

UNIVERSIDAD DE MONTEMORELOS
FACULTAD DE EDUCACION Y PSICOLOGIA



TENDENCIA SUICIDA: ESTUDIO DE CASOS

TESIS

PRESENTADA EN CUMPLIMIENTO PARCIAL
DE LOS REQUISITOS PARA EL GRADO DE
LICENCIATURA EN PSICOLOGIA CLINICA

POR

ANA CAROLINA RODRIGUEZ SANCHEZ

JULIO DE 2008

CIB
Ej.1



73091

UNIVERSIDAD DE MONTEMORELOS
FACULTAD DE EDUCACION Y PSICOLOGIA



TENDENCIA SUICIDA: ESTUDIO DE CASOS

TESIS

PRESENTADA EN CUMPLIMIENTO PARCIAL
DE LOS REQUISITOS PARA EL GRADO DE
LICENCIATURA EN PSICOLOGIA CLINICA

POR

ANA CAROLINA RODRIGUEZ SANCHEZ

JULIO DE 2008

RESUMEN

TENDENCIA SUICIDA: ESTUDIO DE CASOS

Por

Ana Carolina Rodríguez Sánchez

Asesor: Mar Elizondo Smith

RESUMEN DE TESIS DE PREGRADO

Universidad de Montemorelos

Facultad de Educación y Psicología

Título: TENDENCIA SUICIDA: ESTUDIO DE CASOS

Investigador: Ana Carolina Rodríguez Sánchez

Asesor: Mar Elizondo Smith, Maestro en Educación.

Fecha de Terminación: Julio de 2008

Problema

El incremento de mortandad por causa del suicidio es un punto de interés y preocupación que llama la atención. El presente estudio procuró, por medio de la descripción analítica dirigida al ser humano, sus antecedentes, predisposiciones familiares, estilo de vida, así como las diferentes etapas de su vida, hacer énfasis en los factores que pudieran impulsar al individuo a atentar contra sí mismo.

Método

La siguiente investigación es del tipo descriptiva, como tal, da a conocer situaciones, factores y actitudes sobresalientes. Por medio de la descripción exacta y explícita se desarrolló cada uno de estos. Se presenta el estudio de cuatro casos tomados de personas que se presentaron al departamento de

psicología, para terapia, en el DIF (Desarrollo Integral de la Familia) en el municipio de Montemorelos Nuevo León. Los cuales presentaron conductas suicidas o factores de riesgo para desencadenar la misma.

Resultados

Se encontró relación entre los factores descritos y los casos estudiados, así como la importancia de factores externos para el éxito de la psicoterapia. No se encontró diferencia significativa entre los factores predisponentes al desarrollo de la tendencia suicida entre hombres y mujeres, presentándose éstos indistintamente en cada género.

Conclusiones

Es importante tomar en cuenta, la importancia de los factores familiares, tanto en la posibilidad de convertirse en agente facilitador para desarrollar la tendencia suicida así como significativo para el desarrollo positivo de la psicoterapia y la mejora objetiva de un paciente. Debido a las características específicas de la adolescencia, hace a este grupo vulnerable a desarrollar tendencia suicida, lo cuál se hace notar en la frecuencia de la población estudiada.

Universidad de Morelos

Facultad de Educación y Psicología

TENDENCIA SUICIDA: ESTUDIO DE CASOS

Tesis
presentada en cumplimiento parcial
de los requisitos para el grado de
Licenciatura en Psicología Clínica

por

Ana Carolina Rodríguez Sánchez

Julio de 2008

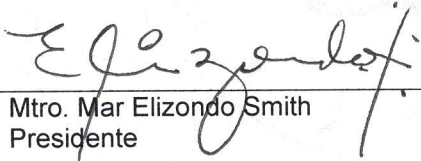
TENDENCIA SUICIDA: ESTUDIO DE CASOS

**Tesis
presentada en cumplimiento parcial
de los requisitos para el grado de
Licenciatura en Psicología Clínica**

Por

Ana Carolina Rodríguez Sánchez

APROBADA POR LA COMISIÓN:


Mtro. Mar Elizondo Smith
Presidente


Mtra. Claudia Florez Gutiérrez
Secretario


Dra. Miriam Acosta Vargas
Vocal

17 de julio de 2008
Fecha de aprobación

DEDICATORIA

Dedico la presente investigación a mis padres, quienes han sido parte importante en este trabajo, así también a mi hermana Lorena y su esposo Alejandro que me apoyaron de diversas maneras.

De igual manera dedico este trabajo a quienes se acercan a el para consultarlo y que les sea de ayuda en el futuro.

TABLA DE CONTENIDO

RECONOCIMIENTOS	vi
Capítulo	
I. NATURALEZA Y DIMENSION DEL PROBLEMA	1
Antecedentes	1
Justificación	2
Declaración del problema	3
Preguntas de investigación	3
Objetivos de la investigación	3
Limitaciones	4
Delimitaciones	4
Supuestos	5
Definición de términos	5
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA	10
Introducción	10
Definición de suicidio	11
Tipos de suicidio	12
Factores predisponentes y desencadenantes del suicidio	13
Trastornos psiquiátricos y suicidio	17
Trastornos depresivos	18
Trastorno bipolar	19
Trastorno negativista desafiante	20
Trastorno disocial	20
Consumo de sustancias	21
Personalidad y suicidio	23
Factores familiares y suicidio	25
Violencia intrafamiliar	28
Abuso sexual	29
Estado civil	29
Prevención y Evitación del suicidio	30
Factores generales en el manejo terapéutico de pacientes suicidas	30
Terapia cognitivo conductual	34
Terapia a corto plazo	35
El Rorschach como prueba proyectiva	37

III. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	38
Población de estudio	38
Variables de estudio	39
Recolección de datos	39
Instrumento	39
Datos que proporciona el Rorschach	40
Alcances y limitaciones	41
Objetividad	42
Estandarización	44
Confiabilidad	44
Validez	45
IV. PRESENTACIÓN DE LOS CASOS	47
Registro de pacientes	48
Sujeto 1	49
Sujeto 2	53
Sujeto 3	55
Sujeto 4	58
V. CONCLUSIONES	62
Recomendaciones	64
REFERENCIAS	65

RECONOCIMIENTOS

La presentación de este trabajo, representa un logro importante y la culminación de una etapa significativa en mi vida. Pero yo sola no lo hubiera podido lograr, por lo cual es importante reconocer la participación de quienes contribuyeron.

Principalmente le doy gracias a Dios por que a lo largo del tiempo, he notado su presencia, me ha llenado de bendiciones y me ha dado fortaleza para salir adelante. En su gran sabiduría puso en mi camino a personas claves para mi desarrollo.

A mis padres María del Carmen Sánchez de Rodríguez y Mardoqueo Rodríguez Quiroz les agradezco por que con su ejemplo aprendí cosas muy importantes las cuáles me fueron de beneficio para terminar este proyecto, al igual que sus oraciones. A mi hermana Lorena y su esposo Alejandro, les doy gracias por su apoyo constante y orientación.

A mis asesores; Mtra. Claudia Florez, Dra. Miriam Acosta y Mtro. Mar Elizondo, muchas gracias por su tiempo, dedicación, consejos, orientación y apoyo durante todo este proceso.

Luis, gracias por tu paciencia, ayuda y presencia constante en buenos y malos momentos.

A los alumnos de Psicología quienes colaboraron con este proyecto y al DIF de Montemorelos, donde se me permitió desarrollar la investigación, gracias.

CAPÍTULO I

NATURALEZA Y DIMENSIÓN DEL PROBLEMA

Antecedentes

Como es de saberse existen múltiples diferencias entre los hombres y las mujeres. Es por lo cual surge la idea de conocer acerca de esas diferencias que hay entre géneros, cuando se desarrolla una tendencia suicida y cuáles son los factores predisponentes y más frecuentes en cada género.

Gutiérrez; Contreras; y Orozco (2006), describen el suicidio como un problema contemporáneo cuyas bases son multifactoriales y complejas. Así mismo declaran que el género masculino comete más suicidio que el género femenino; esto, en una proporción de 5:1 en todos los rangos de edad. Y el sexo femenino realiza mayor número de intentos en la misma proporción. Declaran que anteriormente la edad del suicida giraba alrededor de los 50 años (en hombres), pero que el índice de suicidios cometidos en la actualidad, mayormente, es entre jóvenes de 15- 24 años de edad, los cuales frecuentemente presentan factores tales como clase socioeconómica baja, tratamiento psiquiátrico previo, trastorno de personalidad, antecedentes de abuso de sustancias y previo intento suicida.

Niméus; Alsén y Träskman-Bendz L (2001), afirman que en varios estudios realizados se ha mostrado que no sólo el intento suicida es un factor de riesgo, sino que éste aumenta en el primer año del intento y disminuye en los

años consecutivos. Öjehagen y Cols (citado en Niméus; Alsén y Träskman-Bendz 2001), refieren que, en una población tomada y evaluada en el transcurso de un año posterior a un intento suicida, el dos por ciento se suicidó y en otra población con trastorno de estado de ánimo, que habían tratado de quitarse la vida, en un lapso de un año, el 12% se suicidó.

Justificación

Actualmente la sociedad está llena de un sinnúmero de problemáticas, las cuales frecuentemente son desconocidas por mucho o incluso ignoradas. Se escucha a diario y cada vez con mayor frecuencia que un individuo fue encontrado muerto y la causa de muerte fue suicidio. Se pregunta el porqué y cómo, pero nunca cuáles fueron las verdaderas razones por las cuales el individuo tomó esa decisión y así consecutivamente. Así que el presente trabajo de investigación, aporta diversos factores y motivos por los cuales es cometido el suicidio, al igual que, hace una distinción entre los factores que predisponen, con mayor incidencia, a desencadenar dicha acción en hombres y mujeres.

En base a experiencia, se puede decir que existe diferencia en el acto suicida entre hombres y mujeres. Es necesario saber los indicadores específicos para cada género, para que con esto se pueda prevenir o detener la acción, proporcionando ayuda de manera adecuada y oportuna.

Otro aspecto importante es la prevención de dicho acto, al conocer los factores que desarrollan la tendencia suicida en cada género.

Declaración del problema

El incremento de mortandad por causa del suicidio es un punto de interés y preocupación que llama la atención. La realización de este estudio se basó en la siguiente pregunta: ¿Qué diferencia existe en la tendencia suicida entre hombres y mujeres, y los factores que los predisponen?

Dicha pregunta lleva a la descripción analítica enfocada al ser humano, (sus conductas, antecedentes, predisposiciones familiares, estilo de vida, etc.). Durante las diferentes etapas de su vida, enfatizando los factores que podrían impulsarlo a atentar contra sí mismo, en un momento dado.

Preguntas de investigación

A continuación se presenta un listado de preguntas desprendidas del problema previamente planteado. Esas preguntas serán respondidas, mediante dicha investigación.

1. ¿Cuál es el perfil psicosocial de una mujer con tendencia suicida?
2. ¿Cuál es el perfil psicosocial de un hombre con tendencia suicida?
3. ¿Qué factores psicosociales predisponen a la tendencia suicida?
4. ¿Cuáles de esos factores son más frecuentes en mujeres?
5. ¿Cuáles de esos factores son más frecuentes en hombres?

Objetivos de la investigación

Con la siguiente investigación se plantearon estos objetivos:

1. Proporcionar información acerca del suicidio, con la intención de sensibilizar y hacer conciencia en la población acerca de la problemática.

2. Identificar conductas con predisposición en cada género a la tendencia suicida, para describir factores de riesgo en cada género.

3. Crear conciencia de la magnitud del problema del suicidio, y así lograr disminuir la incidencia del mismo, mediante acciones preventivas.

4. Mostrar la diferencia existente en la ideación suicida y el suicidio consumado, con la intención de hacer la separación entre los dos y dar pautas para no llegar al hecho.

5. Detectar los factores que motivan a una mujer a desencadenar la tendencia suicida a diferencia de la de los hombres.

Limitaciones

El tema central es el suicidio y los factores que propician el desarrollo de la tendencia suicida en los individuos; dichos factores pueden variar o coincidir en ambos géneros y en edades variadas, por lo cual esta investigación se limitó al detectarse los factores que favorecen el desarrollo de la mencionada tendencia.

Delimitaciones

Existen diversos factores relacionados con el suicidio de los cuales se realizó una selección de los abordados en la bibliografía.

Dentro de los factores de riesgo para el suicidio, se incluyeron los problemas familiares, como los antecedentes familiares, violencia intrafamiliar o doméstica, entre otros. Así mismo se incluyó a los trastornos mentales como factor de riesgo, dentro de ellos se mencionó la depresión y lo relacionado a su desarrollo, como pérdidas, baja autoestima, entre otros, los cuales también forman parte de los factores descritos. La depresión no se desarrolló en la

investigación de manera extensa y clínica. También se trató el problema de las adicciones, estado civil, abuso sexual, enfermedades físicas, estrés, crisis, influencia o presión social entre otros. Cada uno de los factores se analizó y se identificó la manera en cómo predisponen a formar una tendencia suicida.

No se especifican ni se desarrollan todas las patologías que puedan desencadenar un suicidio y las que se mencionan, especifican la parte que las relacionan con el mismo.

Supuestos

El tema de esta investigación es un tema de interés y conocimiento general. Coloquialmente existen suposiciones, según las cuales se cree, que las mujeres son más propensas al suicidio, ya que son más dadas a la depresión y al sentimentalismo, que tienden a desesperarse con mayor facilidad y buscar el solucionar los problemas de las formas más fáciles. En el marco de los hombres, popularmente se cree que ellos pueden llegar a cometer suicidio al verse bajo presión y estrés laborar también por factores en el hogar, tales como diferencias conyugales, asuntos financieros, deudas, adicciones, entre otros.

Definición de términos

A continuación se definieron los términos más relevantes del estudio.

Abuso sexual: Cualquier actividad sexual entre dos personas sin consentimiento de una. Puede producirse entre adultos, de un adulto a un menor o incluso entre menores.

Acting out: Es la descarga parcial de la tensión instintiva que se logra mediante responder a la situación presente como si fuera la situación que originalmente dio lugar a la demanda instintiva.

Adicción: Estado psicofísico causado por la interacción de un organismo vivo con un fármaco, caracterizado por la modificación del comportamiento y otras reacciones, generalmente a causa de un impulso irreprimible por consumir una droga en forma periódica, a fin de experimentar sus efectos.

Anomia: Conjunto de situaciones que derivan de la carencia de normas sociales o su degradación.

Autoestima: Es el afecto, respeto que uno mismo se tiene, ante sus cualidades y defectos, la afectación de sí mismos.

Comportamiento suicida: Cualquier acción intencionada con consecuencias potencialmente graves en la que se pone en riesgo la vida.

Conducta: es la manifestación externa de la personalidad

Conducta imitativa: Intención o disposición de actuar de manera similar a otra persona, de quien se copian modos de pensar, en lo psicológico y apariencia física.

Conducta suicida: Condición clínica que se define como el desarrollo del pensamiento suicida, pudiendo llegar hasta el acto mismo.

Control de impulsos: Funciones mentales que regulan y generan resistencia ante el deseo súbito e intenso de hacer algo.

Crisis: 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.

Suicidio: Acto de quitarse deliberadamente la propia vida.

Depresión: Trastorno afectivo caracterizado por tristeza, tendencia al llanto, pérdida de energía, desilusión, desánimo, sentimientos de desvalorización, alteraciones del sueño, del apetito y del deseo sexual. Es el resultado final de la interacción de múltiples factores constitucionales, evolutivos, ambientales e interpersonales, que modifican las pautas de neurotransmisión entre los hemisferios cerebrales y el sistema límbico. Puede tener muchas causas, desde el estrés hasta la genética. Puede tener graves consecuencias sociales, desde la pérdida de horas laborales hasta el suicidio.

Duelo: Respuesta emotiva a la pérdida de alguien, se manifiesta en el proceso de reacciones personales que sigue a un desapego.

Enfermedad mental: Alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desenvolvimiento considerado como normal con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Dicha alteración se manifiesta en trastornos del razonamiento, comportamiento, de la facultad de reconocer la realidad y adaptarse a las condiciones de vida. El tratamiento incluye medicación y/o psicoterapia.

Episodio Hipomaniaco: Periodo de ánimo elevado, no tan extremo como en un episodio maniaco.

Episodio Maníaco: Periodo de ánimo eufórico, con síntomas que incluyen niveles anormalmente elevados de pensamiento, conducta y emociones.

Episodio Mixto: Periodo de, al menos de una semana, durante la cual los síntomas de un episodio maníaco y de un episodio depresivo mayor, alternan de manera rápida.

Estado civil: Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes. Aunque las distinciones de un estado civil pueden ser variables los más frecuentes son: soltero(a), casado(a), divorciado(a) y viudo(a).

Factor de Riesgo: Condición que aumenta la posibilidad de un resultado negativo en el desarrollo.

Hedonismo: Doctrina que proclama el placer como fin supremo de la vida.

Ideación suicida: Conjunto de pensamientos que expresan un deseo o intencionalidad de morir u otras vivencias psicológicas suicidas.

Intento de suicidio: Todo acto que busque la muerte propia, manipular, y del cual se sobrevive.

Neutralidad Terapéutica: Es la equidistancia interpretativa con el superyó del paciente y con la realidad externa.

Parasuicidio: Conductas variadas que van desde gestos o intentos manipuladores, hasta intentos fallidos de terminar con la propia vida. Actos deliberados que no tienen un final trágico, pero que provocan daños en el sujeto ejecutante.

Pensamiento suicida: Fantasías o prefiguración de la propia muerte.

Psicofármaco: Medicamento que actúa sobre la actividad mental.

Rasgo de personalidad: Patrón persistente de percepción, relación y pensamiento sobre el ambiente y los demás.

Riesgo de suicidio: Posibilidad de que un sujeto atente deliberadamente contra su vida, riesgo que se incrementa con la existente idea de minusvalía de la

vida, deseo de muerte por considerársele un descanso, amenazas y tentativas suicidas previas.

Simulación suicida: Acción de suicidio que no llega a su fin debido a la no existencia de la autentica intención de consumarlo.

Suicidio consumado: Acto por el cual el individuo logra su cometido de autoeliminarse.

Súper yo: Parte inconsciente del yo y elemento más elevado en la personalidad humana, cuyo objetivo es alcanzar la perfección tratando de acercarse y superar los ideales señalados por el yo. Herencia interiorizada por nuestros padres.

Tendencia suicida: Fuerzas impulsoras que pueden llegar a ser inconcientes que generan ideas de quitarse la vida.

Transferencia: Ideas o sentimientos derivados de una situación anterior, que el paciente proyecta sobre su analista durante el tratamiento.

Violencia familiar: Todos aquellos actos violentos, desde el empleo de la fuerza física hasta el acoso o la intimidación, que se produce en el seno de un hogar, y que perpetra al menos un miembro de la familia contra otro u otros. Habitualmente este tipo de violencia no se produce de forma aislada, sino que sigue un patrón constante en el tiempo.

CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Introducción

700.000 personas al año piensan en suicidarse y 30.000 son aquellos que lo logran. Cada día 80 personas se matan a sí mismas y este grande número de muertos está entre las edades de 15-44 años. En el año 2002, se registraron en México 3,160 suicidas, que equivale a 3.1 por cada 100 mil habitantes en el país. El 82% de los suicidios fueron hombres, por 17.2% de mujeres lo cual significa que por cada mujer suicida hubo casi cinco hombres. (Gutierrez; Contreras y Orozco 2006).

Según la Organización Mundial de la Salud, cada día se suicidan 2100 personas en el mundo. Una cada 40 segundos pone fin a su vida y es la décima causa de muerte en los países desarrollados.

En un estudio realizado en México en el año 2001, se registraron 3,784 suicidios, de los cuales 3,110 eran hombres y 674 mujeres, lo cual representa una tasa de 3,72 muertes por suicidios por cada 100 000 habitantes, en una población total nacional de 101,8 millones de habitantes. Los estados con mayor mortalidad por suicidios fueron: Campeche con, 9,68 y Tabasco con 8,47 por 100 000 habitantes respectivamente. Las menores tasas se observaron en Chiapas con 1,03 y el Estado de México con 1,99 con 100 000 habitantes respectivamente. (Puentes; López y Martínez 2004).

Definición de suicidio

La palabra suicidio procede del latín, y se compone de dos términos: sui, de sí mismo y caedere, matar. Es decir matarse a sí mismo. Se define al suicidio como acción y efecto de suicidarse, y de suicida, se entiende como el acto o la conducta que llega a dañar o a destruir al propio agente. También se conoce el llamado intento de suicidio, el cual consiste en el deseo de buscar la muerte pero sin conseguirlo. Existen intentos de suicidios en los que la muerte no se consuma por pura casualidad, pero existen otros en que se llega a la muerte, pero en sí la intención no era llegar a ella. Se considera conducta suicida a cualquier acción mediante la cual el individuo se causa una lesión, independientemente de la letalidad del método empleado y del conocimiento real de su intención, se produzca o no la muerte del individuo (Robertson 2006).

Calvo; Sánchez y Tejada (2003), refieren que dentro de las conductas suicidas se incluyen situaciones tales como ideación de muerte, ideación suicida, intento de suicidio y suicidio consumado. El suicidio es un proceso dinámico en el cual las conductas previamente mencionadas, suelen presentarse de manera progresiva, de tal modo que la ideación suicida es una acción necesaria para desarrollar acciones suicidas (Robertson 2006).

También cabe mencionar la existencia de la simulación suicida y el para suicidio, el primero consiste en la acción de suicidio que no llega a su fin. Por no existir la auténtica intención de llegar a él o lograrlo; el segundo es un conjunto de conductas donde un sujeto toma una acción deliberada, la cual de forma voluntaria e intencional, se produce un daño físico, sin la intención de quitarse la vida, dentro de las cuales se puede encontrar el auto envenenamiento, el auto quemarse o las auto laceraciones.

Se puede expresar que, muchas veces el suicidio puede presentarse como una conducta imitativa; en la etapa de la adolescencia donde los jóvenes son principalmente vulnerables ante las influencias del medio externo y captan las acciones de terceros como modelos de inspiración.

Se hallan antecedentes del suicidio desde el principio de la existencia del hombre, sus características son variables y dependen en gran manera de la cultura y la estructura socioeconómica. Es conocido como fenómeno individual en todas las sociedades.

Tipos de suicidio

El suicidio es un fenómeno más social que psicológico y se define como “todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, ejecutado por la propia víctima, a sabiendas de que habría de producir este resultado” (Durkheim; citado por Robertson 2006). También Durkheim (citado en Hynes, 1975) describe los tres tipos de suicidios, el egoísta, el altruista y el anómico. El suicidio egoísta está producido por un debilitamiento en la relación entre el individuo y la sociedad. Existe un trastorno de la integración en la colectividad social, tendiendo el yo individual a sobrepasar el yo colectivo. En este primer grupo la familia desempeña un papel importante, ya que en la medida que exista una buena integración familiar, habrá una fuerte conexión que haga que se disipe la idea suicida. En segundo lugar, el suicidio altruista, consiste en que la organización social reduce la libertad personal, de tal modo que el sujeto se quita la vida pretendiendo de esta manera aliviar de su carga a la sociedad. En este, caso son los imperativos y las normas sociales las que exigen este sacrificio; se torna como en una especie de deber, para que quede salvado el

honor personal y de la familia. Dentro del suicidio altruista se encuentran tres categorías: el suicidio altruista obligatorio, motivado por normas legales, éticas o religiosas; el suicidio altruista facultativo, en el cual no son ya las normas sociales las que lo obligan, pero lo aconsejan y recomiendan y por último el suicidio altruista agudo, que surge como su nombre lo indica, de manera brusca, súbita y ocasional. Cuando una serie de sustancias en un individuo que vive envuelto en una sociedad con menos integración que en la de los casos anteriores, llevan a su ánimo el ceder su propia vida en favor de la sociedad. El tercer tipo se denomina anomía y se refiere a todo aquello que signifique un quebrantamiento de las leyes que la sociedad impone. Este suicidio viene como consecuencia de la trasgresión de las leyes puestas por la sociedad y un sentimiento de culpabilidad persistente.

Factores predisponentes y desencadenantes del suicidio

El suicidio debe ser considerado como un hecho de causa multifactorial, en el cual intervienen aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

Los factores predisponentes son aquellos que preparan y alientan hacia el suicidio. Por medio de ellos el hombre permite influirse y se inclina favorablemente al desarrollo de la tendencia suicida. Estos están divididos en tres distintos tipos: los factores biológicos, culturales, y psicológicos. Dentro de los factores predisponentes está la edad. Otro factor que se presenta es el sexo, Campell (2006), menciona que la frecuencia de intentos de suicidios son mayores en el sexo femenino y Willkins (2003) y Paz Priutt(2007), coinciden en que en el hombre, la frecuencia de suicidios consumados es mayor comparado con la mujer. El suicidio consumado se lleva a cabo con mayor frecuencia en hombres

mayores de 50 años. Pero recientemente se han notado cambios drásticos y el número de suicidios entre jóvenes de 15-24 años de edad ha aumentado. Dentro de los factores culturales, Allen (2004), menciona que la vida hedonista, la deshumanización, la vida competitiva y la vida apresurada son agentes que predisponen al suicidio. Los factores psicológicos que inducen al suicidio deben ser entendidos en referencia a los anteriores, (biológicos y culturales), aunque en ocasiones se presentan con cierta subitaneidad, dando la impresión como factores únicos y definitivos. Levi, La Vecchina y Sarraceno (2003), declaran que un factor disposicional de interés es el temperamento, que asociado con otros elementos puede ser un condicionante hacia el suicidio.

Entre otros factores predisponentes psicológicos están las dificultades profesionales y académicas. Los factores desencadenantes, pueden llegar a ser variados, por lo general ofrecen al sujeto una panorámica desesperada en la cual no se ve salida.

Los factores de riesgo suicida también se pueden dividir en dos grupos: fijos y modificables. Dentro de los fijos se puede encontrar intento previo de suicidio, género, edad, etnia, estado civil, situación económica y preferencia sexual. Por otro lado dentro de los factores de riesgo modificables se incluyen, ansiedad, depresión, interrupción de tratamientos médicos, aislamiento social y enfermedades crónicas. (Gutierrez, Contreras y Orozco 2006).

La disponibilidad de los instrumentos para el suicidio, lo mismo que los factores culturales, representan un papel en el método particular que se elija. Por ejemplo, es más probable que las mujeres elijan vía oral, mientras que mas hombres que mujeres utilizan pistolas y cuchillos. El gas que se utiliza para cocinar o los gases de un automóvil, son métodos que se eligen con frecuencia,

ya que parece ser que los métodos indoloros son los preferidos. La mayoría de la gente no gusta del pensamiento de lastimarse de manera cruel, en el sentido de causarse dolor físico, aunque pueda no importarles matarse (Bellak 2001).

Dentro de los factores suicidas se encuentra el estrés, en la actualidad es causante de diversas situaciones en la vida. (Serrano y Flores 2005). El estrés psicológico se refiere a una clase particular de relación entre la persona y su ambiente. El estrés interviene en todos los ámbitos en los que se desenvuelve el individuo y ejerce un impacto psicofisiológico perjudicial que desempeña un papel desencadenador, regulador o exacerbador de diferentes síntomas físicos así como estados emocionales perjudiciales. Así pues los sucesos estresantes se asocian al incremento de la conducta suicida.

Va a depender en gran manera la forma de afrontamiento que se tenga hacia las diversas situaciones que se presenten en la vida y la capacidad del individuo para poder reformular los sucesos y afrontar la crisis. Clemente y Gonzáles, citado en Serrano y Flores (2005), afirma que el mayor problema enfrentado por las personas que comenten suicidio o lo intentan es el de carecer de respuestas de afrontamiento suficientes o efectivas para superar las situaciones que les provocaron estrés.

El estrés laboral consiste en la respuesta de inadaptación a las condiciones de trabajo, con él se relacionan los problemas de salud mental, incluidas las alteraciones psiquiátricas comunes, frecuentemente se relacionan con el trabajo que las personas realizan (Román 2006).

Las jornadas laborales, el tipo de trabajo, la incorporación de la mujer al campo laboral han creado desequilibrio y estos han traído consigo problemáticas significativas al no saber cómo manejar el estrés laboral presentado por dichos

factores; tal situación ha afectado especialmente el ámbito familiar. Todo lo dicho ha llevado a separaciones y divorcios, violencia en la familia así también se ven afectadas las relaciones sociales y problemas de salud física y mental. Aunque la inclusión del sexo femenino en el área laboral ha traído beneficios sociales y personales, también ha traído conflictos, debido a la competencia creciente entre sexos y al descuido de algunas áreas en el aspecto familiar, (Artazcoz; Escribá y Cortés 2006).

Otro factor que podemos mencionar es el factor sanitario. Se dice que en el 50% de los suicidios se observan enfermedades físicas terminales con dolor o lesiones invalidantes.

El enfermar llega a ser considerado como pérdida (especialmente hablando de enfermedades crónicas) que produce una fase de choque en el sujeto, esto puede durar días, ya que ha pasado el periodo crítico de conocimiento de la enfermedad se llega a tomar conciencia real de la pérdida, lo que implica un duelo por las capacidades que se van perdiendo progresivamente a lo largo de la enfermedad. En el caso de los pacientes diabéticos se atienden aspectos médicos, psicológicos y nutricionales buscando un equilibrio emocional y físico, (Albanesi 2007). Así los individuos generan estrategias positivas de afrontamiento, o por el contrario, desarrollan depresión y estrés, si estos casos no se atienden a tiempo, pueden culminar en suicidio.

Bellak (2001) menciona que un factor adicional y con frecuencia curioso, que se debe tener en mente cuando se evalúa la tendencia o riesgo de suicidio, es el concepto de muerte del individuo. Muchas personas, principalmente aquellos con gran cantidad de oralidad, parecen tener la idea de que la muerte es una especie de sueño, un tipo de reposo refrescante del cual se despertarán con

todos sus problemas resueltos. En estos casos generalmente se suicidan ingiriendo toxinas, lo que va de acuerdo con su organización oral. La cual en nuestra cultura se representa por medio de pastillas para dormir. En este grupo la mayoría de los individuos que se incluyen son personas depresivas.

El siguiente factor es de tipo de historia personal llamado “acting out” violentos, (Bellak 2001) y se refiere a individuos que en especial tengan en su historial el haber matado mascotas caseras, ya sea de niños o de adultos. El hecho de haber sido capaces de expresar sus impulsos violentos y agresivos es consistente con el autodaño violento.

Trastornos psiquiátricos y suicidio

Puentes, López y Martínez (2004), refieren que entre las variables asociadas con el suicidio se encuentran las enfermedades mentales. Un 90% de los individuos que cometen suicidio presentan al menos uno de los diagnósticos psiquiátricos basados en el DSM IV, dentro de los, frecuentemente presentados, se encuentra la depresión mayor y la esquizofrenia. Gutiérrez, Contreras y Orozco (2006). añaden a los trastornos psiquiátricos el trastorno bipolar, alcoholismo, abuso de sustancias, ansiedad, anorexia nerviosa y los trastornos de personalidad. Este factor es frecuentemente presentado desde adolescentes en las edades correspondientes a los estudios secundarios abarcando las posteriores etapas del desarrollo humano.

Para poder conocer la psicopatología del suicidio se realiza la autopsia psicológica, la cuál consiste en entrevistas a personas significativas para el individuo ya fallecido.

Trastornos depresivos

Los profesionales de la salud mental distinguen entre dos formas graves de depresión. El trastorno depresivo mayor que incluye episodios agudos, pero de tiempo limitado, de síntomas depresivos tales como estado de ánimo depresivo, disminución del interés o capacidad para el placer, en casi o todas las actividades, pérdida o aumento de peso, insomnio o hipersomnias, pérdida de energía, sentimientos de inutilidad, culpa, disminución de concentración, pensamientos recurrentes de muerte o pensamientos suicidas. Dichos síntomas deben presentarse durante un periodo de dos semanas. Por otro lado, las personas con trastorno distímico presentan una depresión crónica, pero de menor gravedad. Se diagnostica un trastorno distímico cuando los síntomas depresivos moderados han durado al menos, dos años en adultos y un año o más en niños (Halgin, Richard y Whitbourne, (2004).

Existe una debilidad biológica constitucional en el individuo, que puede ser genética o estar vinculada con problemas adversos en la infancia, que con el tiempo lo hace vulnerable a la depresión. Es importante señalar que el 90% de las personas que cometen suicidio, tienen como antecedente un trastorno mental, la pérdida de un ser querido y un desastre económico o una pérdida de posición social. De ese porcentaje, el más alto, está relacionado con la depresión, que alcanza al 30 ó 50% de todos los casos (Pereyra y Mussi 2005).

González y otros cols (2003), presentan en un estudio que estudiantes con depresión y/o ideación suicida tiene conflictos con uno o ambos de los padres, tienen menor autoestima, se presentan problemas económicos en su hogar, son impulsivos y presentan respuestas agresivas.

Basile (2005), menciona que en el sexo femenino, el trastorno depresivo se presenta como una depresión mayor no complicada, por el contrario en el sexo masculino, se suele presentar en comorbilidad con un trastorno disocial y/o abuso de sustancias.

La depresión es un factor predisponente para el suicidio por que se mezclan e interrelacionan diversos factores tales como problemas familiares, económicos, sociales, etc, que por separado cada uno ya forman parte de factores predisponentes para una conducta suicida; unidos todos crean un mayor conflicto en el individuo haciéndolo detonar en una crisis.

Trastorno Bipolar

Consiste en la perturbación del estado de ánimo con episodios maniacos, experiencias intensas y desorganizantes de ánimo elevado, que en ocasiones se alternan con episodios depresivos mayores, a los cuáles se les conoce como episodios mixtos. (Halgin, Richard y Whitbourne, Susan 2004).

Los factores que frecuentemente predisponen al suicidio en este cuadro clínico son: El abuso de alcohol en estados mixtos, historia familiar de suicidio, episodio depresivo, inicio de la enfermedad, periodo de recuperación, no adherencia al tratamiento farmacológico, entre otras.

La tasa de suicidio en los trastornos bipolares es 20% mayor en la proporción en el trastorno bipolar II que en el trastorno bipolar I, Basile (2005). Esto debido a que en el trastorno bipolar I se experimenta uno o más episodios maniacos con la posibilidad de haber presentado uno o más episodios depresivos mayores, mientras que en el trastorno bipolar II, el sujeto ha presentado uno o más episodios depresivos mayores y por lo menos un episodio hipomaniaco.

Siendo así mayor el riesgo suicida, debido a la frecuencia de episodios depresivos.

Trastorno negativista desafiante

Consiste en un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante el cual dura por lo menos seis meses, presentando cuatro o más de los siguientes comportamientos, frecuente encolerizamiento, pataletas, discusiones con adultos, desafío activo a adultos, no cumplir con las demandas de los mismos, molestar deliberadamente a terceras personas, culpar y acusar a otros de los errores o mal comportamiento del mismo, presentándose frecuentemente colérico, resentido, rencoroso o vengativo (DSM IV-TR).

El trastorno de conducta provoca en el individuo deterioro significativo en el área social, académica o laboral.

Trastorno disocial

El DSM IV-TR, Refiere que el trastorno disocial consta de un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad, manifestándose durante los últimos 12 meses tres o más de los criterios mencionados a continuación y por lo menos un criterio en los últimos seis meses. Los criterios se pueden dividir en cuatro secciones, *agresión a personas y animales*, con frecuencia se amenaza, fanfarronea e intimida a terceras personas, inicio de peleas físicas, uso de armas para causar daño físico grave, crueldad física a animales y personas, robo, ataques violentos, actividad sexual forzada; *destrucción de la propiedad*, provocación deliberada de incendios con la intención

de causar daños graves, destrucción intencional de la propiedad ajena; *fraudulencia o robo*, casa, automóvil, o propiedad ajena violentada, mentiras frecuentes para obtener beneficios sin necesidad de obligaciones, robo sin violencia; *violaciones graves de normas*, desobediencia a prohibiciones paternas tales como permanecer en la calle por la noche, escaparse del hogar durante la noche dos veces o sólo una vez ausentándose un largo periodo, etc. Iniciándolas antes de los 13 años de edad.

Este trastorno puede tener el inicio en la infancia, presentando una de las características previamente mencionadas, antes de los 10 años de edad. Cuando es de inicio en la adolescencia, existe ausencia de cualquier criterio antes de los 10 años de edad, y en el no especificado, se desconoce la edad de inicio. Así también la gravedad se especifica y se clasifica en leve, moderado y grave.

Dentro de factores clínicos desencadenantes de suicidio se encuentran la historia de características impulsivas o violentas, Halgin, Richard y Whitbourne (2004), hablan de características significativas en el trastorno disocial debido al carente control de impulsos presentados.

Consumo de sustancias

El consumo de drogas ilegales es un factor que facilita el desarrollo de conductas destructivas, agresivas y de riesgo, así como la baja capacidad de control de impulsos, y la significativa dificultad para establecer relaciones sociales saludables. En aquellos quienes las consumen, siendo especialmente vulnerables los hombres al consumo de drogas ilícitas en comparación con las mujeres, las cuales presentan asociación entre consumo e intentos de suicidio, (Rodríguez y otros cols 2006).

Dentro de las sustancias nocivas al organismo y causante de tendencia suicida también se encuentra el alcohol. Este al consumirlo, en cantidades mínimas produce efectos sedantes, de relajación y comodidad. Conforme se incrementa la cantidad se produce desinhibición, sociabilidad y seguridad hasta aparecer la somnolencia, falta de coordinación e irritabilidad, afectando las funciones vitales del individuo consumidor. Al mezclarse el alcohol con otras drogas se aumentan los efectos en el cuerpo, esto se llama potenciación, pudiendo resultar efectos fatales.

A largo plazo se crea la tolerancia, que cada vez se hace mayor, se incrementa el consumo y las cantidades para obtener los efectos deseados. El alcohol afecta todos los sistemas y órganos y a corto o largo plazo se puede producir daño cerebral permanente, con datos demencia, acompañado de desmayos, ataques, alucinaciones.

Es habitual la asociación entre depresión, consumo de alcohol, drogas y suicidio, éste siendo inducido o facilitado por acción de uno o ambos. El alcoholismo es considerado por Basile (2005) como suicidio crónico, debido al descuido autodestructivo, lento pero continuado de la propia persona.

Tomando en cuenta los hábitos de consumo de alcohol y drogas, dichos factores pueden sugerir que existe una tendencia de autodestrucción, que puede culminar en un intento suicida y que se traduce en desajustes familiares, sociales, alteraciones bioquímicas o genéticas las cuales deben ser tratadas oportunamente, Jiménez y otros (2005).

Personalidad y suicidio

Belloch; Sandín, y Ramos (2003), describen la personalidad como todo aquello que identifica al ser humano individual a lo largo del ciclo vital, por lo que debe integrarse en un modelo de personalidad desde la reactividad situacional hasta el estilo de vida, las motivaciones, creencias y concepciones del mundo, así como la parcela del funcionamiento personal que es resistente al cambio la cual debe poseer generalidad y coherencia de respuesta en diversos tiempos y contextos.

Se puede entender como personalidad al conjunto de papeles que cada individuo desarrolla y desempeña a lo largo de la vida. En ocasiones se presentan perturbaciones, las cuales llegan a ser perjudiciales para los que le rodean. A éstas se les conoce como trastornos de personalidad, que concebidos como enfermedades o errores del proceso de socialización, están encaminados a la producción de daño a los demás. Dentro de este tipo de trastornos se puede encontrar trastornos que incluyen violencia, agresión sexual y muerte de terceros o del individuo mismo, Belloch; Sandín, y Ramos (2003). Dichos trastornos presentan desadaptación o perturbación en, por lo menos dos de las siguientes áreas cognitiva, afectiva funcionamiento interpersonal y control de impulsos.

Dentro de los trastornos de personalidad, que debido a su naturaleza tienden a relacionarse mayormente con el suicidio, encontramos los trastornos límite y antisocial de la personalidad. El trastorno límite de la personalidad esta caracterizado por un patrón general de inestabilidad, la cual sobresale en las relaciones interpersonales, el estado de ánimo y el sentido de identidad (Burgmer, Jessen y Freyberg, citado en Halgin 2004).

Quienes se ven afectados por éste trastorno, tienden a vivenciar un tipo de depresión caracterizada por sentimientos de vacío y emociones negativas éstas pueden llegar a ser variadas. Se presentan altamente irritables y con poca tolerancia a la frustración. Los incidentes interpersonales, frecuentemente poco significativos, llegan a ser catastróficos y existe confusión acerca de la identidad personal, lo que hace perder los límites entre el sujeto y los demás. Debido al frecuente estado de aburrimiento, se recurre a la búsqueda de estimulación pero que termina en actividades de riesgo y delictivas. El estado de ánimo llega a ser variado y cambiante de un día para otro lo cual conduce al individuo a conductas precipitadas tales como pensamiento suicida o conductas de automutilación. En ocasiones el parasuicidio es la forma recurrida para llamar la atención de personas significativas. Se puede determinar el alto riesgo suicida debido a que la capacidad para solucionar problemas es deficiente pues se ve al mismo como la única salida ante una situación crítica.

El siguiente trastorno es llamado trastorno antisocial de la personalidad. Éste, consiste en la falta significativa de consideración a la moral social o de las normas legales. Halgin, Richard y Whitbourne, Susan (2004).

Comúnmente dicho trastorno es relacionado con individuos, que se presentan aislados y con dificultad de interacción social y de establecer relaciones saludables. Éste trastorno comprende más que dificultad de interacción social, es el nulo sentimiento de respeto, atención y comprensión de las leyes sociales y morales así como el sentimiento de vergüenza, remordimiento, la capacidad de juicio, de aprender de las experiencias y amar. Prevalece la falta de respuesta emocional hacia otros. Los rasgos centrales de dicha personalidad incluyen facilidad de palabra, autovalía, tendencia a mentiras patológicas, carencia de

empatía, y de responsabilidad por las acciones. El estilo de vida de los individuos con dicho trastorno gira alrededor de la impulsividad e inestabilidad. Halgin, Richard y Whitbourne, Susan (2004). Dentro de este trastorno se encuentran aquellos quienes cometen crímenes violentos, acciones fraudulentas entre otros.

En ocasiones, no necesariamente, se posee alguno de los trastornos mencionados pero como individuo se tiene rasgos de personalidad, los cuales conforman un patrón permanente de percepción, relación y pensamiento acerca del ambiente y de los demás, ya que está arraigado a la composición psicológica de cada individuo. Debido a esto, sujetos caracterizados por patrones de conducta no desadaptados o rígidos, como los mencionados previamente, pueden llegar a experimentar problemas psicológicos o dificultades significativos.

Factores familiares y suicidio

Es importante resaltar la influencia ejercida por la familia de un individuo que decide suicidarse, lo que crea en él mismo la necesidad de terminar con su vida. Antecedentes familiares de suicidio, personas sin apoyo social y familiar o aquellas personas cuyas relaciones afectivas, en el seno familiar, fueron frías y hostiles y se vivió agresividad física y psicológica, tienden a recurrir al suicidio como la solución a las adversidades presentadas. Cuando existe ausencia de apoyo familiar se puede crear en el sujeto la sensación de que no es necesario, significativo o útil dentro del grupo o contexto familiar, ya que propicia el aislamiento, reduciendo con esto, las posibilidades de recibir apoyo y evitar dicha conducta (Reyes, y De Inastrilla, 2003). La desintegración familiar y la violencia son factores que prevalecen, al evaluar aspectos familiares en individuos con tendencia suicida especialmente en adolescentes, Vásquez y otros cols (2005).

La ausencia de manifestaciones afectivas en el hogar, la comunicación escasa o inadecuada en el seno familiares actúan como factores de riesgo para el intento suicida, así como también una familia mal estructurada y conflictiva con un ambiente familiar frustrante.

Dentro de otro tipo de factor se encuentra la historia familiar, Bellak (2001) esto se refiere a que puede señalarse la posibilidad de que exista una tendencia familiar a suicidarse, no necesariamente está relacionada con una depresión grave o profunda. Cualquier paciente con historia familiar de suicidio se debe considerar como un riesgo mayor.

La manera en que los padres influyen en los hijos para que se desarrolle una tendencia suicida es significativa, el que uno de los padres desarrolle un cuadro depresivo, causa dificultades debido a la falta de seguridad y protección, la cual representa el padre, en ocasiones que éste comete suicidio, puede provocar en los hijos un proceso de imitación o identificación. Como se señaló previamente, el alcoholismo es un factor de riesgo para el suicidio, en el contexto familiar. Éste genera inseguridad en la familia e hijos, los cuáles debido a las burlas, críticas y comentarios de los demás desarrollan inseguridad, baja autoestima, vergüenza, hostilidad hacia el progenitor alcohólico, así mismo la economía en el hogar es deficiente pues acarrea problemáticas al satisfacer diversas necesidades. En estos casos los hijos pueden realizar un acto suicida para escapar de una situación intolerable o por la culpa de presentar emociones encontradas hacia su progenitor, tales como amor – odio, y en ocasiones el acto suicida se convierte en un tipo de castigo y muestra de coraje hacia el alcohólico. En otros momentos el suicidio se vuelve una vía de escape al control insoportable y la imposibilidad de llegar a desarrollar una vida plena. Pues debido al excesivo

control y personalidad autoritaria de los padres hacia los hijos, tales como: controlar gustos, amistades, horarios, distracciones o en caso de los padres el querer impedir las relaciones amorosas de sus hijas celándolas excesivamente. La sobreprotección puede provocar suicidio ya que el hijo lo ve como forma de liberación. En el otro extremo encontramos a los padres que se mantienen fríos y distantes en cuanto a la relación con los hijos, esto también crea inseguridad. El tipo de familia que tiende a ser rígida y moralista, en donde los padres seleccionan lo que es mejor para los hijos, se les exige obedecer normas sociales por la educación e imagen que tienen que seguir y guardar, así también cuando uno o ambos de los padres descargan sus anhelos y sueños, no alcanzados, en sus hijos los cuales pueden terminar desarrollando una conducta suicida, en cuanto se ven involucrados en situaciones estresantes que, para la familia del individuo, llegan a ser humillantes, catastróficas, manchando la reputación familiar o el nombre de la familia, así como el no haber alcanzado los logros deseados por el padre o haber aparentemente fracasado, para el padre o la madre. Estos hijos no están preparados para el fracaso ya que no tienen permitido hacerlo y la imposibilidad de comunicar sus sentimientos de dolor o frustración termina en acto suicida. El divorcio es otro factor que puede llevar al riesgo suicida, debido a las agresiones constantes presenciadas o vividas; la inseguridad, la falta de comprensión sobre lo que está sucediendo, el sentimiento de pérdida de una figura significativa o del vínculo familiar. Especialmente en los hijos, la confusión creada por cada uno de los padres cuando se le utiliza para crearle conflicto al otro cónyuge. Dentro de otros factores familiares se puede mencionar el abandono de los hijos, la muerte de una figura de apego y seguridad, rechazo

familiar, preferencia entre los hijos, abuso físico, psicológico y sexual entre otros (Pérez 2005).

Violencia intrafamiliar

Ramos y Caballero (2004), definen la violencia como fenómeno extenso que se manifiesta interpersonal, individual y socialmente. Por lo cuál un factor importante como la violencia intrafamiliar es el causante de muchas muertes, debido al suicidio. Ésta consiste en el acto de manifestar poder u omisión de respeto recurrente, intencional, y cíclico dirigido a dominar, someter, controlar o agredir física, verbal psicoemocional o sexualmente a cualquier miembro de la familia, lo cual puede realizarse dentro o fuera del domicilio familiar, tendiendo éstos parentescos: sanguíneo, civil, matrimonial, concubinato entre otros. Las víctimas de violencia intrafamiliar pierden el poder de valoración personal, y tienen pensamientos recurrentes de minusvalía lo que genera en el vínculo familiar, sentimiento de desprotección en los hijos y los padres se llegan a sentir incapaces de cuidarlos y educarlos. Así los hijos crecen carentes de dirección, y modelos paternos positivos. Y es como se crea un círculo ya que éstos sufren en ocasiones directamente y algunas veces, indirectamente la agresión, sintiéndose culpables de la unión o desunión de la pareja. Existe también el maltrato infantil, el cuál se caracteriza por agresión física, psicológica o negligencia de los padres, Carvajal y otros cols (2006).

La violencia es una conducta aprendida por los hijos, la cual desarrollan al ser adultos, imitando lo aprendido en sus hogares o manifestando a cualquier edad conductas agresivas como una respuesta a la violencia que se vive en el hogar. Las víctimas de violencia directa e indirecta llegan a recurrir al suicidio

como escape a la vida frustrante que llevan, utilizado como liberación de la opresión en que se vive.

Abuso sexual

El abuso sexual sufrido durante la niñez provoca resultados negativos en variados ámbitos de la vida adulta. Algunos repercuten en la salud física. Otras consecuencias son las psicológicas como: baja autoestima, depresión, ideación suicida e intentos suicidas. Así mismo se encuentra relacionado con embarazos no deseados, multiplicidad de parejas sexuales, homosexualidad, repetición de la conducta y riesgos relacionados con enfermedades de transmisión sexual. Se ha descubierto que víctimas sexuales, a etapas tempranas de la vida, (usualmente perpetuada por familiares o personas cercanas) tiene mayor probabilidad de ser revictimizadas sexualmente en la vida adulta. (Rivera y otros cols 2006).

Estado civil

Garland (1983), menciona que el estado civil también tiene valor de significación y señala que el número de suicidios era mayor entre los célibes que entre los casados, y dentro de los últimos, era mayor entre los que no tenían hijos.

Reyes y Del Cueto (2003), consideran el ser soltero o sufrir divorcio o viudez reciente una condición importante para la conducta suicida, debido a que la vivencia de soledad y falta de apoyo son variables importantes en el desarrollo del proceso suicida.

Valente (2003) opina que la mejor protección no es el matrimonio en sí, sino una familia bien estructurada y funcional.

Prevención y evitación del suicidio

El suicidio es un problema que ha sido descuidado por los profesionales de la salud pública, y es algo que se debe tener muy presente que existe, y que puede presentarse en cualquiera, así que deben tomar medidas para evitarlo y lo mejor es la prevención. Si una persona piensa mucho en el suicidio, se cree inútil, pierde interés en las cosas que le importaban, se despide de los demás, tiene conductas agresivas que le pueden causar daño, y habla acerca de la muerte, Stuttaford (2006) nombra a éstas como señales de peligro de suicidio. El diagnóstico precoz y la instauración de un tratamiento, lo antes posible, es lo primero que se debe hacer. Currier (2000) señala que en casos de pacientes depresivos que estén en riesgo de cometer un acto suicida, es necesario el empleo de un psicofármaco adecuado para las necesidades del paciente. Si ya se detectó a una persona con índice suicida, nunca se debe dejar a solas y siempre se debe tomar el problema con seriedad. Se le debe proporcionar ayuda psicológica o psiquiátrica según sea el caso necesario. Barak (2007) resalta que en la actualidad se han estado creando programas para la prevención del suicidio, con personas que, previamente han sufrido la pérdida de algún familiar, a causa de este problema están siendo apoyados. Además de que en ciertos lugares se han tomado medidas para la prevención del suicidio, tales como evitar la promoción del mismo mediante los medios de comunicación y reducir la disponibilidad de métodos utilizados para el suicidio.

Factores generales en el manejo terapéutico de pacientes suicidas

Según Bellak (2001), existen diez factores específicos de cómo poder manejar terapéuticamente a un paciente suicida los cuales se describen a continuación:

1. Factor o situación precipitante (depresión o angustia): mayormente el riesgo suicida se relaciona con la depresión, sin embargo intentos de suicidio violentos se realizan cuando existe angustia. La psicodinámica del suicidio se involucra en todas las depresiones, como se mencionó anteriormente el deseo de morir, en la mayoría de los casos, es un deseo oral de dormir sin preocupaciones, a esto sumado de poca fuerza yoica y un superyó severo. Es importante comprender la dinámica específica del impulso suicida, entre estos se encuentra el expirar un delirio real, venganza, reunirse con un ser amado etc.
2. Contenido, precisión y primitivismo de las fantasías y planes: la afirmación explícita de las nociones suicidas puede tener un efecto catártico y facilitar la prueba de la realidad. Cualquier noción irreal acerca de la muerte se debe aclarar. A partir de esas fantasías se puede descubrir en contra de quien se intenta inconscientemente la agresión al igual que los sentimientos transferenciales se deben de identificar e interpretar. Entre más primitivas sean las fantasías mayor es el riesgo de suicidio. Las fantasías se relacionan con el primitivismo *de la estructura de la personalidad y la gravedad de los problemas de control de impulsos.*
3. Intentos y planes previos: el criterio más importante para la posibilidad de un suicidio es un intento serio. Dichos intentos son aquellos en los que, el paciente ha tenido una alta probabilidad de morir y fue descubierto o se las arregló para sobrevivir a una situación mortífera. Entre más preciso sean los planes que alguien ha hecho para

suicidarse entonces causará mayor preocupación, sin embargo, la ausencia de planes no es razón para ignorar las tendencias suicidas.

4. Historia familiar de intentos suicidas o depresión: es fatídica una historia familiar de suicidio o de violentos "acting out", en especial en la etapa de la infancia. Personas que de chicos mataron mascotas o animales o agredieron físicamente a compañeros, están en grave riesgo, debido a que la autoagresión y la agresión contra otros frecuentemente se correlacionan y el común denominador entre ellos es alto nivel de agresión y bajo control de impulsos.
5. Si el paciente es aguda y altamente suicida, se debe abandonar la neutralidad terapéutica. Es necesario apoyar al paciente, tranquilizarlo y hacerle saber que existen otras opciones aparte de autodestruirse y decirle que uno estará disponible para su apoyo. Se debe informar a la familia la situación que se vive. Así como familiarizar al paciente con líneas de ayuda en caso de no contactar al terapeuta.
6. Trabajar con la visión de túnel: los pacientes suicidas sufren de la visión del túnel, sólo ven una salida, una solución en particular. Es importante mostrarles que existen otras opciones.
7. Convenir por una demora y utilizar otras variables involucradas en el "acting out", el cual comprende el manifestar la conducta propositiva apropiada para una antigua situación, en una nueva representación simbólica. La descarga parcial de la tensión instintiva que se logra mediante la respuesta a la situación se presenta como si fuera la que originalmente dio lugar a la demanda instintiva. Es importante que por medio del "acting out" el paciente exprese un pensamiento o

sentimiento en acción en lugar de verbalizarlo. El mejor manejo terapéutico del mismo es establecer un convenio para aplazar la acción, cualquier demora es probable que mitigue en gran manera la tentación por ejemplo, un suicida en una línea de ayuda, proponerle el dejar el suicidio para el siguiente día, invitarlo a discutirlo el próximo día, que al siguiente día puede tomar su decisión. Con eso no sólo se consigue el aplazamiento crucial, sino se tiene la oportunidad de intervenir.

8. Trabajar con los factores pertenecientes a la depresión o pánico: es importante localizar la presencia y grado de factores en el paciente individual y buscar los denominadores comunes entre la situación precipitante y las circunstancias históricas; después de escuchar la historia detallada, se formula un plan general de tratamiento en términos de dinámica y estructura general de la condición y hacer un plan individual para las áreas y métodos de intervención adecuados para el paciente en particular. Algunos de los factores que se presentan con mayor frecuencia son: problemas con la regulación de autoestima, superyó severo, (intra) agresión, pérdida, desilusión, engaño, necesidad de estímulo, dependencia de soportes narcisistas externos, negación, perturbaciones en las relaciones objetales.
9. Involucrar dentro de la situación a los otros significativos: recursos de la comunidad: si como terapeutas se intenta tomar toda la responsabilidad, se produce ansiedad considerable y la comunicación de esa ansiedad serviría de alarma al paciente y lo pondría en mayor riesgo. Si existe por parte del terapeuta una preocupación aguda, podría ser útil, con el previo consentimiento del paciente, invitar a un

familiar al consultorio y que éste lo lleve a su casa, aun puede ser necesario abandonar temporalmente la neutralidad terapéutica y llevar al paciente a su casa u hospital. Se debe confiar en los recursos de la comunidad tales como centros de urgencias, sistema familiar y social, amigos, compañeros, terapia grupal breve.

10. Fármacos, hospitalización: es importante que el terapeuta conozca al medico general o internista que con regularidad atiende al paciente y que establezca vínculos con él para tener el contacto, en caso de que se realice un agudo intento de suicidio.

Terapia cognitivo conductual

El tipo de terapia con la cual se trabajó con los pacientes de ésta investigación fue la terapia cognitivo conductual. Ortega y otros cols (2006), refieren que la teoría cognitivo conductual, se dirige al control de los estresores cotidianos mediante la modificación de los pensamientos del paciente, sobre sí mismos, su entorno y el futuro. Y Carboles (1999), citado en Bornas y Noguera (2002), afirma que la modificación de la conducta constituye “una potente tecnología aplicada a la resolución de los problemas humanos”.

Actualmente el tratamiento en dicha terapia tiende a dirigirse cada vez más a las características individuales del sujeto, (Bornas y otros cols 2002). La aplicación de la terapia cognitivo conductual ha mostrado efectos positivos en adolescentes con depresión, debido a los tratamientos activos. (Klein; Jacobs y Reinecke, 2007).

Como es conocido, el suicidio es una conducta grave, la cual ha sido impulsora para realizar diversas investigaciones acerca de la eficacia de la terapia

cognitivo conductual como reductora de dicha conducta. Tras los estudios se notó que la mencionada terapia arrojó una respuesta altamente efectiva para la reducción de la conducta suicida; en el mejoramiento del pensamiento suicida, planes, comportamientos y mentalidad optimista, a corto y mediano plazo. (Terrier; Taylor y Gooding 2008). La terapia cognitivo conductual también presentó mejoras significativas en la reducción de los síntomas de la esquizofrenia, cambiando el nivel de ideación suicida en pacientes con dicho padecimiento al final de la terapia y sosteniendo un seguimiento. Bateman y otros cols 2007).

Por el lado de la prevención, también ha sido utilizada la terapia cognitivo conductual en la prevención del suicidio. Trabajando con las fortalezas, limitaciones, valores, riesgo de suicidio, desigualdad social, factores de protección, entre otros. Dicha terapia ha aliviado síntomas suicidas, e inclusive ha facilitado la liberación social en ciertos grupos minoritarios. (Bryant y Harder, 2008).

La terapia cognitivo conductual ha sido utilizada, individualmente, en pacientes con enfermedades crónicas, los cuáles demostraron beneficios en la actividad física, reducción de conductas de riesgo, calidad de vida, depresión, ansiedad, así como mejoras en los estilos de afrontamiento conductual activo, cognitivo activo, análisis lógico y solución de problemas. Riveros y otros (2005).

Terapia a corto plazo

La terapia a corto plazo como otros modelos de terapias, por el lado de la prevención. También ha sido utilizada la terapia cognitivo conductual en la prevención del suicidio. Trabajando con las fortalezas, limitaciones, valores,

riesgo de suicidio, desigualdad social, factores de protección, entre otros. Myhr y otros cols (2007).

Como se ha mencionado previamente el suicidio en los adolescentes, es una de las causas de muerte más frecuentes, por lo cual se han implementados programas con base en terapia cognitivo conductual, dirigidos hacia las variables altamente correlacionadas con la ideación suicida tales como autoestima, déficit de habilidades sociales, uso de sustancias, entre otras. Dichos programas están estructurados con una serie de actividades aplicables a grupos de duración limitada con la finalidad de aumentar la autoestima, reducir el pensamiento negativo, mejorar las habilidades de afrontamiento, delimitar el uso de sustancias, y la posibilidad de reintroducir, buscar y disfrutar de actividades agradables con sus compañeros. Las actividades programadas provienen de las experiencias de los individuos en tratamiento. Su finalidad es fomentar el desarrollo rápido de la evolución del conjunto de personas para la aplicación y uso en futuros grupos de tiempo limitado (Rittner y Smyth, 1999).

Un estudio realizado sobre la eficacia de la terapia cognitivo conductual de corto plazo y la estándar demuestran que ambas fueron efectivas, lo que indica que un programa breve, con el apoyo de materiales de autoayuda, reduce el tiempo en que el paciente presenta síntomas. Siendo la terapia breve tan positiva como la estándar, presenta beneficios en cuanto a limitaciones y costos. (Marchand; y otros cols 2007).

Como se puede notar existen beneficios de la aplicación de terapia breve, no solamente a nivel de reducción de síntomas en el paciente sino en beneficios a diversos niveles inclusive en lo económico, además de que parte importante es el apoyo social y familiar como se menciona previamente.

El Rorschach como prueba proyectiva

La prueba de Rorschach consta de una serie de 10 láminas que contienen manchas de tinta, se considera que es la más lograda de todas las técnicas proyectivas por que carece de estructura, aunque quizá sería mejor decir –como Schachtel- cita, que su estructura no es familiar; este hecho facilita la proyección. Es una prueba de apercepción por que el examinado debe buscar alguna asociación ante las manchas para encontrar un parecido a algo; dichas asociaciones y su elección no son casuales, sino una apercepción, pues cada respuesta representa una cadena de asociaciones intelectuales y afectivas que se refieren a la organización interna que el examinado ha hecho de sus experiencias. En el momento de buscar a qué se parecen las manchas, lo que ocurre es una apercepción y también se da un cierto grado de distorsión de la realidad (manchas de tinta) atribuyendo al estímulo aspectos que en realidad son personales, es decir, ocurre una proyección (Fernández 2003).

CAPÍTULO III

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La siguiente investigación es del tipo descriptiva, ya que explica los diferentes factores que propician la tendencia suicida.

Como investigación descriptiva intentó llegar a conocer situaciones, factores y actitudes sobresalientes. Por medio de la descripción exacta y explícita se desarrolló cada uno de estos, así también intentó describir cuál es la condición acerca del tópico elegido. Además se basó en la importancia de la identificación de la relación que existe entre las variables propuestas, haciendo todo el procedimiento correcto, tal como recopilar datos, delimitar la hipótesis, exponer la información, analizar los resultados, para así lograr desplegar los datos obtenidos; los cuales puedan ser de utilidad para terceros y en posibles investigaciones futuras.

Población de estudio

La población estudiada se tomó entre las personas que se presentaron al departamento de psicología, para terapia, en el DIF (Desarrollo Integral de la Familia) en el municipio de Montemorelos Nuevo León. Principalmente aquellos que presentaron conductas suicidas o factores de riesgo para desencadenar la misma. En su prevalencia dicha población se basó en adolescentes.

Variables en estudio

Factores que propician a la tendencia suicida.

- a) Factores familiares.
- b) Estrés laboral.
- c) Adicciones.
- d) Trastornos psiquiátricos.
- e) Enfermedades físicas
- f) Depresión.
- g) Personalidad.
- h) Estado civil.
- i) Violencia intrafamiliar.
- j) Enfermedades físicas.
- k) Abuso sexual.

Recolección de datos

Para recolectar los datos necesarios, se aplicó el instrumento designado a pacientes que acudieron a terapia psicológica al departamento de psicología del DIF en el municipio de Montemorelos Nuevo León, con factores que pudieron propiciar y desencadenar tendencia suicida.

Instrumento

El instrumento utilizado en la presente investigación fue el test proyectivo Rorschach. Fernández (2003) declara que en las técnicas proyectivas, la personalidad se manifiesta como un todo, al mismo tiempo que se tiene que distorsionar, en cierta medida, la realidad, la cual es representada por el estímulo

de la prueba, con el objeto de atribuirle lo que es interno. Simplificándolo en las técnicas proyectivas se refleja lo que es consciente e inconsciente, lo aceptado y lo rechazado, lo agradable y lo desagradable.

La prueba del Rorschach consta de una serie de 10 láminas, las cuales contienen manchas de tinta, dicha prueba es de estructura no familiar. Es una prueba de apercepción ya que el examinado debe buscar alguna asociación ante las manchas para encontrar un parecido a algo; dichas asociaciones y su selección no son casuales, pues cada respuesta representa una cadena de asociaciones intelectuales y afectivas, referentes a la organización interna que el examinado ha hecho de sus experiencias.

Datos que proporciona el Rorschach

El psicodiagnóstico del Rorschach se basa en que fundamentalmente evalúa la estructura de la personalidad como un todo y esta característica la comparte con los dibujos proyectivos.

A partir de los aspectos formales del Rorschach es posible evaluar: 1) Que tan inteligente es una persona (no en términos de coeficiente de inteligencia, sino de rangos de menor a mayor inteligencia), del tipo de inteligencia (teórica, práctica, artística, social), con la posibilidad de establecer si una baja de inteligencia obedece a carencia de la misma o una inhibición neurótica de la misma; 2) Los aspectos emocionales de la personalidad aparecen en la prueba de manera amplia y profunda: el tipo de afectividad, los impulsos sexuales y agresivos, su intensidad y el tipo y grado de control que existen sobre ellos, las emociones (euforia, tristeza, ansiedad), etc; 3) Nos informa también acerca del modo de relación: afectuoso, distante, conformista, frío, egocéntrico, autista; 4) Lo

que es más importante: la integración particular que cada persona hace de todos estos aspectos, por que ninguno está aislado, sino en constante interrelación dentro de un todo dinámico.

La interpretación de las respuestas permite ampliar y profundizar la información: la imagen que tiene el paciente de sí mismo y la que tiene de las figuras significativas en su vida, así como el efecto que dichas imágenes están teniendo en su vida presente. En cierta medida, permite rastrear dentro de ciertos límites, y hacer predicciones acerca de una serie de aspectos por ejemplo, peligro de suicidio, peligrosidad social, riesgo de psicosis, éxito o fracaso en una psicoterapia, éxito o fracaso en un puesto de alto ejecutivo, riesgo de provocar accidentes de trabajo. Fernández (2003).

Alcances y limitaciones

EL psicodiagnóstico del Rorschach, como cualquier otro medio de obtención de datos, tiene alcances que corresponde a aquello para lo cual fue diseñado, dar cuenta de la organización interna de las experiencias, de que potencialidades ha logrado desarrollar una persona y cuáles se ha visto obligada a inhibir dada sus circunstancias concretas. Su principal imitación es que, como toda técnica proyectiva, carece de validez predictiva de conducta real.

El rorschach es una prueba que apunta hacia las la estructura de la personalidad. Entre sus limitaciones destaca el hecho de que su objetividad descansa en la capacidad de quién la aplica, califica e interpreta la prueba y en este terreno deben existir forzosamente variaciones individuales; esto transforma al Rorschach en un instrumento de manejo delicado (que desde la perspectiva de

la psicometría estricta resulta objetivo). En un método costoso en la medida que exige mucho del examinador.

Por otra parte, es favorable para ser aplicado a personas pertenecientes a comunidades marginales rurales o urbanas. La carencia económica se refleja en la prueba como pobreza ideativa y afectiva, que no es otra cosa que el resultado de la marginación, de manera que debe tenerse mucho cuidado al interpretar los resultados, porque la perspectiva del psicólogo, corresponde a la de un individuo de clase media ilustrada y no a la de los marginados, que tienen que aprender a sobrevivir en un mundo que está totalmente en contra suya.

Dentro de sus mayores alcances se encuentra el de hacer una prueba aplicable a casi toda la gente, desde niños pequeños (al adquirir el lenguaje) hasta ancianos. Es una prueba que no requiere de ninguna habilidad adquirida para resolverla, esto es, alfabetización, buena coordinación vasomotora, o un determinado grado de escolarización. Así misma es aplicable a pacientes agitados (con trastornos maniacos o esquizofrénicos) con problemas de coordinación (parkinson, parálisis cerebral, o problemas orgánicos en general. Las limitaciones para aplicarla se reducen a los invidentes; con los sordomudos es posible si se maneja el lenguaje no verbal y con los ciegos, a los colores no es factible evaluar las respuestas cromáticas. Fernández (2003).

Objetividad

El Rorschach cuenta con criterios bien definidos tanto para su calificación como para su interpretación; es necesario ser cuidadoso a cada caso particular porque la calificación no se basa en criterios predeterminados, sino en

la apercepción de cada examinado, por ello es necesario investigar qué es lo que el examinado está tomando en cuenta para dar su respuesta. La interpretación de los datos obtenidos, se hace tomando en cuenta la totalidad de la prueba y no los aspectos aislados de la misma.

Bohm, Binder, Loosli-Usteri, Shafer, citados en Fernández (2003) refieren que lo importante es captar la apreciación del examinado, de manera que las respuestas de movimiento deban ser vivenciadas, así como las de color sombras, y claroscuro, de ahí que si la mancha es percibida como un tono uniforme la respuesta es de color, si lo percibido son las diferencias gruesas de tonalidad se trata de una respuesta de claroscuro, y si lo que el examinado capta son las diferencias finas de sombreado es una de sombras. Resulta obvio que sistemas de calificación tan distintos conduzcan a resultados también diferentes, aunque es necesario reconocer que en lo fundamental, las interpretaciones coinciden.

Los requisitos personales y profesionales, para que se adquieran los criterios de calificación del Rorschach, han conducido a que la prueba no se utilice con la frecuencia que se acostumbró en una época, y no sólo el rorschach, sino también las pruebas que requieren de tiempo, tanto para su aprendizaje como para su administración, calificación e interpretación.

Weiner considera al Rorschach como un instrumento que ha demostrado su gran utilidad ya que permite evaluar la personalidad, facilita el diagnóstico diferencial y la planeación del tratamiento, razones por las que es empleado tanto en psicología clínica como en la investigación. Fernández (2003).

Estandarización

Existen normas bien establecidas, tanto para su aplicación como para su interpretación en grupos que van desde los dos años hasta los ancianos; así como para poblaciones de diversa índole: zonas urbanas, zonas rurales, distintas clases sociales, etnias y todas esas normas producto de las investigaciones que se han llevado a cabo con la prueba en antropología, psicología social, psicología industrial, psicología del desarrollo y psiquiatría, entre otras. En México se han realizado estudios con niños y niñas de diferentes clases sociales, con adolescentes, tarahumaras, drogadictos, obreros, delincuentes, ejecutivos, profesionales, etc. Esto ha sido con la finalidad de comparar los resultados de cada individuo con el grupo al que pertenece o al cuál se quiere integrar.

Parte de la estandarización está constituida por la forma de aplicar la prueba. Se considera indispensable contar con normas claramente establecidas para aplicar, calificar e interpretar la prueba y esto como una parte importante de su estandarización. Los resultados se pueden alterar si se le permite al examinado ver a mayor distancia las láminas, al darle explicaciones largas; al hacer la encuesta después de cada lámina o al finalizar la prueba, la forma de realizar la encuesta ya sea demasiado corta o exhaustiva la cuál induce a una determinada calificación, el empleo de grabadora, uso de cronómetro, etc. Fernández (2003).

Confiabilidad

Comparte con el resto de las técnicas proyectivas de correlación relativamente bajos porque evalúa algo dinámico y, al igual que en todas ellas, se ha investigado cuáles de sus aspectos son estables y cuáles son alterables. Esto

constituye la preocupación del investigador que está interesado en el ser humano vivo, que no espera encontrar exactamente los mismos datos (si fuera así, la persona estaría muerta en vida)..

Leavitt y Labbot citados en Fernández (2003), investigaron la validez y confiabilidad del Rorschach en lo que se refiere a la detección de disociación de la personalidad; para lo cual compararon los indicadores de disociación en el Rorschach con los datos de la Dissociative Experiences Scale. Sus datos indican que aquellos quienes presentan un mayor número de indicadores de disociación en el Rorschach, también lo hacen en la DES, pero al mismo tiempo los indicadores del Rorschach son menos susceptibles de ser distorsionados por tendencias defensivas o manipulatorias y se conservaron idénticos al hacer el retest. Fernández (2003)..

Meloy y colaboradores revisaron la literatura respecto del Rorschach utilizando como prueba testimonial entre 1945 y 1995; hallaron que se utilizó en Estados Unidos en 247 casos tribunales estatales, federales o militares y que se consideró el Rorschach como un instrumento válido y confiable como testimonio legal. Las escasas ocasiones en las que el Rorschach fue desechado como prueba testimonial, se debió a que el experto había hecho inferencias no válidas a partir de los resultados obtenidos. Fernández M. (2003).

Validez

La prueba fue diseñada por un psiquiatra que investigó su validez empírica utilizando como criterio externo el diagnóstico clínico psiquiátrico; lo asombroso es que los criterios de diagnóstico que Rorschach encontró para su prueba, siguen siendo válidos después de estos años de investigación. De hecho, las

investigaciones han agregado datos valiosos, pero ninguna, hasta ahora, ha contradicho los hallazgos de Hermann Rorschach.

Piotroski referido en Fernández (2003), investigó durante años la validez predictivas del Rorschach en dos aspectos: en el éxito o fracaso en la psicoterapia y en la eficiencia como ejecutivo; para ello realizó sus predicciones sobre la base de los resultados y revisó lo ocurrido con la persona en el lapso de 1 y 5 años después; archivó los datos de sus predicciones y estableció cuáles eran los que permitían hacer la predicción que corresponde a la conducta real y cuáles no. Tanto las investigaciones de Rorschach como las de Piotrowski son longitudinales, ya que el método clínico funciona para investigar la prueba y así realizar estudios de caso, aunque se trate de grandes poblaciones, pues toda vez que se intenta encajonar los datos del psicodiagnóstico del Rorschach dentro de los cánones de la psicometría, la información se empobrece. Aún las investigaciones de Rorschach y Piotrowski utilizadas como ejemplo aquí, en aras de probar la validez de la prueba, tienen que dejar de lado los aspectos más finos y valiosos acerca de los cuales informa la misma: la manera particular en la que un individuo ha integrado internamente sus experiencias; por tanto, la investigación con el rorschach tendrá que ser la de casos individuales y no la estadística aplicada mecánicamente.

Gregory Meyer, citados en Fernández (2003) llama la atención al hecho de que se intenta probar la validez del Rorschach sin tener una clara comprensión de lo que cada calificación quiere decir, y plantea que se sigan dos enfoques para comprender mejor la validez de esta prueba: mejorar los criterios clínicos y cruzar la información de varios jueces. Fernández (2003).

CAPITULO IV

PRESENTACIÓN DE LOS CASOS

Dentro de este capítulo se describe el análisis de cinco casos que fueron atendidos en el departamento de psicología del DIF, Montemorelos, los cuáles están relacionados con factores predisponentes al suicidio y presentan ideación suicida.

Se implementó un programa de psicoterapia breve con enfoque cognitivo conductual, debido a que en base a la experiencia, los pacientes tienden a dejar de asistir a terapias al rededor de la quinta a séptima sesión. Esto debido a diversos factores. Además, el índice de personas que asisten a terapia es alto y es necesario adaptarles psicoterapias de corto plazo debido al tiempo limitado.

Coren (2003), menciona que las terapias breves contemporáneas difieren de aquellas a largo plazo y entre ellas mismas, particularmente en relación con la actividad terapéutica, el objetivo, lo que constituye la brevedad y el criterio de selección. Así mismo menciona que los terapeutas de los sectores públicos e institucionales o corporativos, están reconociendo cada vez más la necesidad y los beneficios potenciales de trabajar dentro de un marco de tiempo más limitado. También señala que los factores institucionales llegan a influir y a desenvolver una función en la práctica y desarrollo de una terapia a corto plazo. Sin embargo, el terapeuta que va a implementar una terapia de corto plazo, necesita explicar al

paciente el tratamiento para asegurar que el cliente comparte la responsabilidad de la terapia.

Registro de pacientes

Paciente	sexo	Ses. Terapéuticas	Edad	Aplic. Rorshach	Diag. Inic. Pens. Suicida	Resultado
1	ALM	H * * * * *	13	Martes 27 de Noviembre de 2007	Si	Positivo
2	ASPCH	M *	13	Miércoles 28 de Noviembre de 2007	Si	Circunstancial
3	EJGG	H * * * * *	12	Jueves 29 de Noviembre de 2007	Si	Recibió atención Sin mejora Objetiva
4	MCBR	M * * * * *	36	Martes 4 de Diciembre de 2007	Si	Positivo

Sujeto1

Estructura de sesiones por paciente

Sesión	Acciones de intervención	Actividades del paciente	Acciones de seguimiento
1	Se recibe al paciente y a su madre, se les dan las indicaciones sobre los parámetros de la terapia.	La madre expone sus inquietudes sobre el menor, posteriormente éste, responde a las preguntas y expone su punto de vista.	Se le proporciona una evaluación escolar la cual es requerida para la siguiente sesión; contestada por el maestro de escuela.
2	Aplicación del RORSHARCH	Respuesta a las láminas del test proyectivo.	Comparar su punto de vista con el de su madre, acerca de la forma de reaccionar y escribir el concepto que él tenga de las reglas.
3	Comentar acerca de su concepto de las reglas y la importancia de las mismas.	Expondrá reglas que le parezcan de importancia y describirá la importancia de respetarlas.	Establecer una relación entre sus reacciones impulsivas y las reglas que se omiten.
4	Comentar acerca de sus reacciones impulsivas y los motivos.	Describir una de sus reacciones, y los motivos de las mismas y personas o circunstancias que las propicien, haciendo una evaluación posterior.	Buscar la convivencia con sus pares y actividades grupales.
5	Indicar la importancia de los límites, tolerancia y control de impulsos, (con la madre).	Va a invertir las situaciones en diversos ejemplos, de momentos donde fue impulsivo. Donde los demás sean los que presentan la reacción impulsiva y él quien la presencia.	Alternativas de socialización.
6	Retroalimentación y autoevaluación	Se autoevaluará y expondrá su apreciación de los cambios presentados.	Control de impulsos mediante técnicas de relajación.

Descripción del caso

Paciente masculino de 13 años de edad con escolaridad secundaria. El cual llega a consulta, traído por su madre, debido a que se presenta retraído y callado, sus actividades se resumen en ver televisión y el Nintendo. No le gusta jugar con compañeros de su edad, convivir con su padre y hermanos, entre otras actividades que sean de interacción social. No sale de su casa. Tiene pocas horas de sueño y tarda para conciliarlo. Cuando se enoja reacciona de manera agresiva e impulsiva (llora, grita, hace sonidos con la garganta para expresar su coraje, golpea) se describe así mismo como un perro policía. La madre refiere que a los 11 años se encerró en su cuarto e intentó arrojarde de la ventana, después de que ella le quitó el control de la televisión. Y que en otra ocasión, por aburrimiento (refiere el paciente) se hizo una lesión de aproximadamente 10 cm, con unas tijeras, supuestamente representaba sus iniciales pero, la madre expresa que no tenía forma. El paciente expresa que no sintió dolor ni miedo, ni sangró. De igual manera expresa que ha sido protagonista de varias peleas en la secundaria, siendo él quién gana, y debido a eso sus compañeros le tienen miedo y lo respetan. Últimamente se ha presentado distraído y triste todo el día. El paciente expone que no le gusta seguir las reglas, que le llamen la atención o tener que obedecer. Prefiere estar solo, ya que así nadie lo molesta, ni le agarran sus cosas.

Desarrollo de la terapia

En las sesiones 3 y 4 que conforman la parte central de la terapia, el paciente se presentó con menor resistencia y más colaborador. Prefirió habilidades de las cuales no habló en las primeras sesiones, tal como su gusto para dibujar e incluso compartió algunos de sus dibujos; se presentó más

expresivo y motivado. Realizó sus asignaciones requeridas en cada sesión. Recalcando su preferencia por actividades solitarias y el poco interés por la convivencia con sus pares, haciendo análisis de su manera de reaccionar y dándole las opciones probables para expresar su inconformidad. Al igual que haciéndole sentir la necesidad de las reglas y el beneficio para todos, inclusive para él.

En las sesiones finales, que comprende la 5 y 6, el paciente se presentaba cooperativo y con mayor expresión facial ante estímulos. Se lograba tener mayor diálogo interactivo. Por referencias de la madre, la interacción social aumentó, había mayores lapsos de convivencia con sus hermanos y algunos amigos, disminuyendo el tiempo en actividades solitarias. Las reacciones impulsivas fueron progresivamente siendo controladas, es decir, eran menos intensas, disminuyendo el llanto y la agresividad, y permaneciendo el semblante airado y los sonidos representativos de coraje, proseguidos por el retirarse del lugar y finalizando la discusión.

Como se puede notar el paciente presentó cambios favorables en la interacción social y en el control de impulsos.

Conclusión:

El paciente presentó conductas relacionadas con los factores predisponentes a la tendencia suicida, tales como autoagresión. Falta de control de impulsos. La hipótesis diagnóstica que se planteo, de este paciente, es un trastorno negativista desafiante, el cuál es comórbil al suicidio.

Interpretación del Rorschach

Individuo que tiene la capacidad de internalizar lo que percibe del exterior. Se observaron elementos indicadores para que se pueden establecer metas con las que se pueda trabajar.

Es cuidadoso y meticulado, por lo que se puede desarrollar una tendencia a realizar actividades donde desarrolle esta capacidad, tal como el hacer dibujos de diversos temas y de cierto grado de dificultad.

Denota ausencia de interés por lo cotidiano, lo cercano y lo concreto.

Puede presentar ineficiencia del control intelectual sobre impulsos y emociones, el cual es un factor de riesgo suicida, mal sentido de la realidad y escasa capacidad de juicio. Esta se representa por la poca tolerancia y la impulsividad que presenta al enojarse, las conductas autoagresivas pues forman parte de los factores de riesgo suicidas, entre otras.

Presenta dificultad para pensar, que puede ser falta de disciplina intelectual, por lo tanto el pensamiento resulta errático.

Sujeto 2

Estructura de sesiones por paciente

Sesión	Acciones de intervención	Actividades del paciente	Acciones de seguimiento
1	Aplicación del RORSHARCH	Respuesta a las láminas del test proyectivo.	Se canaliza a psiquiatría

Descripción del caso

Paciente femenino de 13 años de edad con escolaridad secundaria, quien es traída por su madre al departamento de psicología.

La madre de la paciente se presenta para que su hija recibiera atención psicológica, la misma refiere que su hija presenta conductas inusuales. Se le da una cita para un día posterior. Llegado el día, la adolescente se presenta con aspecto físico descuidado, presenta falta de higiene personal. Presenta actitud negativa, falta de cooperación, ansiedad, irritabilidad, agresividad y autoagresión física. La madre refiere que ha tenido conductas violentas hacia su familia, hacia ella misma y hacia personas en la calle, inclusive ha presentado actos delictivos, tales como destrucción de propiedad ajena y daños materiales a terceros. Ha dejado la escuela, no respeta las reglas, ni a figuras de autoridad, no presenta empatía hacia los demás. Ha tenido 4 intentos suicidas, los cuáles han sido en espacios de tiempo variables, e ideación suicida estructurada frecuente.

Tales conductas comenzaron desde los 9 años de edad y esto ha ido incrementando al entrar en la adolescencia. Por el tipo de paciente, fue necesario

remitirla a psiquiatría para beneficio de la misma y sus allegados ya que es necesaria la administración de medicamento y la supervisión de personal especializado

Conclusión:

La paciente presentó conductas suicidas y factores predisponentes al mismo tales como la agresividad, autoagresión, conductas violentas. La hipótesis diagnóstica que se planteó fue un trastorno disocial grave de inicio en la infancia. Dicho trastorno es comórbil al suicidio. Por tal motivo fue necesario derivarla al hospital psiquiátrico Buenos Aires en la ciudad de Monterrey Nuevo León, donde recibió la atención adecuada.

Interpretación del Rorschach

Por el alto porcentaje de percepción globalizado, la paciente no es observadora, ni percibe aspectos complementarios. Sólo capta su atención a lo vital, o funcional, sólo se preocupa por satisfacer sus necesidades fisiológicas y básicas.

No esta preocupada en la forma de actuar por intereses personales. O sociales. Su estructura de personalidad se describe como una joven "común y corriente" sin ninguna cualidad singular. Carece de ideas originales y tiende a ser fácil a la frustración. Como se menciona anteriormente, la paciente presenta un trastorno disocial grave de inicio en la infancia el cual es comorbil al suicidio.

Sujeto 3

Estructura de sesiones por paciente

Sesión	Acciones de intervención	Actividades del paciente	Acciones de seguimiento
1	Se recibe al paciente y a su madre expresándose el motivo de consulta y los parámetros de la misma.	La madre expone la problemática que se está presentando en su hogar, debido al comportamiento del menor.	Se le proporciona una evaluación escolar la cual es requerida para la siguiente sesión contestada por el maestro de escuela.
2	Aplicación del RORSHARCH	Respuesta a las láminas del test proyectivo.	Se requiere el análisis del paciente sobre el rol que juega en su familia y la relación con los mismos.
3	Se señalan los roles en la familia y la importancia de las reglas dentro y fuera del hogar.	Expondrá la apreciación que tiene de su familia y evaluará la relación que tiene con ellos.	Establecer una relación entre su comportamiento y las influencias recibidas exteriormente.
4	Comentar acerca de la influencia exterior y la importancia de respetar acuerdos, reglas y jerarquías en el hogar.	Narrará uno de sus días habituales y referirá de quien recibe mayor influencia dentro de su familia o de sus amigos y cuál es la que mayormente toma en cuenta.	Asignar el valor a su persona, basándose en su apreciación personal.
5	Exponer la importancia de establecer un valor hacia nosotros mismos. Y la importancia de tener metas en la vida.	Proporcionará metas que se asigne a corto, mediano y largo plazo.	Buscar como poder alcanzar las metas previamente puestas por él.
6	Retroalimentación y autoevaluación	Se autoevaluará y expondrá su apreciación acerca de su rol en la familia, las metas y el valor propio.	Cumplimiento de normas y límites, así como el respeto a figuras de autoridad.

Descripción del caso

Paciente masculino de 12 años de edad con escolaridad primaria. El paciente se presenta a consulta con temor, ya que no sabe por qué su madre lo llevó al departamento de Psicología. Es traído por su madre debido a que no respeta límites en la casa, presenta deficiencia académica, se ausenta de clases,

o se sale de la escuela, no llega a dormir a su casa, se escapa de la casa a media noche, tiene amistades mayores de edad, "Consume alcohol, cigarros y posiblemente drogas", Refiere la madre siendo negado por el paciente. No obedece, culpa a otros por sus errores, y presenta poco interés a la vida siendo esto referido por él.

Desarrollo de la terapia

El sujeto se presentaba a cada sesión oliendo mal, sucio, descuidado y con falta de higiene. Mentía frecuentemente acerca de los retrasos cuando llegaba solo y acerca de su comportamiento en casa; de igual manera improvisaba las acciones de seguimiento que se le indicaban o extendía algún tipo de excusa por el cuál no recordaba lo asignado.

En las sesiones 5 y 6 presentó un poco de mejoría en cuanto a cooperación dentro de la sesión y a respetar las reglas en casa. Siendo esto corroborado por la hermana quien en ocasiones, lo acompañaba. En la escuela presentaba buena conducta, pero bajo nivel académico y frecuentes faltas. Presentaba dificultad para elaborar las actividades pero intentaba realizarlas.

En las sesiones finales, el paciente presentó un retroceso en los pequeños avances conseguidos, volvió a ausentarse en casa, a no pedir permisos y reincidir en conductas y actividades no correspondientes a su edad. Al hacerle la indicación repetía el poco interés que tenía hacia la vida y el futuro.

El apoyo familiar que recibía era escaso, la madre asistió únicamente la primera sesión, que fue la ocasión de la solicitud de ayuda. Algunas veces mandaba notas con la hermana mayor, quien lo acompañaba esporádicamente, siendo ésta la encargada de la familia, debido a que ambos padres trabajan. La misma, a sus 15 años de edad, además de las responsabilidades de la casa y del

rol dentro de la familia que estaba desempeñando erróneamente, debido a que no le correspondía. Vivía con sus padres y con su pareja. Sus padres querían que ya se casara oficialmente, siendo éste mayor que ella. Actualmente ya había dejado la escuela. El padre consumía alcohol frecuentemente, causando peleas en casa.

Debido a la estructura familiar y al poco apoyo, los resultados fueron insatisfactorios; recibiendo el paciente atención sin mejora objetiva.

Conclusión:

El paciente presenta factores tales como las adicciones, representadas por el consumo de alcohol, drogas y cigarros, así mismo proviene de una familia desestructurada y presenciando violencia intrafamiliar. Otro factor presentado es el desinterés hacia la vida.

La hipótesis diagnóstica que se da es trastorno disocial leve de inicio en la adolescencia.

Interpretación del Rorschach

Sujeto apegado emocionalmente a aspectos secundarios, sin importancia, superficiales o no vitales. Tales como prestar mayor atención a las amistades, vicios, los cuales son factores de riesgo para desarrollar una tendencia suicida, entre otros, dejando a un lado las cosas de importancia como los estudios.

Despersonalización frecuente aún en aspectos de identidad (siendo esto un factor predisponente a desarrollar una tendencia suicida) lo cual representa en la falta de autocuidado, de higiene básica personal y en lo que hace.

Pensamiento poco flexible y acciones rígidas. Se le dificulta el aprender cosas nuevas.

Sujeto 4

Estructura de sesiones por paciente

Sesión	Acciones de intervención	Actividades del paciente	Acciones de seguimiento
1	Se recibe a la paciente comentándose el motivo de consulta y los parámetros de la misma.	La Paciente expone su motivo de consulta el cuál se basa en un cuadro depresivo, y lo que éste le ha traído en su desarrollo personal.	Se le pide una evaluación de sí misma y los cambios que ha notado últimamente.
2	Aplicación del RORSHARCH	Respuesta a las láminas del test proyectivo.	Se indica al la paciente que se describa a sí misma resaltando aspectos positivos.
3	Se comenta acerca de la autoestima.	Comentara que aspectos positivos encontró en si misma y en que benefician a ella y a su familia esas cualidades.	Se le pide que enliste actividades de su preferencia que ha dejado de hacer.
4	Se expone sobre la importancia y el valor de la mujer y la importancia que tiene para la sociedad y en la familia.	Expondrá su sentir hacia su familia y el rol que juega en ella.	Intentará comunicar a su familia sus sentimientos, opiniones y preferencias. Así como también intentará retomar o aprender alguna actividad de su gusto.
5	Exponer la importancia de estar bien con uno mismo para poder estar bien con los demás y la importancia de darse el lugar como individuo y no olvidarse así mismo. Así como la importancia de establecerse metas en la vida.	Proporcionará metas que le gustaría alcanzar, a corto, mediano y largo plazo. Con ella, con su esposo y con su familia.	Buscar cómo poder alcanzar las metas previamente puestas por él. Y haber alcanzado una a corto plazo.
6	Retroalimentación y autoevaluación	Se autoevaluará y expresará los cambios que ha sentido en ella, cómo se veía hace 6 semanas y cómo se ve ahora. Al igual que indicará estrategias para continuar mejorando.	Perseverar en la comunicación y encontrar nuevas estrategias para hacer un equilibrio entre el deber con los demás y el deber consigo misma.

Descripción del caso

Paciente femenina de 36 años de edad de escolaridad primaria. La paciente se presentó a consulta acompañada de su esposo, debido a que se sentía muy triste. Presentaba llanto frecuente, sentimiento de minusvalía, falta de apetito, sueño excesivo, pensamientos suicidas. Refería que no se sentía bien, que “no le daban ganas de levantarse, de vivir, que en su casa no la querían”. Dichos sentimientos, pensamientos y estado de ánimo se presentaron hace 2 meses intensificándose los últimos quince días, posterior a una discusión con su esposo. La paciente expresó que en su hogar no se le tomaba en cuenta, que no apreciaban lo que hacía por ellos, que no la querían por que estaba fea. El esposo comentó que si se le quería y que estaba preocupado por “su señora” ya que se siente culpable por no apoyarla como ella quiere, pues el trabajo no se lo permitía y que cuando estaba en casa prefería dormir. La paciente refiere que de igual forma no ha recibido apoyo en la crianza de los hijos.

Desarrollo de la terapia

En las sesiones 3 y 4 se notó cambio significativo en el estado de ánimo de la paciente, así como en su aspecto personal. La paciente presentaba sentimiento de culpa por haber descuidado de sí misma debido a dar, estar y complacer a su familia, lo cual se canalizó positivamente y utilizó como propulsor para el cambio. Además de que la paciente realizó diversos intentos para promover la comunicación con su pareja.

En las sesiones 5 y 6 se percibió modificación de la conducta de la paciente. El llanto disminuyó, las ideas suicidas se disiparon, buscó el realizar

actividades de su agrado, así como el intentar expresar sus sentimientos. Todavía existían ideas de inseguridad y de temor al igual que rasgos pesimistas.

Conclusión:

La paciente presentó factores predisponentes al desarrollo de la tendencia suicida, tales como la depresión la cual abarca los síntomas previamente mencionados.

La hipótesis diagnóstica que se plantea es un trastorno depresivo mayor, el cual es comórbil al suicido.

Interpretación del Rorschach

Esta persona denota inseguridad en algunas cosas. Es voluble y le falta tomar decisiones que son importantes en su vida pero las deja pasar por que piensa que son de poco interés.

Tiene escaso interés por detalles que no destacan fácilmente. Se involucra más de la cuenta en las situaciones que enfrenta.

Existe control intelectual sobre la expresión de las reacciones emocionales sin anularlas. Está enfocada obsesivamente por alcanzar metas trazadas. Muestra que las experiencias profundas de una persona, sus afectos, su angustia, su sensibilidad y emociones en general, no están bien moduladas, en sus experiencias hacia el exterior y no aparecen dentro de un contexto inteligente, con sentido de realidad y capacidad de juicio porque no están funcionando las capacidades de observación y concentración, (factores suicidas).

Presenta rigidez y falta de espontaneidad que da lugar a adaptación superficial.

La paciente presenta un trastorno depresivo mayor el cual es factor desencadenante y predisponerte al suicidio.

CAPITULO V

Conclusiones

De la presente investigación se pueden obtener significativos aspectos para resaltar. Como se puede notar, de los cuatro casos estudiados tres fueron adolescentes, siendo las edades de 13 y 12 años, por lo que notamos que la tendencia suicida es mayormente presentada en este grupo de individuos.

Los tres adolescentes fueron llevados a terapias por sus madres. Por lo que notamos que son éstas las que prestan mayor atención a la corrección y a la conducta de sus hijos a diferencia de los padres.

En diferencia de los sujetos uno y tres, el primero recibió apoyo por parte de la familia, dando resultados favorables y logrando mejoría en la conducta. Por lo contrario el sujeto tres, no recibió el mismo apoyo de parte de la familia, ni de allegados, siendo éste un factor para que los resultados en la evolución fueran negativos.

Mencionando los aspectos familiares, la paciente cuatro, de igual manera recibió apoyo de la familia, lo cuál favoreció a la mejora de su estado anímico. Las terapias arrojaron resultados favorables.

Los cuatro pacientes se presentaron con motivos de consulta distintos, reflejando en la primera sesión la tendencia suicida. Uno de los factores predisponentes del suicidio que es común en los cuatro casos es la relación

familiar, pues desencadena diversos motivos y conductas diversas y específicas en cada sujeto.

Se observó la importancia de la familia en la mejoría de cada paciente. Es importante la influencia de esta misma en el desarrollo de cada individuo.

El programa utilizado para el desarrollo de las terapias fue adaptado a cada paciente, tomando en cuenta las necesidades individuales, características personales y estado en el que se encontraba cada paciente, al igual que la disposición a trabajar en las sesiones. Esto debido a que los individuos eran de edades distintas. Por lo cuál se puede notar que la flexibilidad del mismo es favorable para adecuarse a diversas edades y personalidades. La terapia cognitivo conductual fue beneficiosa ya que permite trabajar con cada individuo las necesidades específicas, haciendo que éste participe en el desarrollo de la misma, logrando que racionalice y alcance la modificación de la conducta por acciones propias.

La terapia breve fue necesaria debido a las características de la institución y la población que requiere la atención. Sin embargo proporcionó resultados positivos en corto tiempo. El sujeto dos debido a la necesidad que presentaba su caso, la cuál era evaluación psiquiátrica y medicación, fue remitida a la institución que le proporcionaría la atención debida.

El uso del test proyectivo Rorschach fue enriquecedor, ya que además de la evaluación que proporciona, sirve como agente explorador, motivador y logra que el sujeto evaluado internalice y exprese aspectos personales, que de otra forma no lograría exponer ni reconocer, así resaltando los puntos necesarios de exploración y facilitando la secuencia de la psicoterapia.

Se concluye que no se encontró diferencia significativa entre los factores predisponentes al desarrollo de la tendencia suicida entre hombres y mujeres; ya que se presentaron los mencionados factores indistintamente en cada género.

Recomendaciones

Se recomienda en tomar en cuenta y el adentrarse en investigar aspectos importantes tales como la importancia familiar para la mejoría de los pacientes en psicoterapia. Otro aspecto de importancia es la relación existente entre el suicidio y la falta de atención de los padres hacia los hijos.

Otro tópico para estudio posterior puede ser si la tendencia suicida es una conducta imitativa.

Un punto de importancia es el identificar las edades en la adolescencia que frecuentemente presenten suicidios y los factores específicos en dichas edades.

Se invita a tomar en cuenta la importancia del uso del Test proyectivo Rorschach y las aportaciones que éste proporcione a los psicólogos como herramienta de trabajo. Al igual que el uso del mismo como herramienta de exploración.

Es recomendable tomar en cuenta la relación de la terapia breve y el manejo del paciente con tendencia suicida, los factores predisponentes individuales y la evolución dependiendo de los factores.

Así también es relevante observar la importancia del apoyo en las instituciones escolares así como las amistades para la mejoría en un caso con tendencia suicida.

Referencias

- Albanesi, S. (2007). Ideación suicida en varones diabéticos. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*. 16(14) p 49-60.
- Allen, M. (2004). Death wishes. *Christianity Today*. 48(8) p 21-22.
- Artazcoz, L, Escribá-Agüir, V y Cortés I. (2006). El estrés en una sociedad instalada en el cambio. *Estilos de vida*. 20(1) p 71-78.
- Basile, H. (2005). El suicidio de los adolescentes en Argentina. *ALCMEON, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*. 12(3). p 211-231.
- Barak, A. (2007). Emotional support and suicide prevention through the Internet: A field project report. *Computers in human behavior*, 23(2) p 971-984.
- Bellak, L. (2000). *Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia*. Manual moderno, México.
- Calvo, J, Sánchez, R y Tejeda, P. (2003). Prevalencia y factores asociados a ideación suicida en estudiantes universitarios. *Revista de Salud Pública*, 5(2). p 123-143.
- Campell, D. (2006). A pre-suicide state in an adolescent female. *Journal of Child Psychotherapy*. 32(3). p 59-60.
- Carvajal, L, Copto, A, López, H y Reynés, J. ((2006). Violencia intrafamiliar. un punto de vista. *Medigraphic*. 27(1). p 50-52.
- Currier, J. (2000). Not all in the mind. *Times Higher Education Supplement*, 33(14) p 34-35.
- DSM IV-TR
- Garland, R. (1983). Death Without Dishonour: suicide in the ancient world. *History today*. 33(1) p 95-99.
- Gonzales, C, Ramos, L, Caballero, M y Wagner, F. (2003). Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema*. 15(4) p524-523.
- Gutierrez, A, Contreras, C y Orozco, R. (2006). El suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental*, 29(005) p 66-74.
- Halguin, R, y Whitbourne, S. (2004). *Psicología de la anormalidad*. Mc Graw Hill, México.

- Hynes, E. (1975). Suicide and Homo Duplex: an Interpretation of Durkheim's Typology of Suicide. *16(1)* p 43-44.
- Jiménez, N, Lozano, J, Rodríguez, L, Vargas, G, Rubio, A y López I. (2005). Consumo de alcohol y drogas como factor de riesgo e intento suicida. *Medigraphic*. 21(3).
- Levi, F, La Vecchina, C y Sarraceno, B.(2003). Global suicides rates. *European journal of public healt*. 13(2) p18-20.
- Niméus, A, Alsén, M, y Träskman, L. (2001). La escala de evaluación de suicidio: un instrumento que evalúa el riesgo de suicidio de personas que han intentado quitarse la vida. *Euro Psychiatri*. 8. p 54-62.
- Paz Pruitt, I. (2007). Family Treatment Approaches for Depression in Adolescent Males. *American Journal of Family Therapy*; 35(1) p 23-24.
- Pereyra, M y Mussi, C. (2005). *¡Sea Feliz! Cómo vencer la depresión y controlar la ansiedad*. Editorial Montemorelos. México.
- Pérez, S. (2005). Los padres y el suicidio. *Avances pediátricos*. 29(3). p 39-46.
- Ramos, L y Caballero, M. (2004). Violencia: una revisión del tema dentro de marco de trabajo de investigación en el Instituto Nacional de Psiquiatría. *Salud Mental*. 27(2). p 21.
- Reyes, W y De Inastrilla, E. (2003). Factores de riesgo de la conducta suicida. *Revista cubana de medicina general integral*. 19(5).
- Rivera, L, Allen, B, Chávez, A y Ávila, L. (2006). Abuso físico y sexual durante la niñez y revictimización de las mujeres mexicanas durante la edad adulta. *Salud pública de México*. 48(2).
- Robertson, M. (2006). Books reconsidered: Emile Durkheim, Le Suicide. *Australasian Psychiatry*, 14(4) p 114-117.
- Rodríguez, J, Fernández, A, Hernández, E y Ramírez, S. (2006). Conductas agresivas, consumo de drogas e intentos de suicidio en jóvenes universitarios. *Terapia psicológica*. 24(001). p 63-69.
- Román, J. (2006). El desencuentro entre la salud mental y la salud de los trabajadores. *Revista Cubana de Salud Pública*, 32(4).
- Serrano, M y Flores, M. (2005). Estrés, respuestas de afrontamiento e ideación suicida en adolescentes. *Psicología y salud*. 15(002). p 221-230.
- Stuttaford, A. (2006). Cultural Suicide. *Nacional review*, 58(22) p 48-49.

- Valdez, I, Quintanilla, R, Gónzales, N y Amescua, R. (2005). El papel de la familia en el intento suicida del adolescente. *Salud pública de México*. 47(1).
- Valente, S. (2003). Aftermath of a Patient's Suicide: A Case Study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 39(1).
- Vasquez, E, Fonseca, I, Padilla, J, Pérez, M y Gómez, N. (2005). Diagnóstico de depresión con la escala de Birleson en adolescentes con intento de suicidio y sanos. *Medigraphic*. 22(2). p 107-118.
- Wilkins, D. DeVille-Almond, J.(2003). Action to prevent young male suicide. *Practice nurse*.26(4) p 99-101.