



Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 24 No. 3

Septiembre de 2021

LA PREDISPOSICIÓN MOTIVACIONAL AL INTENTO SUICIDA EN PACIENTES ADOLESCENTES DISPENSARIZADOS

Hector Yenier Ruiz Arzalluz¹, Alberto Castro Valles²
Universidad Autónoma de Ciudad Juárez
México

RESUMEN

La situación actual en el seguimiento de los pacientes con intento suicida ha sufrido cambios importantes que han traído muchos beneficios, clasificándolos por grupos de riesgos. Se ha comprobado que la dispensarización correcta, es buen comienzo para la psicoterapia. Este proceso radica en evaluar el estado de salud de los sujetos en su contexto social y familiar. Este artículo se desarrolló con la intención de analizar diferencias motivacionales en pacientes con ideación suicida y otros ya con intento consumado. Como resultado de este estudio, a través del análisis de casos múltiples, se examinó de manera profunda las áreas motivacionales, obteniéndose diferencias significativas entre ambos grupos, teniendo en cuenta que los adolescentes que han intentado suicidarse, experimentan estados emocionales negativos marcados, sintiéndose alterados psicológicamente, dejando ver claramente la necesidad de estabilidad, lo que a diferencia de los que no han atentado contra su vida, prevalece una motivación orientada al futuro, a su desarrollo y superación personal.

Palabras claves: dispensarización, adolescentes, motivación, ideación suicida, intento suicida.

THE MOTIVATIONAL PREDISPOSITION TO THE SUICIDE ATTEMPT IN DISPENSARIZED

¹Licenciado en Psicología. Universidad Central de las Villas, Cuba. Correo: yeinierruiz@gmail.com

²Doctor en Ciencias Sociales. Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, México. Correo: alcastro@uacj.mx

ABSTRACT

The current situation in the follow-up of patients with a suicide attempt has undergone important changes that have brought many benefits, classifying them by risk groups. Proper dispensing has been proven to be a good start for psychotherapy. This process lies in evaluating the health status of the subjects in their social and family context. This article was developed with the intention of analyzing motivational differences in a group of patients with suicidal ideation and another group with attempt. As a result of this study, through the analysis of multiple cases, motivational areas were deeply examined, obtaining significant differences between both groups, considering that adolescents who have attempted suicide, experience marked negative emotional states, feeling psychologically altered, clearly showing the need for stability which, unlike those who have not attempted against their life, prevails a motivation oriented to the future, to their development and self-improvement.

Key words: dispensarization, adolescents, motivation, suicidal ideation.

Los actos suicidas vienen condicionados por muchas causas como la pobreza, pérdida de seres queridos, desempleo, rupturas en las parejas y en ocasiones problemas laborales. Algunas cuestiones en la familia con respecto al suicidio, el abuso de estupefacientes, además de maltratos en la etapa de la niñez, trastornos depresivos y el estrés, poseen un gran peso en los casos de suicidio.

Factores psicológicos, sociales y biológicos permiten las conductas suicidas en cualquier etapa del desarrollo, determinadas estas por fallas en los mecanismos adaptativos de los sujetos en su interacción en el sistema de relaciones sociales, acompañada también de situaciones conflictivas que traen consigo estados emocionales negativos en los sujetos; además de mucha tensión emocional.

Generalmente entre los factores que más contribuyen al aumento de la tasa de suicidio, encontramos los conflictos familiares, con la pareja, los conflictos económicos y los que están relacionados con los estados de salud de los pacientes. La salud mental como parte indivisible del ser humano, permite conocer y mejorar, teniendo en cuenta los factores protectores y determinantes del bienestar subjetivo de las personas. La inestabilidad de estos factores, se perciben a través de los desórdenes mentales. Su promoción y prevención a través del desarrollo psicológico y habilidades sociales, los factores resilientes, y la generación de ambientes saludables, además del desarrollo de las redes de apoyo, contribuyen a

su minimización y desestructuración de los pensamientos e ideas de suicidio. Así como su manejo a través del conocimiento de los grandes riesgos actuales como son la depresión, la ansiedad y el suicidio, nos permiten acercarnos a entender mejor esos males y sus sufrientes receptores, nuestros pacientes.

A la psicología por tener como objeto de estudio al hombre, le corresponde investigar más a fondo sobre este tema, relacionando entre sí, todos los sus componentes psicológicos, su personalidad, actitudes, sentimientos etc, de manera que, en este trabajo, se tomó en cuenta como objetivo general: Comparar los factores motivacionales que influyen en adolescentes con intento suicida, dispensarizados con otro grupo de adolescentes dispensarizados con ideación suicida por el equipo de CFIC (Centro Familiar para la Integración y el Crecimiento AC) en Ciudad Juárez.

EL SUICIDIO EN MEXICO

El suicidio en los adolescentes se ha incrementado de una manera insondable. Los factores que más favorecen el aumento de esta problemática son los altos niveles de ansiedad y depresión mostrado en dicha población, de aquí la importancia de este artículo. El suicidio es un problema que ha obtenido estadísticas alarmantes, posicionándose en las causas de fallecimientos de 15 y 29 años, teniéndose en cuenta que por cada persona que se quitó la vida, al menos 20 lo intentaron (OPS, 2014). Desuque, Vargas y Lemos (2011), predijeron para el 2020, los casos aumentarían al 50%, representando 1.5 millones de personas (OMS, 2019a).

En México según la (INEGI), en el 2016 se quitaron la vida 6 291 sujetos, figurando un 5.1 por cada 100 000 habitantes, manifestándose que 8 de 10 suicidios, se realizaron por varones. El órgano nacional reveló que **el ahorcamiento representó el 79.3%, los disparos el 8.9% y la toma de sustancias venenosas el 3.8%**. En México, otra explicación al incremento de este problema ha sido la informatización repentina del país. Su progresiva inclusión en la globalización también ha traído cambios en las estructuras de las familias. (Hernández y Flores 2011). El suicidio en México se reconoce como una de las causas de muerte en adolescentes de 15 y 19 años, localizándose en segundo lugar. (Milenio, 2018; INEGI, 2018), y 6 559

que se suicidaron, tenían de 15 a 34 años. La etapa de la adolescencia ha sido conocida, como la más vulnerable a cometer este acto, más bien entre las edades de 20 y 24 años, representando el 9.3 % cada 100 mil en esta edad. El estado de Chihuahua mostró una tasa del 11.1%, Aguascalientes 10.1%, Sonora 9.3% y Yucatán 9.0% por cada 100 mil habitantes.

En el Estado de Chihuahua, en el 2018 se registraron 341 suicidios, siendo la mayor tasa en los municipios de Práxedes con 57% y Guerrero con 53%. Otra fuente señala que, en el 2018, el municipio de Chihuahua mostró 88 casos, es decir una tasa de 10%; mientras que Ciudad Juárez 86 equivalentes a una tasa de 6%; Cuauhtémoc 38, Hidalgo del Parral 25 con 23.0%; y Bocoyna 15 sucesos con tasa de 53% (INEGI, 2018).

Bravo (2019) ha asegurado que en 2019 Chihuahua estuvo en el primer lugar en casos de suicidio, seguido de Yucatán, pero bajó al cuarto lugar con 8.8 cada 100 mil habitantes. Los municipios de más bajos indicadores fueron Guerrero con (1.9), Veracruz con (2.6) y Oaxaca con (3.1). A gran escala, las estadísticas puntúan el orden por estado, dirigido por el estado de Chihuahua, seguido de Aguascalientes, Sonora, Yucatán, Quintana Roo, Guanajuato, Jalisco y por último el estado de Campeche. En el período de enero a septiembre del 2019 se notificaron 280 casos en Chihuahua, las mujeres fueron 2.6% con 50 casos y los hombres fueron de 12.3% con 230 casos. Según los datos de la Fiscalía del estado, de enero a septiembre de 2019 se observó que las edades que indican las estadísticas más altas de suicidio son de 15 a 34 años, reconociendo que la adolescencia es más sensible a los riesgos. En la ciudad de Juárez en el 2019 se quitaron la vida 64 personas, representando el 4.4 de mortalidad.

Los costos por estas causas, según la OMS en Hernández-Bringas y Flores-Arenales (2011) valoró que suman miles de millones al año, juntamente con los costos emocionales para las familias y conocidos. El suicidio epidemiológicamente se basa en estadísticas de instituciones en el certificado de defunción. Para el suicidio, no existe una organización que facilite una información clara de este problema, partiendo que no es obligatorio el reporte y mucho menos la ideación suicida (Borges, Orozco, Benjet y Medina-Mora, 2019).

Según la OMS, el suicidio se incrementa en los adolescentes y adultos mayores. Por cada suicidio, se producen diez intentos y ocho se ejecutan. Se calcula que diario se quitan la vida 1,110 personas y muchos lo intentan (Pérez Barrero, 1999). Fisiológicamente, los síntomas más frecuentes son el insomnio, los ataques de pánico, la pérdida de peso y escasa higiene personal. Desde lo cognitivo se aprecia claramente ideas de muerte, afectación en la memoria y en la atención y psicosocialmente, la dificultad en sentir placer, la desesperanza, la ansiedad y la depresión, todos los síntomas sugeridos, se manifiestan en los pacientes con ideación suicida, por lo que es obligatorio asistir a los centros encargados de atender esta problemática y estar alertas para procurar que no se realice el acto. Los hallazgos obtenidos con las prevalencias de la ideación suicida de adolescentes han considerado que, por cada suicidio efectuado, muchos han intentado terminar con su vida.

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.

Durkheim (1986) define el suicidio como “Todo caso de muerte que resulta directa o indirectamente de un acto positivo o negativo realizado por la víctima misma, y que, según ella sabía, debía producir este resultado”, por tanto, hay suicidio en cuanto los sujetos, en el instante que se ejecuta el acto, conoce objetivamente lo que va a trascender de ella.

Freud (citado en Morales, 1993), refiere que el acto suicida estaba condicionado por motivos intrapsíquicos. Este presentó la hipótesis que el suicidio figura hostilidad inconsciente encaminada hacia el objeto introyectado; para Freud el suicidio era un “homicidio de 180 grado.” También otros representantes de la escuela psicoanalítica hicieron aportes a la teoría de Freud sobre este acto.

Morales (1993) en su tesis de grado citó a Karl Menninger el cual propuso la psicodinámica de la hostilidad y planteó que la hostilidad del suicidio asumía tres mecanismos determinantes, deseo de matar, ser muerto y de morir.

A lo largo del estudio de la conducta suicida, otros autores contemporáneos han relacionado los estados emocionales como el desamparo y la desesperanza, con el suicidio, estos son síntomas medulares en la depresión.

Aron Beck relacionó la depresión y el suicidio, partiendo que el pensamiento de los pacientes que se encontraban deprimidos se deforma, adquiriendo percepciones negativas de sí, del futuro y del mundo.

Es necesario tener en cuenta una categoría que influye notablemente en las motivaciones de los sujetos, las cuales al estar afectadas inciden de alguna manera en la conducta suicida de los pacientes, me refiero a las necesidades, trabajadas de una manera más detalla por la psicología humanista.

Rubinstein (1981) nos habla de la importancia que presentan las necesidades y el papel que juegan en la personalidad y para esto expresa:

“La personalidad humana es ante todo un ser vivo de carne y hueso que como tal tiene sus necesidades. Estas necesidades ponen de manifiesto sus relaciones prácticas con respecto al mundo y su dependencia a este. La existencia de las necesidades o deseo muestra que el ser humano, siente necesidad de algo que se haya fuera de él, ya sean objetos externos o bien otro ser humano, lo cual significa que es un ser sufriente” (p. 689).

Es importante partir de que una necesidad insatisfecha puede romper con el equilibrio de las personas, ocasionando tensiones e insatisfacciones. Este proceso es capaz de originar conductas o acciones y al mismo tiempo aliviar o librarlo de la falta de equilibrio. Si la conducta es adecuada y coherente, el sujeto hallaría la forma de satisfacer las necesidades y por consiguiente disminuiría el malestar que provoca. Compensada la necesidad, los sujetos regresan al estado anterior de equilibrio, ajustándose nuevamente al ambiente, tomando el control. Los motivos no son estáticos, son dinámicos y persistentes, provocando comportamientos, es decir que la necesidad nivelada no es motivadora de la conducta.

Esta dialéctica bien entendida hace suponer su carácter reversible, es decir, que cuando una necesidad por algún obstáculo o condición es insatisfecha o dañada en el sujeto la dinámica se torna inversa, experimentando la persona un estado carencial o frustrante que desajusta funcionalmente su personalidad y comportamiento durante algún tiempo.

Como se demuestra en diversos estudios sobre los estados psíquicos patológicos, es indudable que, en el curso de la instauración de la ansiedad, la depresión y otros funcionamientos límites del sujeto, el daño o insatisfacción de necesidades básicas para el sujeto que pueden ir desde necesidades de seguridad, pasando por necesidades sociales y llegando, hasta la vivencia de insatisfacción en la autorrealización, están en el curso patológico de tales estados. Existe la presencia de factores predisponentes al suicidio que refuerzan dicho problema de salud. Blumenthal (citado en Pérez, 1999), considera 5 grupos de factores de riesgo.

Primeramente, se encuentran los factores biológicos determinados por la disminución en el líquido cefalorraquídeo de la serotonina. Los trastornos afectivos, el alcoholismo y la esquizofrenia forman parte de estos factores. Los antecedentes en la familia, es decir presencia de intentos suicidas. Los rasgos de personalidad antisocial, además de enfermedades como la epilepsia, cáncer, el VIH, el duelo por pérdida de seres queridos, divorcio, jubilación y viudez.

La OMS, (citado en Pérez, 1995) expone los siguientes riesgos que favorecen los actos de suicidas. El embarazo en la adolescencia, madres solteras con uno o más hijos, personas con más de 60 años sin apoyo familiar, presencia de enfermedades crónicas, los que sobreviven al intentar quitarse la vida, alcohólicos y drogodependientes, antecedentes de intentos de suicidio, adolescentes que no trabajan ni estudian, adolescentes con dificultades familiares y sociales además de conflictos escolares y trastornos de conducta. También es importante incluir las personas que poseen bajos ingresos económicos y un nivel de escolaridad por debajo de la media.

EL CARÁCTER MULTIFACTORIAL DEL SUICIDIO.

Dado en incremento de la tasa de suicidio a nivel mundial, constantemente se realizan investigaciones en torno a este tema, en los últimos tiempos se estima que 20 000 000 de personas en el mundo intentan contra su vida y aproximadamente el 98% sobrevive.

Los individuos que presentan un exceso de tensión en su vida diaria están expuestos a mayores riesgos de aquellos que experimentan menos exceso de

tensión. La muerte, el nacimiento de un hijo, el divorcio y la hospitalización son algunos eventos que influyen notablemente en este problema de salud como es el suicidio, de aquí podemos afirmar el carácter multifactorial de este, factores biológicos, sociales y psicológicos están presentes en este problema caracterizado por alteraciones en los mecanismos de adaptación del paciente a su entorno, lo cual permite la aparición de tensiones emocionales.

Mendoza (2003) expresa que los pacientes que asumen la decisión de darle fin a su vida lo llevan a cabo por conflictos internos intrapsíquicos. Los amigos, la familia y los grupos sociales con los que se vinculan estos sujetos, no poseen participación en la disposición que toman para cometer el suicidio, es decir que suicidarse es una elección personal que toman los individuos independientemente de su medio, el cual puede favorecer a extender la vida de la persona.

Hoy está claro para todo el sector científico que sigue este tema de investigación que el suicidio es una muerte multicausal en la que se pueden ver implicados los más variados factores biopsicosociales.

Desde la psicología, son varios los riesgos que favorecen también el acto suicida, la desesperanza, una autoestima inadecuada, el escaso control de los impulsos y emocional, la escasa capacidad para amarse a sí mismo y a los demás, necesidades frustradas, el desamparo y la agresividad, refuerzan el impulso a cometer suicidio, permitiendo un desequilibrio emocional en los pacientes.

La adolescencia es una de las etapas de desarrollo más vulnerables al intento suicida, teniendo en cuenta que las características de la personalidad se encuentran en formación, lo que trae consigo que en determinadas ocasiones los adolescentes no poseen herramientas conductuales adaptativas con el fin de tener un enfrentamiento activo a situaciones de carácter psicotraumatizantes, las cuales provocan determinadas reacciones situacionales en este grupo.

Según Marichal (1992) en su tesis de grado refiere que los conflictos de pareja, familiares, profesionales, económicos y relacionados con la salud, son los más frecuentes encontrados, los sentimientos de desesperanza, desamparo, culpa y autodepresión son todos los mayores componentes de la depresión que influyen notablemente en los pacientes proclives al suicidio, además de las enfermedades

incurables las cuales pueden influir directa o indirectamente en esta situación, pues estos generan altos grados de desesperanza y desamparo en los pacientes con alto riesgo al suicidio, los sentimientos de abandono relacionados con la pérdida interpersonal son factores inmediatos en pacientes con depresión lo cual genera sentimientos de culpabilidad, lo que puede determinar objetivamente en el suicidio. Generalmente los individuos que presentan algún tipo de diagnóstico psiquiátrico tienen mayor riesgo para el cumplimiento del suicidio.

FACTORES DE RIESGOS EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA.

Son muchos los factores que afectan estas etapas del desarrollo, que en muchas ocasiones no dependen del niño, si no que estos inciden objetivamente en los mismos, trayendo consigo secuelas físicas y psicológicas que favorecen la intención de desear quitarse la vida, la presencia de padres alcohólicos, alteraciones mentales, unido al abuso sexual que en la actualidad se ha convertido en una variante de placer fácil y resuelto, son factores que permiten la aparición de determinadas conductas suicidas en los niños, el maltrato físico y psicológico, responden a las altas estadísticas de violencia familiar unidos a determinados rasgos de personalidad como son la impulsividad, la timidez y los rasgos perfeccionistas los cuales también determinan estas conductas que no se rinden ante la despreocupación de los factores de riesgos antes mencionados, cobrando cada año numerosas vidas inocentes.

Como ya es sabido, la adolescencia es la etapa más difícil del desarrollo. La presencia del grupo se hace imprescindible en los adolescentes, pasando la familia a un segundo plano. Está más que claro que la imitación en muchas ocasiones es una conducta muy asumida, lo que trae consigo que, si dentro de la familia o en su grupo de socialización están presentes estas conductas suicidas, podrían pasar a ser patrones de comportamientos que en determinadas ocasiones aparecerían como la solución y la forma de afrontamiento a los conflictos propios de la etapa. El abuso de las drogas, la aparición de trastornos mentales, también favorecen estos actos suicidas, amigos y familias con tendencias suicidas, una escasa autoimagen y habilidades sociales, la incapacidad para solucionar conflictos y buscar ayuda y la

falta de apoyo familiar, son indicadores de graves afectaciones de la autoestima de los adolescentes lo que puede permitir también al suicidio como una conducta de escape.

LA PROBLEMÁTICA DEL SUICIDIO Y LA DISPENSARIZACION.

Guevara (2013), plantea que la dispensarización es un proceso que se sostiene en elementos de carácter profiláctico. Este parte de fomentar la salud y la prevención de riesgos, determinados por los cambios en la atención a los pacientes que están dispensarizados teniendo en cuenta la inestabilidad en el estado de salud, puesto que observa su cuidado de forma permanente desde la evaluación y registro del paciente, planificando estrategias para la atención individual teniendo en cuenta las características de personalidad y los problemas de salud que presentan. En fin, la dispensarización consiste en ayudar al aumento de la salud de las personas y seguidamente el de la población en general.

Este mismo autor propone varios grupos los cuales son fundamentales para llevar a cabo este proceso. El grupo I está compuesto por las personas aparentemente sanas, es decir aquellas que no presentan riesgos en su salud, capacitados para afrontar los problemas cotidianos con responsabilidad de acuerdo con cada etapa correspondiente al desarrollo. El grupo II está constituido por personas que se encuentran expuestas a una condición supuestamente anormal considerándose un riesgo para su salud a corto, mediano y largo plazo. Es significativo resaltar que en este grupo se incluyen los riesgos escolares o laborales. En este grupo es donde se encuentran los pacientes con ideación e intento suicida teniendo en cuenta los factores de riesgos que definen la presencia de esta condición, además por su vulnerabilidad.

El grupo III, está conformado por todas las personas que padezcan de alguna enfermedad, incluyendo entidades nosológicas de carácter crónico o infecciosas. Es determinante resaltar que la dispensarización es un proceso constante y de evaluación de los pacientes, además de su registro en la historia clínica, es primordial para tener el control estricto de las condiciones médicas de cada paciente. Esto no significa que esté dispensarizado, sino que representa el inicio del

proceso. En conclusión, la dispensarización está en el desarrollo de una perspectiva de riesgo en el que el seguimiento a cada persona se estima en consecuencia con las particularidades individuales, además incluyendo los problemas que afectan la salud. De manera general no hay una norma estricta basada en indicadores esquemáticos para llevar a cabo este proceso.

METODOLOGÍA

Para la realización de este artículo se trabajó teniendo en cuenta un enfoque cualitativo, descriptivo, basados en estudios de casos múltiples, a través de la exploración psicodiagnóstica de los participantes, se adquieren informaciones importantes, desde el punto de vista fenomenológico, teniendo en cuenta el contexto en que se desarrollan los sujetos y las variables definidas por la problemática existente.

Espinosa (2017) refiere que el estudio colectivo de casos se enfoca en analizar fenómenos, poblaciones o condiciones. Es decir, se opta por diversos casos en situaciones extremas como objeto de estudio contribuyendo con descripciones para interpretar y teorizar sobre estos con respecto a las problemáticas. El modelo analítico es inductivo teniendo en cuenta categorías y conceptos que ilustren o afronten los supuestos teóricos conocidos antes de la obtención de la información.

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA.

Para realizar de este trabajo se utilizó una muestra compuesta por 20 sujetos, conformados en grupo de diez cada uno: el grupo I de dispensarizados con intento suicida y el grupo II de dispensarizados con ideación suicida.

Para la selección de estos sujetos, acudimos al centro de atención CFIC (Centro Familiar para la Integración y el Crecimiento AC) en Ciudad Juárez.

Los sujetos seleccionados para la investigación se seleccionaron de las estadísticas del centro, atendiendo a demandas de criterios epidemiológicos.

En la selección se tuvieron en cuenta las siguientes variables:

1. El último intento suicida estuviera en los límites de hasta un año.
2. Adolescentes en las edades de 14 a 19 años, debido que en este período es donde más incidencia tiene este problema de salud en la localidad.
3. Sujetos con un nivel escolar mínimo bachillerato para facilitar el responder a las técnicas diagnósticas.
4. Disponer para la investigación del consentimiento explícito de los sujetos.

Instrumentos para el diagnóstico.

Para lograr la caracterización psicológica de estos sujetos que han realizado el intento suicida y corroborar que existen determinadas diferencias en cuanto a dicha caracterización entre los sujetos que no han realizado el intento suicida, se utilizaron un sistema de metódicas que quedo conformado de la manera siguiente:

1. Registro de actividades. Método Directo y Método Indirecto. RAMDI(S).
2. Composición.
3. Completamiento de Frases
4. Modificación de la escala Dembo - Rubinstein
5. Inventario de Beck.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.

Para analizar los resultados lo haremos por cada instrumento y siguiendo el mismo orden en que estas fueron aplicadas, siempre comparando los resultados de un grupo maestra con el otro para dar respuesta a nuestro problema de investigación:

INVENTARIO DE BECK

En los pacientes dispensarizados con intento suicida 7 de estos presentan una depresión grave, significando un 70 % de la muestra, un paciente con depresión moderada, uno con depresión leve y otro con estado no depresivo, en fin, de alguna

manera la generalidad de estos pacientes presenta determinados niveles de depresión.

Es importante tener presente que dentro de este grupo, en muchos de los sujetos se podía observar claramente manifestaciones de depresión, astenia, hipoabulia, en varias ocasiones ideas pesimistas, irritabilidad e insomnio son algunos síntomas que mucho de estos pacientes presentaban, manifestándolas en muchas ocasiones de manera verbal y otras mediante la observación. Tras la aplicación de la técnica se obtuvo que los pacientes riesgo, 7 de ellos presentan un estado no depresivo representando un 70 % del total, sólo un paciente presenta un estado de depresión moderada siendo esto un 10 %, y otro paciente con un estado depresivo leve representando un 10%, el otro sujeto no contesto correctamente el cuestionario.

Cuando analizamos los resultados de esta técnica, tal y como se puede observar en la siguiente tabla 1, se nos hace evidentes claras diferencias entre estos grupos de pacientes. Teniendo bien en cuenta el procesamiento cuantitativo de los resultados como el análisis cualitativo de los mismos, se nos reveló una marcada movilidad a lo patológico en los adolescentes con intento suicida que solo aparece exclusivamente y en medida moderada en el grupo de los adolescentes dispensarizados con ideación suicida.

#	Nombre	Edad	Sexo	Calificación
1	IPL	17	F	Depresión grave
2	AGD	15	F	Depresión leve
3	DSR	17	F	Depresión moderada
4	YGC	14	F	Depresión grave
5	MRH	19	F	Depresión grave
6	ACC	15	F	Depresión grave
7	NPR	18	F	Depresión grave
8	NDG	16	F	Estado no depresivo
9	AGP	16	F	Depresión grave
10	DST	19	F	Depresión grave

Tabla 1: Dispensarizados con Intento Suicida

#	Nombre	Edad	Sexo	Calificación
1	ERR	18	F	Depresión moderada
2	MGP	17	F	Estado no depresivo
3	ACT	15	F	-----
4	NGC	19	F	Estado no depresivo
5	ACH	16	F	Estado no depresivo
6	FZH	15	F	Estado no depresivo
7	JMV	17	F	Estado no depresivo
8	MLG	17	F	Estado no depresivo
9	VGG	16	F	Depresión leve
10	MDM	18	F	Estado no depresivo

Tabla 2: Dispensarizados con ideación Suicida.

Como se recordará esta técnica se aplicó con el objetivo de explorar el grado de depresión existente en cada uno de los grupos, tanto de pacientes dispensarizados con intento suicida y pacientes riesgos.

Es importante partir de que las depresiones en general se relacionan con los factores biológicos y los factores psicosociales o en determinadas ocasiones provocan altos grados de estrés en los pacientes. La depresión solamente no va a estar condicionada por estos factores, sino también por el desarrollo de los procesos afectivos-cognitivos de la ontogénesis de cada sujeto.

Cuando un paciente está deprimido cambia totalmente la cosmovisión del mundo, afectando esto varias áreas de su vida, el establecimiento de las relaciones sociales, así como la estructuración de los proyectos futuros, son algunas de las áreas más afectadas teniendo en cuenta el nivel de depresión, lo que trae consigo ambivalencia emocional, provocada también por las distorsiones cognitivas producto del síndrome depresivo.

DEMBO-RUBINSTEIN

A la hora de analizar la autovaloración de los sujetos es necesario tener en cuenta determinadas variables psicológicas que juegan un papel activo en la estructuración y desarrollo de la personalidad, matizando la función reguladora de la misma y sus

posibilidades compensatorias y eficiencia en el afrontamiento de los problemas existenciales ante los cuales la vida coloca al sujeto.

Como se sabe cualidades y procesos autovalorativos del sujeto están en la base autorreguladora de su conducta, lo cual garantiza la integridad, la innovación y la adaptabilidad a los cambios que muestra el individuo en un momento dado y que también lo orientan en el planteamiento de sus metas y la fuerza movilizadora que revela en el logro de sus objetivos. Los resultados en la aplicación de esta técnica marcaron igualmente importantes diferencias entre los grupos como se puede apreciar en la tabla 3 y 4.

#	Nombre	Edad	Sexo	Calificación
1	IPL	17	F	Subvaloración
2	AGD	15	F	Autovaloración adecuada
3	DSR	17	F	Subvaloración
4	YGC	14	F	Subvaloración
5	MRH	19	F	Subvaloración
6	ACC	15	F	Subvaloración
7	NPR	18	F	Subvaloración
8	NDG	16	F	Subvaloración
9	AGP	16	F	Subvaloración
10	DST	19	F	Subvaloración

Tabla 3: Dispensarizados con intento suicida

#	Nombre	Edad	Sexo	Calificación
1	ERR	18	F	Subvaloración
2	MGP	17	F	Autovaloración adecuada
3	ACT	15	F	Autovaloración adecuada
4	NGC	19	F	Autovaloración adecuada
5	ACH	16	F	Subvaloración
6	FZH	15	F	Autovaloración adecuada
7	JMV	17	F	Autovaloración adecuada
8	MLG	17	F	Autovaloración adecuada
9	VGG	16	F	Autovaloración adecuada
10	MDM	18	F	Autovaloración adecuada

Tabla 4: Dispensarizados con ideación suicida

Fue interesante observar que, de los 10 pacientes con intento, 9 de ellos expresaron una autovaloración inadecuada por defecto, es decir que el 90% se subvaloran de manera integral en la mayoría de los parámetros y solo uno de ellos muestra una autovaloración adecuada, siendo esto un 10% de los mismos.

De un modo muy diferente se comportaron los resultados en los adolescentes dispensarizados con ideación sin intento en que se obtuvo que 8 pacientes expresan una adecuada Autovaloración, representando esto un 80% y solamente 2 de ellos presentan una autovaloración inadecuada, constituyendo esto un 20% de los mismos.

Generalmente los adolescentes con una marcada subvaloración, y que como se observa en la tabla 3, son predominantes en el grupo con intento, presentan dificultades para adaptarse y se ven abordados por miedos, ansiedad, lo cual provoca un malestar profundo en los mismos. La subvaloración asociada también a una autoestima baja, generan sentimientos fuertes de inseguridad emocional, lo que trae consigo conductas excesivamente dependientes de los adolescentes.

En las entrevistas realizadas a estos adolescentes, se nos hizo manifiesto que son sujetos temerosos, desconfiados, muy susceptibles, con tendencia al aislamiento; es por esto por lo que las necesidades afectivas son mucho más marcadas acompañadas de indicadores objetivos de depresión. Contrario al resultado de pacientes con ideación suicida, podemos decir que generalmente son pacientes con una mejor proyección futura, estructurando mucho mejor sus proyectos de vida. Estos adolescentes no son tan resistentes al cambio y aceptan los retos sin dificultades, tienen disposición al riesgo y buscan nuevas alternativas de solución a los conflictos, lo que indica determinados patrones de autoconfianza.

Es importante destacar en los dispensariados con ideación suicida la estrecha relación que existe entre la autovaloración adecuada y el nivel de aspiración que presentan cada una de estas personas, se aprecian notablemente en las entrevistas realizadas en función de la técnica, apreciándose la ubicación de los mismos por encima de la media, coincidiendo esto con la conceptualización de los sujetos de los conceptos propuestos en la técnica. También es necesario partir de que el

desarrollo de una autovaloración adecuada como fuente de satisfacción y bienestar, asociado a un nivel de aspiración adecuado, favorece el bienestar de estos sujetos y evita las frustraciones que pueden aparecer de una autovaloración inadecuada; esto se ve cuando analizamos los patrones e indicadores de cada grupo de pacientes, observándose marcadas diferencias en cada uno de estos grupos.

TÉCNICA DE LA COMPOSICIÓN

#	Nombre	Edad	Sexo	Calificación
1	IPL	17	F	Sujeto que proyecta su futuro en función de la satisfacción de necesidades salutogénicas, de modificar determinadas características personológicas para mejorar las relaciones familiares, estos proyectos se estructuran en función de la familia.
2	AGD	15	F	Sujeto que estructura sus proyectos y planes futuros en el área familiar, casarse, formar una familia y culminar sus estudios se orientan hacia la autorrealización.
3	DSR	17	F	Sujeto donde sus proyectos y planes se estructuran en función de la familia, la satisfacción de necesidades afectivas por parte de las relaciones de pareja también mejorara económicamente son proyectos para realizar.
4	YGC	14	F	Este sujeto estructura sus planes en función de satisfacer necesidades afectivas con su familia.
5	MRH	19	F	Sujeto que proyecta una autopercepción inadecuada, percibe su futuro como algo que no tiene sentido. Lo que interfiere en la realización y planteamiento de proyectos.
6	ACC	15	F	Sujeto que se proyecta hacia el bienestar familiar.
7	NPR	18	F	Sujeto que sus proyectos están encaminados hacia el área familiar.
8	NDG	16	F	Sujeto que encamina sus proyectos hacia la autorrealización, laboral y espiritual.
9	AGP	16	F	Sus proyectos se estructuran a partir de la obtención de bienes materiales, tiene como proyecto, casarse y tener hijos.

10	DST	19	F	Sujeto que percibe la estructuración de los proyectos y planes futuros en el área familiar, estos se estructuran de forma positiva, es decir su futuro se encamina hacia la familia.
----	-----	----	---	--

Tabla 5: Dispensarizados con Intento Suicida

#	Nombre	Edad	Sexo	Calificación
1	ERR	18	F	Sujeto que se observa una estructuración de proyectos y planes futuros, orientado hacia la autorrealización laboral, familiar y de bienestar psicológico.
2	MGP	17	F	Sujeto que tiene bien estructurado sus proyectos y planes futuros, encaminados a lograr determinados objetivos, que favorecen el desarrollo personal y familiar, manifestados siempre en sentido positivo y de bienestar psicológico.
3	ACT	15	F	Estructuración adecuada de sus proyectos y planes futuros, dirigidos al bienestar psicológico tanto personal como familiar.
4	NGC	19	F	Sujeto que se proyecta positivamente hacia el futuro, en función de su autorrealización, personal y familiar, sus proyectos y planes están bien definidos.
5	ACH	16	F	Se estructuran en función de la familia, su bienestar tanto físico como psicológico, esta relacionado con el desarrollo familiar.
6	FZH	15	F	Se estructuran los proyectos y planes futuros en función de la armonía y la unión familiar, así como la autorrealización como profesional, encaminada al crecimiento personal y bienestar psicológico.
7	JMV	17	F	Proyectos en función de la familia y su desarrollo.
8	MLG	17	F	Sujeto que presenta una autopercepción adecuada, sus proyectos y planes se estructuran en función de su familia en la cual se reflejan fuertes relaciones afectivas, además de bienestar psicológico.
9	VGG	16	F	-----
10	MDM	18	F	Sujeto que proyecta su futuro de manera positiva en función de los hijos y otros familiares, generalmente con una tendencia a la autorrealización.

Tabla 6: Dispensarizados con ideación suicida

Con el objetivo de indagar sobre las proyecciones futuras de cada uno de los grupos de pacientes, se realizó la técnica de composición con el tema: "Mi vida en el futuro". Es necesario partir de las características que están matizando la conducta con respecto al pasado y al presente de cada uno de los grupos, es decir, analizar las posibles variables psicológicas que pudieran incidir objetivamente en la estructuración de los proyectos antes mencionados, indicadores de depresión, una autovaloración inadecuada, situación económica desfavorable, así como las malas relaciones inter e intrafamiliares, hacen que generalmente los pacientes provengan de familias disfuncionales.

En esta técnica se puede apreciar claramente que los adolescentes con intentos suicidas estructuran sus proyectos futuros en función de determinados miembros de la familia apreciando la existencia de indicadores de dependencia en los mismos, lo que limita a enfocarlos en una dimensión pesimista y negativa; en los pacientes, observándose la presencia de una autopercepción inadecuada, lo que también influye notablemente en la planificación de estos proyectos.

Teniendo en cuenta los estados emocionales negativos en pacientes dispensarizados con intento suicida podemos afirmar la ausencia de planteamientos de metas en función de su autorrealización, escasos proyectos en el ámbito económico, matrimoniales y profesionales se aprecian en los resultados de la técnica, si se percibe claramente que tanto el bienestar de los hijos y de la familia en general son los motivos rectores de los planteamientos de sus proyectos futuros, haciendo pasar por alto sus intereses y motivaciones personales, enfocando siempre los mismos hacia el bienestar de su familia.

En los adolescentes con ideación suicida, se puede percibir más claramente la estructuración de los proyectos futuros en función de su autorrealización. Proyectos orientados hacia el área laboral, familiar y hacia el bienestar psicológico, tanto de los miembros de la familia como el propio hace las diferencias con el otro grupo de adolescentes.

Generalmente la orientación de estos proyectos se realiza de manera mucho más positiva y optimista abogando siempre por el desarrollo personal con tendencia al crecimiento. Otras de las diferencias que se pueden establecer entre estos grupos

de pacientes que objetivamente contribuye al planteamiento de estos proyectos de manera más estructurada desde una dimensión más positiva y reflexiva, es la presencia de estados emocionales menos agresivos en los mismos; es decir, no hay altos grados de depresión, además de una autovaloración adecuada, lo que favorece la toma de decisiones y esto contribuye a que los proyectos sean mucho más concretos y objetivos, logrando así una mayor aptitud ante la vida, provocando un aumento significativo de su bienestar psicológico, favoreciendo un crecimiento tanto psíquico como espiritual.

El grupo de adolescentes dispensarizados con ideación suicida, presentan una estructuración adecuada de sus proyectos, teniendo en cuenta la presencia de un equilibrio psicológico que favorece la proyección de estos en función de sus metas y aspiraciones. En este grupo se puede percibir que sus intereses y motivaciones son sobre todo el núcleo de sus proyectos, no siendo así en el otro grupo, aunque la familia forma parte de sus proyecciones esto no determina en la orientación de estos, de manera que estos se concretan desde una perspectiva mucho más personal y orientada a su fin. En los dispensarizados con ideación se puede apreciar que hay una mejor comunicación intrafamiliar que en el otro grupo, lo que posibilita una dimensión más amplia para percibir las diferencias en cada uno de los grupos a la hora de concebir sus proyectos y planes a realizar.

RAMDI(S)

#	Nombre	Edad	Sexo	Calificación
1	IPL	17	F	Nd de Salud: Nd integrada Nd de Equilibrio psíquico: Parcialmente integrada Nd de Armonía familiar: Parcialmente integrada
2	AGD	15	F	Nd de Armonía familiar: Nd integrada Nd de Equilibrio Psíquico. Nd Integrada.
3	DSR	17	F	Nd de Salud: Parcialmente integrada Nd de Calidad de vida: Parcialmente integrada Nd de Armonía familiar: Parcialmente integrada
4	YGC	14	F	Nd de Salud: Nd integrada Nd de Armonía familiar: Nd integrada Nd de Posesión de objetos: Parcialmente integrada

				Nd de Calidad de vida: Parcialmente integrada
5	MRH	19	F	Nd de Salud: Nd integrada Nd de Equilibrio psíquico: Nd integrada Nd de Autorrealización: Parcialmente integrada Nd de Calidad de vida: Nd integrada
6	ACC	15	F	Nd de Armonía familiar: Parcialmente integrada Nd de Calidad de vida: Parcialmente integrada Nd de Salud: Nd integrada
7	NPR	18	F	Nd de Calidad de vida: Nd integrada Nd de Salud: Parcialmente integrada Nd de Equilibrio psíquico: Parcialmente integrada
8	NDG	16	F	Nd de Salud: Nd integrada Nd de Armonía familiar: Parcialmente integrada Nd de Equilibrio psíquico: Parcialmente integrada
9	AGP	16	F	Nd de Posesión de objetos: Nd integrada Nd de Calidad de vida: Parcialmente integrada
10	DST	19	F	Nd de Salud: Parcialmente integrada Nd de Armonía familiar: Nd integrada Nd de Calidad de vida: Parcialmente integrada

Tabla 7: Dispensarizados con Intento Suicida

#	Nombre	Edad	Sexo	Calificación
1	ERR	18	F	Nd de salud: Parcialmente integrada Nd de Autorrealización: Nd integrada Nd de Satisfacción en el trabajo: Parcialmente integrada
2	MGP	17	F	Nd de Salud: Parcialmente integrada Nd de Equilibrio psíquico: Nd integrada
3	ACT	15	F	Nd de Salud: Parcialmente integrada Nd de Armonía familiar: Nd integrada Nd de Relación: Parcialmente integrada
4	NGC	19	F	Nd de Armonía familiar: Parcialmente integrada Nd de Autorrealización: Parcialmente integrada
5	ACH	16	F	Nd de Relación: Parcialmente integrada Nd de Armonía familiar: Parcialmente integrada

				Nd de Autorrealización: Nd integrada
6	FZH	15	F	Nd de Salud: Parcialmente integrada Nd de Armonía familiar: Nd integrada Nd de Autorrealización: Nd integrada
7	JMV	17	F	Nd de Salud: Parcialmente integrada Nd de Relación: Parcialmente integrada Nd de Equilibrio psíquico: Parcialmente integrada
8	MLG	17	F	Nd de Armonía familiar: Parcialmente integrada Nd de Autorrealización: Parcialmente integrada
9	VGG	16	F	Nd de Autorrealización: Nd integrada Nd de Salud: Parcialmente integrada
10	MDM	18	F	Nd de Salud: Parcialmente integrada Nd de Armonía familiar: Nd integrada

Tabla 8: Dispensarizados con ideación suicida

Al hacer el análisis de esta técnica lo primero que se destaca es la presencia en el grupo con intento suicida de 7 sujetos, lo cual representa el 70% del total de la muestra de la Necesidad de Equilibrio Psíquico como una necesidad integrada o parcialmente integrada en su esfera motivacional. Esto los sujetos lo expresan de diferentes formas en todas o la mayoría de las instancias temporales que ofrece la técnica. De forma muy diferente se reveló esta necesidad en el grupo con ideación, apareciendo sólo como integrada en un sujeto y parcialmente integrada en otro. Esta diferencia entre uno y el otro grupo es muy interesante porque señala que los sujetos del grupo que ha intentado el suicidio se experimentan y se sienten alterados psicológicamente, revelando como marcada la necesidad de recuperar su estabilidad emocional.

Fue también muy notable que, en el grupo de sujetos con intento suicida, no apareciera en ningún caso la necesidad de autorrealización como integrada o parcialmente integrada, mientras que en el grupo con ideación, esta necesidad se revele con un nivel de integración en 6 de los sujetos (60%), lo cual denota como en estas personas, a diferencia de los que han hecho el intento, aparece una proyección y motivación orientada al futuro, y a su desarrollo y superación personal.

Por otra parte, se hizo notable en la aplicación de la técnica como el grupo con el intento suicida aparece una reducción en su esfera de motivos, concentrada en necesidades tales como armonía familiar, equilibrio psíquico y salud, sin embargo en el grupo con ideación, se observa una mayor diversidad y variedad en las necesidades que aparecen como integrada o parcialmente integrada.

En cuanto al grupo de adolescentes con intento suicida, las necesidades que se revelan integradas se observaron que no son reguladoras de su comportamiento, es decir no se expresaron como eficiente la necesidad de equilibrio psíquico, armonía familiar y salud, mientras que, en grupo de adolescentes con ideación, aquellas que se revelaron como integradas son también eficientes, por cuanto se manifiesta en las actividades que se ejecutan con la frecuencia que es normal a su realización. Por su parte, en este sucede que las necesidades que están integradas en su esfera motivacional son las que aparecen como eficientes en la regulación de su comportamiento.

COMPLETAMIENTO DE FRASES.

Esta técnica se realizó con el objetivo de explorar el área de conflictos de la muestra seleccionada. Es necesario partir de que la mayoría de los pacientes dispensarizados con intento suicida presenta determinados elementos que de cierta manera influyen en sus contextos socializadores.

Muchos de estos sujetos a manifiestan conflictos en el área social, siendo esta generalmente muy limitada. En ocasiones dejan los espacios en blanco y están influenciados por creencias y distorsiones cognitivas, que unido a la difuncionalidad familiar y los niveles de depresión, permiten el aislamiento por parte de estos, influyendo también sobre esta área, la autovaloración inadecuada, indicador característico de este grupo.

Estableciendo comparaciones podemos decir que el otro grupo de adolescentes con ideación, estas distorsiones cognitivas y creencias no regulan tanto el comportamiento de los sujetos, es decir que no presentan tantos conflictos en el área social, orientándose al establecimiento abierto de relaciones existiendo congruencias entre el sistema de creencias y la realidad, favoreciendo una

adecuada autovaloración y una estructuración mucho más objetiva y reflexiva de proyectos y planes futuros de los adolescentes.

En el área personal, el grupo de adolescentes con intento suicida, muestran indicadores de inestabilidad emocional es desequilibrio psíquico.” Mis nervios son malos”; “Mi mente siempre esta confusa”;” Quisiera mejorar mis nervios”, manifiestan el malestar psicológico que presentan estos sujetos.

En el grupo de con ideación, se percibe un menor grado de desequilibrio emocional, muestran mucho más control sobre si mismo, lo que le permite una mejor adaptabilidad en su sistema de relaciones y tendencia a autocontrolarse, lo que favorece la estabilidad de manera más visibles en las demás áreas, permitiendo esto una mejor proyección y perspectiva para el futuro.

Analizando de manera más profunda el área de conflictos de cada grupo de pacientes, podemos apreciar que los dispensarizados con intento suicida, sus mayores conflictos son familiares, es decir todos se orientan en esta área. Teniendo en cuenta que mucho de estas familias son disfuncionales, nos permite valorar que en mucho de estos casos no existe la presencia de factores resilientes que le permiten lograr un mejor funcionamiento individual y social. También considero medular, un indicador que interfiere en esta área de conflictos, me refiero a la percepción distorsionada que estos sujetos presentan sobre si mismos. En el grupo de adolescentes con ideación, los conflictos no son tan marcados como en el otro grupo de pacientes, es decir que es decir que no están relacionados tanto con el fracaso, ni con la presencia de crisis existenciales, Estos conflictos están relacionados con la insatisfacción de algunas necesidades tanto individuales como familiares, la presencia de factores resilientes, permiten un mejor equilibrio en los sujetos, favoreciendo la toma de decisiones al intervenir en dichos conflictos, de manera que se hace mucho mas fácil la adaptabilidad al medio, trayendo un mejor equilibrio psicológico en estos adolescentes.

El área motivacional es la más afectada en los pacientes con intento suicida; la desmotivación por la vida, por establecer proyectos futuros, la presencia de creencias y distorsiones cognitivas, los índices de depresión y una autovaloración inadecuada, determinan claramente la orientación y la existencia de dichos

pacientes. En el grupo de adolescentes con ideación, se puede ver claramente una gran diferencia, es decir la motivación va encaminada en función de la autorrealización, orientada esta por la estructuración bien definida de los proyectos y las metas a alcanzar, además son mucho más personalizadas, aspiran al bienestar familiar pero también individual.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los altos niveles de depresión, los grandes conflictos en el funcionamiento familiar, además de escasos intereses, la estructuración inadecuada de proyectos futuros y el bajo nivel de aspiraciones, son factores predisponentes que influyen objetivamente en el suicidio en los sujetos que han realizado el intento.

González y otros autores (2014), refiere que la depresión permite que los pacientes refuercen más su perspectiva hacia los fracasos y decepciones ante circunstancias de la vida, hiperbolice los escenarios negativos de y se subvalore, es decir que los pacientes bajo una depresión profunda no son capaces de distinguir entre pensamientos positivos y negativos o bajo las influencias de ideas distorsionadas que los encausan hacia una crisis existencial y la desesperanza. Las personas con depresión se ven frustradas y rechazadas, además perciben un futuro sin esperanza. Muchos de las personas que presentan ideación suicida, casi siempre presentan síntomas depresivos, teniendo en cuenta también la poca perspectiva positiva al futuro. Las personas con depresión creen que no existe algo que les pueda calmar el sufrimiento, es decir que la única salida que tienen para acabar con su agonía es la muerte. Un adolescente con depresión puede percibir que no existe otra vía de escape a los conflictos, de calmar el dolor que siente emocionalmente y de tratar de avisar su infelicidad y desesperación.

Es importante resaltar que en el grupo II, los dispensarizados con intento de autolesión, existen la presencia de manifestaciones claras de depresión, astenia, hipoabulia, las ideas pesimistas acompañadas de irritabilidad e insomnio. toda esta sintomatología está enfocada hacia una movilidad a lo patológico en los adolescentes con intento suicida y moderada en el grupo de los dispensarizados con ideación solamente.

Los pacientes que realizaron el intento suicida presentan una autovaloración inadecuada y una autopercepción distorsionada de sí mismo y de los miembros que los rodean, lo que trae consigo un aislamiento por parte de estos, interfiriendo notablemente en el establecimiento de relaciones interpersonales. En relación con la autoestima y el suicidio en los adolescentes, se encontró que esta correlación se asocia negativamente, mostrando estos resultados, los cuales coinciden con las investigaciones de Duarté, Lorenzo y Rosselló (2012) los cuales hallaron relaciones estrechas en el autoconcepto y en la ideación suicida en adolescentes de 13 y 18 años.

Las pacientes dispensarizadas que no han realizado el intento suicida se distinguen por una expresión más amplia de su esfera motivacional, apareciendo más variedad de necesidades como integradas que son al mismo tiempo eficiente en la regulación de su conducta, todo lo cual le concede una mayor organización y coherencia a su conducta respecto al grupo con realización del intento.

Existen marcadas diferencias en la caracterización psicológica de cada grupo de pacientes, lo cual nos indica la necesidad de realizar con mucha más penetración psicológica el diagnóstico para posteriormente llevar a cabo el proceso de dispensarización.

A modo de conclusión se puede apreciar claramente con el estudio de muchos de estos factores y variables psicológicas que partiendo de una buena dispensarización, es muy probable que se trabaje de manera más eficiente en la detección de los adolescentes con ideación suicida para que no lleguen a cometer el acto. Esta problemática perturba a muchas personas a nivel mundial sin importarles género ni grupos, objetivamente los adolescentes son los más vulnerables y presentan mayor cantidad de riesgos, teniendo en cuenta las características propias de su desarrollo. Hay que enfatizar en las medidas de prevención las cuales demandan acciones fundamentadas en proyectos que contengan la colaboración de la comunidad y de las entidades estatales y sociales, desde un punto de vista educativo y reeducativo, con proyectos, partiendo de que la identificación de los riesgos tempranamente ayuda a la disminución de esta problemática. En este trabajo se enfatizó en los factores motivacionales a tener en

cuenta para realizar un buen proceso de dispensarización, lo que trae consigo la detección de los factores de riesgos y se adopten medidas para la realización de intervenciones terapéuticas con éxito.

Referencias Bibliográficas

- Borges, G. Orozco, R. Benjet, C, Medina, M. (2019). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. Recuperado de
- Bravo, M. (2019). En México se suicidan 17 personas cada día. Recuperado de <https://www.publimetro.com.mx/mx/nacional/2019/09/09/suicidio-mexico-17-personas-dia.html>
- Chiavenato, I. (2000). Administración de Recursos Humanos. (5ta ed.), Bogotá: Mc Graw-Hill.
- Desuque, D., Vargas, J., y Lemos, V. (2011). Análisis psicométrico del cuestionario de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida en población adolescente. recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v17n2/a08v17n2>
- Duarté, Y. Lorenzo, L y Rosselló, J. (2012). Ideación suicida: Síntomas depresivos, pensamientos disfuncionales, autoconcepto y estrategias de manejo en adolescentes puertorriqueños/as. Revista Puertorriqueña de Psicología. 23.
- Durkheim, E. (1986). El Suicidio. México: Premia.
- Espinoza, C. (2017). El estudio de caso. Recuperado de: <https://es.scribd.com/presentation/363388744/El-Estudio-de-Caso>
- González, R., Valdés, H. (1994). Psicología Humanista Actualidad y Desarrollo. La Habana: Ciencias Sociales.
- González, J, Ramos, J, Nolasco, E, Lara, A, Ramírez, Márquez, M, Illán, O, Amaya, G. (2014). Depresión y suicidio. Revista Médico-Científica de la Secretaría de Salud Jalisco. Número 1. Enero - abril de 2014
- Guevara, C. (2013). Dispensarización. Recuperado de <https://es.scribd.com/doc/131547939/Dispensarizacion>
- Hernández, H. Flores R. (2011). El suicidio en México. Papeles de Población. 68. 69-101
- Hernández-Bringas, H.H. y Flores-Arenales, R. (2011). El suicidio en México. *Papeles de Población*. 68. 69-101.

- Hernández-Bringas, H.H. y Flores-Arenales, R. (2011). El suicidio en México. *Papeles de Población*. 68. 69-101. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2332/233228917001.pdf>
- INEGI Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2018). *Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio*. Recuperado de https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/suicidios2018_Nal.pdf
- INEGI Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2018). *Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio*. Recuperado de: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/suicidios2018_Nal.pdf
- Marichal, B (1993). *Caracterización Psicológica de sujetos propensos al suicidio*. [Tesis de Licenciatura]. Santa Clara. Universidad Central de las Villas.
- Mendoza, M (2003). Suicidio: Extraído el 26 de enero de 2008 desde: <http://www.ilustrados.com/publicaciones/EpZkpuyIFFsvSaLqed.php>
- Morales, O.E. (1993). *Método de intervención Psicológica para bloquear la evolución a estados Psíquicos Patológicos en pacientes con Intento Suicida*. [Tesis de licenciatura]. Santa Clara. Universidad Central de las Villas.
- OMS Organización Mundial de la Salud (2019a). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/suicide>
- OPS Organización Panamericana de la Salud (2014). *Prevención del suicidio: un imperativo global*. Washington, DC. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508_spa.pdf;jsessionid=EEFF97336A2D51C55AF3182158722AD9?sequence=1
- Pérez Barrero SA (1999). *La Salud Mental: El suicidio en Cuba*. La Habana: Ciencias Médicas.
- Pérez, S, Reytor, F. (1995). El suicidio y su atención por el médico de la familia. *Revista Cubana Medicina General Integral*. 11(.4), Recuperado de
- Pérez, S. (1995, jul.-ago). El suicidio y su atención por el médico de la familia. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 11, Artículo 4. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-212519950004401yscript=sciarttext>
- Rubinstein, J. L. (1981). *Principio de Psicología General*. La Habana: Edición revolucionaria.