

Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente

Reconocimiento de validez oficial de estudios de nivel superior
según acuerdo secretarial 15018, publicado en el Diario Oficial
de la Federación del 29 de noviembre de 1976.

Departamento de Psicología, Educación y

Salud

Maestría en Psicoterapia



**“Detonantes del fenómeno suicida en dos
casos de Psicoterapia.”**

Trabajo de obtención de grado

MAESTRIA (0) EN PSICOTERAPIA

Presenta: German Gamez Sainz

Asesor: Víctor Manuel De Santiago Sánchez

Tlaquepaque, Jalisco. 7 de octubre del 2024

Índice:

Introducción.....	3
Planteamiento del problema.....	5
En México.....	6
En el mundo.....	6
Números mundiales.....	8
Números locales.....	9
Justificación.....	10
Pregunta de investigación.....	12
Preguntas particulares.....	12
Objetivo general.....	13
Objetivos particulares.....	13
Estado del arte.....	13
Marco teórico.....	23
Suicidio.....	25
Ideación suicida.....	26
Intento suicida.....	26
Suicidio consumado.....	27
Relaciones psicodinámicas.....	28
Posiciones subjetivas (Maldavsky).....	30
Psicoterapia con pacientes suicidas.....	31
Causas y detonantes de conductas suicidas.....	33
Teorías cognitivas del intento suicida.....	38
Teorías psicológicas interpersonales del suicidio (ITS).....	39
Efectos del intento suicida.....	40
Drogas.....	41
Marco metodológico.....	45
Método de Algoritmo David Liberman (ADL).....	47
El relato.....	49
Muestra.....	50
Historia clínica.....	50
Unidad de trabajo.....	53
Criterios de inclusión.....	53
Criterios de exclusión.....	54
Consideraciones éticas.....	54
Recolección de datos.....	54
Procedimientos.....	55
Pasos metodológicos.....	56
Resultados.....	59
Discusiones.....	79
Conclusiones.....	83
Resumen.....	87
Bibliografía.....	89
Anexos.....	95

Introducción:

El suicidio es un problema de salud a nivel global y México no es la excepción en este rubro. Esta compleja realidad afecta a personas de todas las edades, géneros y trasfondos socioeconómicos. Es por ello que esta investigación busca conocer y saber más sobre el fenómeno suicida, identificar los múltiples factores que detonan las ideas suicidas y analizar las características que se presentan en los consultantes en contraste con las teorías y autores que abordan este problema. (Detonantes: refiriéndose a algo que desencadena el comienzo de algo no deseado; desencadenante, causa, motivo.) En última instancia, se aspira a contribuir significativamente a la comprensión y prevención de esta preocupante realidad.

A través de la investigación cualitativa, configurándose de lo particular a lo general y centrándose en los procesos exploratorios, este proyecto se enfoca en detectar tempranamente el fenómeno suicida mediante terapia y análisis psicoterapéuticos. Se eligieron dos casos del programa Proyecto Presencia de la Maestría en Psicoterapia del ITESO. Una vez que se otorgó el consentimiento de los consultantes para el estudio de su caso, se utilizarán los relatos de las primeras cinco sesiones transcritas, ya que la información otorgada en dichas consultas, sirvió para identificar los temas recurrentes en la ideación suicida en el consultante y la narrativa del individuo que está participando en la investigación.

Al abordarse desencadenantes sociales, familiares, psicológicos y biológicos, se pretende facilitar un seguimiento y tratamiento apropiados para el paciente. De ahí que el principal objetivo sea analizar las narrativas de dos consultantes respecto a los detonantes de la ideación suicida, con la finalidad de proponer una forma nueva de prevenir el suicidio. Además, se aspira a generar un impacto tangible en la promoción de la salud mental y el bienestar emocional en comunidades afectadas por este desafío global, quitando estigmas alrededor de este tema.

A lo largo de las secciones que dividen el presente trabajo de obtención de grado se van desarrollando argumentos e ideas alrededor de lo que engloba el fenómeno suicida, sus acciones y sus consecuencias en lo individual y social. En el primer capítulo se considera el planteamiento del problema, para esto se desarrolla la problemática sobre dos elementos del fenómeno suicida: la ideación y el intento; ambos vistos como una situación que se da en contextos nacionales e internacionales, que afecta a las poblaciones e individuos que padecen este tipo de trastornos. Como punto de partida se aborda la siguiente pregunta, ¿Cuáles son las narrativas de las personas respecto a los detonantes del fenómeno suicida? En este mismo capítulo se considera la justificación en donde se expone la pertinencia, relevancia y magnitud del tema, en aras de ayudar a prevenir el suicidio, resultando útil tanto a profesionales de la salud mental como a la sociedad en general. Además de ampliar los conocimientos que engloban el fenómeno suicida, se busca generar un entendimiento integral de los pacientes con esta problemática. Posteriormente, se desarrollan los objetivos que se pretenden alcanzar con este trabajo.

En el segundo apartado se aborda el estado del arte o estado de la cuestión, en donde se incluyen los referentes actuales sobre la ideación y el intento suicida, desde las perspectivas que atañen a México y al mundo, esto ayuda a dar una vigencia argumentativa y práctica a este trabajo. Continuando con el “Marco Teórico” que aborda términos como “suicidio”, “ideación suicida”, “intento suicida”, “suicidio consumado”, que, sin duda, constituyen un respaldo a los argumentos expuestos en pro de entender las relaciones psicodinámicas, el referente de posiciones subjetivas que aborda Maldavsky, el enfoque de la psicoterapia con pacientes suicidas, la identificación de las causas y detonantes de conductas suicidas, las teorías cognitivas del intento suicida y los efectos que se presentan como parte conceptual de la investigación.

La metodología utilizada dentro del presente documento es la cualitativa, además, se empleó el Algoritmo de David Liberman (ADL) como parte del análisis narrativo

del consultante con ideación suicida, en donde este es considerado una persona con riesgo y tendencias suicidas. Así pues, el “Marco Metodológico” toma en cuenta los criterios de inclusión y exclusión para la recolección de datos y el procedimiento a seguir según el enfoque de investigación propuesto.

Esta tesis invita al lector a tomar una postura crítica y analítica alrededor del problema del suicidio. El acercamiento que propone este trabajo es desde una mirada actual, el uso de los componentes del relato de los consultantes con esta problemática y los resultados obtenidos a partir del análisis de relato ADL-R ayudan a comprender mejor sus posibles causas del suicidio.

Las conclusiones derivadas de este proceso de análisis e interpretación se plasman según el recorrido teórico, argumentativo y práctico, del cual emergen diversas posturas y variantes de apoyo posibles que se les puede brindar a los consultantes que asistieron a la psicoterapia. Por último, se plasma en la “Discusión” los aportes de algunos autores, que confirman o difieren en los hallazgos de este estudio, permitiendo así, contrastar y profundizar los resultados del mismo.

Planteamiento del problema

El suicidio es un concepto difícil de definir, ya que los diversos significados culturales alrededor de él y las causas que lo propician han ido variando con el tiempo, abarcando desde los primeros pobladores del mundo e inclusive en la vida animal. En algunos casos, para sacrificarse por carencia de comida y en otras circunstancias. Cada cultura le otorga un significado distinto y particular, por ejemplo: los romanos y griegos, creían que el suicidio era un acto valeroso y noble en determinado por el contexto. Por su parte, Sócrates creía que el hombre era una pertenencia de los dioses: sin su permiso, el acto suicida era condenativo e indeseable; pero, cuando se contaba con la autorización divina, se le consideraba un proceso elogiado. Platón analizó la “evidente necesidad de morir” impuesta a

Sócrates por el juzgado ateniense, como una ejemplificación de consentimiento divino, una forma de honrar la muerte voluntaria (Szasz 2002, en Morfín 2016).

En México

En la época prehispánica para lo antiguos mexicanos el suicidio fue comprendido como una forma poética de morir, ya que estaba relacionado con lo divino. Según las investigaciones del doctor Patrick Johansson en 2014, académico de la UNAM, el suicidio conocido como *nenomamictiliztli* en la antigüedad era parte de un ritual del sacrificio a las divinidades del periodo.

Otros hallazgos importantes sobre la historia del suicidio en nuestro país se encuentran alrededor de la cultura tolteca, donde se practicaban suicidios colectivos y éstos eran vistos como un acto de honor; incluso se practicaba la eutanasia para los enfermos de gravedad; en esa época, la técnica utilizada era una flecha dirigida al cuello del enfermo. Según Patrick Johansson, (2014), hoy sigue existiendo esta misma forma de suicidio, cuya aplicación va desde secantes hasta lo más reciente, que es la cápsula “Sarco”, diseñada por Philip Nitschke y Alexander Bannink, este artefacto permite al enfermo morir sin dolor; incluso, él mismo puede activar el efecto mediante un pestañeo (p. 54).

En el mundo

Por otro lado, Rivera (2015) reconoce que dentro del cristianismo, específicamente en el tiempo de Constantino se comenzó a castigar el suicidio, a pesar de que esta acción no devenía de una ley bíblica propiamente (p. 91). Como sustento de esto, se pueden resaltar Los Diez mandamientos escritos en las tablas de Moisés, en estos, el sexto refiere al actor de matar a otras personas, pero no a uno mismo, lo cual es algo completamente distinto. A pesar de que este podría ser un engaño, los actuales creyentes de la fe cristiana han reformado este mandamiento y el suicidio no es algo bien visto por los practicantes de esta religión

El concepto de fenómeno suicida abarca tres procesos: ideación, intento y suicidio consumado. Estudios realizados por la OMS (2019), revelan que entre el 80 y el 100 % de los suicidios consumados estaban acompañados de una enfermedad mental. Es de suma importancia recalcar que se estima que la mayoría de las personas que consumaron el suicidio muere sin haber acudido con un profesional de la salud mental, por lo que se pudiera resumir que el porcentaje en relación con el suicidio y los trastornos mentales pudiera ser aún mayor.

Actualmente los alcances del suicidio y las implicaciones que conlleva hacen que sea considerado como un problema de salud pública, aunque también es un conflicto moral y de índole religiosa que presenta bastantes disyuntivas en diferentes perspectivas. De igual forma el suicidio puede ser considerado como un “pecado” según la religión católica, pero ser visto como un acto de amor y salvación desde otras religiones (Rivera, 2015).

Para hablar de suicidio es importante tomar en cuenta el contexto sociocultural de cada persona, pues este tiene un rol relevante en la conducta e ideas suicidas. Desde una perspectiva psicoterapéutica debemos de entender que el suicidio no puede ser observado como algo “bueno” o “malo”. La realidad es que se trata de un fenómeno que atrae problemas de salud, siendo parte de las estadísticas de mortalidad diarias, además, involucra no sólo a la persona, sino a toda la sociedad en general. En este sentido, resaltan ciertos factores sociales, psicológicos e incluso biológicos, dentro de la problemática suicida, por lo que resulta ser más compleja de lo que socialmente se aparenta.

Existen diferentes causas derivadas de este tipo de conductas o comportamientos suicidas, según Hernández & Villarreal (2015) el problema radica en la prevalencia, y las personas con dicha intención presentan antecedentes patológicos familiares (p. 8). Una vez detectado el conflicto, es importante desde la psicoterapia y la terapia poder intervenir en la reducción del riesgo suicida, de esta

manera la toma guiada de decisiones clínicas, junto con la terapia adecuada, ayuda a identificar los factores de riesgo.

Es posible seccionar en cuatro causas las detonantes para el suicidio: las sociales, familiares, psicológicas y biológicas. De ello se derivan ejemplos como, la tensión social, la posición económica, problemas con las redes sociales, pérdidas individuales, desempleo, aislamiento, violencia; ansiedad, depresión, alteraciones del sueño, abuso sexual, factores genéticos, enfermedades psiquiátricas, adolescencia, neoplasias, deterioro cognitivo, entre otras.

Una forma de prever el comportamiento suicida es la promoción de un estilo de vida saludable, por ejemplo, la práctica deportiva, la educación sexual responsable, así como hábitos que impulsen el mejoramiento anímico y el incremento de actividades que impulsen el uso cabal del tiempo libre.

[En números mundiales](#)

¿Por qué se habla de salud pública? Las cifras presentadas por la UNICEF sobre el suicidio en el mundo son alarmantes. Esta institución refiere que, según números de la Organización Mundial de la Salud (OMS), unas 800 mil personas se suicidan cada año, pero muchas más intentan hacerlo (OMS, 2021); lo que representa una tasa estimada de 11.4 muertes por cada 100 mil habitantes (UNICEF, 2017). Se consideran relevantes estos datos sobre las muertes por propia voluntad ya que representan la segunda causa de fallecimientos entre los jóvenes de entre 15 y 29 años en el mundo, después de los accidentes de tránsito (p. 9). De aquí se podría proponer que los suicidas debiesen de buscar algún tipo de asistencia médica o psicológica para la prevención y atención de este problema.

Considerando a toda la población en el mundo como vulnerable ante la ideación suicida, no existe una distinción de clases sociales para este fenómeno y se

muestran en diferentes etapas de la vida. La relevancia y la prevalencia son los porcentajes: el 77% de los suicidios ocurridos en 2019 tuvieron lugar en países de ingresos bajos (OMS, 2021). En 2021 murieron más de un millón de personas en este rubro, es decir, cada día hubo un promedio de alrededor de tres mil personas que pusieron fin a su vida; el fenómeno suicida avanza año con año peligrosamente.

En números locales

El suicidio es un problema de salud a nivel global según la OMS y México no es la excepción en este rubro. Si nos basamos en los datos que presenta el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2021) se puede comparar a una “pandemia”, pero con tasas de mortalidad más preocupantes.

En 2020, sucedieron 7 mil 818 fallecimientos por lesiones autoinfligidas en México, lo que representa 0.7 % del total de muertes en el año y una tasa de suicidio de 6.2 por cada 100 mil habitantes. La tasa de suicidio es más alta en el grupo de jóvenes de 18 a 29 años, ya que se presentan 10.7 decesos por esta causa por cada 100 mil 000 jóvenes.

El problema está latente en nuestra sociedad. Hay que mencionar que, según el INEGI, para el 2018, la población de diez años y mayores el cinco por ciento declararon que alguna vez han pensado suicidarse (INEGI, 2021). Es necesario recalcar que este fenómeno representa un infortunio para el círculo social cercano de la persona y en general, para la sociedad. Afortunadamente, es posible su prevención si se interviene de manera oportuna, es por esto, que es importante la creación de métodos y planes de acción adecuados para la intervención.

La intervención oportuna es importante para salvaguardar la vida, pues en México, 6.2 de cada 100 mil habitantes se quitan la vida cada año, y en Jalisco 7.2 de cada 100 mil. Los factores más relevantes para el suicidio consumado son:

trastornos mentales, consumo de drogas, pérdidas emocionales o sociales, por ejemplo, la muerte de amigos o familiares, los problemas económicos, como el desempleo entre otros factores. El suicidio no es necesariamente la afirmación de una enfermedad, sin embargo, los trastornos mentales son una forma determinante para el suicidio.

Justificación

Esta investigación es pertinente dado que, según lo planteado se trata de un problema actual y por ende de salud pública. El suicidio es un tema de vital importancia que se debe retomar desde la psicoterapia, debido a que presenta un enorme impacto y está ejerciendo una enorme presión emocional, psicológica en México y el mundo, sobre todo en la población de adultos jóvenes. Cientos de personas mueren a diario por vía del suicidio, y se cree que por cada persona que lo consigue, de veinte a cuarenta lo intentaron (OMS, 2008). Sin embargo, se debe reconocer que, aunque es un tema presente en psicoterapia, no siempre se le aborda de manera explícita.

La investigación sobre el suicidio desde la psicoterapia puede ayudar a comprender las causas subyacentes del suicidio, permitiendo así a los terapeutas desarrollar estrategias más efectivas para prevenir y tratar el comportamiento suicida. Además, la investigación puede ayudar a identificar los grupos de mayor riesgo de suicidio y diseñar intervenciones específicas que sean más relevantes para estos grupos.

Esta investigación busca conocer y saber más sobre el fenómeno suicida, identificar los múltiples factores que detonan el suicidio, analizar las características que se presentan en los consultantes en contraste con las teorías y autores que abordan este problema. Este trabajo consiste en la detección oportuna del fenómeno suicida mediante las terapias y el análisis psicoterapéutico, ya que estos detonantes, son de índole social, familiar, psicológica y hasta biológica; además,

constituyen la vía con la que se pretende detectar el problema para un adecuado seguimiento y tratamiento del paciente.

Instituciones como la OMS estiman que se producen de 20 a 40 intentos por cada suicidio consumado, esto lleva a pensar que realmente las cifras en México están subestimadas en este rubro. Los datos suelen ser difíciles de cuantificar, pues un acto como el suicidio conlleva un peso social negativo para las familias de los afectados, las cuales además de llevar un duelo, tratan con cuidado el proceso de defunción, buscando que no trascienda públicamente. Las conductas suicidas se pueden mostrar de múltiples maneras, como una respuesta de diversas motivaciones, mismas que necesitan enfoques distintos de intervención. Dentro de este apartado, se describen ideas con tintes psicoanalíticos fundamentales para esta investigación, entre las que se encuentra: la ideación suicida, el acto suicida, derivaciones y abordajes.

La investigación desde la psicoterapia sobre el suicidio es importante porque puede salvar vidas. Los terapeutas que trabajan en este campo deben estar actualizados con los últimos avances en la investigación para ofrecer una atención afectiva y segura a sus pacientes. Resulta útil tanto para el ejercicio profesional de los psicólogos, como para la sociedad en general; además de ampliar los conocimientos sobre el fenómeno suicida con la finalidad de auxiliar a profesionales de la salud a generar un entendimiento más integral de los pacientes con esta problemática. Así pues, el conocimiento adquirido desde la visión psicoterapéutica ayudará a mejorar el análisis de los sentimientos catalogados como “malos” o “negativos” en los consultantes, y su aprobación en un espacio comunicativo y seguro lo cual ayudaría a identificar los procesos, narrativas, causas y detonantes del intento suicida en el consultante.

Se analizarán las narrativas en cuanto a las acciones, emociones y contextos específicos que puedan aportar al conocimiento del suicidio, con la finalidad de que se pueda detectar cómo trabajar en una prevención a tiempo. La factibilidad y

viabilidad de esta investigación radica en la actualidad del problema y en el alarmante y peligroso aumento en los casos; en específico se cuenta con un consultante con características suicidas; se tienen los recursos para realizarlo, como son: el tiempo, los datos clínicos, materiales de análisis, el consultorio (online) y grabaciones para darle seguimiento a las narrativas y detonantes del intento suicida. De ser cierta la estimación de la OMS, en México podrían entonces estar ocurriendo en los últimos años de 50 mil a 100 mil intentos de suicidio anualmente (aquí habría que considerar que muchas veces una misma persona puede intentar contra su vida en repetidas ocasiones); una cifra muy por arriba de la reportada en números oficiales y por lo mismo, puede minimizarse el problema y las formas preventivas que el país debería de tomar (OMS, 2019).

Existe mucha información localizada como lo que se ha puesto en relieve y en común acerca del suicidio, pero en muchos casos es tan ambiguo que cada caso es una historia única que puede aportar a la prevención de futuros intentos. Es importante buscar la relación existente entre el caso que se va a investigar con lo que dice la teoría en diferentes casos. A continuación, se presenta la pregunta general que guía esta investigación, así como cuestiones específicas derivadas de ésta. De igual manera se expone el objetivo general, y sus particularidades.

Pregunta de investigación

¿Cuáles son las narrativas de los consultantes respecto a los detonantes del fenómeno suicida?

Preguntas particulares

- ¿Cuáles son los temas recurrentes en los relatos?
- ¿Cuáles detonantes son los más importantes?
- ¿Cuáles semejanzas y diferencias hay en los relatos que presentan los dos consultantes?

Objetivo general

- Analizar las narrativas del consultante respecto a los detonantes del intento suicida Y comprender las dinámicas del discurso de las personas referente a la ideación y al intento suicida.

Objetivos particulares

- Organizar los temas recurrentes en los relatos suicidas.
- Evidenciar los detonantes más importantes.
- Comparar las semejanzas y diferencias que hay en los relatos que presentan los consultantes.

Estado del arte

En el siguiente punto se desarrolla e identifica la literatura actual y los referentes teóricos importantes, dando aporte a la persona y objeto de investigación en cuestión sobre causas y detonantes suicidas.

La primera investigación, que lleva por nombre “Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica” (Echeburúa, 2015), plantea y muestra varios procedimientos clínicos que se muestran diversas conductas suicidas. Une diversos trastornos mentales, señala los signos alarmantes y cuestiona las posibles maneras de intervención que se le ofrecen.

Echeburúa (2015), en su investigación de 2015, analiza y muestra el vínculo entre la demanda terapéutica y el suicidio, el cual se encuentra constituido por tres diferentes tipos de pacientes: 1. Quienes sobrevivieron a un intento suicida; 2. Aquel que acude a terapia expresando la ideación suicida. 3. Aquellos que tienen ideas suicidas, pero que todavía no la expresan de manera verbal (p. 117).

De corte transversal, el trabajo de Echeburúa es una investigación cualitativa y realiza un análisis sistemático sobre causas de intento suicida. Aporta elementos

significativos para proseguir y nutre la relación entre el proceso terapéutico y las relaciones familiares, mismos que son parte fundamental para la prevención del suicidio.

La presente investigación busca ahondar en una lectura reciente de las variadas conceptualizaciones sobre el fenómeno suicida que Sigmund Freud expone en sus trabajos, haciendo un análisis crítico de índole cualitativa y descriptiva. Se exponen también, referencias literarias sobre algunos detonantes como factores que repercuten para emprender acciones como el suicidio; donde se plasmarán las narraciones de los consultantes.

Ferreira (2017) a través de una revisión bibliográfica, hace una acotación interesante que brinda elementos para observar la melancolía, donde la pérdida del objeto puede llevar al yo a la autoflagelación por una instancia *superyoica* (Ferreira, 2017). Por su parte, los neuróticos viven una motivación homicida, la cual recae en el yo, para darse fin a sí mismos.

En este ensayo brinda elementos desde la línea de pensamiento que van desde “Duelo y melancolía” a “El yo y el ello”. También, en la obra de Freud, se explora el vínculo entre la instancia del súper-yo, que performa el padre y los actos suicidas (Ferreira, 2017); lo anterior, sin duda aporta elementos para el seguimiento terapéutico en las personas que presentan ideación suicida.

Pérez, (2016), en su artículo “Conducta suicida. Protocolo de intervención”, plantea elementos y bases de aprendizaje como parte de un procedimiento evaluativo; con esto emplea el análisis funcional para conseguir la mayor cantidad de variables notables y determinar hipótesis explicativas de cada uno de los casos. A partir de esto, se generan pautas determinadas que, como guía, seguirán las hipótesis preestablecidas, así como las maneras de intervención en las conductas suicidas (p. 233). Aunado a esto es relevante hablar sobre la práctica que requiere

el psicólogo de emergencias, pues las habilidades que aplica necesitan ser suficientes para generar empatía con el paciente para poder contenerlo emocionalmente al momento de la negociación. La destreza para crear la conexión con el *otro* amplía las posibilidades de cambiar las respuestas cognitivas y emocionales, interfiriendo en pro de la vida del paciente.

En el libro *Comportamiento suicida. Reflexiones críticas para su estudio desde un sistema psicológico* González (2018), se hace una aclaración interesante al plasmar de manera lúcida el tema del “suicidio”, pues es considerado como complejo y difícil de abordar en una sociedad como la nuestra. Este documento llama la atención por la estructura que presenta y la sistematización sobre el suicidio, haciendo énfasis en la problemática sobre la naturaleza humana, la cual es parte de los objetivos principales de la esencia humana para su autoconocimiento. Muestra de esto son las múltiples reflexiones y pensamientos por parte de intelectuales de diferentes esferas del conocimiento a lo largo de la historia (González, 2018). Hace un recorrido interesante y cronológico para el desarrollo de la literatura, que sirve de interpretación para identificar los riesgos que se consideran y los factores determinante que proveen el riesgo del suicidio y los factores asociados, en estudiantes de la carrera de psicología en una universidad colombiana. A la par, resalta la organización de las familias de los adolescentes, así como su vínculo con la idea suicida y los niveles de desesperanza que se presentan entre los sexos.

Según González, Medina & Ortiz, (2016), en una investigación de corte metodológico cuantitativo transversal en 185 alumnos, de entre 12 y 15 años que se encuentran en una escuela secundaria considerada de riesgo (p., 137), exploraron tres dimensiones: estructura familiar, percepción sobre la ideación suicida y la escala de desesperanza de Beck.

Como resultado de la investigación, González et al. (2016) sostienen que los hombres presentan diferencias significativas en el nivel de desesperanza reportado (.009): la relación con el padre se asocia con el pensamiento suicida ($r=.303$, $p<.010$) y la relación con la madre en ver el suicidio como una salida a los problemas del adolescente ($r=.234$, $p<.010$) (p. 138). En conclusión, algunos factores de riesgo tales como violencia o uso de drogas, están altamente vinculados con el pensamiento suicida en adolescentes; ante este tipo de situaciones se recomienda tener mayor cuidado con esta población y su contexto como el ambiente social y familiar en donde se desenvuelven.

En el documento realizado y presentado por Cañon & Carmona (2018), se analizan artículos producto de investigación sobre el problema de las ideaciones y comportamientos suicidas en jóvenes en diferentes países del mundo (p. 387). Esta investigación titulada “Revisión, ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes”, se recopiló información de Australia, Brasil, Chile, China, Colombia, Cuba, España, EE.UU., México, Portugal y Taiwán (Parra, 2012). La obtención de datos, se hizo utilizando palabras clave como suicidio, adolescentes, jóvenes, e intento de suicidio. Las investigaciones se hicieron en diferentes bases de datos publicados. El estudio encuentra que la ideación suicida en el mundo oscila entre el 10% y el 35%, y los intentos de suicidio entre el 5% y el 15%.

El riesgo en jóvenes escolarizados es menor que en los jóvenes que no se encuentran estudiando. Los factores asociados a las ideaciones y conductas suicidas se agrupan en cuatro campos, en orden de importancia: 1) Emociones negativas y factores estresantes; 2) Interacciones familiares, conyugales e interpersonales; 3) Factores biopsicosociales, y 4) Problemas laborales y desigualdad social.

El estudio determina que es relevante considerar la ansiedad y otros trastornos mentales, como factores relacionados con comportamientos e ideas

suicidas. Es relevante, tomar en cuenta todos estos agentes para la prevención oportuna en estas problemáticas.

Por último, el trabajo según González et al. (2016) describe que el suicidio es una problemática mundial de salud pública. Para la detección se destacan dos factores: las conductas autolíticas y la ideación (p. 138). Se evaluó el riesgo suicida y factores asociados en un grupo de estudiantes de psicología de una universidad pública de Colombia. Material y métodos: se realizó un estudio de enfoque cuantitativo y diseño transversal, a un grupo de 1 mil 265 estudiantes de psicología (González et al., 2016).

El riesgo suicida se evaluó a través de la prueba ISO-30; además, se diseñó un cuestionario que solicitaba información sociodemográfica, de salud y autolesiones. Se calcularon medidas descriptivas y de asociación. Los instrumentos se aplicaron en el primer semestre de 2013 y se solicitó consentimiento informado de los participantes. Resultados: se encontró que 3.6% presenta riesgo alto de suicidio, y que 9.1% se ha autolesionado, al menos, una vez en la vida (González et al., 2016).

En los resultados se mostró que el riesgo más alto de suicidio, era tres veces mayor en mujeres que hombres. Además, aquellos que procedían de Occidente presentaron ocho veces más riesgo que los de Centro Oriente. También, por cada estudiante que presenta riesgo y no se ha autolesionado, hay cinco que sí lo han hecho. Pero por cada estudiante que se autolesionó con riesgo mínimo, hubo seis que se autolesionaron de manera considerada grave, buscando la muerte (González et al., 2016). Finalmente, factores como la edad, el ambiente social y el sexo, pueden ser puntos clave para identificar el riesgo de suicidio en jóvenes.

Callirgos (2017), en su trabajo estudia los conceptos construidos alrededor del suicidio en un grupo de psicoterapeutas psicoanalíticos en un centro de

formación en Lima, Perú (p. 69). Considera un método cualitativo, con ejercicio fenomenológico dividido en dos partes: por un lado se tiene la participación de 54 psicoterapeutas; en la segunda sección se eligieron a ocho personas que tuvieran relación con algún paciente con un antecedente de ideación suicida. El proceso para obtener la información en la primera parte fue a través de fichas técnicas de datos y redes semánticas. Posteriormente, se realizaron entrevistas que aportaron ideas para aplicar el desarrollo de los resultados obtenidos, en las narrativas de los consultantes con ideación suicida.

Del trabajo de Callirgos (2017), titulado los “Significados sobre el suicidio en un grupo de psicoterapeutas psicoanalíticos”, es posible analizar varios conceptos alrededor del suicidio, todos fragmentados en tres secciones: el paciente, el especialista (psicoterapeuta) y el tratamiento, estos son analizados y los conceptos formados alrededor de las experiencias, dan como conclusión múltiples significados que enriquecen la comprensión durante las intervenciones entre pacientes y psicoterapeutas.

La investigación: “El suicidio: un enfoque psicosocial”, es más cualitativa y reflexiona sobre el suicidio y el intento de este, a través de diversos enfoques: sociales, psicológicos y humanos.

El autor, Parra (2012), expone tres partes esenciales para la intervención del suicidio: la primera parte es teórica y define el concepto de suicidio, continuando con los conceptos más importantes de la Psicología Social y el Interaccionismo Simbólico; finalmente, toma la posmodernidad para revisar dicho fenómeno. A manera general, presenta las diversas formas en que se puede suscitar el suicidio.

La identificación del estado de la cuestión contribuye directamente a la investigación que se viene realizando, ya que plantea diferentes abordajes metodológicos y formas clínicas que sin duda apoyan el documento y sobre todo,

las manifestaciones de las conductas suicidas; cada uno de los documentos favorece la identificación de diferentes trastornos y focos rojos para el terapeuta, aportando, en los relatos obtenidos con el consultante desde la psicoterapia. Los estudios son muy diversos, de índole transversal y cualitativa, en donde realizan un análisis sistemático sobre causas de intento suicida. Otros exponen una revisión bibliográfica, dando bases conceptuales para el saber psicológico y el manejo de la ideación suicida. En esta misma línea se describieron otras investigaciones para el seguimiento terapéutico en las personas que presentan una ideación del suicidio.

Pérez (2016) desarrolla un Protocolo de intervención en el que plantea elementos y principios de aprendizaje como método de evaluación y análisis funcional para obtener el mayor número de variables relevantes. Se establecen una serie de hipótesis explicativas de cada caso, que generarán las pautas que deben de seguir las hipótesis predictivas y la intervención con conductas suicidas (p. 233). Aportando la revisión de diferentes variables para identificar las detonantes del intento suicida en el consultante; de igual modo, el aporte del método de evaluación que propone Pérez (2016).

Un estudio relevante y con injerencia es el de González, Medina & Ortiz (2016), quien expone metodología cualitativa, en la que plasma reflexiones y pensamientos de diferentes conocimientos a lo largo de la historia, apoyando la narrativa que se quiere emplear en el consultante con ideación suicida. En su mayoría, los documentos analizados en este estado del arte son de corte cualitativo y cuantitativo; con ello aportan para identificación de la metodología que se quiere desarrollar. Por otro lado, existen algunos con diseños fenomenológicos interesantes que se dividieron en dos etapas, pero no dejan de aportar significativamente a esta investigación.

Hay que mencionar las investigaciones de los diferentes autores aquí citados, son de índole descriptiva y emplean técnicas de recolección de datos, como

la entrevista en profundidad. Lo anterior, da ideas de aplicación para este documento y así, fomentar el desarrollo de la metodología y la narrativa en el consultante. Por otro lado, el documento en el que se tiene un interés peculiar es el que evaluó el riesgo suicida con una prueba ISO-30; además, se diseñó un cuestionario que solicitaba información sociodemográfica, de salud y autolesiones. Se calcularon medidas descriptivas y de asociación.

Según Corcuera e Iglesias (2015) la terapia cognitivo-conductual es una de las terapias más para trabajar la ideación y conducta suicida, “la cual tiene el 90% de efectividad en el tratamiento (...) ya que esta terapia trabaja en la modificación de pensamientos y conductas a través de metas terapéuticas” (Mejía & Osorio, 2016, p. 23). Aportando valor sobre las terapias para trabajar y manejar la ideación suicida en los consultantes, y sobre todo la implementación de los tratamientos que se pueden llevar a cabo y trabajar con el consultante.

En otros contextos de la literatura que se seleccionó para el estado del arte se encuentra uno que aborda las perspectivas de las instituciones en México. Señala que los especialistas de la salud carecen de una educación enfocada en atención a crisis, esto es un inconveniente para quienes llegan a requerir un soporte de este tipo. (López & López, 2015 p. 90). El conocimiento que nos plasman, y sobre todo el aporte sobre el suicidio, es valioso porque se reconoce un problema que tiene que ser abordado, y sin duda es la intención en este documento de investigación.

Otro documento seleccionado es “Estudio de algunos factores contribuyentes al desarrollo de perturbaciones psicosomáticas” de Maldavsky (2015), en donde el autor esquematiza la propuesta entre los deseos y defensas en pacientes psicosomáticos, enfocándose en las expresiones del lenguaje y el carácter de cada individuo (p. 29). Esto es parte fundamental para esta investigación, pues ayuda a identificar los deseos y defensas en pacientes con ideación suicida. Maldavsky

explica diferentes estados afectivo-orgánicos y categoriza cuatro de ellos: somnolencia, furia, angustia y excitación; estos pueden ser detonantes de la ideación suicida en pacientes con deseos psicósomáticos. Establece también, nexos entre contagios afectivo-orgánicos y las manifestaciones contra-transferenciales, en donde se aportan elementos para trabajar con el consultante y lograr identificar puntos clave en sus relatos. Posteriormente, se presentan ejemplos de situaciones clínicas que despliegan contagios afectivo-orgánicos y expresiones contra-transferenciales en pacientes psicósomáticos, esto señala los estados asociados con otro tipo de formas de la contratransferencia inducida, sobre la clínica, la investigación y opiniones finales.

Este trabajo de Maldavsky (2009) analiza de forma sistémica los desarrollos psíquicos e intersubjetivos derivados de la combinación entre las pulsiones, sus estados y defensas, en pacientes con violencia y tentativa suicida. El documento de Maldavsky (2009) responde y explica el proceso del algoritmo David Liberman, ADL). Lo estaremos aplicando y revisando en la metodología más adelante, pues resulta ser un aporte sustancioso para el impacto de esta investigación. De esta manera, el estudio presenta un diagnóstico y desarrolla los pasos que resulta necesario seguir para el método (el algoritmo David Liberman, ADL).

Sin duda, la literatura aporta dos estrategias: 1) Tener una visión universal de las diversas variantes psiquiátricas y 2) Otorgar sentido a los resultados obtenidos. Finalmente, en esta investigación, se agregan diversas opiniones sobre la metodología y aportaciones, como resultado un proceso más factible de exposición de análisis de la entrevista y narrativa para los consultantes (Maldavsky, 2009).

Los resultados expuestos de Vargas & Saavedra (2013) señalan un vínculo entre el uso de drogas y el intento suicida, de manera más específica, el consumo de alcohol, así como las sustancias psicoactivas. Los resultados de varios estudios

indicaron una mayor relación de intentos suicidas con drogas más fuertes y químicamente procesadas, como la cocaína, puntuando un balance que indica una asociación directa entre las drogas y los fenómenos suicidas (p. 19).

Hay una relación significativa entre intentos suicidas y trastornos alimentarios en adolescentes mujeres americanas. (Vargas & Saavedra, 2013). Estas señales sintomáticas y conductuales alrededor de la alimentación, fueron objetivo temático en siete estudios. Dando como resultado, el descubrimiento de un vínculo relevante entre los problemas alimenticios, las ideas e intentos suicidas en jóvenes adolescentes; siendo mayormente asociada con mujeres, cuando se segmenta por género. (Vargas & Saavedra, 2013).

Por su parte, los trastornos de conducta disruptiva se investigaron en tres estudios sistemáticos, mismos que arrojaron una relación con los fenómenos suicidas. A su vez, la asociación entre las conductas antisociales o disruptivas específicas, se investigaron en quince estudios, resultando un vínculo entre los intentos suicidas y algunas conductas antisociales, afectando nuevamente, de mayor manera a mujeres. El insomnio, pesadillas y los problemas para dormir, fueron parte argumental en cuatro estudios de esta misma investigación sistemática, relacionándose como un adicional al intento suicida (Vargas & Saavedra, 2013).

Por otra parte, en el estudio de Joiner, T. E., & Rudd, M. D. (2000) exploró la relación entre la intensidad y la duración de las crisis suicidas y los intentos de suicidio previos, así como los eventos de vida negativos.

Joiner (2020) encontró que las personas con intentos de suicidio previos experimentaron crisis más intensas y prolongadas en comparación con aquellas sin intentos previos. Además, los eventos de vida negativos se asociaron con crisis suicidas más intensas y duraderas.

Otro artículo de investigación referente a la terapia y la conducta suicida es el de

Linehan, M et al. (2006) "Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite"

En donde los investigadores presentan los resultados de un ensayo clínico diseñado para evaluar la eficacia de la terapia conductual dialéctica en pacientes con trastorno límite de la personalidad que presentan comportamiento suicida crónico.

Los resultados del estudio mostraron que la terapia conductual dialéctica fue efectiva en la reducción de comportamientos suicidas, la disminución de la hospitalización psiquiátrica y la mejora en la calidad de vida de los pacientes con TLP.

Por último, es importante mencionar que la psicoterapia es una herramienta interesante y que puede dar soporte a personas que han presentado alguna ideación suicida. Según lo que se ha planteado en la recolección de la literatura, existen diferentes enfoques, ya que se proponen herramientas y técnicas diferentes para el abordaje del fenómeno del suicidio. Todo ello apoya para la narrativa y el relato que se quiere iniciar en el consultante que presenta conductas e ideación suicida; todo lo presentado aquí demuestra ser un aporte significativo desde la argumentación, la teoría y la práctica.

Al presentar teorías conductuales desde diferentes enfoques, los límites deben fijarse desde otras perspectivas de análisis; lo anterior es de suma importancia, ya que los casos de suicidios siguen aumentando día a día, así como la multiplicidad y variación de factores que los motivan. Las limitantes desde la psicoterapia pueden sesgar el conocimiento del quehacer del psicoterapeuta en consultantes con ideación suicida.

Marco teórico

En este apartado se desarrollará el marco teórico centrándose en la conceptualización y profundización del fenómeno suicida. En primera instancia, se

establece y define al fenómeno suicida, mismo que incluye tres etapas: ideación, intento suicida y suicidio consumado. De éstas se hace un abordaje desde las diferentes teorías, tomando como base para la investigación el psicoanálisis. No obstante, se abordan hipótesis de psicología clínica y enfoque sistémico, cada uno con elementos distintivos que rescatar. Posteriormente, se explican los conceptos de: suicidio, ideación suicida, intento suicida, suicidio consumado, relaciones psicodinámicas. A la par se presentan las posiciones subjetivas de Maldavsky (2005), la psicoterapia con pacientes suicidas, causas y detonantes del intento o conductas suicidas, así como efectos del intento suicida como parte de este proceso teórico de análisis y reflexión para la investigación en cuestión.

El suicidio puede ser explicado desde diversos puntos de partida, por ejemplo: las psicopatologías, el enfoque sistémico, neurociencias, psiquiatría, el humanismo, etcétera. Desde una visión psicoanalítica, Freud explica que el suicidio y sus comportamientos en la neurosis, esto sucede cuando la persona deriva los impulsos de matar a otro hacia sí mismo, ya que no puede llevarlos a cabo con el otro y mostrar su encomienda (Ferreyra, 2017). Lo anterior está relacionado con la no elaboración de algún conflicto, es decir, temas que no se resolvieron, con una carga fuerte de estrés, de lo que se ha hecho ya referencia en este documento.

Aunado a lo anterior, Céspedes (2015) explica que la visión de la psicología clínica señala que aquellos que padecen de ideación o intentos suicidas tienden a violentarse a sí mismos, agrega que pueden manifestar un bajo control impulsivo, así como problemas para expresar emociones, un incremento en el nivel de exigencia propia y tendencia a pensamientos inflexibles. Por otro lado, desde un enfoque sistémico, el suicidio se identifica con elementos en las relaciones familiares. “Los sistemas envueltos en incongruencias o paradojas recurrentes generen entramados que imposibilitan el acceso a la diversidad de soluciones que rodean a la persona ante las dificultades; situación que termina limitándolo y orillándolo a la tentativa suicida” (Garza Sánchez et al., 2020).

A pesar de que los enfoques psicoterapéuticos proponen caminos diferentes, según Botella y Feixas (1994) existen tres puntos en los que la mayoría de los enfoques coinciden, y que son de mucha importancia. 1. El compromiso ético en favor de la salud mental; 2. Responsabilidad social, y 3. Compromiso ético del psicoterapeuta hacia la investigación (Botella y Feixas, 1994, pp. 94-95, citado por (Garza Sánchez et al., 2020).

Suicidio

En cuanto a la definición de suicidio el sociólogo Émile Durkheim lo concibe como un “hecho social que puede encontrar sus fundamentos en la estructura en la que los individuos se desenvuelven. Para el sociólogo [el autor se refiere a Durkheim], el que una persona determinada sucumba o no a esas situaciones es un caso particular, y es una cuestión que corresponde a otra disciplina: la psicología” (Palacio, 2010, p. 6, citado por (Bermúdez & Torres, 2013).

Desde esta postura, Durkheim (en Hoyos, 2008), afirma que existen cuatro tipos diferentes de suicidio: egoísta, altruista, anónimo y fatalista. Las personas no están totalmente integradas en el grupo social en el primer caso, mientras que en el segundo lo están, pero carecen de personalidad (pacientes desesperanzados, soldados derrotados). Los individuos presentan una alteración o distorsión de su integración en el grupo en relación con el suicidio anónimo (ruina súbita, divorcio, cambios significativos de hábitos o de vida). Finalmente, el cuarto tipo de suicidio, el fatalista, se ha asociado con un exceso de reglamentación y opresión en la que los individuos se sienten “aplastados” por la disciplina o las normas (por ejemplo, militares y jóvenes ante el fracaso escolar) (p. 54).

Edwin S. Shneidman consideraba el suicidio como la resultante de los efectos que las dinámicas comunitarias tenían sobre la psique individual. Propuso explicar el suicidio como una reacción ante un dolor psicológico resultante de las necesidades psicológicas insatisfechas (Bermúdez & Torres, 2013). Por su parte, Freud define el suicidio o suicida como aquel en el que “la pulsión de vivir”, pulsión

extraordinariamente intensa, es vencida. La libido y el interés desengañado del mundo por una renuncia del yo, un fracaso en la vida libidinal empuja a la acción suicida (Hoyos, 2008).

Ideación suicida

La pulsión de vivir, el desinterés desengañado del mundo y la renuncia del yo, se pueden expresar como dice Cañon & Carmona (2018), como parte del marcador de vulnerabilidad y puede desencadenar el intento suicida, lo que lleva a la consumación de la idea: el suicidio (p. 388). Según los autores, se puede definir a la ideación suicida como los pensamientos acerca de la voluntad de quitarse la vida, con o sin planificación (Cañon & Carmona, 2018); si bien existe en el suicida la amenaza, que considera la expresión verbal o no verbal, se manifiesta la posibilidad de una conducta suicida en un futuro próximo.

Se tiene que reconocer que los índices de suicidio siguen en aumento, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), como ya quedó dicho, el suicidio es uno de los factores más importantes de morbilidad en jóvenes: ocupa la segunda causa de muerte en el mundo.

La expectativa de vida en esta población se ha visto disminuida por este aspecto (Cañon & Carmona, 2018). Situación que sigue latente, lo que preocupa a la psicología actual, enfocada en poder frenar la prevalencia. Se puede decir entonces que esta ideación son los planes, ideas o pensamientos de una persona y las expectativas de cómo llevar a cabo su muerte.

Intento suicida

Según Romero et al., (2017), el intento suicida, como toda conducta humana, antes de expresarse es decidido por el hombre como resultado de su percepción individual de la realidad contextual con que se vincula (p. 2). Esta autopercepción está permeada por la subjetividad individual y se complejiza con las situaciones a

las que el individuo se enfrenta, sin las herramientas adecuadas para la gestión de estos procesos, da como resultado el estrés, provocando angustia y frustración.

Actualmente se considera que el suicida pretende acabar con el sufrimiento y el agobio psíquico más que con la propia vida. Se habla de un aumento de suicidalidad que comienza con las ideas de morir, luego con la planificación de alguna forma de atentar contra la propia vida y, finalmente, con el intento de suicidio y el suicidio consumado (Romero et al., 2017).

Desde la perspectiva etnosemántica, el intento suicida emerge como una respuesta cultural a situaciones específicas, casi siempre por la confrontación con personas significativas o importantes, como son los padres (Romero et al., 2017). Las únicas excepciones se dan cuando se padece en forma seria y mal tratada una enfermedad mental. Se han estudiado múltiples factores de riesgo: patologías psiquiátricas como desórdenes depresivos, abuso de sustancias y desórdenes conductuales; factores psicológicos como impulsividad, desesperanza y baja autoestima; factores ambientales, incluyendo contexto familiar; características del entorno escolar y eventos vitales adversos como maltrato (Romero et al., 2017). Según lo expuesto por Cañón & Carmona (2018) El intento suicida es un acto de auto perjuicio, cuya finalidad es la autodestrucción. Los factores de riesgo que predisponen este acto no son habituales y su realización no siempre busca terminar con la vida.

Suicidio consumado

Los suicidios consumados siguen siendo un problema moderno y actual; además, siguen en aumento año tras año. De esta actualidad se desprende la iniciativa por seguir profundizando en dicho fenómeno. Según Contreras, Gutiérrez & Orozco, (2006), los estudios epidemiológicos indican que el género masculino comete más suicidio que el femenino, en una proporción de 5:1 en todos los rangos de edad (p. 66). Otro punto relevante es que en la misma cantidad, pero aún con

mayor regularidad, las mujeres realizan estos intentos, generalmente ingiriendo medicamentos o pesticidas.

El suicidio consumado acontece con frecuencia en hombres mayores de 50 años por ahorcamiento o uso de armas de fuego. De manera alarmante, en años recientes ha ido en aumento el número de suicidios entre jóvenes de 15 a 24 años, y es más común entre los de clase socioeconómica baja, con tratamiento psiquiátrico previo, con algún trastorno de la personalidad y antecedentes de abuso de sustancias y de intento de suicidio (Contreras et al., 2006). Entonces, la presencia de un trastorno psiquiátrico está íntimamente ligada con el suicidio; más del 50% de los suicidios son consumados por personas con trastornos depresivos.

La dependencia o el consumo excesivo de alcohol está relacionado entre 20 y 25% de las personas que se suicidan; aunado a esto, ocurren se elevan las tasas de suicidio en pacientes que padecen de esquizofrenia. Otro trastorno relacionado de manera significativa con el acto suicida, es la ansiedad. La comorbilidad de este padecimiento y la depresión, aumentan el riesgo suicida. Todo esto significa una alerta clínica que debe tratarse tanto con el médico, la terapia y el adecuado manejo farmacológico, así como el cuidado y la atención al momento la detección de la idea suicida, mayormente si hay antecedentes de ansiedad y depresión (Contreras et al., 2006)

Relaciones psicodinámicas

Las relaciones psicodinámicas se entienden como una propuesta de encuentro entre dos personas donde se delimita cierto encuadre para posibilitar el movimiento de la posición subjetiva -abordada más adelante- de unas de las personas. Un tipo de estas relaciones son las psicoterapias.

Actualmente se puede sostener que las psicoterapias psicodinámicas breves (PPB) constituyen una alternativa terapéutica que goza de sustento empírico acerca de su eficacia. Así lo muestra el meta-análisis realizado por Leichsenring, Rabung & Leibing (2004), quienes plantean que la PPB (al igual que otras formas de

psicoterapia) en trastornos psiquiátricos es más eficaz combinada con farmacoterapia. Los efectos de las PPB tienden a aumentar o a mantenerse en los seguimientos, indicando su estabilidad. Sin embargo, Leichsenring, Rabung & Leibing (2004) también llegan a la conclusión de que se requieren estudios sobre los “ingredientes activos” de las PPB (Echávarri et al., 2009). Los estudios incluidos en este meta-análisis, al igual que la mayoría de las investigaciones sobre efectos psicoterapéuticos, basan la evidencia de mejoría en medidas de efecto centradas en problemas específicos, sintomatología psiquiátrica general y funcionamiento social después de la psicoterapia.

Algunas de las mediciones expuestas anteriormente resultan insuficientes para evaluar el proceso de cambio durante el curso de la terapia. Como plantean Blatt y Auerbach (2003), “en la investigación de resultados el foco predominante sobre la reducción sintomática revela poco acerca de la naturaleza del cambio terapéutico” (p. 269, traducción de los autores). Así pues, se ha puntualizado en la importancia de reconocer los síntomas e indicadores de la psicoterapia. Por ejemplo, en los tratamientos psicodinámicos, la acción terapéutica puede estar más bien dirigida hacia la promoción del autoconocimiento, el cambio en estructuras mentales y dimensiones de la personalidad. Por su parte, Greenberg & Pinsof (1986) y Wampold (2006) han establecido la distinción entre los resultados finales de la psicoterapia –“big O”– y el efecto terapéutico que puede observarse a través de las sesiones, en el curso del tratamiento –“little o”–.

En esta línea de investigaciones centradas en el estudio de acontecimientos terapéuticos significativos, o pequeños cambios, que ocurren en el proceso de tratamiento, Stiles y su equipo (Stiles, et al., 2006 y Detert, et al., 2006) han descrito el proceso de cambio a través de una serie de pasos en la asimilación de experiencias problemáticas definidas como centrales en el trabajo terapéutico. Es así como parece necesario complementar las habituales mediciones de resultados

con métodos sensibles a las manifestaciones del cambio a través del proceso (Echávarri et al., 2009).

Por otro lado, Blatt & Auerbach (2003) afirman que la evaluación sistemática de pacientes durante el tratamiento parece ser una manera efectiva para evaluar el cambio terapéutico, proponiendo que dicha evaluación sea realizada por medio de observaciones periódicas. A pesar de que en la actualidad las teorías psicoanalíticas no son aceptadas universalmente por los psiquiatras, éstas siguen siendo una herramienta de un gran valor para comprender y tratar a algunos pacientes (Marbán, 2017).

Posiciones subjetivas (Maldavsky)

Según Maldavsky, (2005) encarar la cuestión de la subjetividad implica, considerar la eficacia de las relaciones, en especial los vínculos con otras personas, es decir, con una perspectiva intersubjetiva. Sin duda, aporta elementos para la narrativa identificada sobre las detonantes del fenómeno suicida en el consultante. Estas relaciones crean patrones morales, lo cual da como resultado diversas pulsiones, a la par que son determinantes de cierta erogeneidad. Estas otras personas, son parte fundamental de la realidad, misma que cada individuo debe de reconocer y transformar, también son eficaces en la promoción y desarrollo de cualidades concienciales, en quienes dependen de ellos (Maldavsky, 1997). De esta forma, la subjetividad implica la consideración de la sexualidad y sus destinos (las defensas), así como las relaciones interpersonales y la conciencia misma (Maldavsky, 2005). Analizar la subjetividad desde la visión de las demandas pulsionales sexuales, engloba la consciencia del mundo sensorial, los hechos, representaciones, valores y vínculos intersubjetivos, los cuales reciben un significado de diferencia. Cada erogeneidad es el resultado de un significado, proporciona rasgos distintivos a la vida simbólica y se muestra como una visión repertoria de desempeños particulares, por ejemplo: motrices, afectivos, de formalización de materias sensibles, valores o ideales. (Maldavsky, 2005).

Psicoterapia con pacientes suicidas

Un eje fundamental para conocer el suicidio desde una visión psicoanalítica son los aportes de Sigmund Freud (1915), quien creía que el yo podía morir si era tratado como un objeto; además pensaba que el suicidio era el resultante del desplazamiento de deseos destructivos hacia un objeto internalizado, es decir, dirigidos hacia sí mismo (Unzueta, 2017).

Por su parte, Schneidman (1993) postula que la causa del suicidio es el dolor mental (*Psychache*), el cual se vive de manera intolerable e incluye dolor, angustia, pena, miseria, vergüenza, culpa, humillación, soledad, desesperanza y otros sentimientos. En suma, el dolor representa una perturbación emocional extrema que se genera por la frustración de las necesidades vitales y por la interrupción de la capacidad de disfrute (Unzueta, 2017).

Según Unzueta, (2017), la tarea del psicoterapeuta con sus pacientes cuyas tendencias son suicidas, tiene como finalidad analizar el dolor, tanto físico como psíquico. Así pues, el ambiente de terapia resulta un apoyo fundamental para los pacientes, además de un reto para el especialista, el cual tendrá que llevar las riendas del análisis. Por su parte, Gabbard (2002) explica que el primer paso para tratar a los pacientes con este padecimiento, parte de establecer la alianza terapeuta-paciente, de esta forma se logra crear un vínculo de apoyo que reduce los pensamientos suicidas. Por otro lado, Unzueta (2017) explora el desarrollo de este tipo de relación con los elementos contratransferenciales, los cuales son “conjunto de las reacciones inconscientes del analista frente a la persona del analizado y, especialmente, frente a su transferencia” (Laplanche y Pontalis, 2004).

El trabajo con pacientes suicidas supone mayor disponibilidad por parte de los psicoterapeutas y suscita en ellos una serie de reacciones que pueden confrontarlos con sus propias limitaciones, las cuales contemplan todo lo que les sucede, desde su subjetividad y su inconsciente (Corveleyn, 1998; Flechner, 2000;

Fridlenderis y Levy, 2004; Silveira y Soarez, 2007). Es importante que el psicoterapeuta reconozca y evite estas limitaciones, pues es conocido que “las transgresiones de límites que ocurren con pacientes suicidas a menudo están directamente relacionadas con el mal manejo de la agresión y del odio” (Gabbard, 2002, p. 8).

Desde una perspectiva psicodinámica de diferentes autores, el psicoterapeuta debe de tomar en cuenta, el concepto de *sentido*, que en conjunto con su paciente, asignan a cada situación. Sobre esto, Hammen (citado en Gabbard, 2002) puntúa que lo relevante no es únicamente el evento acontecido, sino la significación e interpretación que es realizada por la persona. Es relevante conocer los significados que los psicoterapeutas otorgan al acto suicida para entender la manera en que intervendrán con los futuros pacientes.

En la literatura clínica existen una serie de convenciones respecto al papel que debe asumir el terapeuta frente a un caso de intento suicida. Para González de Rivera (2001) es importante que el terapeuta establezca un vínculo con el paciente, trabajar en el fortalecimiento de vínculos y estrategias de resolución emocional, así como ayudarlo a mantener un equilibrio interno frente a cambios en el entorno (Santiago, 2020).

Otros autores enfatizan la importancia de propiciar en el paciente la adherencia al tratamiento, ayudarlo al desarrollo de herramientas de afrontamiento y control de impulsividad, así como dotarlo de herramientas para la prevención de recaídas (Brown, Ten, Henriques, Xie, Hollander & Beck, 2005; Henriques, Beck & Brown, 2003; citados en Toro, 2013:96-97). Finalmente, de acuerdo con Lima (2016), se destacan tres formas de abordaje: el acercamiento desde creencias del paciente, desde la autopercepción negativa y desde la desesperanza (Santiago, 2020).

Con lo mencionado en los apartados anteriores puede observarse que alrededor del fenómeno suicida existen una serie de valores, creencias y prácticas

culturalmente establecidas. Se espera que frente al suicidio, en tanto fenómeno consumado, exista un periodo de duelo con características emocionales particulares.

Por otro lado, a nivel de tratamiento y prevención del suicidio se espera que el terapeuta asuma una serie de funciones relacionadas con la construcción de una alianza de trabajo que promueva en el paciente un manejo emocional y el desarrollo de formas de afrontamiento que puedan convertirse en alternativas a la decisión de acabar con la propia vida (Santiago, 2020). Ante este estado de cosas resulta importante plantearse el cuestionamiento de cómo viven los psicoterapeutas que trabajan con pacientes suicidas y la manera en que dan significación a dicha labor.

Causas y detonantes de conductas suicidas

La conducta suicida puede catalogarse como una secuencia en los aspectos cognitivos, que abarca desde la idea suicida, la conducta, el intento suicida o el acto culminado (Vargas & Saavedra, 2013). Según Vargas & Saavedra (2013), la ideación suicida engloba un gran campo de pensamiento que puede transformarse en diversas maneras representativas, por ejemplo, el anhelo de morir, la presentación o idea suicida, con o sin planeamiento de acción y en algunas ocasiones, la intensa preocupación de la autodestrucción de naturaleza delusiva. El deseo de morir se puede considerar como el puente entre el comportamiento autodestructivo y la representación de la inconformidad e insatisfacción de la persona con su vida en el momento actual (aquí-ahora).

Hay que considerar lo que exponen los autores Hernández & Villarreal, (2015), respecto a que la conducta suicida no se hereda, pero sí la predisposición genética para padecer determinadas enfermedades mentales; por consiguiente, en los pacientes con dicha intención hay que precisar si existen esos antecedentes patológicos familiares para poder intervenir en la reducción del riesgo suicida, pues para prevenir ese comportamiento deben de promoverse modos de vida saludables como la práctica sistemática de deportes, una sexualidad responsable, los hábitos

no tóxicos y el desarrollo de múltiples intereses que permitan un uso adecuado del tiempo libre. Para la toma de decisiones clínicas se deben identificar los factores subyacentes y estimar el riesgo de muerte.

Según Hernández & Villarreal (2015), algunos de los detonantes que se han detectado, se clasifican en lo social, familiar, psicológico e incluso biológico, algunos de ellos son:

Sociales

Tensión social	Se refiere a factores contextuales que se viven como retos o riesgo para el estilo de vida que se lleva.
Cambio de posición socioeconómica	Puede deberse a diferentes factores como pérdida de trabajo, deudas, crisis económica, etc.
Problemas con las redes sociales de apoyo.	Todo cambio vivido como pérdida de alguna persona o personas significativas y cercanas.
Pérdidas personales	Algunos ejemplos de estas son: cambio de domicilio, imposibilidad de realizar alguna actividad importante para la persona, etc.
Pérdida de empleo	Está relacionado con el cambio de posición económica, pero al perder el empleo también se pierde concepción de uno a partir del empleo, o la posibilidad de producción.
Catástrofes	Cualquier evento ya sea por causas naturales o sociales que rebasan la capacidad de respuesta de una comunidad.
Desarraigo	Cualquier situación que detone en la pérdida de las raíces o identidad personal.

Aislamiento	Privación de las redes de apoyo o lugares significativos para la persona.
Exposición al suicidio de otras personas	Situación en la que se expone a la persona al evento del suicidio de algún otro cercano o significativo.
Violencia ambiental, de género y violencia Intergeneracional	Acciones vividas como dañinas para la persona ejercidas por otros con la finalidad de agredir.

Familiares

Funcionamiento familiar problemático	Relaciones disfuncionales familiares entre las que puede encontrarse la violencia familia.
Alta carga suicida familiar	Uno o más miembros en una o más generaciones que hayan tenido intento de suicidio o que hayan consumado el suicidio.
Abandono afectivo y desamparo.	Situación en la que la persona se percibe sola o sin una red a la cual recurrir.
Familia inexistente	No hay personas con las que se comparta un lazo consanguíneo, raíces o que se perciban como familia.
Violencia doméstica	Acciones ejercidas deliberadamente para causar daño dentro del hogar.
Abuso sexual	Situación en la que una persona es forzada a realizar actos sexuales o a fungir como objeto sexual sin su consentimiento.

Psicológicos

Intento de suicidio previo.	Intento de autoeliminación anterior.
Pérdidas familiares	Muerte, desaparición o incluso mudanza de algún familiar.
Frustraciones intensas	Situaciones que sobrepasan los recursos personales y crean un malestar psicológico.
Ansiedad	Miedo sin objeto específico.
Baja autoestima	Autopercepción pobre o incapaz.
Cambio brusco del estado anímico	Disposición psicológica a fluctuar entre estados de ánimo opuestos normalmente exacerbados.
Alteraciones del sueño	Mayor o menor número de horas a lo considerado adecuado para el descanso y la recuperación vital.
Abandono personal	Descuido o abandono de hábitos de limpieza o cuidado personal.
depresión	Trastorno de salud mental caracterizado por la pérdida del placer o falta de interés por periodos prolongados.

Biológicos

Trastornos metabólicos	Reacciones anormales en el cuerpo que interrumpen los procesos metabólicos naturales.
Factores genéticos de enfermedades psiquiátricas en primer grado de consanguinidad	Padres con trastorno mental o enfermedad psiquiátrica.
Edades extremas de la vida, edades avanzadas, adolescencia.	Etapas de riesgo relacionadas con el ciclo vital.

Enfermedades y dolor crónico	Accidentes vasculares, sida, neoplasias, entre otras.
Enfermedades en fase terminal	Enfermedades en las que el diagnóstico sea desahuciado.
Trastornos psiquiátricos	Como esquizofrenia, ansiedad, depresión y trastornos de la personalidad.
Deterioro cognitivo	Según la experiencia de los autores, la proporción de suicidios es ligeramente menor, pero de todas maneras constituye un riesgo temible.

Por causas ya descritas, el acto suicida parece algo lógico para el individuo y se convierte en la “única salida” a los problemas que lo acontecen, en garantía de dejar de sufrir. Cuando la idea de culpa es agobiante, la expiación necesaria se traduce en suicidio, aquí es necesario mencionar el llamado “suicidio altruista”, en donde la persona deprimida, convencido de un trágico e irremediable futuro, mata a su familia para ahorrarles sufrimiento y posteriormente, se mata a él mismo. En aquellos cuadros depresivos asociados con histeria, hay anuncios e intentos suicidas, pero como menciona Hernández & Villarreal (2015) de manera más o menos melodramáticos

La acción suele generarse ante un público. Generalmente, no es serio y los recursos no son idóneos para lograr la muerte. No se da un tiro, ni se arroja al vacío o a las vías del tren. Se opta por los cortes en los antebrazos, la intoxicación de fármacos etc. el objetivo es llamar la atención de forma histriónica y en determinadas situaciones. Es un intento “utilitario” en el proceso de obtener algún objetivo en el contexto (Hernández & Villarreal, 2015); este tipo de finalidad se presenta en personas con trastornos límite de personalidad. Por su parte, los

intentos suicidas de aquellas personas que se encuentran en una depresión severa, son considerados “serios, de verdad”. Suelen tener un plan, en la mayoría de veces, es secreto y el proceso de ejecución, tiende a finalizar en la muerte. En sus inicios, la persona manifiesta a su círculo cercano que la muerte es la mejor opción, así como la dificultad de la vida y la difíciles que son las soluciones, manifestando de esta forma, su idea de morir.

Incluso dentro de las descripciones anteriores, hay ambivalencia, pues se piensa en el suicidio, pero se resiste a la idea; sin embargo, el riesgo aumenta cuando el individuo parece tranquilizarse. Como ya se dijo, entonces cesa la incertidumbre, desaparece la disyuntiva y la lucha interior; por lo general, la resolución ha sido tomada y ahora se elabora la ejecución del acto (Hernández & Villarreal, 2015).

Teorías cognitivas del intento suicida

Los modelos cognitivos sociales recomiendan la identificación de los modelos predictivos de ciertas conductas previamente determinadas; así como el diseño de las pautas oportunas de intervención para impulsar la modificación de las conductas determinadas (O'Connor y Armitage, 2003). Estos modelos sugieren que las actitudes no se asocian de forma directa con las conductas, pero influyen sobre las intenciones de comprometerse en esas conductas (Robles, Acinas & Iñido, 2015).

En la teoría de la acción razonada la intención dentro de las conductas de los pacientes es tan determinante como la motivación. Ambas están relacionadas con la forma de accionar. Al estar presente un motivo, existe mayor posibilidad de implicarse en una acción concreta. El poder predictivo de la intencionalidad conductual se ha demostrado en varios metaanálisis y son muchos los estudios que utilizan medidas de intención conductual como sustituto de la conducta actual, donde esas medidas serían inapropiadas o difíciles de obtener (Robles et al., 2015).

La teoría de la conducta planificada (Ajzen, 1991) amplía la teoría de la acción razonada, en donde se involucran formas del control de conducta, en donde este es visto como un sinónimo de la autoeficacia o la confianza en uno mismo. Es probable que quienes tengan una conducta determinada, estén bajo su propio control. Esta teoría sustenta que la intención de una persona por hacer algo (realizar una conducta) se ve influenciada por: la actitud, la subjetividad del entorno social y la percepción hacia este y el autocontrol para tomar acción.

Teoría Psicológica Interpersonal del Suicidio (ITS)

Existen diferentes teorías psicológicas desde el enfoque cognitivo, como se ha presentado hasta el momento. Hay que mencionar que existe una teoría conocida como Teoría Psicológica Interpersonal del Suicidio (ITS), que realiza un acercamiento teórico y argumentativo sobre el suicidio. Para ello, los autores Bahamón & García (2017) comentan que algunas refieren el dolor psicológico, singularidades de orden biológico, condiciones sociales, o particularidades personales en relación con el contexto y otros aspectos cognitivos que incluyen la transformación e interpretación de la realidad, mismas que son vistas como una opción viable para resolver los problemas el suicidio (p. 49). En los últimos años, ha tenido un gran auge la teoría psicológica interpersonal de la conducta suicida, la cual fue una propuesta de Thomas Joiner, quien, a partir de múltiples trabajos sobre el tema, encontró factores composicionales que se establecen a continuación:

1. La percepción equivocada de ser una “carga” para los otros, combinada con la estructura social, instaura el deseo de muerte en las personas.
2. La otra visión es sobre la persona, el cual no actúa sobre el deseo de muerte, a menos que haya desarrollado la capacidad para hacerlo, la cual se potencia por medio de la habituación a

experiencias dolorosas (Joiner, et. al. 2009). Así, dicha teoría expone dos cuestiones relevantes: el deseo de morir y la capacidad para hacerlo (Bahamón & García, 2017).

La teoría asegura que aquellos que sufren el deseo de morir, experimentan dos estados psicológicos de manera simultánea en un lapso temporal para que se instalen en el pensamiento de la persona. En primera instancia, la percepción propia, en donde se imaginan como “una carga para los demás” o como poco relevante en su contexto, interpretando que su círculo social estaría mejor sin su presencia, aunado a esto se encuentra una idea de no pertenencia a ningún espacio. (Bahamón & García, 2017). En el segundo, la exposición constante de situaciones dolorosas desensibiliza a la persona, a partir de esto, se crea una guía de habituación a situaciones poco tolerables para los demás; las autolesiones y ocupaciones específicas como ser médico o soldado, podrían vincularse con el desarrollo de la capacidad para morir, haciendo más vulnerables a unas personas que a otras a la ejecución de conductas suicidas (Bahamón & García, 2017).

Efectos del intento suicida

Según las particularidades de la idea suicida, el riesgo y sus efectos, suelen depender de la gravedad del intento suicida. Para esto se consideran cuatro efectos importantes:

- **Leve:** hay ideación suicida, no existen planes concretos para lastimarse; rectifica su conducta, de formas autocríticas.
- **Moderado:** existen planes con ideación suicida, pueden existir antecedentes de intentos previos y factores más de un solo factor de riesgo.
- **Grave:** idea concreta de hacerse daño; se encuentran antecedentes de un intento (o más) suicida previo; existen más de dos factores de riesgo, no hay un plan suicida claro. Expresa desesperanza y se rechaza el apoyo social, además de no rectificar la idea suicida.

- **Extremo:** presenta varios intentos suicidas con varios factores de riesgo y puede tener como agravante la autoagresión (Hernández & Villarreal, 2015).

Factores psicológicos: la inflexibilidad cognitiva, la carencia de la resiliencia para la solución de problemas y la falta de percepción del futuro, se han relacionado con intento de suicidio. La desesperanza también es un determinante de los factores de riesgo y está relacionado con la conducta suicida. En las pruebas clínicas, es útil pues se considera fácil de detectar, pero algunos estudios han determinado que el paciente que vive la desesperanza, sin tener depresión, no siempre presenta una tentativa suicida. También se han identificado el neuroticismo, la tendencia a atribuir a factores externos el control de su propia vida y la impulsividad como factores de riesgo (Vargas & Saavedra, 2013).

Las drogas.

Las drogas por sí mismas llevan implícita una gran parte en el engranaje adictivo. Su vía de gestión es según el narcótico que se consume y las vinculaciones relacionadas con este, las cuales son representadas en esta ecuación que lleva en un punto definido el proceso adictivo de un consumo inicial, empírico, de abuso hacia la de dependencia generando problemas más de fondo, como son el suicidio. Las indagaciones llevadas a cabo a lo largo de las últimas décadas trataron de establecer cómo empieza y la forma en que avanza el abuso de drogas. Aunque resulta difícil conceptualizar una sola causa, muchas de ellas derivan en la muerte a través del suicidio.

El comportamiento vinculado a su consumo obedece a diversos componentes tanto de peligro como de custodia, los cuales tienen la posibilidad de incrementar o reducir el peligro de que una persona abuse de las drogas. Ambos componentes pueden influir a los individuos a lo largo de las distintas fases de su historia, la pre-juventud, juventud y juventud tardía, son procesos de cambio, de

paso a la postura adulta. Dichos periodos se revelan especialmente vulnerables a toda clase de comportamientos riesgosos.

Ejemplificando en los niños se puede cambiar o prevenir los peligros a lo largo de los años preescolares, por ejemplo, un comportamiento agresivo, con intervención de los familiares y su entorno escolar. Además, es necesario incrementar el apoyo comunitario y social, para impulsar que los chicos desarrollen conductas positivas. De no ser tratados los comportamientos negativos tienen la posibilidad de llevar peligros extras como la derrota académica e inconvenientes sociales, los cuales incrementan las modalidades de que se abuse de las drogas en un futuro. Ciertos componentes de peligro tienen la posibilidad de ser más poderosos que otros, como la presión de los compañeros a lo largo de la juventud.

Diversos estudios han demostrado que entre las y los jóvenes, una de las motivaciones más comunes en la iniciación de sustancias psicoactivas, es el hecho de encontrarlas de manera fácil. Lo anterior, conforma el procedimiento de sentirse bien, permiten que las personas se sientan incluidas entre sus círculos de pares o por el hecho de que determinadas sustancias poseen la función de “controlar” las emociones desagradables, o disminuyendo la ansiedad y depresión, aminorando las tensiones y en otros casos haciendo más difícil el balance hacia la muerte y el suicidio.

Cabe poner en claro que el consumo de drogas no dependerá exclusivamente de la existencia de componentes de peligro, sino de la persona del ámbito; además de las acciones y actitudes que se tomen del consumo, las decisiones que se consideren desde enfermedades, muerte y el suicidio.

El artículo “Las drogas y la salud pública: ¿hacia dónde vamos?” muestra una iniciativa para la atención del problema de adicciones, a través de un enfoque de salud pública, define sus alcances y limitaciones en torno a los retos del

fenómeno, de manera puntual en la creación de políticas. Aunado a esto, se agregan los planes que tienen como objetivo la integración de otros temas sociales, cuyo propósito es el bienestar de la sociedad. (Medina, et al 2013). Por otro lado, la importancia de este documento señala el reto que enfrenta México como un país productor, de tránsito y de consumo de sustancias ilegales, analizando la evidencia sobre las políticas públicas, concluyendo con ciertas recomendaciones.

La investigación de Valdés et al., (2018) se realizó con el objetivo de crear una descripción sobre las drogas, su relación con el mundo y prevención. Para esto, se usaron 20 referencias bibliográficas. Sumado a esto se debe de considerar que las drogas son parte de una problemática de salud mundial, la cual daña a las poblaciones de México y es combatida con acciones preventivas en equipo y con la participación de la comunidad, para poder obtener un estado de salud satisfactorio, con equipos interdisciplinarios.

Por su parte Peñafiel, (2009), en su trabajo tiene como objetivo la profundización del consumo de sustancias, de esta forma analizó los diversos factores de riesgo: el suicidio, muerte y protección que inciden en los consumidores. De esta forma en función del número y tipo de sustancias consumidas en el último mes, resultó lo siguiente: a medida que incrementa el número de sustancias consumidas, también se eleva el número de factores de riesgo y protección. Las principales variables en las que se han encontrado relaciones significativas están vinculadas con aspectos individuales y relacionales del adolescente (Peñafiel, 2009).

Se tiene que considerar que las adicciones se incrementan año con año en forma considerable. La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), en su informe 2008, indicó que cada año mueren en el mundo 5 millones de personas a causa del tabaco, 2.5 millones por consumo de alcohol y 200 mil por efecto de drogas ilícitas , para una población mundial total, entonces, de 6,608

millones de personas, con una prevalencia anual de consumo de drogas de 208 millones, y un consumo de drogas problemáticas –en población de 15-64 años de edad– de 26 millones, es decir, 0.6% del total de la población mundial (Souza, 2014).

Por otro lado, el autor Callirgos, (2017), hace referencia que en el mundo existe un millón de personas que se suicidan cada año (pág.,70). En palabras de la Organización Mundial de la Salud (OMS), supone una muerte cada 40 segundos. Haciendo referencia que las cifras asociadas al suicidio han aumentado en 60% en los últimos 45 años, siendo esta problemática una de las tres primeras causas de muerte entre el grupo etario de 15 a 44 años (Callirgos, 2017)

Las cifras anteriores representan esta angustia que plasma y define Parra, (2012), “el suicidio en su forma abierta suele generar angustia y condena, pero algunas de sus formas indirectas suelen ser motivo de elogio y admiración” (pág.,317). Lo anterior puede ser también una tendencia o una preocupación más o menos desde el consumo de drogas, hasta los suicidios que están relacionados. Es difícil explicar e integrar la asociación al consumo de drogas bajo un marco explicativo, pues es de conocimiento común la existencia de un conjunto de factores individuales, familiares, sociales de riesgo que pueden derivarse en muertes y/o suicidios asociados al consumo de drogas. Lo ya dicho nos permite tener una parte de la fotografía epidemiológica para identificar qué personas son más propensas al consumo y cuáles están más protegidas frente a la posibilidad de un fenómeno adictivo del consumo de drogas y los suicidios.

El poder predecir una conducta asociada al riesgo de muerte o suicidio de uso, abuso y dependencia a las drogas, requiere tomar en cuenta la complejidad misma del fenómeno de las drogas. Derivado de ello y ciertamente considerando la individualidad, es como se va generando la mezcla de ingredientes para que ante

la suma de los riesgos y la disminución de factores de protección se vaya dando un resultado determinado que conlleve a un fenómeno de adicción.

Marco metodológico

Hay que expresar que en la ciencia existen tres diferentes paradigmas de investigación: el cualitativo, el cuantitativo y el mixto. Es preciso mencionar que, para este trabajo, se aplicó el paradigma cualitativo, esto por el papel que juega en los procesos de investigación donde se tiene un papel significativo dentro del conocimiento, ya sea teórico o práctico en nuestro caso es un proceso entre ambos.

Es importante mencionar que la metodología implementada y utilizada es la cualitativa. Hernández Sampieri lo llama "enfoque cualitativo" y lo describe como guiado y orientativo, también es importante porque retoma áreas o temas de investigación flexibles y holistas, Hernández, Collado, & Lucio, (2014, p. 7). La investigación cualitativa permite formular preguntas e hipótesis antes, durante o después de la recopilación y el análisis de datos, siendo un proceso más circular que lineal.

Los métodos de investigación cualitativos se enfocan en entender los detalles y el contexto de la experiencia de los participantes. Al trabajar con un número pequeño de personas, en este caso dos, se puede profundizar en sus experiencias y entenderlas con mayor claridad. Los estudios cualitativos tienen un carácter exploratorio y pueden explorar preguntas abiertas en profundidad. El método cualitativo se adapta a las diferentes situaciones y a las necesidades del estudio. Al estudiar con dos personas se pueden ajustar las técnicas y estrategias de análisis para obtener los resultados necesarios.

Derivado de ello menciona lo siguiente:

Estas actividades suelen servir, primero, para identificar las preguntas de investigación más importantes; luego explicarlas y responder. Las investigaciones se mueven dinámicamente en

ambas direcciones: entre los hechos y su interpretación, y es un proceso más bien "circular" en el que el orden no siempre es el mismo, sino que cambia para cada investigación. (Hernández et al., 2014, p. 7).

Al ser una investigación contemporánea se abordan los “Detonantes del fenómeno suicida en un caso de Psicoterapia” siendo una reflexión y análisis sobre un relato con ideación y con intento suicida como un proceso descriptivo, interpretativo, y dinámico por el andamiaje que se tiene de la persona con el psicoterapeuta, donde se quiere revisar el orden y el proceso. Así, este tipo de trabajos cualitativos tratan de comenzar con una teoría y luego "invertir" el mundo empírico para confirmar si está respaldado por los datos y los resultados. El investigador comienza examinando los hechos por sí mismo y a la par desarrolla una teoría coherente que representa lo que observa (Esterberg, 2002) citado en (Hernández Sampieri et al., 2014). En otras palabras, las investigaciones con perspectiva cualitativa tienden a basarse en la minuciosidad de los procesos, la descripción y exploración de estos, yendo de lo particular a lo general; posteriormente se analizan los datos, los puntos en común y sus diferencias, mostrando los resultados para, finalmente generar nuevas teorías

Entre los trabajos científicos que se pueden desarrollar con este enfoque cualitativo se encuentran: la etnografía, la fenomenología, la hermenéutica, la investigación performativa, la investigación colaborativa, la investigación normativa, etc. Así como descriptiva, la investigación deductiva, la investigación bibliográfica y más (Razo, 2011). Sin embargo, para el propósito de este estudio, también se utilizará el método de Algoritmo David Liberman (ADL), mismo que se describe más adelante. En este apartado se describe el diseño para realizar la investigación, las características de éste y otros criterios que se tomaron en cuenta para la selección de la persona, unidad de trabajo y el método elegido.

Método de Algoritmo David Liberman (ADL).

Este trabajo es de corte cualitativo, argumentativo, ya que se pretende realizar un análisis textual para recuperar el campo del sentido del entrevistado a fin de seguir realizando un análisis desde la teoría psicoanalítica. En concordancia con la propuesta en esta investigación, se usará el Algoritmo David Liberman (ADL), el cual se constituye como posibilidad de ofrecer al investigador los instrumentos para comprender, según el pensamiento psicoanalítico, la dinámica psíquica inconsciente. De aquí el interés por dicha propuesta, y sobre todo rescatar los instrumentos para implementar en la investigación.

Hay que reconocer, según Germano (2012), que desde esta mirada del psicoanálisis las investigaciones clínicas se han utilizado para desarrollar hipótesis teóricas en el estudio de condiciones psicopatológicas, para fundamentar propuestas de enfoques terapéuticos o para evaluar resultados (p. 2). A la par, siempre habrá polémicas sobre cuestiones metodológicas y epistemológicas, como las preguntas más frecuentes sobre si es o no una ciencia el psicoanálisis (Maldavsky, 2005). Para reconocer esta mirada y con apego a los métodos que se han sugerido con el Algoritmo David Liberman (ADL), el interés del método está en los lenguajes erógenos y los mecanismos de defensa de las personas por medio del lenguaje verbal en sus relatos, frases y palabras en el consultante con ideación suicida.

El ADL inicialmente fue aplicado a las problemáticas de orden clínico, psicoterapéutico, que se preocupa básicamente de la dinámica inconsciente de los pacientes en tratamiento. Con el desarrollo del análisis a partir de la relación analista-paciente, enfatizando el sentido intersubjetivo del trabajo analítico. Sin embargo, en los últimos años, el método está siendo aplicado también a otros campos de la cultura, como el análisis de novelas, situaciones políticas u obras de arte (Fruett, 2008; Pinto, 2008; Sparvieri, 2009; Maldavsky, 2001, 2004, 2005).

Para ello es importante explicar lo siguiente sobre el ADL, ya que son manifestaciones verbales que abarcan diferentes niveles: las palabras, los actos de habla y los relatos. En esta sintonía se estará realizando y ejecutando la metodología. El método ADL da la facilidad para estudiar los tres niveles; sin embargo, para esta investigación nos vamos a enfocar solamente en los relatos del consultante obtenidos en sesiones de psicoterapia sobre temas basados en la ideación suicida del consultante. Maldavsky (2013) expone que “El ADL es un método diseñado para el estudio psicoanalítico de las manifestaciones verbales en diferentes niveles de análisis” (ADL); los conceptos centrales del método son: deseo y defensa, y estado de la misma”. El deseo hace referencia a lo motivacional. Es importante enfocar los esfuerzos en: ¿por qué la motivación de cada persona se dirige en determinada dirección, y no en otra? Esto puede abarcar dos aristas; por un lado, el influjo ambiental (un orden, premio, peligro amenazante) y por otro lado el influjo interno, es decir de la propia persona. Éste parece más complejo de comprender, ya que una persona reacciona diferente ante el mismo estímulo (Maldavsky, 2013).

Freud puso énfasis en la importancia de las pulsiones y los deseos como motores de vida psíquica.

Cada pulsión tiene cuatro componentes (Freud, 1915):

1. Fuente somática
2. Empuje
3. Meta
4. Objeto

Para Freud las defensas “son destinos de la pulsión en la vida psíquica, son una forma en que el yo tramita las exigencias provenientes de las demandas libidinales” (Maldavsky 2013, pág. 36). Se pueden categorizar en cuatro:

1. Trastorno hacia lo contrario. En cuanto a meta – activo o pasivo (masoquismo / sadismo). En cuanto a contenido (amor / odio)
2. Vuelta a la persona propia
3. Represión
4. Sublimación

Maldavsky propone un repertorio de las pulsiones y los deseos correspondientes:

1. Libido intra-somática (LI)
2. Oral primario (O1)
3. Sádico-oral secundario (O2)
4. Sádico-anal primario (A1)
5. Sádico-anal secundario (A2)
6. Fálico-uretral (FU)
7. Fálico-genital (FG)

El relato.

Con referencia al relato es interesante lo que menciona Barthes (2002) respecto a que se tienen que considerar la lengua y la manera de lo que se dice. Una de las maneras en que se aborda la lingüística discursiva, es a través de la hipótesis homológica: de forma estructural, el relato participa de la frase sin poder nunca reducirse a una suma de frases: el relato es una gran frase, así como toda frase constitutiva es, en cierto modo, el trazo de un pequeño relato (p. 8).

Según el autor, los relatos se conciben en este esquema como significantes originales; en el se descubren las partes principales de las categorías verbales: tiempo, modos, aspectos y las personas enunciativas. También, las personas contrarias a la predicativa verbal no permiten el sometimiento del al modelo oracional: la tipología actancial propuesta por A. J. Greimas señala en la multitud de

personajes del relato, las maneras elementales del análisis gramatical (Barthes, 2002).

Con relación al lenguaje, es considerable que se tiene que presentar una homología del discurso, misma que implica una identidad entre el lenguaje y la literatura (en la medida en que ésta sea una suerte de vehículo privilegiado del relato). Para el estudio de las defensas y los deseos es necesaria la interpretación utilizando los enfoques paradigmáticos y sintagmáticos, así como el valor semántico y pragmático. Importante llevar a cabo un análisis de la estructura y del uso. Para la elaboración de los resultados se debe tener la organización, interpretación y discusión para poder presentarlos.

Muestra

Para el universo de dicha investigación se han seleccionado a dos personas ambos se encuentran en una edad en riesgo entre los 24 y 34 años, ambos con ideación suicida activa y con más de un intento en el pasado. Los consultantes acuden a terapia semanalmente en sesiones de 45 minutos.

Historia clínica

Historia clínica persona 1

- Masculino
- Rango de edad 24-34
- Maestría
- Nuevo león
- Trabaja en una empresa de tecnología
- Relación a distancia.
- Católico
- La madre murió hace 2 años, tiene dos hermanos varones y él es el del medio.

Motivo de la consulta

Pensamientos e ideación suicidas recurrentes.

Hubo un suceso en el cual menciona que lo asaltaron a mano armada y posterior a eso le dio COVID y cree que su vida está en peligro. Menciona que a pesar de los intentos suicidas no quiere morir.

El paciente se muestra con mucha ansiedad. Sudoración en las manos, tenso del cuerpo, voltea a un lado y a otro y tiene respiración acelerada.

De igual manera se percibe depresivo por el tono de voz tenue y plano y la mirada perdida.

Antecedentes del paciente

El paciente menciona que tuvo una infancia donde se la pasaba estudiando, fue distinguido por sus habilidades académicas en la escuela. Cuando había exámenes se desvelaba estudiando con la madre, y a partir de quinto de primaria en muchas ocasiones lo separaron del grupo para estudiar por aparte.

En la primaria la mirada de sus compañeros la percibía como incomoda y le generaba ansiedad, al grado que en una ocasión se hizo pipi en el salón de clases.

En la adolescencia fue deportista destacado, participando en juegos nacionales juveniles.

poco a poco dejó el deporte y comenzó a utilizar drogas menciona que estaba cansado de la disciplina.

Saliendo de la preparatoria se mudó a vivir a Canadá, donde comenzó a utilizar drogas con mucha frecuencia. (Cocaína, LSD, Éxtasis, psilocibina, etc.)

Vivió en destinos turísticos en México donde continuó con el consumo de drogas, menciona más un brote psicótico bajo el efecto de los hongos y otras sustancias.

Tiene dos hijos con dos mujeres diferentes ambas viven en ciudades diferentes. No tiene contacto con sus hijos o con las madres de sus hijos.

Siente culpa de no hacerse cargo de sus hijos, sobre todo del mayor ya que tiene síndrome de Down y requiere mucha atención.

De un año a la fecha ha estado en AA, consiguió un trabajo y quiere cambiar, pero menciona que las pláticas de AA no le son suficientes.

Tiene poca relación con su familia, con sus hermanos no tiene una buena relación, aunque con el hermano menor es cordial, menciona que al hermano grande le tiene rencor porque no le exigían como a él.

Con su papa habla por teléfono una vez al mes. Menciona que no tiene amigos, no le gusta socializar porque la gente se le hace muy “pendeja”.

Ahora su red de apoyo es su pareja de nacionalidad francesa; Ella vive en Francia y se comunican todos los días por video llamada. y el plan es que se junte allá en un par de meses.

- Historia clínica, persona 2
 - Masculino
 - Rango de edad 24-34
 - Licenciado
 - Guadalajara
 - Servicio al cliente tecnología
 - Casado
 - Católico practicante
 - Tiene dos hermanos varones, él es el del medio.

Motivo de la consulta:

Dice estar harto de su pareja, debido a que ella no quiere tener relaciones sexuales. Se siente incomprendido y menciona que tiene pensamientos suicidas.

Menciona tener ansiedad, depresión desde hace al menos 4 años.

El paciente se muestra acelerado, se lleva las manos a la cabeza como muestra de ser incomprendido por su esposa, y se victimiza con frecuencia. Los ojos están cristalinos y se suelta en llanto con frecuencia.

Antecedentes del paciente:

Menciona haber tenido una infancia llena de abusos por parte de su madre, menciona que ella era muy violenta, lo golpeaba y lo humillaba frente a los demás. Queda abierta la duda si hubo algún tipo de abusos sexual de parte de su madre.

Consumo de drogas a partir de los 14 años. Comenzó con marihuana después paso a LSD, cocaína, psilocibina, etc.

Menciona que llegó a hacer favores sexuales con hombres a cambio de drogas.

Dos veces lo internó su padre en un centro de rehabilitación del que la primera vez se escapó y volvió a consumir. Y la segunda vez fue a partir de un intento suicida bajo los efectos del LSD, se aventó a una calle muy transitada donde fue atropellado, sin embargo, menciona que tuvo una visión donde la Virgen se le apareció y a partir de ese momento donde fue hospitalizado y posteriormente fue llevado al centro de rehabilitación menciona que entregó su vida a dios, ahora pertenece a un grupo religioso donde conoció a su esposa y continúa asistiendo a AA.

Su esposa es la principal red de apoyo que tiene, pero su padre también está presente cuando lo necesita. Dice estar trabajando en la relación con sus hermanos y su madre.

Cuenta con un par de amigos de AA y un amigo de la infancia.

Siente que la familia está alejándose de él porque no comparten las creencias religiosas.

Unidad de trabajo

Se utilizarán los relatos y las narrativas de las primeras cinco sesiones transcritas. Se consideró que estas sesiones contienen la información necesaria para desarrollar la demanda, objetivos e historia de cada persona y se presenta recurrentemente la temática del suicidio.

Criterios de inclusión

- Presentar ideación suicida
- Estar en el Proyecto Presencia de la Maestría en Psicoterapia del ITESO
- Haber firmado el consentimiento informado

Criterios de exclusión

- Que el consultante se niegue a participar
- Que el consultante presente riesgo suicida muy elevado, es decir cuando se ha tenido un intento suicida en menos de un año y la ideación es clara y hay un plan en específico.

Consideraciones éticas

Antes de iniciada la primera sesión se habló sobre la posibilidad de que pudieran ser videograbadas, y que el contenido fuera utilizado para fines académicos, siempre cuidando los datos de los informantes, con profesionalidad y discreción. Se dispuso una carta de uso de datos y consentimiento informado (expuesta en el anexo) donde se explica lo anterior. Los consultantes aprobaron y firmaron dicho documento en donde se concede el permiso de grabación y uso de la información expuesta durante las futuras sesiones para fines académicos. Sin embargo, es importante mencionar que el cien por ciento de las sesiones fueron enfocadas con fines psicoterapéuticos; en ningún momento se entrevistó o se guio, con el fin de recabar información para este documento. En el material se omitirá el nombre y edad del consultante, así como algunos datos que lo pudieran identificar, para proteger su identidad.

Recolección de datos

El enfoque cualitativo está basado en métodos de recolección no estandarizada de datos. Puesto que el hecho y el fenómeno a investigar son muy recientes, de esta manera, según Hernández et al., (2014, p. 8), la recolección de los relatos y la narrativa tienen la flexibilidad y la fluidez para realizar la transcripción del discurso del consultante con ideación suicida.

Luego de la recolección de datos se requiere transcribir las sesiones del consultante, esto es importante para argumentar, analizar, reflexionar y describir el análisis del relato del individuo que presenta ideación suicida.

Procedimiento

El proceso que se realizó dentro de este trabajo fue: la obtención de relatos autorizados por los consultantes, la transcripción, el análisis y finalmente la categorización de las sesiones terapéuticas del consultante que presenta ideación suicida. Tal como lo define el autor, “las categorías son empleadas para establecer clasificaciones (...) trabajar con ellas implica agrupar elementos, ideas y expresiones en torno a un concepto capaz de abarcar todo” (Chaves, 2005, p. 113). Lo anterior, sirve para identificar los temas recurrentes en la ideación suicida en el consultante o localizar ideas relevantes del relato y la narrativa del individuo que está participando en la investigación. Esto favorece la categorización y la recolección de relatos esenciales, aminorando la información resultante para establecer un vínculo entre los datos y la teoría. Según Chaves (2005), la organización, cumple con los objetivos otorgar sentido a los datos, mismos que serán reducidos, comparados y relacionados, permitiendo el contraste interpretativo, analítico y complementario de la teoría.

Para este trabajo se consideraron diversos factores para organizar la información y responder a fenómenos sobre la idea suicida, ajustando así los parámetros establecidos en la investigación por la flexibilidad que presenta el enfoque cualitativo. Es importante explicar que el primer paso para llegar a las categorías, es la etiquetación, la cual se definiría como la acción de identificar aquellos fragmentos de las sesiones que respondan a las preguntas planteadas y elegidas; dichas etiquetas están regidas por el criterio de la claridad, es decir, éstas tienen que ser concretas, delimitadas, explícitas y evidentes.

Pasos metodológicos

En este apartado se mostrará el proceso realizado para la obtención de los resultados del análisis de relato (ADL-R). Para poder llevar a cabo la investigación se seleccionó el material de dos casos que en la actualidad acuden a psicoterapia en el programa de apoyo psicoterapéutico ITESO. Todas las sesiones son video grabadas para fines académicos.

1. Se seleccionaron dos consultantes que estuvieran pasando por alguna de las etapas del fenómeno suicida y que cumplieran con las características de inclusión antes mencionadas.
2. Para la viabilidad y ética de esta investigación, se pidió autorización a los consultantes para videogravar las sesiones.
3. Se observaron diez videograbaciones al menos 2 veces cada una.
4. Una vez iniciadas las sesiones de psicoterapia con los dos consultantes, se seleccionó el material de trabajo.
5. Se utilizaron las primeras cinco sesiones de cada consultante.
 - a. Justificación de la utilización de cinco sesiones: durante la investigación el consultante número uno, después de la quinta sesión, dejó de asistir por problemas ajenos a la terapia, posteriormente retomó el tratamiento; Sin embargo, el consultante número dos continuó de forma continua con las sesiones, por logística de seguimiento, se decidió elegir las primeras cinco sesiones para tener una muestra lo más similar posible.
6. Se transcribieron las sesiones con el programa “Sonix” bajo los lineamientos de confidencialidad.
7. Conforme se daba lectura a las transcripciones se iban señalando relatos o fragmentos relacionados al suicidio.

8. Una vez obtenida la muestra narrativa de los relatos y fragmentos, estos se traspasaron a una página de Excel donde se les dio coherencia en el tiempo.
 - a. Justificación: Algunos relatos estaban fragmentados hasta en 3 sesiones diferentes con tiempos distintos, es decir, el inicio del relato podría estar en la cuarta sesión y el resto del relato en la primera.
9. Se lograron completar diez relatos de cada consultante, cada relato cuenta con un mínimo de tres tiempos y un máximo de cinco. Para mayor comprensión y proceso de análisis, cada tiempo se colocó en una casilla diferente una debajo de la otra de principio a fin del relato.
10. Una vez organizada la información, se analizaron y clasificaron renglón por renglón, según la tabla que propone el Algoritmo David Liberman (ADL).

DESEO ESCENA	FÁLICO GENITAL	FÁLICO URETRAL	SÁDICO ANAL SECUNDARIO	SÁDICO ANAL PRIMARIO	SÁDICO ORAL SECUNDARIO	ORAL PRIMARIO	LIBIDO INTRA-SOMÁTICA
Estado inicial	Armonía estética	Rutina	Orden jerárquico	Equilibrio jurídico Natural	Paraíso	Paz cognitiva	Equilibrio de tensiones
Primera transformación: despertar del deseo	Deseo de completad estética	Deseo ambicioso	Deseo de dominar a un objeto en el marco de un juramento público	Deseo justiciero	Tentación Expiación	Deseo cognitivo abstracto	Deseo especulativo
Segunda transformación: tentativa de consumar el deseo	Recepción de un don-regalo	Encuentro con una marca paterna en el fondo del objeto	Discernimiento de que el objeto es fiel a sujetos corruptos	Venganza	Pecado Reparación	Acceso a una verdad	Ganancia de goce por la intrusión orgánica
Tercera transformación: consecuencias de la tentativa de consumar el deseo	Embarazo Desorganización estética	Desafío aventurero Desafío rutinario	Reconocimiento por su virtud Condena social y expulsión moral	Consagración y reconocimiento del liderazgo Impotencia motriz, encierro y humillación	Expulsión del Paraíso Perdón y reconocimiento amoroso	Reconocimiento de la genialidad Pérdida de lucidez para el goce cognitivo ajeno	Euforia orgánica Astenia
Estado final	Armonía compartida Sentimiento duradero de asquerosidad	Aventura Rutina pesimista	Paz moral Tormento moral	Evocación del pasado heroico Retorno a la paz natural Resentimiento duradero	Valle de lágrimas Recuperación del Paraíso	Goce en la revelación Pérdida de la esencia	Equilibrio de tensiones sin pérdida de energía Tensión o astenia Duradera

LENGUAJES ERÓGENOS

11. Continuando con el trabajo, se determinaron las categorías dominantes en cada uno de los relatos obtenidos. Las narraciones eran determinadas, según su cercanía relacional con el algoritmo ADL
12. Por último, se realizó un análisis de las posiciones subjetivas y defensas de cada relato.

Resultados

A continuación, se presentarán los resultados obtenidos a partir del análisis anteriormente explicado utilizando el ADL, basado en los relatos (ADL-R). Se obtuvieron acciones, estados, secuencias, actantes y se examinaron los deseos y defensas dentro de las narrativas revisadas.

En relación con los objetivos y preguntas planteadas durante esta investigación se presentarán los resultados, comenzando por la persona uno, continuando con la persona dos; finalmente, se expondrán las semejanzas y diferencias existentes entre ambos consultantes.

- **Pregunta 1. ¿Cuáles son los temas recurrentes en los relatos?**

Persona 1

En las narrativas que se lograron rescatar durante el análisis de las videograbaciones del *consultante uno* se puede observar que el tema más recurrente, y donde pone mayor énfasis, es el de “los hombres”. Para esta persona los hombres desempeñan papeles de enemigos y de corruptores, además, constituyen una (O2) tentación para las mujeres. En estos momentos, la mujer que le preocupa es su pareja actual, vive con la preocupación de ser engañado por ella, a pesar de que no ha sucedido. Además, tiene la percepción de que los hombres son una tentación cuya pareja es incapaz de manejar; también creía lo mismo de su expareja, pero tampoco fue engañado; de la misma manera sentía que los hombres eran irresistibles para su madre, de quien refiere, sí engañó a su padre.

Los hombres son una constante, son parte de la (FU) rutina diaria tanto suya como de su pareja; figuran de distintas maneras, en diferentes versiones y niveles de (O2) tentación. Por ejemplo: en la primera narrativa se puede observar cómo su pareja le pide a un hombre desconocido fuego para un cigarro.

Secuencia uno:

1. Estaba hablando con mi pareja por videollamada (ella se encontraba en el parque). (FU) rutina
2. De pronto, ella sugiere que detengamos el video para no consumir datos. (O2) Tentación.
3. Escucho que ella le pide fuego a un hombre. (O2) Tentación).
4. Mi corazón se acelera, me irrito y le digo, en un tono sarcástico: "Súper bien, qué bueno que seas así de zorra. Por eso querías que detuviéramos el video". (A1) Deseo Justiciero.
5. No puedo con los celos, es una cuestión que no me es posible controlar; por más que sé que no es real, mis pensamientos se van muy lejos. (A2) Tormento Moral.

En esta secuencia se observa cómo la defensa del consultante es fallida. Cuando el deseo está en el amor por su pareja y se siente vulnerable, la pulsión como respuesta en defensa es un (A1) de manera violenta; es así como oculta el sentimiento afectivo. Sin embargo, la parte afectiva y la parte agresora quieren lo mismo, que su pareja no se vaya. Cuando se da cuenta de que se trata de una defensa fallida, despierta el (A2) como Tormento Moral y es ahí donde los pensamientos suicidas se activan.

En la segunda narrativa aparece su hermano como el enemigo, en afán de conquistar a su madre.

En el tercer relato surge el cuñado como el símbolo de la tentación y, por lo tanto, siendo el culpable de los pleitos que pueda ocasionar con su pareja.

1. Estábamos todos en casa de mis suegros. (FU) rutina.

2. Mi cuñado bajó en shorts, sin playera. (O2) tentación
3. Mis pensamientos me atacan. No podía dejar de ver lo que hacía mi novia, porque sabía que en cualquier momento voltearía a verlo. Observaba cada movimiento de sus ojos, de su comportamiento en general; incluso, intentaba ver si se ponía nerviosa. Estos pensamientos se volvían cada vez más intensos. (A2) Tormento Moral.
4. Estaba esperando el pretexto para atacar. (A1) Deseo Venganza.

Se puede observar algo similar en la dupla entre (A2) y (A1), la Violencia como defensa y el Tormento Moral como resultado. En los siguientes relatos aparecen la expareja de su actual novia y otras personas, como en el primer relato.

El peligro según los relatos, lo ejercen los hombres en general, al poder convertirse en posibles candidatos para estar con su pareja. La percepción del sexo masculino, incluyéndose a él mismo, es de peligro (A1) abusadores, violentos y difícilmente capaces de controlar sus impulsos sexuales. Desde pequeño ha vivido en un campo de batalla donde todos los hombres son sus enemigos y para lograr ser reconocido debe vencerlos a todos.

Esto comenzó en la relación en el núcleo familiar. Narra que desde muy pequeño experimentaba celos de su papá y todo lo que tenía que hacer para poder evitar que su madre pasara un rato a solas con él.

1. Observé que mi papá cerró la puerta del cuarto; mi mamá se encontraba dentro. (O2) Tentación.
2. No recuerdo exactamente qué sentía, pero sí que experimenté celos, me puse muy celoso y estaba muy ansioso; no supe qué hacer. (A2) Tormento moral.
3. Me puse a golpear la puerta como un loco y a gritar que la abrieran (A1).

4. Cuando abrieron la puerta enseguida me sentí más tranquilo, sin importar el regaño que posteriormente me dieron. (LI) Equilibrio de tensiones

Lo mismo sucedía con los hermanos, sobre todo con el mayor. Día a día luchaban ferozmente para ser el preferido de mamá. Esta pelea constante con los hombres fue evolucionando y para la etapa de la adolescencia empeoró con mayor peligrosidad. Las herramientas que había aprendido para pelear con los varones de casa y conquistar a su mamá no le estaban siendo funcionales para la vida real.

El campo de batalla al que se refiere hoy el consultante, en palabras que él mismo expresa: “Mi película, la película que yo vivo es porno, y pienso que todos se quieren coger a mi vieja... No me voy a dejar”.

En cuanto a la mujer, pareciera que la percepción del consultante hacia ellas es que son incapaces de tomar una decisión de tipo sexual; están sujetas a lo que el hombre les ordene, lo cual vuelve más peligroso al hombre.

A continuación, se presenta una tabla de calificaciones del lenguaje erógeno del *consultante uno*. De manera horizontal (del uno al diez), se muestran las narrativas del consultante y de forma vertical (de arriba hacia abajo), es posible ver la calificación de la secuencia de cada relato.

Tabla de calificaciones de lenguaje erógeno consultante número uno.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
FU	O2	FU	O2	O2	FU	FU	FU	O2	FU
O2	O1	O2	O2	A2	O2	O2	FU	O2	FU
O2	O1	A2	A2	A1	A2	FU	A2	O2	O2
A1	A1	A1	A1	A2	A1	LI	A2	A1	A2
A2	A1		A1		LI	A2		A2	

Tabla de promedio de lenguajes erógenos consultante número uno

FU	O2	A1	A2	O1	LI
9	13	9	11	6	2

Tabla 1. Elaboración propia para los fines de esta investigación (México, 2022).

Enseguida se plasmarán los temas de los que se hablan en cada una de las secuencias relatadas por el consultante:

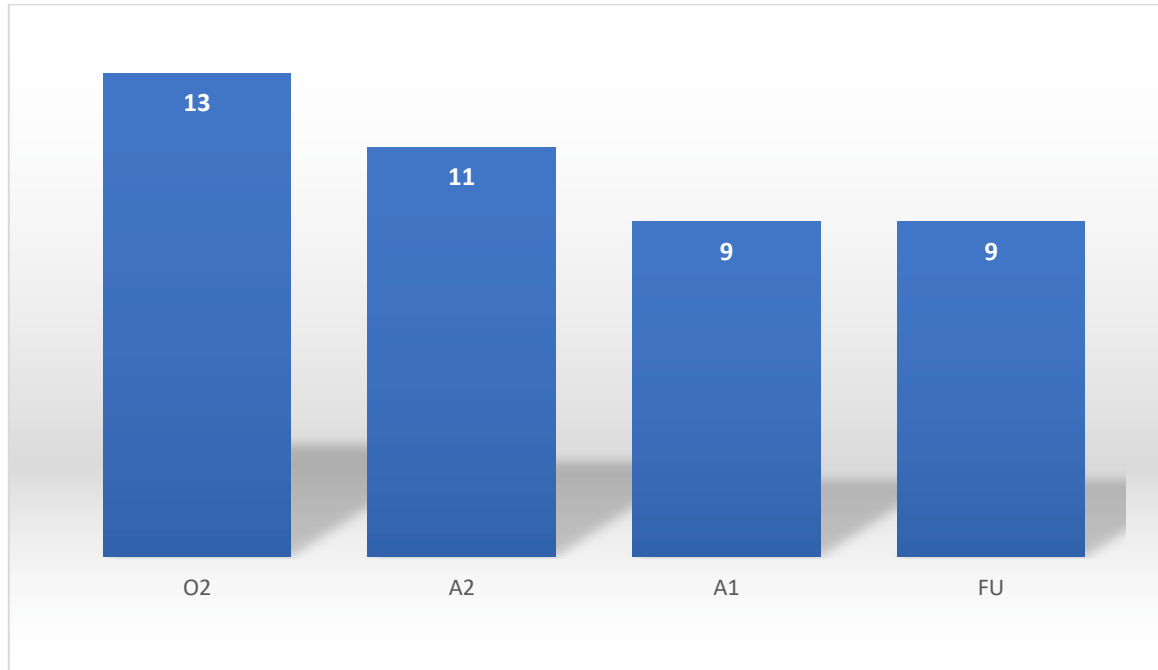
SECUENCIAS RELATADAS POR EL CONSULTANTE	
	Peligro de un hombre. Un extraño, tentación para la pareja del consultante.
	Competencia con el hermano (hombre) para ver quién es mejor en ajedrez. (La lucha es por la mamá).

	Peligro de un hombre. Su cuñado baja a la cocina, semidesnudo de la cintura para arriba. Es guapo y es mucha tentación para su pareja.
	Peligro de un hombre. Extraño que carga en manos a un bebé y por lo tanto, atrae la atención de la pareja del consultante.
	Peligro de un hombre. Doctor que se dispone a revisar el cuerpo de su pareja.
	Peligro de un hombre. Su padre, que se encierra en el cuarto a solas con su madre.
	Masturbación compulsiva.
	Habla de no entender a su mamá.
	Peligro de un hombre. El ex de su pareja.
	Apatía/drogas.

Tabla 2. Elaboración propia a partir de los relatos de los consultantes (México, 2022).

En la tabla anterior se puede observar que en siete de diez narraciones se habla de un “hombre” como persona amenazadora e incluso como un enemigo. También en cinco de los diez relatos, se da la dupla (A1) como defensa, al ser fallida resulta como un (A2). El segundo tema más relevante observado en los relatos del consultante es el sinsentido respecto a la vida, cuando no es amenazadora, resulta aburrida.

GRÁFICA DE LENGUAJE ERÓGENO GENERAL



Gráfica 1. Elaboración propia para los fines de esta investigación (México, 2022).

Persona 2

Durante el análisis de los relatos del *consultante dos*, resalta un dúo de temas principales: en el primero, percibe rechazo por parte de su esposa; en el segundo, el rechazo de su madre. En varios relatos el rechazo está acompañado de la **(A1) Venganza**, esta puede ser activa (ejerciendo violencia) o pasiva (duerme en horarios laborales o no se despierta a tiempo en el trabajo) y termina con valle de lágrimas (O2) o tormento moral (A2) que puede ser activa (ejerciendo violencia) o pasiva (duerme en horarios laborales o no se despierta a tiempo en el trabajo). Estas conductas, por lo general, pasan por un estado de culpabilidad que provoca emociones fuertes y poco llevaderas.

Enseguida se muestran dos secuencias donde el consultante expresa culpabilidad en diferentes ámbitos de su vida:

Secuencia 7

1. Me quedé dormido en horario de trabajo. (O2) Pecado.
2. Al despertar me sentí muy culpable por este descuido. Sé que soy capaz, pero no hago nada por serlo. (A2) Tormento moral.
3. Quiero evitar la realidad; es la manera más sana de hacerlo. (A1) Venganza.
4. Quisiera quedarme dormido y no despertar ya. (O2) Valle de lágrimas.

Secuencia 4

1. Me sentí rechazado. (O2) Valle de lágrimas.
2. Esperé el momento, y cuando estaba sirviendo la licuadora, la golpeé. (A1) Venganza.
3. Ella comenzó a llorar. (O2) Valle de lágrimas.
4. No podía más. Salí con el carro, y sólo quería dejarme llevar por el tráfico y buscar la muerte. (A2) Tormento moral.

Existe un patrón que probablemente el consultante adoptó de la relación con su madre y que ahora replica con su esposa: solía tenerle miedo a su mamá, como lo podemos observar en la secuencia 1: (A1), “Igual me golpeaba” (A2) Tormento Moral. “Me quería esconder de ella todo el tiempo, me daba miedo lo que pudiera suceder”.

Actualmente sigue temiendo de su madre, y de alguna manera lo hace con su esposa, como podemos observar en el relato 8: (A2) Tormento Moral. “Si me cachan (descubren), algo malo va a suceder”.

En otra sesión, el consultante relata el sentimiento de culpabilidad que experimenta después de haber acudido a misa y comulgar sin haberse confesado antes con el sacerdote. “Tuve que comulgar porque mi esposa estaba a un lado y se daría cuenta de que no estaba en sacramento”. La esposa es percibida como una figura de autoridad, imponente, temible; pero, por otro lado, como una persona buena, honesta y bondadosa.

A continuación, se presentará la tabla de secuencias clasificadas según el lenguaje erógeno del *consultante dos*. De manera horizontal (del uno al diez), se presentan las narrativas del consultante y de manera vertical (de arriba hacia abajo), la calificación de la secuencia de cada relato. En negritas, el lenguaje dominante de cada relato.

Tabla de calificaciones de lenguaje erógeno consultante número dos.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
FU	FU	O1	O2	O2	A2	O2	A2	FU	O2
FU	FU	FU	A1	A1	A2	O2	A2	A1	O2
A1	A2	O1	O2	O2	A2	A1	A2	O2	A1
A2		A1	A2		O2	O2	O2	O2	A1
		A2							A2

Tabla de promedio de lenguajes erógenos consultante número dos.

FU	O2	A1	A2	O1
6	13	8	11	2

Tabla 3. Elaboración propia para los fines de esta investigación (México, 2022).

En la siguiente tabla se muestra cada una de las narrativas; también se muestra qué tema se habló en cada una de ellas.

NARRATIVAS DEL CONSULTANTE	
	Habla de no entender a su mamá.
	Apatía/drogas.
	Autocontrol, esposa.
	Rechazo/esposa/culpabilidad.
	Habla de no entender a su mamá.
	Competencia con su hermano.
	Culpabilidad/ Irresponsabilidad.
	Culpabilidad / esposa.
	Culpabilidad.
	Rechazo / esposa.

Tabla 4. Elaboración propia a partir de las narrativas de los consultantes (German, 2022).

En la tabla anterior se puede observar que los temas más recurrentes en los relatos son: culpabilidad, la cual aparece en cuatro relatos; la esposa, quien es

mencionada cuatro veces en las narrativas; seguido por el rechazo, la madre y la apatía.

Pregunta 2: ¿Cuáles detonantes son los más importantes?

Persona 1

En el proceso del fenómeno suicida el Tormento Moral (A2) aparece justo antes de la ideación suicida o del intento suicida. Para este consultante, el “Tormento Moral” es una especie de invasión al cerebro que se apodera de sus pensamientos y poco a poco va conquistando las emociones hasta dominar el cuerpo; se podría decir que es uno de los principales detonadores.

Sin embargo, haciendo un análisis minucioso se descubre que hay un factor determinante antes del Tormento Moral (A2).

Se puede observar en el 60% de los relatos que el Tormento moral (A2) está acompañado de Violencia/Venganza (A1). La venganza (A1) en este consultante regularmente aparece como una forma de “defensa fallida” Para ejemplificar acerca de los detonantes más importantes se elaboró una tabla en la que se encuentra diez relatos obtenidos en el análisis (Tabla 5); en el recuadro central se observa de qué trata cada relato y por último, el lenguaje erótico dominante (Gráfica 2) y un fragmento de la secuencia dominante.

RELATO	Defensa / Dominante pautas A1 &A2
Peligro de un hombre Extraño,	A1 Venganza

<p>tentación para la pareja del consultante.</p>	<p>Mi corazón se acelera, me irrito imagino todo lo que puede suceder... y le digo "súper bien, que bueno que seas tan inteligente" para eso querías quitar el video.</p> <p>A2 Tormento Moral</p> <p>Mi corazón se acelera, me irrito; imagino todo lo que puede suceder... Y le digo: "Súper bien, qué bueno que seas tan inteligente, por eso querías quitar el video".</p>
<p>Competencia con el hermano (hombre) para ver quién es mejor en ajedrez (lucha es por la mamá).</p>	<p>A1 Venganza</p> <p>Dejé de jugar, me retiré.</p>
<p>Peligro de un hombre Su cuñado baja sin playera a la cocina. Es guapo, por lo que es mucha tentación.</p>	<p>A2 Tormento Moral</p> <p>Mis pensamientos me atacan, no podía dejar de ver lo que hacía mi novia, sabía que en cualquier momento iba a voltear a verlo; observaba cada movimiento de sus ojos, de su comportamiento, incluso intentaba ver si se ponía nerviosa; los pensamientos cada vez se hacían más intensos.</p> <p>A1 venganza</p> <p>Estaba esperando el momento para atacar.</p>
<p>Peligro de un hombre Extraño que carga en manos a un bebé y, por lo</p>	<p>A2 tormento moral</p> <p>Estuve observando lo que hacía, a donde miraba, como lo hacía, si sonreía, si coqueteaba, etc.</p> <p>A1 Venganza</p>

<p>tanto, atrae la atención de la pareja del consultante.</p>	<p>Hice una carta de despedida, preparé la tina, agarré el cuchillo y me corté.</p>
<p>Peligro de un hombre Doctor que revisaría el cuerpo de su pareja en consulta.</p>	<p>A1 venganza Cuando regreso le pregunte: ¿te tocó rico? ¿Porque ya sé que a eso venías?</p> <p>A2 Tormento Moral Después del pleito (venganza) me sentí culpable, sé que ella no quiere estar con otro, pero no puedo dejar de imaginármelo. Y es ahí donde me vienen esos pensamientos.</p>
<p>Peligro de un hombre Su papá se encierra en el cuarto a solas con su mamá.</p>	<p>A2 Tormento Moral No recuerdo lo que sentí, pero estaba desesperado, celoso, ansioso; como me sucede actualmente, mis pensamientos se descontrolan.</p> <p>A1 venganza Comencé a tocar la puerta y a gritar para que abrieran, no recuerdo con exactitud pero seguro eran celos, sentía mucho coraje.</p>
<p>Masturbación compulsiva</p>	<p>A2 tormento moral No puedo con esas sensaciones, soy un bicho muy raro.</p>
<p>Habla de no entender a su mamá</p>	<p>A2 Tormento Moral No entiendo por qué mi mamá hacía eso.</p>
<p>Peligro de un hombre El ex de su pareja.</p>	<p>A1 venganza Agarré las llaves y le dije que me iba a dormir a otro lado</p> <p>A2 Tormento Moral</p>

	Es ahí donde me llegan los pensamientos: no me voy a suicidar, pero lo pienso.
Apatía/drogas	A2 Tormento Moral La cabeza no me para, me dan miedo mis pensamientos; cada vez son más reales.

Tabla 5. Elaboración propia a partir de los relatos obtenidos en el análisis (GERMAN, 2022).

En seis ocasiones aparece la dupla de (A1) seguido de (A2), lo que nos muestra que la *persona uno* está tratando sus pulsiones de defensa a través de la violencia de una manera poco efectiva. Por lo contrario, está generando mayor malestar emocional al querer evitar mostrar afecto. Para explicar los detonantes suicidas en este consultante se creará una secuencia generalizada que explica cómo va viviendo la persona este proceso:

Comienza con una idea remota de un hombre “peligroso”: un fontanero, un médico, alguien que pasa por la calle, algún familiar, etcétera. Al sentirse invadido y tener la percepción de que puede ser atacado, su pulsión defensoría es esgrimir violencia en la mayoría de los casos u ofender al enemigo. Al no tener pretexto alguno, decide vengarse con su pareja.

Ejemplo:

Secuencia 3: A1. Estaba esperando el pretexto para atacar (hace referencia a que, si su pareja volteaba a ver a su cuñado, entonces podía ofenderla).

Secuencia 4: A1. Me paré y le dije “Eres una puta”, y me fui de la casa.

Secuencia 5: A1. ¿Te desnudaste? ¿Te tocó rico? Porque ya sé que sólo a eso venías.

Secuencia 9: A1. Me paré de la cama, agarré las llaves y le dije que me iría a dormir a la otra casa.

El “monstruo” ataca primero el pensamiento y se activa la *película pornográfica*, que él menciona con anterioridad. Una vez detectado el objeto peligroso (hombre) se activa la parte fisiológica: la temperatura se eleva en cuestión de segundos, la sudoración es excesiva, palpita el corazón a altas velocidades y después comienza a invadir las emociones. Sobrevienen sensaciones de poco control, tristeza, desesperación, enojo y termina con desesperanza cuando reconoce que la defensa no sólo no logró su objetivo, sino que lo empeoró. Para ejemplificar lo que sucede en el consultante se va a explicar a detalle lo que sucede en el relato número cuatro. En esta narración se observa con claridad cómo una idea se convierte en Tormento Moral y esto gatilla el intento suicida:

En la Tabla 5 se puede observar cómo el dominante que más aparece en los relatos es el **(A2), Tormento Moral**, seguido de **(O2), Valle de Lágrimas**. Esto nos da respuesta a la segunda pregunta planteada en el presente trabajo.

Persona 2

Para la persona *dos* hay dos lenguajes dominantes que son los principales detonadores del fenómeno suicida. Primero se encuentra el (A2) Tormento Moral, este lenguaje aparece a través de distintas situaciones.

- Miedo a su madre.
- Miedo a su esposa.
- Culpabilidad.
- Falta de sentido en la vida.
- A no ser reconocido.

El segundo lenguaje que está relacionado con los detonantes del fenómeno suicida es el (O2) Valle de Lágrimas, este se activa con dos factores que normalmente están acompañados de una defensa fallida y con la desesperanza de no tener una mejor defensa funcional ante estas situaciones:

- Tener la percepción de no comprender qué es lo que sucede.
- Cuando no acude a trabajar o pierde alguna cita importante.
- Culpabilidad.
- Irresponsabilidad.

Esto se puede ver reflejado en la siguiente tabla (número 6); en ella aparecen del uno al diez, las narrativas, el tema del que se habló en cada una y el lenguaje erógeno dominante de la secuencia.

	NARRATIVA	Dominante / Defensa pauta A1 & A2, O2
	Habla de no entender a su mamá	<p><i>A1 venganza</i> e igual me golpeaba</p> <p>A2 Tormento Moral Me quería esconder de ella todo el tiempo, me daba miedo lo que pudiera suceder.</p>
	Apatía/drogas	<p>A2 Tormento Moral No encuentro el sentido.</p>
	Autocontrol, esposa	<p><i>A1 venganza</i> Nos peleamos. Le dije cosas muy feas y le dije que me voy a ir a matar.</p> <p>A2 Tormento Moral No me gusta la realidad.</p>
	Rechazo/esposa <u>culpabilidad</u>	<p><i>A1 venganza</i> Espere el momento y cuando estaba sirviendo la licuadora la golpeé</p> <p>A2 Tormento Moral No podía más, tomé el carro y quería conducir en el tráfico y morir.</p>

	Habla de no entender a su mamá	<p><i>A1 venganza</i></p> <p>Por eso la ofendí de esa manera. (no sirves para nada, eres muy mala esposa, asexual, hipócrita)</p> <p>O2 Valle de Lágrimas</p> <p>No quiero vivir.</p>
	Competencia con su hermano	<p>A2 Tormento Moral</p> <p>No soporto que me gane.</p>
	Culpabilidad / Irresponsabilidad	<p><i>A1 venganza</i></p> <p>Quiero evitar la realidad y es la manera más sana de hacerlo.</p> <p>O2 Valle de Lágrimas</p> <p>Me quisiera quedar dormido, con ganas de ya no despertar.</p>
	Culpabilidad esposa	<p>A2 Tormento Moral</p> <p>Pierdo mucho más tiempo culpándome, que lo que me escondo.</p>
	Culpabilidad	<p><i>A1 venganza</i></p> <p>me sentí muy culpable, comencé a ver pornografía y me masturbé.</p> <p>O2 Valle de Lágrimas</p> <p>No puedo parar, me siento muy mal; estoy enojado con Dios, porque me deja sufrir tanto.</p>
	Rechazo/ <u>esposa</u>	<p><i>A1 venganza</i></p> <p>me sentí muy culpable, comencé a ver pornografía y me masturbé</p> <p>A2 Tormento Moral</p> <p>Me sentí culpable, me fui de casa; quería quitarme la vida.</p>

Tabla 6. Elaboración propia para los fines de esta investigación (GERMAN, 2022).

En las secuencias se puede observar que 70% de las narrativas están dominadas por el (A2) Tormento Moral, y el restante 30% por (O2), Valle de Lágrimas.

La dupla de violencia (A1) & (A2) tienen como consecuencia tormento moral se repite en cuatro narrativas de diez. (A1) & (O2) están presentes en tres de los diez discursos que hay. Por lo que el (A1) está presente en el 70% de las narrativas. Esto nos dice que la mayoría de las veces *la persona dos* está utilizando defensas a través de la violencia y no le están siendo útiles, al contrario, como resultado aparecen (A2) tormento moral y (O2) valle de lágrimas junto con el pensamiento suicida.

Secuencia 1

En la secuencia 1, al referirse a su mamá, dice: “Me quería esconder todo el tiempo, porque me daba miedo de lo que pudiera suceder”. Para el consultante es un Tormento Moral (A2), primero, porque no sabe qué respuesta obtendrá de su madre, pues bien puede ser un abrazo o palabras bonitas (que sería una expectativa e ilusión, misma que resultaría extraña, aunque podría suceder); Sin embargo, es más común, palabras de fracaso y (A1) violencia física y psicológica. En el deseo de tener una respuesta, pero normalmente obtener lo contrario radica el “Tormento Moral”, con frase como: “No la entiendo”, “No entiendo por qué conmigo es así”, “Me gustaría que fuera diferente”, “Me gustaría tener una mejor relación con ella”, etcétera.

Secuencia 4

En la secuencia 4 el consultante relata una escena en donde al sentirse rechazado por su pareja, espera el momento de la (A1) Venganza al golpear la licuadora de donde se estaba sirviendo agua, esto para provocar un daño material

y físico; al darse cuenta que lastimó a su esposa se siente culpable y aparece el (A2) Tormento Moral, diciéndose a sí mismo: “Soy muy malo”, “No puedo cambiar”, “Soy igual a mi mamá”, “Debería morir para no lastimar más a mi esposa”; y es ahí donde sobrevienen las ideas suicidas, de tomar el automóvil y dirigirlo directo al tráfico y buscar la muerte.

Para explicar cómo se detona el fenómeno suicida con el lenguaje (O2), Valle de Lágrimas, se utilizará la secuencia 8, donde se habla del miedo que tiene a ser “cachado” (descubierto) por su esposa cuando este se masturba. En la secuencia hace una reflexión donde se percata que perder el tiempo escondiéndose y culpándose, no lo lleva a ninguna acción positiva y es incapaz de ver un escenario donde pueda cambiar y dejar de ocultarse; Por el contrario, termina diciendo “Estoy cansado, quiero desaparecer” (O2) Valle de Lágrimas. Este término está relacionado con el cansancio y la desesperanza de no encontrar defensas funcionales, lo cual resulta en hacerle pensar que no tiene otra salida ante los obstáculos que se le van presentando.

Semejanzas y diferencias:

La pauta encontrada en ambas personas es el resultado más significativo. Podría decirse que en los dos casos las defensas fallidas son los detonantes del fenómeno suicida, ya sea ideación o intento. A continuación, se muestran los parámetros:

- En los relatos de los dos consultantes el lenguaje con mayor dominancia se encuentra en el A2, Tormento Moral.
- En ambos casos el disparador del A2 es el A1, la violencia en distintas formas.
- Las dos personas utilizan el A1 como pulsión de defensa.

- Ambos tienden a fracasar en las defensas; es decir, defensas fallidas poco funcionales, donde en vez de lograr el objetivo incrementan el daño y aumentan el A2.

Normalmente, el objeto de estas defensas son las parejas de los consultantes. Sin embargo, en los dos casos también aparecen (aunque con menor frecuencia) dos actantes más: la madre y el hermano mayor.

Apariciones generales:

Persona 1

FU	O2	A1	A2	O1	LI
9	13	9	11	6	2

Persona 2

FU	O2	A1	A2	O1
6	13	8	11	2

Dominantes y Defensas

Persona 1

70% tanto el dominante como la defensa usó la violencia, generalmente a manera de venganza (A1)

30% el consultante utilizó el tormento moral (A2)

Persona 2

El consultante empleó la violencia a manera de venganza (A1) con una frecuencia del 70% mientras que el 30% de las ocasiones utilizó el valle de lágrimas (O2) como defensa en lo que relató en las sesiones.

Dúos:

Persona 1

En el 60% de los relatos la venganza (A1) está acompañada de un tormento moral. (A2).

Persona 2

En el 40% de los relatos la venganza (A1) está acompañada de tormento moral (A2). y otro 40% de los relatos aparece la dupla venganza (A1) acompañada de valle de lágrimas (O2).

Otras observaciones:

Las personas solían consumir sustancias como cocaína, marihuana, LSD y, sobre todo, alcohol. En la actualidad acuden a sesiones grupales de Alcohólicos Anónimos (AA); además, suelen masturbarse de una manera compulsiva, en ocasiones mayor a cinco veces por día.

A la fecha tienen la percepción de no comprender las acciones de su madre. En el caso de la persona uno, esta falleció hace dos años, pero relata poco entendimiento con ella, particularmente durante la infancia. En el caso de la persona dos, mantiene una relación vía telefónica o por videollamada, ya que viven en países diferentes y la sensación que tenía de chico sigue siendo la misma: deseo y de defensa.

Discusiones.

Una de las principales discusiones que propone esta investigación, es el énfasis en la prevención social contra el suicidio. Hay estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que aseguran que entre el 80 y el 100% de los suicidios consumados, existía una enfermedad mental previa y que la mayoría de estos casos nunca visitó a un profesional de la salud (OMS, 2019). ¿Con

la información anterior, podríamos suponer que la gran mayoría de casos se podrían prevenir? La respuesta que se propone en este trabajo es positiva. Sin embargo, hay factores que impiden la detección temprana de los causantes del suicidio, entre éstos se encuentra el contexto social y económico de las personas con alguna enfermedad mental, pues no siempre pueden ser costeables para las personas. Otra de las posibles causas es la estigmatización sobre la psicoterapia y la manera en que es abordada, estas ideas alrededor de los procesos psicológicos emergen de la desinformación, provocando así, un temor al juicio externo o social. Como menciona Hernández & Villarreal, (2015) el suicidio es relevante y un tema de interés colectivo a pesar de su carácter individual, además, se considera un importante problema de salud pública en casi todas las regiones del mundo. A pesar de los múltiples programas que existen para prevenir el suicidio, sigue siendo un misterio por qué las personas orientadas a la vida tienen un comportamiento autodestructivo.

Según Maldavsky, el suicidio es una expresión extrema y compleja de sufrimiento mental que implica múltiples factores, tanto internos como externos. En su libro "El desafío suicida" (2006), destaca la importancia de comprender los procesos psicológicos que llevan a una persona a considerar el suicidio, así como las diferentes formas en que éste puede manifestarse.

En su trabajo, Maldavsky también se enfoca en los factores socioculturales que influyen en el suicidio. En su libro "Suicidio y cultura" (1997), analiza cómo las diferencias culturales pueden afectar la percepción y la prevención del suicidio en distintas sociedades.

En resumen, la perspectiva de Maldavsky sobre el fenómeno suicida entiende que este es un problema complejo, que debe abordarse desde diferentes ámbitos, incluyendo el psicológico, el social y el cultural.

Como menciona Santiago, (2020) los diversos enfoques culturales sobre el suicidio y sus asociaciones con la salud y la enfermedad tienen sus raíces en la forma en la conceptualizaron del fenómeno que pueden tener los consultantes y la manera en que los terapeutas abordan la situación. Lo anterior nos habla de dos procesos que deben de ser unificados para crear una solución: el primero emerge del consultante, la decisión y la apertura (a pesar del malestar emocional por el que puede estar pasando) por tomar terapia e iniciar un proceso para continuar su vida. El segundo, y el que esta investigación toma como el factor determinante, depende del terapeuta y la manera en que decide tratar el caso; es decir, además de contar con la preparación y práctica clínica para poder intervenir en situaciones de vida o muerte, dando sentido a criterios psicopatológicos, de prevención y de tratamiento, así como el tacto para poder ayudar al consultante. Si no se llegara a contar con las herramientas educativas suficientes, podría ser perjudicial, para la vida de la persona, así como de su estabilidad emocional, por lo que es importante recordar que se están manejando vidas humanas, el papel de la práctica ética también es fundamental para poder manejar las situaciones, de no ser posible hacerlo, tener la capacidad de canalizar al paciente a un centro de ayuda o a otro especialista.

El suicidio es un tema cada vez más relevante por el inexplicable y peligroso incremento, para algunos sigue siendo un estigma y pese a nuestra sociedad en pleno siglo XXI, presenta diferentes interpretaciones, manejos y conceptualizaciones según lo plasmado por los autores. Según Barrero, (1999), después de que se haya determinado el motivo del intento de suicidio, el terapeuta debe continuar escuchando al paciente con paciencia y sensibilidad y permanecer cerca de él, haciéndolo sentir que es aceptado. Es crucial que el paciente se de cuenta, si su estado mental se lo permite, que esta vida es suya y que nadie debe cuidarla mejor que él. Como tal, el papel del psicoterapeuta es tratar de asistirlo, es decir, colaborar por la oportunidad de vivir.

Con base en lo que se ha venido planteado, Echeburúa, (2015) propone, independientemente del tratamiento psicológico utilizado, la promoción de la formación de una fuerte alianza terapéutica entre el paciente y el terapeuta. Esto es parte fundamental para el proceso, pues, además de contar con el apoyo del entorno para que los objetivos del tratamiento puedan centrarse en la introspección, impulsa al mejoramiento emocional del paciente. A la par, es necesario desentrañar caso por caso para identificar el detonante del daño, pensamientos suicidas, desesperación o comportamiento suicida que sigue habitando en él. Según el autor los pacientes con un seguimiento terapéutico como el TLP, la terapia conductual-dialéctica y las sesiones individuales de terapia cognitivo-conductual son las que tienen mayor apoyo empírico. Además, se ha demostrado que la terapia interpersonal es útil para los adultos que exhiben un comportamiento suicida, las personas mayores de 60 años que están deprimidas y tienen pensamientos suicidas y los adolescentes que corren el riesgo de suicidarse. Sin importar la corriente terapéutica que se tome, es importante dar seguimiento a las emociones negativas que se van desarrollando a lo largo de la vida para poder mantenerse en equilibrio.

Derivado de lo que se ha presentado, otro autor que refuerza el argumento de la preparación del psicoterapeuta, la intervención temprana y de la relación entre el psicoterapeuta y el paciente, es López & López, (2015), quien expone que el fenómeno del suicidio es una realidad compleja que ha sido analizada desde muy diversos ángulos y disciplinas. En muchos estudios, se ha implicado como una actividad asociada con enfermedades y trastornos tanto mentales como psiquiátricos asociados con ciertos factores sociodemográficos y culturales. Algunos enfatizan aspectos epidemiológicos o intentan identificar variables clave para explicarlo y prevenirlo.

Continuando con lo anterior, los significados que atribuyen al suicidio también actúan como símbolos que nos permiten pensar y desarrollar emociones en las relaciones interpersonales (Meltzer & Harris, 1990). Los psicoterapeutas utilizan el

significado para comprender la dinámica psicológica de la conducta suicida en cada uno de sus pacientes para que, a través de la transferencia y la contratransferencia puedan brindarles la capacidad de conectar otras conexiones, con base en su formación teórica, esto a veces no es suficiente. Unzueta, (2017), señala que trabajar con este tipo de pacientes significa que tienen una mayor necesidad y por lo tanto, una mayor disponibilidad y presencia de psicoterapeutas.

Finalmente, además de la incertidumbre de cualquier proceso terapéutico, se ha demostrado que una persona que vive más intensamente con estos pacientes experimenta una amplia gama de influencias provenientes de la persona con tendencias suicidas, así los psicoterapeutas infunden esta interacción para lograr una unificación entre el paciente y las personas de su entorno, demostrando así, el apoyo. Unzueta, (2017), con tales pacientes, no es suficiente que el terapeuta haga el trabajo y permanezca en el rol, debe proporcionar más presencia, escucha empática y accesibilidad, y mucho trabajo interno. En otras palabras, deben examinar y observar constantemente la introspección como un medio de autocontrol, pero también como una ayuda para sus pacientes.

Conclusiones.

Como se puede observar en los resultados más allá de que en ambos casos exponen tendencias en el lenguaje de las personas, hay mucha variedad de posibilidades relacionadas al fenómeno suicida. Sería irresponsable decir que en este trabajo se descubrió una respuesta lineal que tenga como resultado el intento o ideación suicida en personas.

Las diversas maneras de abordar el suicidio en cada consultante dependen mucho de la situación cultural y la forma en que esta influye con la salud y la patología de las personas. Se encuentran arraigados en la manera de concebir este fenómeno en los individuos y el seguimiento terapéutico.

A pesar de que los detonantes del intento suicida no son lineales hay dos factores que vale la pena resaltar: el primero es aquél en donde las defensas fallidas con el paso del tiempo van “cansando” a las personas por los resultados que obtienen de éstas, además pareciera que ese cansancio despierta la ideación suicida. Según el psicoanálisis, el suicidio puede ser visto como una expresión de las defensas fallidas del individuo. Estas defensas son mecanismos mentales que utilizamos para protegernos de emociones dolorosas o situaciones difíciles. En algunos casos, las defensas pueden fallar es decir ya no cumplir con el propósito de proteger al individuo emocionalmente, y con ello puede sentirse abrumado por las emociones y sensaciones difíciles de manejar, como la ansiedad, la soledad, el estrés e incluso, la depresión. En lugar de buscar ayuda o encontrar una forma de aliviar estas emociones, el individuo puede optar por el suicidio como una forma de escape.

El segundo punto para resaltar es que, en todos los casos de intento suicida, siempre se presentó la **venganza (A1) & tormento moral (A2) ó valle de lágrimas (O2)** como parte del lenguaje anterior al intento. El suicidio fenómeno suicida es complejo y puede tener múltiples, detonadores, causas y motivaciones, por lo que es difícil hacer generalizaciones. Sin embargo, desde una perspectiva psicoanalítica, se entiende el fenómeno suicida como una forma de escape de un dolor emocional intolerable y como un conflicto interno que involucra impulsos autodestructivos, pero también de auto venganza y control sobre los demás.

En relación a los relatos específicamente con la madre en relación con la violencia, madre e hijo, el psicoanálisis podría abordarlo como una dinámica disfuncional entre dos individuos que se encuentran atrapados en patrones de conducta que se retroalimentan mutuamente. Generalmente se parte de la premisa de que toda relación humana se establece a partir de un vínculo afectivo y que éste se desarrolla a lo largo del tiempo a través de la interacción, la comunicación y las experiencias compartidas.

Las defensas fallidas toman fuerza en el sentido que además de que en el presente estudio evidenciaron la importancia o mejor dicho la gravedad al ser un “posible detonante” al fenómeno suicida ya lo decía Freud (1910) en sus obras completas, donde argumentó que el suicidio puede ser una forma de expresión de la agresión que se dirige hacia uno mismo en lugar de hacia los demás. Esta agresión puede ser el resultado de una falla en la represión de las pulsiones agresivas; o Kernberg (1975) quien propuso que el suicidio puede ser la culminación de una secuencia de defensas fallidas, incluyendo la negación, la represión y la idealización. Estas defensas son utilizadas por el individuo para evitar el dolor emocional y la ansiedad asociados con el enfrentamiento de emociones negativas.

El presente trabajo da cuenta de distintos lenguajes erógenos que detonan el fenómeno suicida, esto podría ayudar a identificar el riesgo suicida sobre todo si las personas están acudiendo a psicoterapia. El análisis de discurso utilizado en esta investigación fue el Algoritmo de David Lieberman (ADL), el cual es una forma útil de tener un análisis, para este caso, enfocado a los detonantes del suicidio.

A raíz de esta investigación, resulta preocupante que a pesar de la extensa información sobre el suicidio y su intervención. De aquí la importancia en analizar la historia y la lógica de los conceptos que usamos en psicología, en el seguimiento y su tratamiento oportuno. Es importante seguir considerando la tarea de un refinamiento conceptual y teórico para seguir el camino correcto al momento de abordar los problemas fundamentales asociados con la conducta suicida en los consultantes de la psicoterapia.

Habría que decir que derivado de esta investigación también se localizó desde lo teórico y la práctico que el suicidio está rodeado de una atmósfera de silencio y temor por los efectos y consecuencias sociales. Puede dificultar la acción preventiva con las ideas religiosas, morales y todo aquello que circunda su entorno. Es importante mencionar que las personas que se han suicidado en ocasiones han

informado o advertido previamente de una forma u otra de la posibilidad de suicidio, por lo que se debe estar alerta y reconocer la gravedad del asunto para poder observar los mensajes muchas veces claros, de las personas con riesgo suicida y no tomarlo a la ligera.

Hay ciertos desafíos relevantes en el marco de la investigación que se ha realizado, entre estos resaltan los detonantes del fenómeno suicida en un caso de psicoterapia, en donde se sugiere realizar son lo siguiente: identificar personas con ideación e intento suicidas para evitar el riesgo y evaluar de manera correcta el peligro de suicidio con herramientas diagnósticas. Lo anterior con el fin de motivar al psicoterapeuta a tener tácticas apropiadas de participación e intervención constante.

Con base a la investigación narrativa y la recolección de datos que se ha realizado, se propone diseñar programas específicos para identificar aquellas personas con ideación o detonantes suicidas. Asimismo, se tiene que poner en funcionamiento medidas dirigidas a los individuos más vulnerables, para minimizar los componentes de riesgo, como son abuso de alcohol y drogas, exclusión social, depresión y estrés; seguido de programas educativos, psicológicos de tipo preventivo, para familiares de individuos que han cometido un intento de suicidio.

Los pensamientos y acciones suicidas son multifactoriales, las tasas de suicidio están aumentando en todos los países del mundo, particularmente entre niños y adultos jóvenes, como se ha establecido en la investigación. Lo anterior afecta al núcleo de la familia y su contexto.

Como se observa en la narrativa de los resultados, las personas con ideación suicida presentan detonantes muy diversos. Desde lo que se muestra en sus narraciones, no tienen las herramientas necesarias para resolver los problemas y, por ende, son más vulnerables a presentar este fenómeno. Es por ello que, el

suicidio posee diversas consecuencias culturales, políticas, religiosas y económicas, además, es un proceso que se inicia con defensas fallidas, mismas que detonan en pensamientos suicidas y de ahí surgen diferentes detonantes y el intento suicida en un importante factor de riesgo que puede terminar en un suicidio definitivo. Todo esto depende de los estilos de crianza, los vínculos y los diferentes roles familiares que son importantes y estas relaciones pueden dar sentido a sus vidas, o viceversa, lo que lleva al comportamiento suicida, según sea el caso.

Resumen

El texto aborda el tema del suicidio, recorriendo la historia, creencias, tabues, estadísticas a nivel nacional e información a nivel mundial así mismo explorando las narrativas de dos consultantes sobre los detonantes de este fenómeno.

El estudio tiene relevancia y pertinencia para la prevención del suicidio, beneficiando a profesionales de la salud mental y a la sociedad en general. Los objetivos del trabajo incluyen ampliar el conocimiento sobre el suicidio y generar un entendimiento integral de los pacientes con esta problemática.

Se revisa el estado del arte sobre la ideación y el intento suicida a nivel global y en México, respaldando los argumentos presentados. Se aborda un marco teórico que incluye conceptos clave relacionados con el suicidio, la psicoterapia con pacientes suicidas, la identificación de causas y detonantes de conductas suicidas, entre otros.

En el estudio se utilizó la metodología cualitativa , junto con el Algoritmo de David Liberman para el análisis de las narrativas de los consultantes con ideación suicida.

El TOG invita al lector a adoptar una postura crítica y analítica sobre el problema del suicidio, utilizando los relatos de dos consultantes y los resultados

del análisis para comprender mejor las posibles causas del suicidio. Las conclusiones se basan en el análisis e interpretación de los datos recopilados, y se discuten los hallazgos del estudio en comparación con otros autores para profundizar en los resultados obtenidos.

El texto aborda la complejidad del fenómeno suicida, destacando que no existe una respuesta lineal que explique la ideación o el intento suicida en las personas. Se enfatiza que las formas de abordar el suicidio varían según la cultura y su influencia en la salud y la patología de los individuos, así como en el seguimiento terapéutico.

Se mencionan dos factores importantes relacionados con el intento suicida: el agotamiento de las defensas fallidas que lleva a la ideación suicida, y la presencia de sentimientos de venganza y tormento moral antes del intento. Se discute cómo el suicidio puede ser visto como una expresión de defensas mentales fallidas y como un medio de escape ante el dolor emocional intolerable.

El texto destaca la importancia de identificar los posibles detonantes del suicidio a través del análisis del discurso de los consultantes en psicoterapia. Se resalta la necesidad de un refinamiento conceptual y teórico para abordar adecuadamente los problemas asociados con la conducta suicida en la terapia.

Se sugiere diseñar programas específicos para identificar personas con ideación o detonantes suicidas, así como implementar medidas dirigidas a los individuos más vulnerables para minimizar los riesgos. Se menciona que los pensamientos y acciones suicidas son multifactoriales y que las tasas de suicidio están aumentando en todo el mundo, especialmente entre los jóvenes, lo que afecta a las familias y a la sociedad en general.

El texto destaca la complejidad y las diversas causas del suicidio, así como la importancia de abordar adecuadamente este tema en la psicoterapia y en la

prevención. Se resalta la necesidad de identificar y comprender los detonantes del suicidio para intervenir de manera efectiva y prevenir tragedias.

Bibliografía

- Bahamón, M., & García, C. (2017). Teoría cognitiva y teoría interpersonal psicológica del comportamiento suicida. *Debates Emergentes En Psicología*, 43–53.
<https://hemeroteca.unad.edu.co/index.php/book/article/download/2521/2616/>
- Barrero, S. A. P. (1999). EL suicidio, comportamiento y prevención. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(2), 196–217.
http://www.san.gva.es/documents/156344/6939818/Plan+prevención+de+suicidio_WEB_CAS.pdf
- Barthes, R. (2002). Introducción al análisis estructural de los relatos. *Niccolini, Silvia (Comp). 1977. El Análisis Estructural. Editor de América Latina, Buenos Aires.*, 1–56. papers3://publication/uuid/E2F9BE97-1F67-4FF6-8670-BE5F65F57945
- Bermúdez, R. A., & Torres, J. M. (2013). Comprensión del suicidio desde la perspectiva del psicoanálisis de orientación lacaniana. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 4(1), 60–82.
- Callirgos, X. U. (2017). Significados sobre el suicidio en un grupo de psicoterapeutas psicoanalíticos. *Pensamiento Psicológico*, 16(1), 69–81.
<https://doi.org/10.11144/javerianacali.ppsi16-1.ssgp>
- Cañon, S., & Carmona, J. (2018). Revisión Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. *Revision*, diciembre.
- Céspedes, J. P. V. (2015). *Estudio exploratorio-descriptivo respecto a adolescentes entre 11 y 17 años involucradas en conductas abusivas de carácter sexual*.
http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/136335/TESIS_FINAL_VERSION_DIGITAL_BIBLIO_06.07.2015.pdf?sequence=1
- Chaves, C. R. (2005). La categorización un aspecto crucial en la investigación

- cualitativa. *Materia Japan*, 44(1), 24–31. <https://doi.org/10.2320/materia.44.24>
- Contreras, C., Gutiérrez, A., & Orozco, R. (2006). El suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental*, 29(5), 66–74.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252006000500066&lng=es&nrm=iso&tlng=es%0Ahttp://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v29n5/0185-3325-sm-29-05-66.pdf
- CSU. (2018). *Vivir es la salida. Plan de prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida*.
http://www.san.gva.es/documents/156344/6939818/Plan+prevención+de+suicidio_WEB_CAS.pdf
- Echávarri, O., González, A., Krause, M., Tomicic, A., Pérez, C., Dagnino, P., Parra, G. De, Valdés, N., Altimir, C., Vilches, O., Strasser, K., Ramírez, I., & Reyes, L. (2009). Estudiadas a través de los Indicadores. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVIII(1), 2009.
<https://www.redalyc.org/pdf/2819/281921800001.pdf>
- Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia Psicológica*, 33(2), 117–126. <https://doi.org/10.4067/s0718-48082015000200006>
- Ferreira, L. E. (2017). Suicidios y Freud: Conceptualizaciones Sobre el Suicidio en Ensayos. *Anuario De Investigaciones*, 3, 488–506.
www.revistas.unc.edu.ar/index.php/aifp
- Freud, S. (1910). El sentido de los síntomas. *Obras Completas*, 9, 125-143.
- Garza Sánchez, R. I., Castro Saucedo, L. K., & Calderón García, S. A. (2020). Estructura familiar, ideación suicida y desesperanza en el adolescente. *Psicología Desde El Caribe*, 36(2), 228–247.
<https://doi.org/10.14482/psdc.36.2.616.8>
- Germano, Z. (2012). *Algoritmo David Liberman (ADL) como método de investigación psicoanalítica en el análisis del discurso*. 1–16.
<https://racimo.usal.edu.ar/4517/1/691-4006-2-PB.pdf>
- González, M. O. (2018). Comportamiento Suicida. Reflexiones críticas para su

- estudio desde un sistema psicológico. In *Comportamiento Suicida. Reflexiones críticas para su estudio desde un sistema psicológico*.
<https://doi.org/10.29410/qtp.18.05>
- González Sepúlveda, P. C., Medina Pérez, Ó. A., & Ortiz Valencia, J. C. (2016). Riesgo suicida y factores asociados en estudiantes de Psicología en una Universidad pública de Colombia. *Revista Habanera de Ciencias Medicas*, 15(1), 136–146. <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85025638134&partnerID=40&md5=c7e3cdbcce27ad9aa7bb1f6c2793f0e55>
- Guzmán, A. M. M. (2020). *Instituto Tecnológico Y De Estudios Superiores De Occidente Maestro En Administración*. 2016, 1–77.
[https://rei.iteso.mx/bitstream/handle/11117/6166/Aurora Moreno - archivo final_FINAL_REI.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://rei.iteso.mx/bitstream/handle/11117/6166/Aurora%20Moreno%20-%20archivo%20final_FINAL_REI.pdf?sequence=2&isAllowed=y)
- Hernández, P. A. S., & Villarreal, R. E. C. (2015). Algunas especificidades en torno a la conducta suicida. *Medisan*, 19(8), 1051–1058.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=368445178014>
- Hernández, P., & Villarreal, R. (2015). Algunas especificidades entorno a la conducta suicida. *Medisan*, 19(8), 1051–1058.
<http://scielo.sld.cu/pdf/san/v19n8/san14198.pdf>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (5a ed). McGraw-Hill.
- Hoyos, A. D. B. (2008). Panorama Actual Del Suicidio: Análisis Psicológico Y Psicoanalítico Current Overview of Suicide: Psychological and Psychoanalytical Analysis Introducción. *International Journal of Psychological*, 1(2), 53–63. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=299023508007%0ACómo>
- Johansson, P. (2014). Nenomamictiliztli. El suicidio en el mundo náhuatl prehispánico. *Estudios de Cultura Nahuatl*, 47, 53–119.
- Kernberg, O. F. (1975) Borderline conditions and pathological narcissism
- López, T. M., & López, A. M. I. (2015). *Fenómeno suicida. Un acercamiento transdisciplinar*. <https://www.telefonocontraelsuicidio.org/wp-content/uploads/2020/10/Fenomeno-Suicida-Un-Acercamiento->

Transdisciplinar.pdf

Maldavsky, D. (2013). *ADL algoritmo David Liberman. Un instrumento para evaluación de los deseos y las defensas en el discurso.* (p. 120). Paidós SAICF.

Maldavsky, D. (2009). *Diagnóstico de un paciente con una adicción, una tentativa suicida y estallidos graves de violencia. Una aplicación del algoritmo David Liberman (ADL), a una entrevista clínica.* 1425, 90–143.

Maldavsky, D. (2006). *El desafío suicida.* Buenos Aires: Paidós.

Maldavsky, D. (2005). *La investigación sistemática en Psicología y Ciencias Sociales desde la perspectiva de la subjetividad. Subjetividad y procesos cognitivos.* 7, 161–178. <https://www.redalyc.org/pdf/3396/339630246008.pdf>
http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/514/El_algoritmo_D.Liberman_Kazez.pdf?sequence=1

Maldavsky, D. (2015). *Estudio de algunos factores contribuyentes al desarrollo de perturbaciones psicosomáticas.* December.

Maldavsky, D. (1997). *Suicidio y cultura.* Buenos Aires: Paidós.

Marbán, R. C. (2017). Revisión histórica de las teorías psicodinámicas explicativas de los trastornos de ansiedad. *Norte de Salud Mental*, 15(57), 127–141.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6381269>

Medina, M. E. M., Real, T., Villatoro, J., & Natera, G. (2013). *Las drogas y la salud pública: ¿hacia dónde vamos?* 55(1), 67–73.
<https://scielosp.org/pdf/spm/2013.v55n1/67-73/es>

Mejía, E. E. C., & Osorio, N. I. (2016). *Intervención Cognitiva Conductual en el abordaje terapéutico en la depresión como factor de riesgo en el suicidio de adolescentes.* 4(1), 1–23.

<https://repositorio.ucp.edu.co/bitstream/10785/3298/1/DDEPCEPNA21>

Morfín, T. L. (2016). *Suicidio y Psicología Cultural.*

<http://hdl.handle.net/11117/3811%0AEste>

Muñoz Razo, C. (2011). *Cómo elaborar y asesorar una investigación de tesis.* Prentice Hall.

- OMS. (2019). *Debates reales para líderes globales. Guía de estudio. 2001*, 1–26.
<http://www.monografias.com/trabajos97/crecimiento-y-desarrollo-del-adolescente/crecimiento-y-desarrollo-del-adolescente2.shtml>
- OMS. (2021). *Suicidio*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Parra, J. A. C. (2012). El suicidio: un enfoque psicosocial. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 3(2), 129–152. <https://doi.org/10.21501/22161201.893>
<https://historicas.unam.mx/publicaciones/revistas/nahuatl/pdf/ecn47/960.pdf>
- Peñafiel, E. (2009). Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en adolescentes. *Pulso*, 32, 147–173.
<http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3130577.pdf>
- Pérez, V. M. (2016). Conducta Suicida. Protocolo De Intervención. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología.*, 2(1), 233. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2016.n1.v2.298>
- Rivera, G. A. (2015). *Suicidio: Consideraciones históricas*. (pp. 91–97). chrome-extension://dagcmkpagjlhakfdhnbomgmjdpkdklff/enhanced-reader.html?openApp&pdf=http%3A%2F%2Fwww.scielo.org.bo%2Fpdf%2Frmcm1p%2Fv21n2%2Fv21n2_a12.pdf
- Robles, J. I. S., Acinas, M. P. A., & Iñido, J. L. P. G. (2015). *Estrategias de intervención psicológica en la conducta suicida*. 253.
[http://www.untumbes.edu.pe/vcs/biblioteca/document/varioslibros/0411.Estrategias de intervención psicológica en la conducta suicida.pdf](http://www.untumbes.edu.pe/vcs/biblioteca/document/varioslibros/0411.Estrategias%20de%20intervenci%C3%B3n%20psicol%C3%B3gica%20en%20la%20conducta%20suicida.pdf)
- Romero, H., Romero, L., & Arellano, J. (2017). La infidelidad femenina como producto de la violencia intrafamiliar. *Anales de La Facultad de Medicina*, 78(2), 51. <https://doi.org/10.15381/anales.v78i2.13198>
- Santiago, V. M. S. (2020). El trabajo con pacientes suicidas desde la perspectiva del psicoterapeuta. *Estudios Sobre Las Culturas Comtemporáneas*, XXVI(51).
<https://www.redalyc.org/journal/316/31662848008/31662848008.pdf>
- Souza, M. (2014). *Las adicciones en México : una visión terapéutica de sus mitos y metas*. 57, 15–24. <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2014/un142c.pdf>

- UNICEF. (2017). Comunicación, Infancia Y Adolescencia. Guía Para Periodistas Perspectiva De Género. *Unicef*, 75–116.
https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org.argentina/files/2018-04/COM-1_PerspectivaGenero_WEB.pdf
- Unzueta, X. C. (2017). Significados sobre el suicidio en un grupo de psicoterapeutas psicoanalíticos. *Pensamiento Psicológico*, 16(1).
<https://doi.org/10.11144/javerianacali.ppsi16-1.ssgp>
- Valdés, A. J. I., Vento, C. A. L., Hernández, D. M., Álvarez, A. E. G., & Díaz, G. P. (2018). Artículo de revisión. *UMP*, 14(2), 168–183.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revunimedpin/ump-2018/ump182j.pdf>
- Vargas, H. B., & Saavedra, J. E. (2013). Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes. *Revista de Neuro-Psiquiatria*, 75(1), 19.
<https://doi.org/10.20453/rnp.v75i1.153>

Anexos.

EJEMPLOS DE LLENADOS EN EXCE

calificacion narrativas J



	A	B	C	D	E
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7	fu	rutina pesim	1	con mi mama no se sabia	
8	fu	desafio rutin	2	podia hacer algo bueno o algo malo y era lo mismo	
9	a1	violencia	3	e igual me golpeaba	
10	a2	tormento mx	4	Me queria esconder de ella todo el tiempo, me daba miedo lo que podia suceder.	14 de sep 2021
11					
12	fu	desafio rutin	1	tengo años que no consumo.	
13	fu	rutina pesim	2	pero me siento aburrido	
14	a2	tormento mx	3	no encuentro sentido	17 de agosto 2021
15					
16	O1	deseo cognit	1	mencione que nos vendria bien tener mejores trabajos.	
17	fu	encuentro cc	2	elle menciona que yo siempre tengo los mejores trabajos	
18	o1	acceso a una	3	yo le dije que deberia practicar mas el ingles	
19	a1	venganza	4	nos peleamos le dije cosas muy feas y le dije que me voy a ir a matar	
20	a2	tormento mx	5	me senti culpable por todo lo que le dije, no me gusta la realidad	
21					
22	o2	valle de lagri	1	me senti rechazado	
23	a1	venganza	2	espere el momento y cuando estaba sirviendo la licuadora la golpe	
24	o2	valle de lagri	3	ella comenzo a llorar	
25	a2	tormento mx	4	no podia mas, Salli con el carro y queria solo dejarme ir al trafico y morir	
26					
27					
28	o2	valle de lagri	1	estaba muy vulnerable por lo que habia dicho el lunes	
29	a1	venganza	2	por eso la ofendi de esa manera.	
30	o2	valle de lagri	3	estoy cansado, no quiero vivir	
31					
32					
33	a2	condena soc	1	compito con mi hermano, no por dinero porque yo no soy abaro	
34	a2	reconocimie	2	pero compito por prestigio, yo quiero ser reconocido	
35	a2	tormento mx	3	no soporto que me gane.	
36	o2	valle de lagri	4	me dan ganas de morir	
37					
38					
39	o2	pecado	1	me quede dormido en horario de trabajo	
40	a2	tormento mx	2	me da mucha culpabilidad	
41	a1	venganza	3	quiero evitar la realidad es la manera mas zana de a hacerlo	
42	o2	valle de lagri	4	me quisiera quedar dormido y no despertar	ganancia de goice por la intuicion organica
43					
44	a2	condena soc	1	si me cachan algo malo va a pasar	
45	a2	tormento mx	2	vivo escondiendome hasta de mi mismo	
46	a2	tormento mx	3	pierdo mas tiempo culpandome que escondiendome	
47	o2	valle de lagri	4	quiero desaparecer	
48					
49					
50					
51	fu	rutina pesim	1	desperte y me di cuenta que habia perdido una reunion importante	
52	a1	venganza	2	me senti muy culpable, comence a ver pornografia y me masturbe	
53	o2	pecado	3	me senti muy culpable y me volvi a masturbar (hasta 5 veces)	
54	o2	valle de lagri	4	no puedo parar me siento muy mal, estoy enojado con dios, no entiendo porque me deja sufrir tanto.	
55					
56					
57	o2	paraiso	1	estabamos en la cocina, e intente bailar con ella	
58	o2	expulsion de	2	cundo la agarra de la cintura ella me rechazo	
59	a1	deseo justici	3	me dio mucho coraje, me hervia la sangre	
60	a1	venganza	4	avente un plato, queria venganza, ella comenzo a llorar	
61	a2	tormento mx	5	me senti culpable, me fui de la casa... queria quitarme la vida.	
62					
63					

primera
fu

calificacion narrativas J



#	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
1												
2	FU	rutina				1						
3	o2	tentacion				2						
4	O2	tentacion				3						
5	A1	verganza				4						
6	A2	tormento m				5						
7												
8												
9	o2	paralisis				1						
10	o1	paz cognitivo				2						
11	o1	perdida de la				3						
12	a1	se siento hum				4						
13	A1	Venganza				5						
14												
15												
16												
17												
18	FU	rutina				1						
19	o2	tentacion				2						
20	A2	tormento m				3						
21	A1	verganza				4						
22												
23												
24												
25	o2	tentacion				1						
26	O2	tentacion				2						
27	A2	tormento m				3						
28	A1	verganza				4						
29	A1	verganza				5						
30												
31												
32	o2	tentacion				1						
33	A2	tormento m				2						
34	A1	verganza				4						
35	A2	tormento m				5						
36												
37												
38												
39	FU	rutina				1						
40	o2	tentacion				2						
41	A2	tormento m				3						
42	A1	verganza				4						
43	li	equilibrio de				5						
44												
45												
46												
47	FU	rutina pasim				1						
48	o2	pasado				2						
49	FU	rutina pasim				3						
50	li	equilibrio de				4						
51	A2	tormento m				5						
52												
53												
54												
55	FU	rutina				1						
56	FU	rutina pasim				3						
57	A2	Tormento m				4						
58	A2	Tormento m				5						
59												
60												
61	o2	tentacion				1						
62	o2	reparacion				2						
63	o2	reparacion				3						
64	A1	a1 verganza				4						
65	A2	a2 tormento				5						
66												
67												
68												
69	FU	rutina				1						
70	FU	rutina pasim				2						
71	o2	expulsion de				3						
72	A2	tormento m				4						
73												
74												
75												
76												
77												
78												
79												

AVISO DE PRIVACIDAD

AVISO DE PRIVACIDAD-PSICOTERAPIA PROYECTO PRESENCIA

Tlaquepaque; Jal. a _____ de 2021

GERMAN GAMEZ SAINZ

Presente

Por medio de la presente expreso mi consentimiento y le doy mi autorización para que se video/audio grabe lo que platicamos en las sesiones de psicoterapia y que esta información sea vista, escuchada y comentada con los maestros y sus compañeros de clases de la Maestría en Psicoterapia, en el ITESO.

Entiendo que el propósito de compartir esta información es la mejora continua de la atención brindada y además que usted pueda recibir sugerencias que le ayuden a aprender y a avanzar en su formación como psicoterapeuta.

Entiendo también, que la información sobre mis sesiones será tratada con respeto y en un marco de anonimato y confidencialidad que restringe el uso de la información al proceso de formación e investigación; y que tanto sus maestros como los compañeros de clase asumen también este compromiso.

Estoy informado(a) de que en cualquier momento puedo modificar esta decisión y notificársela. Y, en ese caso, usted dejaría de audio/video grabar y comentar con sus maestros y compañeros lo platicado en mis sesiones de psicoterapia.

AVISO DE PRIVACIDAD

ITESO, a través del Proyecto Presencia de la Maestría en Psicoterapia recabó tus datos personales y personales sensibles como consultante del servicio de psicoterapia proporcionado por los alumnos de este programa educativo, con el fin de abrir un expediente de tu caso para llevar un adecuado seguimiento del proceso de psicoterapia; grabar mediante audio y video las conversaciones de las sesiones de psicoterapia en las que se participa, ver, escuchar y comentar la información audio-video grabada con los alumnos compañeros y los profesores de la Maestría en Psicoterapia, en el ITESO.

Estos datos personales y personales sensibles serán resguardados en los archivos (físicos y electrónicos) que se encuentran en el Departamento de Psicología, Educación y Salud o en el Centro Polanco del ITESO. La información que se utilice para la supervisión de los casos será tratada en forma confidencial y anónima.

Derechos ARCO:

El ITESO, por conducto de la Coordinación de la Maestría en Psicoterapia, te informa que, acepta iniciar, desarrollar y concluir las sesiones de psicoterapia que hemos convenido. El ITESO te informa y notifica que el total o partes de dichas sesiones serán video/audio-grabadas con fines profesionales y educativos. El ITESO asume que tales video/audio-grabaciones, contienen datos personales y personales sensibles, cuyo titular es quién como consultante, suscribe este convenio. Asimismo, el ITESO te informa y notifica que conforme a la ley de la materia en vigor, tienes el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición (Derechos ARCO), respecto de tus datos personales y personales sensibles contenidos en dicho video/audio-grabación, y en caso que desees ejercerlos, serás atendido en la oficina de la Directora del Departamento de Psicología, Educación y Salud, por la señorita AURORA RODRIGUEZ, en horas hábiles y conforme a las prevenciones y requisitos establecidos en el Capítulo IV de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares en vigor. (Teléfono 3669 3451).

Por otra parte, quien suscribe, consultante y receptor de los servicios de psicoterapia que prestará el ITESO por medio de la Maestría en Psicoterapia, declaro conocer, en todos sus términos, en particular sobre los derechos ARCO, el Aviso de Privacidad del párrafo anterior informado y notificado por el ITESO. Asimismo, otorgo libre y expresamente y mediante este comunicado, mi consentimiento y autorización para someterme como consultante a las sesiones de psicoterapia, conforme a los métodos y formas profesionales y educativas que determine el ITESO y para que este pueda video/audio-grabar el desarrollo total o parcial de dichas sesiones de psicoterapia, sin más límites que los profesionales y educativos indicados por el ITESO.

En consecuencia, el ITESO podrá video/audio-grabar las acciones, omisiones, reacciones, expresiones verbales y no verbales y todo cuanto suceda y dialogue en las sesiones de psicoterapia mencionadas. Acepto y doy mi consentimiento informado, para que el ITESO, bajo su supervisión, pueda ver, escuchar, comentar y opinar académica y profesionalmente, sobre la información y datos personales y personales sensibles contenidos en las video-grabaciones autorizadas; y podrá compartirlas con los profesores, académicos y alumnos en las sesiones de clases de la Maestría de Psicoterapia en el ITESO y en las deliberaciones, debates y publicaciones académicas, en la inteligencia que, el ITESO conminará a estas personas a mantener, conforme a la ley de la sociedad y los lineamientos en vigor del ITESO en la materia, respeto, confidencialidad y privacidad sobre dicha información.

Manifiesto que estoy informado y satisfecho que, en cualquier momento, puedo modificar mi consentimiento, y revocar total o parcialmente el consentimiento y la autorización mencionada en el párrafo anterior, y notificársela al ITESO, respecto a las video/audio grabaciones de las sesiones y al tratamiento de la información de las video/audio grabaciones.

Atentamente

Nombre y firma de la persona consultante