichas emergencias se asistirán a través de la consejería psicológica.

El plan de intervención estará suscrito a la superación de las áreas que plantea Worden J. W. para superar el duelo, describiendo la primera como un proceso donde la persona deberá aceptar la realidad de la pérdida, aceptar que la persona se ha marchado y no volverá, otra área que se trabajará son las emociones y el dolor de la pérdida con actividades encaminadas a elaborar el duelo y que permitan evitar o suprimir de forma continua este dolor. Una tercera tarea es facilitar herramientas que le permitan a la persona adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente, esto significa realizar cosas diferentes con personas diferentes, dependiendo de cómo era la relación con la o el fallecido y de los distintos roles que desempeñaba. Una última tarea está enfocada a recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo, es importante mencionar que en esta tarea no se pretende renunciar al cónyuge, padre, hijo o hija, si no en ayudarle a la familia a encontrar un lugar adecuado para él en su vida emocional, un lugar que le permita continuar viviendo de manera más eficaz en el mundo.

Durante este proceso, las y los profesionales, buscarán brindar un acompañamiento psicológico tanto a niños y niñas, adolescentes y personas adultas para que les ayuden a superar las etapas antes descritas. Para ello, se desarrollarán una serie de actividades encaminadas a favorecer el desarrollo adecuado del duelo y prevenir el surgimiento de un duelo patológico.

El fortalecimiento de la autoestima, la estabilidad emocional y la reestructuración cognitiva serán ejes directrices para el desarrollo de este plan de intervención, los cuales se trabajarán desde diferentes perspectivas y actividades.

Las y los profesionales involucrados, estarán en la libertad de realizar algún cambio en el diseño metodológico de este plan de intervención; cambio que deberá responder a la necesidad particular del caso en seguimiento y a su pericia personal.

El plan de intervención buscará potencializar los lazos familiares entre las y los miembros de la familia, fortaleciendo las debilidades que posea el sistema y fomentando los lados fuertes, a fin que esta unión se convierta en un recurso terapéutico durante el proceso.

Uno de los aspectos centrales de la intervención será evitar que surjan conductas potenciales de riesgo tanto en adolescentes como en personas adultas, como la ingesta de bebidas alcohólicas, uso de sustancias psicoactivas o la imitación de la conducta suicida.

El proceso terapéutico estará orientado a brindar un apoyo psicológico previamente sistematizado según el diseño metodológico, sin embargo cada una de las sesiones tendrán como eje directriz la consejería psicológica a fin de que las y los participantes perciban apoyo en todas las etapas del proceso.

5.2 SUGERENCIAS METODOLÓGICAS PARA APLICACIÓN DE PLAN DE INTERVENCIÓN

Con el fin que el presente plan de intervención se logre desarrollar en óptimas condiciones y bajo los principios de la psicología clínica, sin alterar el orden de las actividades, ni los objetivos que cada una conlleva, es importante que las personas que harán uso de él tomen a bien las siguientes sugerencias metodológicas, a partir de las características de las actividades y de la población con la que se va a trabajar.

5.2.1 Sugerencias metodológicas para trabajar con el niño y niña.

Tomando en cuenta la etapa de desarrollo en la que se encuentran las niñas y los niños, él o la terapeuta deberá hacer uso de su pericia procurando crear un ambiente de juego y diversión, a la vez que genera compromisos con

ellos y ellas. Se recomienda hacer uso de los principios de la psicología para trabajar con niños y niñas; como el principio de acción-reflexión con el fin de que el niño o la niña se sientan partes importantes de la actividad y puedan realizar reflexiones sobre lo que están realizando. Es de vital importancia hacer uso de un lenguaje que pueda ser comprensible y claro para los niños y las niñas, evitando palabras ambiguas y tecnicismos, este se vuelve un factor muy importante al momento de brindar las recomendaciones. Se debe de elogiar los logros y la incorporación a las actividades y corregir de manera adecuada aquellas conductas indeseadas que pueden surgir en la sesión

Al mismo tiempo se sugiere la presencia de la madre en las actividades para que esta observe la manera en la que el o la terapeuta trabaja, a fin de que estos ejemplos le sirvan de insumos para aplicarlos con sus hijos e hijas, para el caso de las responsabilidades que se le asignen a los y las menores, deben ser acorde a la edad que tienen cada niño o niña.

5.2.2 Sugerencias metodológicas para trabajar con adolescentes

Desde el inicio de la sesión es importante observar el estado general de la o el adolescente, como asiste a la sesión, su apariencia, gestos, tono de voz, estado emocional entre otros. El o la terapeuta debe procurar conocer sus intereses y deseos, para mejorar la interacción y la empatía con ellos y ellas.

El o la terapeuta debe ser empático y prepararse por cualquier situación que requiera una intervención en crisis.

Por el hecho de ser un proceso que ayudará a la persona a superar el duelo, el o la terapeuta al referirse a la persona fallecida, deberá procurar hacerlo de manera gradual llamandole, “el fallecido”, “su familiar fallecido”, “el ser querido que ya no se encuentra con ustedes”, esto contribuirá a la aceptación de dicha pérdida y evitar el alojamiento de falsas ideas que las personas continúan vivas, al menos de forma física.

Deberá preparar las condiciones para que las actividades se realicen en un lugar amplio y privado, reducir adecuadamente las distracciones o ruidos que puedan impedir la realización de la jornada o interrumpir una actividad específica. Las recomendaciones deben de ser claras, es muy importante que siempre después de dar cada consigna, pregunte: ¿Se ha comprendido?, al mismo tiempo para una mayor comprensión deberá hacer uso de un lenguaje claro que se adapte al nivel cultural de los y las adolescentes, y en determinados momentos en caso de ser necesario deberá de aclarar algunos conceptos, a fin de mejorar la comprensión.

5.2.3 Sugerencias metodológicas para trabajar con personas adultas

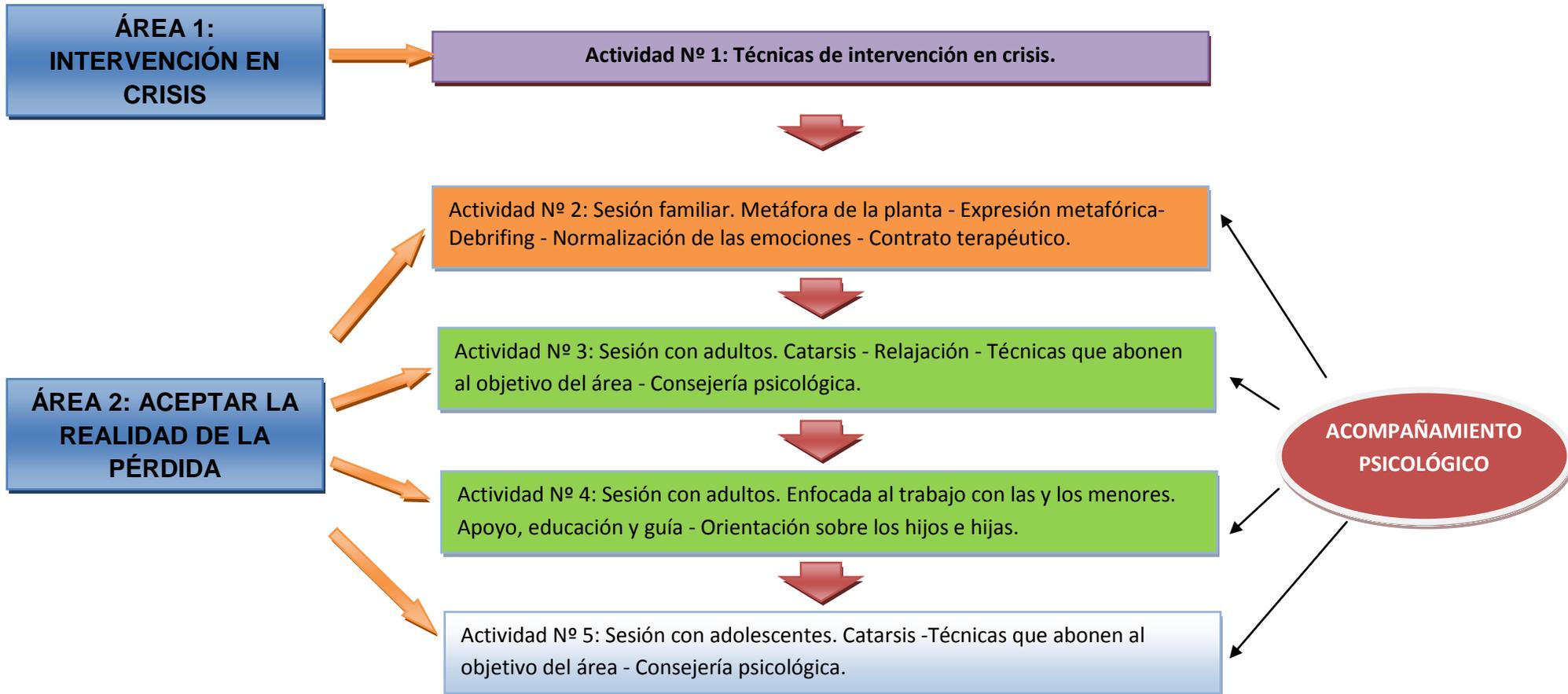
El o la terapeuta deberá ser creativo o creativa al momento de realizar las técnicas. Se debe de poner mucho énfasis en el compromiso que la persona consultante adquiere al momento de asignar las tareas, y explicar que del desarrollo de las mismas y de su implicación en el proceso dependerá el mejoramiento de ella misma. Se debe de ser empático y prepararse por cualquier situación que requiera una intervención en crisis, ya que en el proceso de duelo, la persona puede recaer en algún momento.

Siempre se debe procurar que la persona consultante entienda bien las consignas de las diferentes actividades preguntando siempre: ¿Se ha comprendido?

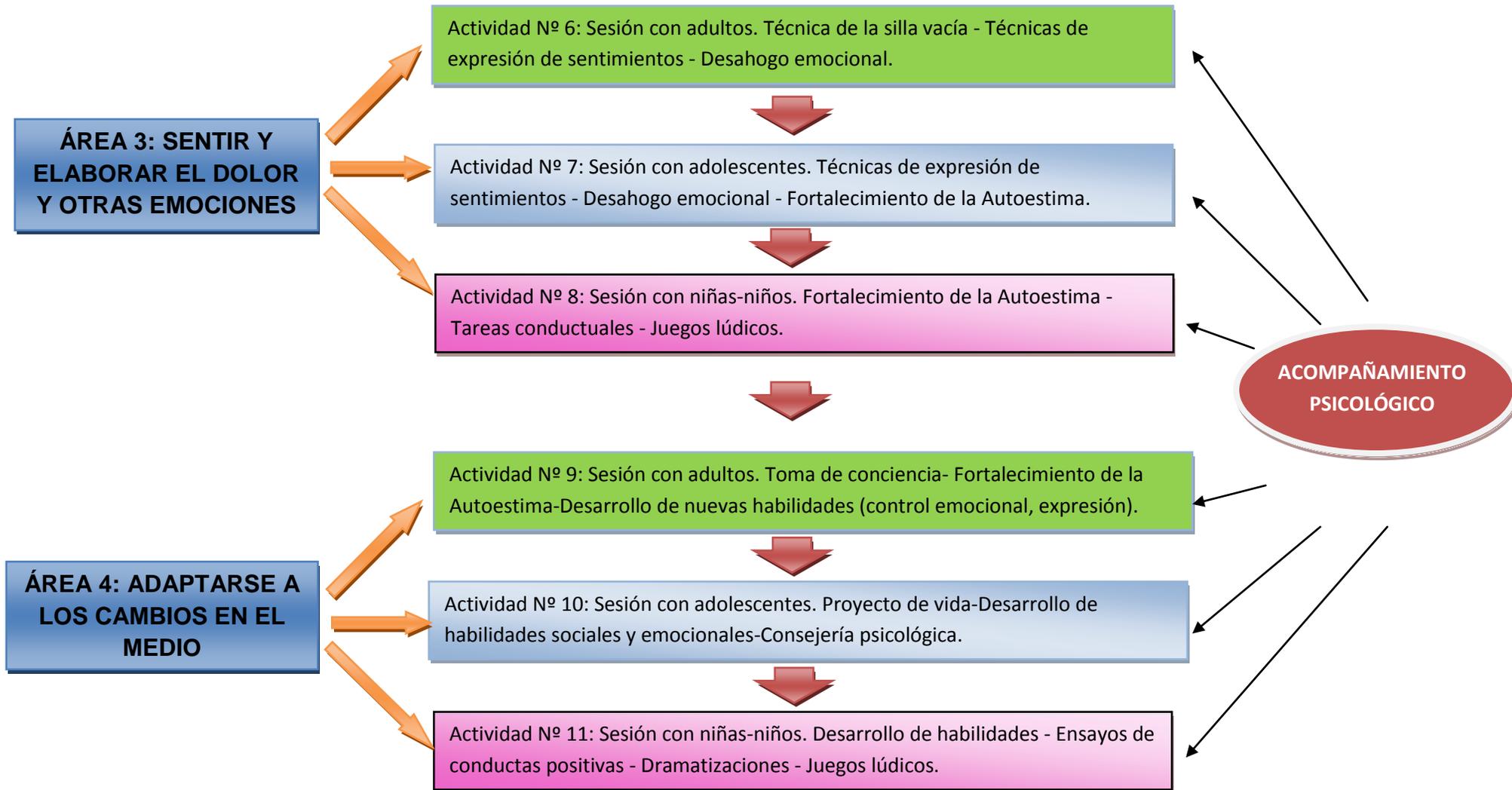
5.2.4 Sugerencias metodológicas para trabajar las sesiones familiares

El o la terapeuta debe de enviar constantes mensajes de empoderamiento, los cuales deben ser preparados con anticipación y responder a las características particulares de cada familia, se debe poner énfasis en la unión familiar, la autoestima familiar y promover en todo momento el establecimiento de la salud mental, ayudándoles a establecer metas y objetivos concretos.

5.3 DISEÑO METODOLÓGICO DEL PLAN DE INTERVENCIÓN



EFFECTOS PSICOLÓGICOS DEL SUICIDIO





	ÁREAS A INTERVENIR
	SESIONES FAMILIARES
	SESIONES CON FAMILIARES ADULTOS
	SESIONES CON ADOLESCENTES
	SESIONES CON NIÑAS Y NIÑOS
	INTERVENCIÓN EN CRISIS
	ACOMPANIAMIENTO PSICOLÓGICO

PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICO



Investigación realizada sobre los efectos psicológicos provocados por el suicidio, en familiares cercanos de empleados de la Policía Nacional Civil de El Salvador, en el periodo de enero 2010 a marzo 2011.

Elaborado por:

JOSÉ MARCELO ACEVEDO ORELLANA
CARLOS MAURICIO FLOREZ PÉREZ
YENY LETICIA ROMERO MARTÍNEZ



**PARA VER PROPUESTA DE ACTIVIDADES REMITIRSE A DOCUMENTO
IMPRESO**