



Trabajo Final de Carrera

Factores de Riesgo y Protectores de la Conducta Suicida en Adolescentes

Alumna: Oleksandra Malysheva (402 21408)

Tutora: Ona Albornoz

Carrera: Lic. en Psicología

A handwritten signature in black ink, appearing to be "Oleksandra Malysheva", is centered below the text.

Introducción	3
Presentación del Tema	3
Problema de Investigación	5
Pregunta de Investigación	6
Relevancia de la Temática	6
Objetivos	7
Objetivo General	7
Objetivos Específicos	7
Alcances y Límites del Trabajo	7
Antecedentes	8
Psicología Existencial	8
Suicidio	9
Estado del Arte	11
Marco Teórico	14
Psicología Humanista	14
Origen y Desarrollo	14
Psicología Humanista Existencial	14
Desarrollo Metodológico	18
Procedimiento	18
Capítulo I: El Suicidio en la Adolescencia	19
Capítulo II	24
2.1. Factores Protectores del Suicidio en la Adolescencia	24
2.2. Factores de Riesgo del Suicidio en la Adolescencia	26
Capítulo III: Intervención Frente al Suicidio Desde un Enfoque Humanístico Existencial	31
Conclusión	45
Referencias Bibliográficas	47

1. Introducción

1.1. Presentación del Tema

El suicidio es una conducta que lleva a cabo un individuo con el objetivo de finalizar su vida voluntariamente (Gutiérrez-García, Contreras & Orozco-Rodríguez, 2006). La conducta suicida incluye al suicidio como comportamiento consumado y a las diferentes estrategias llevadas a cabo por la persona que consisten en intentos de suicidio e ideaciones suicidas (Pérez Barrero, 1999). Esto significa que las personas que toman la decisión de matarse pueden consumir el suicidio, realizar intentos fallidos o tener pensamientos suicidas.

Según cifras brindadas por la Organización Mundial de la Salud (2021) por año se suicidan 700 mil personas. Además, por cada suicidio que se lleva a cabo hay muchos intentos de suicidio. Estos constituyen el factor de riesgo más importante que puede derivar en un suicidio consumado. En la población adolescente (de 15 a 19 años) el suicidio fue la cuarta causa de muerte a nivel mundial durante al año 2019.

La OMS (2020) define la adolescencia como una etapa de la vida que se encuentra comprendida en la franja etaria que va de los 10 a los 19 años. Esta se compone de etapas: la adolescencia temprana (10-13 años) caracterizada por las modificaciones físicas y hormonales que ocurren en ese periodo y por la formación de un grupo de pares. La preocupación central del adolescente en esta etapa es sobre sí mismo atendiendo a las modificaciones físicas que se encuentra viviendo. Otra subetapa dentro de la adolescencia es la adolescencia media (14-16) donde el principal tema es el desarrollo de la identidad. Para ello el adolescente comienza el proceso de independencia respecto de sus padres. Esto puede contribuir a que los adolescentes lleven a cabo conductas de riesgo en función del intento de separación de los padres. La adolescencia tardía (17 años en adelante) se caracteriza por problemáticas vinculadas a la consolidación de la identidad, la aceptación de la imagen corporal, la preocupación por sus proyectos futuros de vida y la generación de vínculos interpersonales de uno a uno más que grupales (Gaete, 2015; Unicef, 2020).

La investigación ha determinado que existen factores de riesgo y de protección frente a la conducta suicida. Los primeros pueden definirse como aquellos que inciden de manera acumulativa aumentando las probabilidades de los individuos de llevar a cabo una conducta suicida. Los segundos, en cambio, disminuyen la probabilidad de riesgo de que se realice una conducta suicida. El campo de la epidemiología ha aportado información identificando diversos factores de riesgo y de protección (Corona Miranda, Hernández Sánchez & García Pérez, 2016). Los factores de riesgo de la conducta suicida pueden clasificarse en inmutables y variables. Los primeros aluden a las características del individuo o del contexto que no se pueden modificar por voluntad de la persona. Estos incluyen: intentos previos de suicidio, genética biológica del individuo y edad. Entre los factores variables se pueden mencionar los trastornos psicológicos (principalmente ansiedad y depresión) y aislamiento del individuo del contexto social (Gutiérrez-

García et al., 2006).

Existen factores contextuales que incrementan el riesgo de la conducta suicida tales como vivenciar situaciones de violencia y el abuso sexual. En el ámbito escolar las problemáticas asociadas al bajo desempeño y a la relación entre pares. Esta última puede ser particularmente conflictiva vivenciando el adolescente situaciones de bullying o acoso escolar que se manifiestan principalmente a través de burlas, agresiones psicológicas e incluso físicas. En la dimensión sexual las dificultades para la identificación sexual y el temor a la reacción social y especialmente de la familia frente a la expresión de la identificación sexual puede ser un factor de riesgo de la conducta suicida. A pesar de que existen factores de riesgos que aumentan la probabilidad de que la conducta suicida ocurra ello no significa que necesariamente si están presentes los factores de riesgo la conducta suicida ocurrirá (Unicef, 2017).

Si bien el suicidio es un fenómeno que ha existido a lo largo de la historia de la humanidad, la manera de conceptualización del mismo ha variado en función de la cultura en la cual se interpretó el fenómeno. En el ámbito científico también sucede que diferentes teorías han intentado brindar una explicación al fenómeno del suicidio para contribuir con estrategias de abordaje para reducir la frecuencia de los suicidios. Además, la investigación de los factores protectores y de riesgo de la conducta suicida en adolescente desde un enfoque humanista existencial se vuelve relevante dada la escasez bibliografía que busque complementar información científica general con un enfoque que busca enfatizar la particularidad como lo es la psicología humanista existencial. Desde el enfoque humanista existencial se trabaja la conducta suicida en base a las experiencias de vida de la persona que la han llevado a la decisión de suicidarse y a la concepción de vida que esa persona se ha formado a lo largo de su historia vital. Para ello el enfoque hace hincapié en la importancia del momento presente con el fin de hallar las fortalezas del individuo y hacer uso de ello para que pueda y quiera continuar con su existencia (Chica, Henao, Avendaño & Pineda, 2016). La conceptualización del suicidio desde una perspectiva existencial implica la suspensión de valoraciones morales respecto del fenómeno. Esto significa que es necesario adoptar una actitud que problematice las conceptualizaciones morales del suicidio sin establecer de antemano si el suicidio es bueno o malo, si es normal o patológico. Esta forma de pensar el suicidio conlleva que los profesionales de la salud mental que abordan a pacientes con conductas suicidas deben suspender sus referencias morales. Así, podrá entablar un vínculo terapéutico con la paciente para que este pueda desplegar las complejidades de su historia y las motivaciones que lo llevaron a tomar la decisión de su finalizar su vida. En este sentido, la psicología humanista existencial busca que la persona se apropie de su personalidad para poder llegar a ser y que no se la intente normalizar imponiéndole pautas de cómo debería ser su vida (Feijoo, 2019).

En su concepción del suicidio el enfoque humanista existencial se diferencia del enfoque biomédico. Aquel entiende que la conducta suicida es un intento de resolución extrema frente a una crisis vital donde un individuo con capacidad decisión, elige finalizar su vida aun teniendo la opción de no hacerlo. El enfoque biomédico, en cambio, concibe a la conducta suicida como un síntoma subyacente de un trastorno mental (González et al., 2021). En su diferencia con la

concepción biomédica la psicología humanista existencial entiende el suicidio en su relación con el sentido de la vida. El abordaje de la pregunta por el sentido de la vida se puede realizar únicamente desde una perspectiva individual. Esto significa que cada persona otorga un sentido a su vida que es diferente de aquel que otra persona le otorga a su vida (Polo, 2006).

1.2. Problema de Investigación

Las conceptualizaciones de los factores protectores y de riesgo de la conducta suicida en adolescentes son abordadas generalmente desde la psicología como factores comunes y generales que se presentan a toda la población afectada por el fenómeno. Ello puede traer aparejado estrategias de abordaje protocolizadas y normativas respecto de lo que el individuo debería hacer para disminuir los factores de riesgo e incrementar los factores protectores con el objetivo de prevenir las conductas suicidas. Estas estrategias se oponen a la concepción de la psicología humanista existencial que promueve un abordaje integral y particularizado de los individuos que asisten a las consultas con los profesionales de salud mental cuando presentan conductas suicidas. En este sentido, el enfoque humanista existencial busca la integración de lo universal con lo particular de cada caso que estudia. Así, en los casos particulares se observan creencias de que la muerte es la única opción para la resolución de los problemas emocionales y de la vida cotidiana. Esto puede acarrear que la persona no tenga un sentido en la vida que le brinde la motivación necesaria para continuar viviendo.

El problema de investigación que surge es la necesidad de integración de la perspectiva epidemiológica que identifica los factores de riesgo y de protección de la conducta suicida con la perspectiva subjetiva que refiere a la significación del sentido de la vida por parte del individuo. Se han identificado diversos factores de riesgo (edad, género, acoso escolar, abuso sexual e impulsividad) y factores de protección (dinámica familiar). Estos factores brindan un aporte al tratamiento de la conducta suicida al brindar datos que pueden orientar respecto de la gravedad del problema y la necesidad de atención de la persona por parte de un profesional de salud mental.

En los tratamientos psicológicos se busca los factores que puedan disuadir a la persona de tomar la decisión de suicidarse. Dado que, en general, las personas que han llevado a cabo una conducta suicida tienen una valoración negativa de la vida, la valoración positiva de la vida puede funcionar como un factor que disuada a la persona de tomar la decisión del suicidio.

La teoría del manejo del terror desde el enfoque humanista existencial ofrece una conceptualización que aborda tanto los factores de riesgo y de protección sociales como los factores individuales. Esta teoría afirma que la especie humana evolucionó por su capacidad de sobrevivir al ambiente en el cual debe desarrollarse. De esta forma, adquiere la conciencia de finitud existencial y la posibilidad de que en determinado momento finalice la vida. La forma de afrontamiento de las personas va a depender tanto de aspectos sociales y culturales como individuales tales como la autoestima. Respecto a la autoestima, la valoración positiva o negativa de la vida va a dar a la misma una visión sobre sí mismo, los demás y el mundo que puede

contribuir al riesgo al suicidio. Los factores culturales y sociales, en cambio, no dependen del individuo sino del entorno en el cual se desenvuelve. Por lo tanto, la capacidad para afrontar eficazmente las problemáticas que surgen en el contexto será crucial para aumentar o disminuir el riesgo del suicidio.

Un tratamiento psicológico del suicidio desde la psicología humanista existencial podría incluir los factores individuales que brinden a la persona una valoración positiva de sí mismo para adquirir la motivación necesaria para vivir y obtener un sentido de vida que los proteja del suicidio. Sin embargo, también se vuelve necesario considerar los factores de riesgo y protección sociales en el tratamiento para que el terapeuta pueda valorar la gravedad del problema y los factores contextuales que están afectando a la persona para poder trabajar en las sesiones sobre aquellos temas que más aquejan a las personas.

2. Pregunta de Investigación

La pregunta central que orientará la investigación es: ¿cuáles son los factores protectores y de riesgo de la conducta suicida en adolescentes desde una perspectiva humanista existencial?

2.1. Relevancia de la Temática

La relevancia de la temática está dada por la importancia a nivel mundial del fenómeno del suicidio, constituyendo un problema de salud pública. En los adolescentes, este fenómeno se agrava por el hecho de que el suicidio constituye la cuarta causa de muerte. La identificación de los factores de riesgo y de protección en la conducta suicida son socialmente útiles para realizar políticas públicas orientadas a la prevención del acto suicida. Desde el punto de vista de la psicoterapia, esta identificación contribuye a los terapeutas a identificar rápidamente la vulnerabilidad y el riesgo de un individuo con probabilidad de conducta suicida. Así, los terapeutas pueden diseñar estrategias más específicas y orientadas en función de los factores de riesgo y de protección que encuentren en los pacientes que tengan en tratamiento. El impacto social de la identificación de los factores de riesgo y protección puede incidir principalmente en aquellos pacientes que se encuentran en tratamiento con terapeutas que hagan uso de la herramienta de identificación de los factores para diseñar sus estrategias terapéuticas. Además, contribuye a los terapeutas a tener una evidencia empírica sólida disponible de la cual partir para poder incorporar en sus intervenciones.

3. Objetivos

3.1. Objetivo General

- Analizar los factores protectores y de riesgo de la conducta suicida en adolescentes desde un marco teórico humanista existencial.

3.2. Objetivos Específicos

- 1- Indagar los factores de riesgo (género, edad, acoso escolar, abuso sexual e impulsividad) en población adolescente.
- 2- Explorar sobre los factores protectores (cognitivos, dinámica familiar y sentido de la vida) en población adolescente.
- 3- Describir la concepción del suicidio desde la psicología humanista existencial.
- 4- Describir los tratamientos de la psicología humanista existencial para el suicidio.

4. Alcances y Límites del Trabajo

Los alcances del presente estudio contribuyen a comprender el fenómeno del suicidio durante la adolescencia de manera integral. En este sentido, se describen los factores de riesgo y de protección. A su vez, como estos factores pueden considerarse dentro de una terapia humanística existencial para considerarlos en el desarrollo de un tratamiento específico.

Los límites de la investigación refieren a los aportes que otros enfoques teóricos pueden brindar a la comprensión del fenómeno del suicidio para alcanzar un abordaje aún más integral. Además, al ser un estudio de revisión teórica es necesario desarrollar en futuras investigaciones estudios empíricos que muestren la importancia que incluir los factores protectores y de riesgo en el curso de un tratamiento de enfoque humanístico existencial.

5. Antecedentes

5.1. Psicología Existencial

La psicología humanista ya tiene varias décadas desde que hizo su aparición en el campo de la psicología. Delimitar una fecha exacta del origen este enfoque resulta complejo dado que es necesario tomar una referencia para realizar tal limitación. En ese sentido, es posible situar el comienzo de la psicología humanista en el año 1961 con la primera publicación realizada de la Revista de Psicología Humanista (en inglés, Journal of Humanistic Psychology) (Villegas Besora, 1986). A su vez se constituía la Asociación Americana para la Psicología Humanista que tuvo como referentes a Abraham Maslow, Rollo May y Charlotte Bühler (Zalbidea, Carpintero & Mayor, 1990).

En su surgimiento, la psicología humanista aparece como un tercer enfoque dentro de la psicología. Los otros dos, que ya tenían su desarrollo y se encontraban en ese momento eran el conductismo y el psicoanálisis. La psicología humanista realizaba una serie de críticas a ambas corrientes y buscaba una superación de las mismas, pero sin excluirlas sino integrándolas en un enfoque superador. Respecto al conductismo, la principal crítica era la concepción de la humanidad que resultaba insuficiente o inadecuada, dado que se consideraba que se equiparaba o comparaba un ser humano con un animal o metafóricamente con una computadora (Bugental, 1967). En relación al psicoanálisis, la crítica era la excesiva patologización y la omisión de los aspectos más sanos de la personalidad. Así, se presentaba una psicología que estaba mayormente basada y centrada en la enfermedad que, en la salud, en la patología mental que en lo sano de la personalidad (Maslow, 1972).

Bugental (1967), referente de la psicología humanista, plantea una serie de principios para superar los obstáculos u omisiones que la corriente principalmente conductista pasaba por alto y así, se abordaba la personalidad humana de forma reduccionista:

- 1- Se debe abordar el estudio de la psicología desde el caso singular más que realizar un excesivo énfasis en las diferencias interindividuales o el análisis grupal. Ello es así dado que con ese tipo de análisis se pierde lo particular de cada uno en el análisis general.
- 2- El enfoque debe centrarse en las experiencias internas de las personas más que en el comportamiento que se puede cuantificar a través de la observación. Si bien el análisis de la conducta es útil, debe combinarse con las experiencias internas, sino se hace caso omiso de una parte central de la experiencia humana.
- 3- La investigación en psicología debe incorporar temas que sean relevantes e importantes para la existencia de las personas y no solamente aquellos aspectos que sean medibles y por lo tanto susceptibles de ser investigados de forma cuantitativa.

El existencialismo fue una fuente de interés para los psicólogos humanistas, de los cuales se puede nombrar como referentes a Rollo May y a Van Kaam (Zalbidea et al., 1990). La tradición existencial, que proviene de la filosofía designa al movimiento filosófico que comenzó a preguntarse acerca de concepción de la naturaleza humana, es decir, quién es el ser humano. En

la década de 1950 el existencialismo adquiere mayor difusión pública. La característica central de esta filosofía es la valoración de las personas y el intento por realizar una descripción y explicación de forma concreta la vida de las personas, reflexionando sobre temáticas fundamentales de la existencia como la muerte, la libertad, etc. En este sentido, la psicología humanista toma los aportes del existencialismo para incorporarlos al campo de la psicología. Así Buhler & Allen (1972) conciben que la psicología debe poner en el centro la experiencia concreta de las personas para estudiar la personalidad. Para ello, se debe valorar el desarrollo de la potencialidad de las personas, rechazando los reduccionismos objetivistas que excluyen la dimensión subjetiva de las personas y, con ello, sus vivencias íntimas.

Principalmente, la psicología humanista busca el diálogo con otras corrientes teóricas para lograr una mayor comprensión de la personalidad, teniendo en cuenta todas las facetas de la misma (Gondra, 1986).

5.2. Suicidio

El suicidio no siempre tuvo la relevancia como problemática de salud pública que tiene en la actualidad. El progresivo interés tanto científico como social posiblemente se asocie al incremento de las tasas de suicidio. Por ejemplo: en EE. UU. Desde la década del 50' hasta la década del 80' se cuadruplicado los suicidios (Larzere, Smith, Baterson & Kelly, 1996).

Históricamente, se han identificado diferentes factores de riesgo para la conducta suicida: biológicos, psiquiátricos, antecedentes en la familia, personalidad, variables psicosociales (por ejemplo, la dinámica familiar) y patologías médicas (Blumenthal, 1988).

El estudio de la dinámica familiar y la conflictividad como factor de riesgo se ha estudiado históricamente en el campo de la psicología respecto del suicidio (Taylor & Stansfeld, 1984; Fergusson & Lynskey. 1995). Investigaciones más actuales como las de Cabra y Infante (2010) también han hallado la disfunción familiar como factor de riesgo del suicidio. La explicación de porqué la disfunción familiar puede afectar en el riesgo de suicidio y, principalmente en adolescentes es la siguiente: el clima de ausencia de afecto por parte de los progenitores en una edad de dependencia de los padres como es la adolescencia limita las posibilidades de aprendizaje para afrontar las problemáticas de la existencia. Además, el clima disfuncional genera un contexto de falta de sostén para soportar las situaciones estresantes y vitales de forma adaptativa (Larraguibel, Gonzalez, Martínez & Valenzuela, 2000). A su vez, cuando un miembro familiar realiza un intento suicida, ello repercute en la totalidad del sistema familiar creando una crisis en la misma (Herrera Santí & Avilés Betancourt, 2000). En este sentido, la familia puede actuar como un factor de riesgo o un factor protector en función de la dinámica que adopte en la crianza de sus hijos. La crianza inadecuada que genere una disfunción familiar puede ser la sobreprotección, el autoritarismo, la hostilidad que puede manifestarse verbalmente o físicamente y la falta de claridad en lo que respecta a los límites y reglas dentro del sistema familiar (Herrera Santí, 1999).

Cualquiera sea el factor de riesgo en la conducta suicida, la estimación de los factores de riesgo y

de protección brinda una idea de la gravedad de la problemática y la necesidad de atención por parte de un profesional de la salud (Rutter, 1987). Así, el enfoque que tiene en cuenta las múltiples variables sociales que afectan el suicidio que incluye no solo la dinámica familiar, sino también el género, la edad, etc. contribuye a comprender el fenómeno del suicidio de forma más abarcativa. Durante la adolescencia, la persona busca consolidar su identidad y los factores externos y sociales pueden afectar el aspecto psicológico. Por este motivo, es necesario comprenderlos e incluirlos en una perspectiva de atención clínica. Sin embargo, para el abordaje de un caso particular es necesario además conocer otros factores que hacen a la subjetividad del individuo tales como su personalidad, la relación de la persona con los pensamientos y emociones, las maneras de afrontar los eventos estresantes, etc. (Pacheco & Lopez, 1973). Comprender los factores de riesgo y de protección del suicidio es un enfoque para prevenir la conducta suicida considerando los aspectos estadísticos. En el mismo sentido, la concepción del suicidio de Durkheim entiende al suicidio como fenómeno social y solamente puede ser estudiada desde esta dimensión. Así, afirma que la tasa de mortalidad-suicidio es medible con datos estadísticos y es estable a lo largo del tiempo. A su vez, consideraba que un error estudiar la intencionalidad de quien llevaba a cabo una conducta suicida, dado que la intencionalidad no podía ser medible ni observable y, por lo tanto, no es susceptible de ser estudiada científicamente. (Durkheim, 1989).

Además de los abordajes del suicidio como fenómeno exclusivamente social, existen otras conceptualizaciones. Desde la psicología humanista existencial, el suicidio se comprende desde la teoría del manejo del terror. Esta teoría sostiene que el ser humano evolucionó en función de adaptarse al contexto y sobrevivir. Así, se adquiere la conciencia existencial de la finitud de la vida y, por lo tanto, de la posibilidad de la finalización de la vida en determinado momento (Greenberg et al., 2003; Greenberg, Solomon & Pyszczynski, 2004). De esta manera, es posible observar que las concepciones del suicidio han mutado históricamente y se han adoptado diversos enfoques para abordar la problemática que van desde una concepción social hasta una concepción psicológica del fenómeno del suicidio.

6. Estado del Arte

Los antecedentes de la investigación respecto de los factores de riesgo y protección del suicidio contribuyen a una mayor comprensión del fenómeno. Sin embargo, es necesario observar el estado del arte de la psicología humanista existencial en su contribución a la teorización y tratamiento del suicidio.

En este sentido una investigación (Muñoz, 2019) aborda el intento de suicidio en adolescentes desde una mirada existencial. Se concibe la adolescencia como un ciclo de vida donde el individuo se encuentra en pleno desarrollo. En esta fase existencial donde se desarrollan múltiples cambios a nivel social, físico, psíquico, entre otros que el adolescente puede valorar la vida otorgándole un significado relevante o rechazarla. Así, es fundamental el vínculo que establezca con su familia para acompañarlo como sostén en su existencia, ya que es una etapa crucial donde muchas veces aparece la pérdida del sentido de la vida. Desde el enfoque humanista existencial se comprende el malestar como una parte de la vida que sirve para el desarrollo de la persona. Sin embargo, muchas veces los adolescentes pueden significar eso con una visión sombría de la vida que los conduzca al rechazo del sentido de la vida. De esta manera, los adolescentes que llevan a cabo conductas suicidas o tienen ideación suicida, se debe a un conjunto de factores dado que el suicidio es un fenómeno complejo. Por este motivo, es necesario un abordaje integral que contemple los factores individuales y sociales de suicidio y, a su vez, atienda al proceso adolescente singular de significación del sentido de la vida, que el adolescente puede manifestar con aceptación de la vida o rechazo de la misma.

Otra investigación (García-Alandete et al., 2009) se propusieron examinar el vínculo existente entre sentido de vida y desesperanza. Los instrumentos psicológicos utilizados fueron: Test de Sentido de la vida y Escala de Desesperanza. La muestra se compuso de un total de 302 personas. Las conclusiones de la investigación señalan que hay una asociación entre el logro de un sentido en la vida y niveles bajos de desesperanza en las personas. Por el contrario, también se halló un vínculo entre los elevados niveles de desesperanza y el vacío existencial.

Una investigación (De Brigard Merchán, 2021) se propuso como objetivo examinar el sentido de la vida en las conductas suicidas a través de una revisión sistemática de la literatura científica. Los resultados de la investigación señalan un vínculo significativo entre la ausencia del sentido de vida y el riesgo suicida en el 50% de la literatura científica. En cuanto a la presencia de un sentido de la vida y la protección contra el riesgo suicida la conexión es más laxa. Así, solamente se halla una asociación en el 16,7% de los estudios. Sin embargo, funciona como protector del riesgo suicida amortiguando los eventos estresantes que pueden afectar la vida del individuo. Existe una tendencia de aumento del sentido de la vida a mayor edad y una menor tendencia a búsqueda del sentido de vida a medida que pasan los años de vida de los individuos. La ausencia de sentido de vida se experimental como vacío existencial y reduce la capacidad de la persona para afrontar las situaciones de índole cotidiana lo que empeora su situación. La problemática de la ausencia del sentido de vida es crucial en el periodo de la adolescencia donde surgen conflictos en relación a la

identidad personal, sexual, al desarrollo y crecimiento tendiente a la autorrealización y a la necesidad de reconocimiento social. Además, en relación a la familia, surge la necesidad de la búsqueda de un sentido ya que los adolescentes se encuentran en un proceso de independencia respecto de la familia de origen. Además de la ausencia del sentido de vida, la depresión, el acoso escolar y el abuso puede aumentar la probabilidad de riesgo suicida. A su vez, las emociones asociadas a la ansiedad pueden provocar una parálisis en el individuo ya que este percibe el futuro como amenazante y puede tender a la inacción ya que concibe su proyecto de vida como no tendiente a realizarse o como amenazante.

Arzalluz et al. (2021) se propusieron el análisis de un estudio de caso de una persona en la etapa de la adolescencia con ideación suicida desde el enfoque de humanista de la psicología. Los instrumentos que se utilizaron para la evaluación del caso fueron los siguientes: entrevista, Inventario de Depresión de Beck y escala de ideación suicida de Beck. Los resultados de la terapia humanista fueron de reducción de la ideación suicida, de mejora de los vínculos interpersonales, logrando una mayor inserción del adolescente en los vínculos afectivos con su familia.

En relación a los factores de riesgo de la conducta suicida, Gillies et al. (2018) llevaron a cabo un metaanálisis de los estudios comunitarios de adolescentes sobre variables asociadas al suicidio en el periodo 1990-2015. Los resultados del estudio señalan una prevalencia de autolesiones del 16,9%. La edad promedio de inicio de las autolesiones fue de trece años, siendo más frecuente en mujeres en comparación con los hombres. El 47% informó solo uno o dos episodios de autolesión y la modalidad más frecuente para llevar a cabo esta conducta fue el corte. El motivo de autolesionarse se vinculó con la sensación de alivio de emociones o pensamientos. La conducta suicida tanto en su aspecto de intento suicida como de ideación suicida fueron más frecuentes en adolescentes con historial de autolesiones previo. En relación a la búsqueda de ayuda por parte de las personas con conducta suicida, aproximadamente el 50% buscó ayuda, mayoritariamente entre personas con la cual el individuo poseía una amistad. La conclusión del estudio es que las intervenciones tempranas para reducir el riesgo suicida en personas con autolesiones deben ser accesibles. Estas pueden contribuir a la regulación emocional, principalmente de las emociones negativas, durante la adolescencia.

Fonseca-Pedrero et al. (2022) se propusieron examinar los factores de riesgo de los adolescentes en edad escolar. La muestra del estudio se compuso de 1790 adolescentes. Los resultados señalan que existe una asociación positiva entre la conducta suicida y los síntomas de depresión. Esto significa que a mayor sintomatología depresión, mayor riesgo de conducta suicida. Sin embargo, el factor más incidente en la conducta suicida fue el acoso escolar. Los autores del estudio conceptualizan al suicidio como un sistema dinámico donde intervienen factores psicológicos y afectivos en la persona y en la conducta suicida que lleva a cabo.

En relación a la prevalencia del suicidio, Kang et al. (2021) se propusieron examinarla y observar los correlatos clínicos de la conducta suicida en los adolescentes. La muestra del estudio se compuso de 1635 pacientes adolescentes con depresión. Los resultados señalaron una

prevalencia de ideación suicida del 38,2%. En comparación con pacientes sin ideación suicida, los pacientes con ideación suicida presentaron niveles más elevados de depresión y de exposición a eventos estresantes. Se observó una mayor prevalencia de la ideación suicida en pacientes mujeres, con trastorno del sueño y niveles elevados de depresión.

Primananda & Keliat (2019) se propusieron examinar los factores de riesgo y los factores protectores de la ideación suicida. La muestra se compuso de un total de 207 estudiantes del último año de la secundaria. Los resultados señalan que los factores que se encuentran asociados a una mayor probabilidad de ideación suicida son: depresión, ansiedad, desesperanza y estrés. Los factores protectores de la ideación suicida, por su parte, son: el apoyo social, la autoestima y el afrontamiento.

Cuesta et al. (2021) también examinaron los factores de riesgo y protectores para el suicidio y, a su vez, para el acoso escolar en adolescentes. Para ello, se llevó a cabo una revisión bibliográfica. Se observó que los factores de riesgo de ideación o intento suicida fueron: historial de intento de suicidio previo individual y/o familiar, abuso sexual, disfunción familiar, un contexto violento, nivel socioeconómico bajo, ser hombre, problemáticas de salud mental, abuso de sustancias y pertenecer a una familia monoparental. Los factores protectores tanto para el suicidio como para el bullying fueron: ser mujer, buena salud mental, buenos vínculos familiares, contexto escolar seguro y pertenecer a una familia biparental.

Tan et al. (2018) examinaron la prevalencia y los factores de riesgo de la ideación suicida en niños y adolescentes. La muestra se compuso de 12.733 niños y adolescentes de entre 9 y 18 años en edad escolar (primaria, secundaria o preparatoria). Los resultados de la investigación señalan que la impulsividad es un factor de riesgo de la ideación suicida.

May et al. (2020) se propusieron examinar los factores de riesgo de la conducta suicida comparando aquellos que solamente tienen ideaciones suicidas de aquellos que tienen ideaciones y además, intentos de suicidio. Los resultados de la investigación señalan que el 40% de las personas con ideación suicida ha intentado suicidarse en el mismo periodo que tuvo las ideaciones. Los factores de riesgo para la conducta suicida son el consumo de heroína, las peleas físicas y el abuso sexual. Las personas con ideación suicida que no habían tenido ninguno de estos tres factores de riesgo tenían menor probabilidad de llevar adelante un intento de suicidio.

7. Marco Teórico

7.1. Psicología Humanista

7.1.1. Origen y Desarrollo

La psicología humanista se inscribe dentro del paradigma del humanismo. Este surge de forma paralela en Europa y EE.UU. El contexto sociohistórico en el cual se origina es la Segunda Guerra Mundial, en la década de 1940. La humanidad en este periodo histórico se veía amenazada por diferentes catástrofes, principalmente el peligro nuclear ocasionado por el propio desarrollo tecnológico y científico de la sociedad. El humanismo surge así intentando dar respuesta a los peligros inminentes que el ser humano experimentaba y cambiando el paradigma cultura. El paradigma humanista va incidir en el desarrollo de una psicología de corte humanista que se orienta no solamente por criterios científicos, sino que busca desarrollar una concepción integral del ser humano (Aedo, 2014).

Las tendencias teóricas de la psicología con mayor difusión y popularidad a mediados del siglo XX fueron el Conductismo y el Psicoanálisis. En 1962 surge la psicología humanista como una tercera posición dentro del campo de la psicología. El objetivo de la misma era el desarrollo de una concepción integral sobre la persona sin recurrir a objetos de estudios parciales y fragmentados, sino aspirar a la elaboración de una visión holística del individuo. Este se objetivo se contrapone a las concepciones que se consideraban limitadas en ese momento histórico en la psicológico. Así, el conductismo reducía su objeto de estudio a la conducta y el psicoanálisis al inconsciente, llevando a cabo un abordaje fragmentado de la persona (Aedo, 2014).

7.1.2. Psicología Humanista Existencial

Resulta difícil delimitar el surgimiento de la psicología humanista existencial. Esto se debe principalmente al hecho de que toda fecha asociada al surgimiento de una corriente en psicología resulta artificiosa debido a cada autor sugiere un hito o momento específico que vincula al origen de este enfoque teórico y práctico sobre la persona. Sin embargo, es posible mencionar algunas referencias que orientan sobre el surgimiento y desarrollo de la psicología humanista existencial. En este sentido, Quitmann (1989) sitúa el origen en el año 1962 relacionando esta fecha con la aparición de la Asociación Americana de Psicología Humanista. Mientras esto ocurre en EE. UU., en Europa se publica el libro "Psicología Humanista" de Cohen (1958).

En los inicios de la psicología humanista existencial, los pioneros provenían de áreas diferentes de la psicología y con enfoques teóricos diversos. A pesar de la heterogeneidad conceptual y de procedencia, la coincidencia de aquellos que adherían a esta corriente psicológica era el descontento con la psicología de la época y la necesidad de desarrollo y novedad en este campo (Gondra, 1986).

El existencialismo filosófico se relaciona con la psicoterapia existencial. Ambos se ocupan de la persona en crisis y del individuo que se ha desviado de lo que se denomina la conducta normal

(González, 2006). Se puede mencionar una influencia del existencialismo hacia la terapia existencial de parte de Kierkegaard, en su concepción de la existencia como la vivencia de experiencias subjetivas donde la persona puede asumir la responsabilidad a través de su libertad y hacer de elección de una verdad que tenga un sentido para el individuo (Osorio, 2013).

La fenomenología es otra vertiente filosófica que ha influido en la psicoterapia existencial (Moss, 2001). Entre los aportes de esta vertiente, se destaca la idea de que el ser humano conoce todo a través de la experiencia y, por lo tanto, la percepción del mundo debe realizarse a través de las vivencias subjetivas de las personas (Moss, 1999; Tageson, 1982).

El enfoque humanista existencial se caracteriza principalmente por comprender la alianza terapéutica entre el paciente y el terapeuta como un encuentro. En el inicio de la relación terapéutica se parte de una distancia ya que ambos son desconocidos y se busca formar un lazo para alcanzar un clima afectivo donde haya seguridad y confianza. La forma de desarrollo de la alianza entre el terapeuta y el paciente, depende en gran medida del propio terapeuta. Así, debe utilizar sus recursos creativos y sostener una posición de apertura frente a lo desconocido del paciente para poder abordar la singularidad del caso. También, se enfoca en la experiencia que el paciente tiene y la promoción de la responsabilidad y libertad por parte del mismo. Las temáticas que se tratan abordan todas aquellas que suceden en la existencia, lo cual incluye al fenómeno del suicidio (Signorelli & Robles, 2016).

Es importante señalar, que, a diferencia de otras corrientes psicológicas, el enfoque humanista existencial sostiene que la metodología y la técnica debe estar supeditada a una comprensión inicial del sentido e intencionalidad que el paciente tiene respecto de su vida. Esto significa que antes de realizar cualquier intervención clínica por parte del terapeuta, es necesario que este comprenda al paciente, es decir, lo escuche y pueda identificar el sentido de vida que se propone y la intencionalidad que tiene respecto de lo que quiere realizar en su existencia. En este sentido, se considera que cada persona crea su mundo activamente a través del sentido que descubre. No se trata de una persona pasiva que recibe los estímulos del exterior y se limita a codificarlos, sino por el contrario de un sujeto activo que interviene en la realidad para crearla (De Castro, 2011).

La metodología del enfoque humanista es diversa y entre estos métodos se incluye el existencial. Este se caracteriza por el intento de superación de una psicología reduccionista y determinista, para dar lugar a la libertad y responsabilidad del individuo comprendiéndolo de forma integral (Osorio, 2013).

Si bien se habla de psicología humanista existencial y de psicoterapias existencial, lo cierto es que no existe una sola psicoterapia con este enfoque, sino que se han constituido diversas psicoterapias con matices en cuanto a su conceptualización. A pesar de esta diversidad, es posible identificar una serie de ideas en común que comparten las psicoterapias existenciales.

Existen dos ideas básicas, que son la idea que la persona es un ser situado en el mundo y esto significa que tiene un carácter relacional con su contexto y con otras personas. De ahí que el terapeuta observe las relaciones de su cliente con el mundo y con los demás. Otra idea es la concepción de angustia como estado normal del ser humano debido a estar arrojado a existir en el

mundo. En este sentido, el terapeuta observará los patrones del cliente de evitación de la angustia (De Castro, 2011).

En este contexto, la psicoterapia existencial se propone como objetivo asumir la angustia existencial inherente al hecho de que la persona existe y está viva. Sin embargo, no se trata de naturalizar la ansiedad patológica que es diferente de la angustia existencial que forma parte de la vida de la persona. La ansiedad patológica surge como consecuencia de la negación de parte del cliente de las problemáticas existencial que tiene que vivir y del dolor que lleva esa existencia (Fernández Jiménez, 2020).

La alianza terapéutica es un concepto esencial de la psicoterapia humanista existencial. Se puede mencionar tres cualidades de la persona del psicoterapeuta en el vínculo con el paciente necesarias para establecer una correcta alianza terapéutica: que comprenda al paciente de forma empática, que acepte de forma positiva e incondicional y, que se muestre auténtico/a en el vínculo (Solari, 2015). Dentro de la relación terapéutica, el psicoterapeuta debe aprender a suspender los prejuicios que tiene sobre el paciente y tener confianza en la vivencia subjetiva de la experiencia inmediata tanto de sí mismo como del paciente (Jonquera & Arroyo, 2006). En este sentido, el terapeuta se focaliza más en trabajar en el aquí y ahora y no recurrir a interpretaciones teóricas de lo que le sucede la paciente (De los Heros, 2016).

Existieron diversos autores del enfoque humanista existencial que fueron influyentes. Entre ellos, se puede mencionar a Carl Rogers. Su enfoque era de terapia centrada en la persona y considera la psicoterapia como un encuentro existencial que se da entre dos personas (terapeuta y cliente) que comparten sus mundos de experiencia donde se produce un enriquecimiento recíproco entre ambas personas (Jonquera & Arroyo, 2006).

Como se mencionó existen diversas psicoterapias existenciales, entre las que se pueden destacar la psicoterapia existencial y la logoterapia. Si bien hay divergencias entre cada tipo de terapia, todas comparten en común los fundamentos filosóficos del existencialismo, la idea de que hay que realizar un abordaje de la persona como un ser único e irrepetible, dando lugar a la comprensión del paciente por sobre todo análisis que se pueda realizar (Jiménez, 2020).

A modo de definición de la psicoterapia de índole existencial puede afirmarse que se trata de un modelo terapéutico que tiene un carácter dinámico y que se centra en problemáticas ligadas a la existencia (Yalom, 2003). Además, su base filosófica es el existencialismo y la fenomenología (González Pardo & Pérez Álvarez, 2017). El modelo psicoterapéutico tiene más influencias filosóficas que médicas.

El modelo médico que se desarrolla en psicoterapia comprende a los trastornos mentales como entidades de índole natural. Concibe el proceso psicoterapéutico como la aplicación de técnicas para lograr la eliminación de los síntomas, que son la manifestación de una entidad patológica subyacente (González Pardo & Pérez Álvarez, 2017). El modelo de la psicoterapia existencial, en cambio, considera que lo esencial del proceso terapéutico no es la aplicación de la técnica de manera mecanicista, sino la creación de una alianza terapéutica donde el terapeuta pueda

comprender al paciente. En ese sentido, la técnica aparece luego de la comprensión y no antes, como la mera aplicación de un procedimiento que funcionaría (Yalom, 2015).

Además, la psicoterapia existencial concibe que los pacientes llegan a la consulta en gran medida por problemas existenciales ligados a la vida cotidiana y no tanto por trastornos mentales. Dado que se entiende que la existencia puede ser problemática, se concibe que los pacientes demandan una psicoterapia no por una patología que padezcan, sino por un sufrimiento derivado de sus vivencias existenciales. En ese sentido, manifiestan dificultades para vincularse con su contexto, con otras personas o con sí mismos (Martínez Robles, 2012). Así, el modelo de psicoterapia existencial se basa en idea de que la persona siempre se encuentra situada en el mundo y solo puede comprenderse en las relaciones que esta establece con el mundo. Aquí se diferencia del modelo médico, que concibe que la persona va a terapia por un trastorno mental que debe eliminarse mediante la técnica (González Pardo & Pérez Álvarez, 2017).

8. Desarrollo Metodológico

8.1. Procedimiento

Se realizó una búsqueda bibliográfica sobre el suicidio, los factores de riesgo y protección del suicidio y, el enfoque humanista existencial en psicología y su conceptualización del suicidio. Se utilizaron las siguientes bases de datos SciELO, PubMed, Dialnet. La búsqueda se complementó utilizando el buscador Google Scholar.

Se utilizaron los siguientes criterios de selección para elegir los artículos que se incorporaron en la presente investigación:

- 1- Artículos accesibles de forma completa y gratuita.
- 2- Estudios que desarrollaran la psicología humanística existencial.
- 3- Investigaciones que abordaran la conceptualización del suicidio desde una mirada humanística existencial.
- 4- Artículos que presentaran los factores de riesgo y de protección del suicidio.
- 5- Estudios que incluyeran datos estadísticos sobre el fenómeno del suicidio.
- 6- Investigaciones, informes o artículos que desarrollaran el impacto del suicidio en población adolescente.

Las palabras claves que se utilizaron para la búsqueda de datos fueron las siguientes: suicidio; suicidio AND adolescencia; psicología humanista existencial; psicología humanista existencial AND suicidio; factores de riesgo AND suicidio; factores de protección AND suicidio; suicidio AND existencial; suicidio AND psicología existencial; factores de riesgo AND adolescencia AND suicidio; impacto del suicidio en población adolescente; Carl Rogers AND suicidio; suicidio en adolescentes AND "humanista existencial".

Se seleccionaron los artículos realizando un primer filtro por título y/o resumen. Los estudios que pasaron el primer filtro, se analizaron de forma completa para comprobar la relevancia con la temática a tratar y finalmente se incorporaron los artículos relevantes para la investigación.

ii. Capítulo I: El Suicidio en la Adolescencia

La adolescencia se define como una etapa particular de la vida donde ocurren múltiples cambios: biológicos, psicológicos y sociales. La OMS (2020) señala que esta etapa transcurre desde los diez hasta los diecinueve años. Sin embargo, lo relevante de la adolescencia son las transformaciones biopsicosociales que ocurren más que la definición exacta de la edad en la cual ocurren estas modificaciones. Se subdivide en (Gaete, 2015; OMS, 2020):

- 1) Adolescencia temprana (10-13 años): Los cambios más relevantes son físicos y hormonales. A nivel social, la constitución de un grupo de pares con los cuales se forma un lazo de amistad. Psicológicamente, los adolescentes de esta etapa se encuentran en una transición del egocentrismo hacia el sociocentrismo. En este sentido, si bien se preocupan por su grupo de pares, también hay una fuerte atención a los cambios físicos centrados en su propio cuerpo.
- 2) Adolescencia media (14-16 años): El cambio más importante es el desarrollo identitario. Por este motivo, los adolescentes de esta etapa buscan la autonomía de sus padres. Aun cuando buscan la autonomía continúan centrados en la imagen que los otros tienen de sí. Por ello, en esta etapa existe el riesgo de desarrollo de comportamientos de índole problemática (por ejemplo: intento de suicidio).
- 3) Adolescencia tardía (17 años en adelante): Continúa la preocupación por la imagen del cuerpo y el desarrollo de la identidad. Comienza la preocupación por la situación futura de sus vidas y la conformación de vínculos interpersonales uno a uno más que los vínculos con grupos de pares como sucedía en las etapas anteriores. Si los adolescentes tuvieron dificultades en el tránsito de estas tres etapas de la adolescencia pueden surgir comportamientos problemáticos (por ejemplo: intentos suicidas) o psicológicos.

En términos generales, la adolescencia es la etapa de la vida donde ocurre la búsqueda de una identidad propia y con ella, un sentido para su vida. Para el logro de la consolidación de la identidad se vuelve fundamental la experimentación. En este proceso donde se lleva a cabo la experimentación, el adolescente puede correr riesgos si no se establecen límites claros respecto de los factores de riesgo que pueden desembocar en conductas problemáticas (Hazen et al., 2008; Gaete, 2015).

El suicidio durante la etapa de la adolescencia constituye una problemática de salud pública. A nivel mundial, las estadísticas señalan que hay 703.000 conductas suicidas por año que se consuman en la población general, es decir, que culminan con la finalización de la vida de las personas. Entre los jóvenes (de 15 a 29 años), que incluye a los adolescentes, el suicidio figura como la cuarta causa de muerte (OMS, 2021). Los adolescentes (de 10 a 19 años), a nivel mundial, son una sexta parte de la población global (1200 millones). De los 10 a los 24 años, solamente en 2019 murieron un millón y medio de adolescentes y jóvenes. Diariamente, esto supone una cifra de cinco mil personas. El menor riesgo se encuentra entre aquellos que tienen de 10 a 14 años (OMS, 2021a).

En Argentina, los últimos datos estadísticos del año 2018 señalan que en el país hubo 3.183

mueres en población de 10 a 19 años, siendo que el 77% de estas muertes ocurrió en personas de 15 a 19 años. Las causas externas de muerte dan la explicación de seis de cada diez defunciones en población adolescente de 10 a 19 años. Son causas evitables, entre las cuales se incluye el suicidio. El suicidio representa el 24,6% de muertes causadas por factores externos. Esto significa que uno de cada cuatro muertes debido a causas de índole externa se asocia al suicidio (Ministerio de Salud de la Nación et al., 2021). Así, en el país esto convierte al suicidio en la segunda causa de muerte en la población adolescente. A continuación, se presenta una tabla con la cantidad de suicidios en función del género:

Tabla 1.

Suicidio y Tasa de Mortalidad en Población Adolescente (10-19 años) en Función del Género

Género	Suicidios	Tasa de Mortalidad
Ambos géneros	454	6,4
Masculino	330	9,2
Femenino	124	3,6

Nota: Tabla de elaboración propia en base a Ministerio de Salud de la Nación et al. (2021).

Tal como se observa en la Tabla 1, la cantidad de suicidios y la tasa de mortalidad son mayores en hombres adolescentes respecto de las mujeres que transitan ese periodo de la vida.

Si se examina la tasa de mortalidad a causa del suicidio en población adolescente de 10 a 19 años según la localidad de residencia, las estadísticas señalan variaciones interprovinciales (Tabla 2).

Tabla 2.

Tasa de Mortalidad por Suicidio en Función de la Provincia

Provincia	Tasa de Mortalidad por Suicidio
Catamarca	19,3
Salta	18,2
Jujuy	17,6
La Rioja	15,8
Tucumán	14,5
Neuquén	10,5
Corrientes	9,5
Misiones	9,2
Formosa	8
Mendoza	7,8
Entre Ríos	7,7

La Pampa	7,3
Santa Fe	7,1
Santiago del Estero	7,1
Tierra del Fuego	7
Santa Cruz	6,6
Río Negro	5,1
Chaco	4,2
Buenos Aires	4,2
Córdoba	3,2
San Juan	3
San Luis	2,4
Chubut	2
CABA	0,2

Nota: Tabla de elaboración propia en base a Ministerio de Salud de la Nación et al. (2021).

Las tasas más altas de suicidio se encuentran situadas en las provincias de Catamarca, Salta, Jujuy. Entre las más bajas tasas de suicidio, se encuentra San Luis, Chubut y CABA.

En relación a la frecuencia de edad en que ocurren los suicidios, estos son más prevalentes en la edad de 15 a 19 años en comparación con la edad de 10 a 14 años. En este sentido, las estadísticas muestran en hombres 34 suicidios en población de 10 a 14 años en comparación con 296 suicidios desde los 15 a los 19 años. En el mismo sentido, en las mujeres de 10 a 14 años se registraron 23 suicidios respecto de 101 suicidios de los 15 a los 19 años. Así, la edad es un factor a considerar en el riesgo de suicidio y el género también, ya que se observa una mayor prevalencia de hombres en relación con las mujeres (Ministerio de Salud de la Nación et al., 2021).

Las formas de suicidio más común en adolescentes de 10 a 19 años son las armas de fuego y el ahorcamiento, siendo el ahorcamiento el método más frecuente (Tabla 3). Dicha información refleja la frecuencia de los métodos más comunes de suicidio según estadísticas registradas en Argentina durante el año 2018. Se observa una similitud entre hombres y mujeres en los métodos más frecuentes de suicidio. En este sentido, el suicidio a causa de ahorcamiento aparece como el método con mayor porcentaje en adolescentes de 10 a 14 años, ocurriendo en un 88,2% en hombres y 91,3% en mujeres. Esto significa que los restantes métodos de suicidio ocupan un 11,8% en hombres y un 8,7% en mujeres, siendo así el ahorcamiento por lejos la metodología más utilizada para llevar a cabo la conducta suicida. Seguido del ahorcamiento y en menor porcentaje, aparece el suicidio causado por armas de fuego en adolescentes de 10 a 14 años, en un 8,7% en mujeres y un 5,9% en hombres. La situación es similar en adolescentes de 15 a 19 años. En esta franja etaria, el ahorcamiento sigue siendo la primera conducta que deriva en suicidio, en un 91,2% en hombres y en un 93% en mujeres. También sigue como segundo método más frecuente, aunque en un porcentaje significativamente menor, el suicidio causado por armas

de fuego, en un 7,1% en hombres y en un 2% en mujeres. Tanto la franja etaria de 10 a 14 años como la de 15 a 19 años tiene como primera conducta suicida el ahorcamiento y como segunda conducta suicida la utilización de armas de fuego para acabar con su vida. Así, no hay diferencias significativas entre géneros en la edad de 10 a 19 años en el medio que se utiliza para llevar adelante la conducta suicida (Ver Tabla 3).

Esta metodología de ahorcamiento tan recurrente en Argentina puede ser explicada por el contexto sociocultural del país, donde los habitantes tienen mayor accesibilidad a los elementos necesarios para llevar a cabo el ahorcamiento. En este sentido, se puede establecer la diferencia con países como Colombia o EE.UU. donde la forma más frecuente de suicidio es el uso de armas de fuego (Bella et al., 2013).

Tabla 3.

Método de Suicidio en Adolescentes de 10 a 19 años

Método de Suicidio	10 a 14 años		15 a 19 años	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Armas de Fuego	5,9%	8,7%	7,1%	2%
Ahorcamiento	88,2%	91,3%	91,2%	93%

Nota: Tabla de elaboración propia en base a Ministerio de Salud de la Nación et al. (2021).

Además, en esta etapa de la vida aumenta la vulnerabilidad hacia el suicidio. Esto sucede porque los adolescentes se encuentran en una etapa de maduración y deben afrontar situaciones contextuales que inciden en su comportamiento en pleno proceso de desarrollo de su autoconcepto e identidad. Sin embargo, no tienen suficientemente desarrolladas las habilidades sociales, de regulación emocional o de inhibición de la impulsividad lo que los puede llevar a conductas de riesgo (Casey et al., 2008).

La investigación psicológica señala que durante la adolescencia existe un mayor aumento de la activación fisiológica frente a los eventos estresantes (Stroud et al., 2009). A su vez, existe una mayor activación cerebral prefrontal durante la evaluación social (Somerville, 2013) y dificultad para la implementación de habilidades cognitivas cuando el contexto social estimula las emociones (Somerville, 2011). Es necesario considerar que, como se mencionó, esto ocurre en el contexto de formación de la identidad de los adolescentes donde su imagen es relativamente dependiente de los demás, especialmente del grupo de pares. Así, los adolescentes aumentan su interacción con su grupo de pares, muchas veces se reduce la supervisión de los padres y se incrementa el conflicto familiar (Prinstein & Giletta, 2016).

El contexto global de la pandemia causada por COVID-19 incidió en el fenómeno del suicidio. En este sentido, la exposición a una pandemia se asocia con un mayor riesgo de suicidio en los individuos (Que et al., 2020). Una investigación (Burke et al., 2021) señala un aumento de la ideación suicida y conductas suicidas específicas del COVID-19 en adolescentes con alto riesgo.

Específicamente, el incremento de la ideación y la conducta suicida asociado a la pandemia se vinculó con las emociones negativas relacionadas con el COVID-19 y niveles de estrés elevados. Otra investigación (Gracia et al., 2021), observó un aumento general del 25% de los intentos de suicidio en adolescentes durante la pandemia, en comparación con el período prepandémico. Además, hubo un aumento drástico del 195% en adolescentes mujeres en el periodo de inicio del año escolar en el contexto de la pandemia. La investigación proporciona datos descriptivos que señalan un aumento del riesgo de la conducta suicida en adolescentes. Sin embargo, resta indagar las causas y los factores específicos por los cuáles esto ocurrió así. Un estudio (Manzar et al., 2021), investigó el impacto de las medidas restrictivas y el confinamiento a causa de la pandemia por COVID-19 en adolescentes. Se halló una diferencia de género en los suicidios acontecidos con una mayor proporción de hombres (56,76%) en comparación con las mujeres. Además, el motivo asociado al suicidio relacionado con las medidas restrictivas fue el estrés escolar vinculado con la implementación de la educación en línea.

El manejo del suicidio en población adolescente debe atender a las necesidades específicas que estos manifiestan y adaptarse a ellas (Shain, 2016). Desde otras teorías psicológicas ajenas al enfoque humanista existencial, muchas veces el suicidio es considerado como una patología individual que se explica por el trastorno mental de la depresión. Otras concepciones del suicidio, como la de Durkheim, conciben al fenómeno como un hecho social. Así existirían sociedades con tendencias suicidas. Desde su perspectiva el suicidio se explica como un fenómeno social, dejando de lado los factores individuales (Palacio, 2010).

Los signos de alarma de una posible conducta suicida incluyen la siguiente sintomatología: tendencia del individuo a aislarse, amenazas de que la persona se va a llevar a cabo una conducta suicida, manifestación de deseo de muerte, cambios repentinos en el comportamiento, emociones y rutinas, consumo excesivo de sustancias ya sea lícitas o ilícitas, crisis de llanto que se presentan de forma incontrolable por el individuo y su contexto y, desesperanza respecto de la vida (Cortés Alfaro et al., 2021).

Si bien existe una vulnerabilidad incrementada al suicidio durante el periodo de la adolescencia, hay factores que protegen contra este tipo de conductas. Se desarrollará a continuación en el siguiente capítulo.

iii. Capítulo II Factores Protectores y Factores de Riesgo del Suicidio Adolescente

2.1. Factores Protectores del Suicidio en la Adolescencia

Los factores protectores del suicidio con aquellos que disminuyen la probabilidad de riesgo de que se realice una conducta suicida (Corona Miranda, Hernández Sánchez & García Pérez, 2016).

La investigación ha demostrado que la presencia de un sentido de la vida funciona como un factor protector contra el suicidio. Esto es especialmente relevante en la adolescencia, donde las personas se encuentran en desarrollo de su identidad, búsqueda de un sentido de la vida y preocupación por el futuro (De Brigard Merchán, 2021).

El sentido de vida es algo que se encuentra presente en las personas, aun cuando este no sea conocido por las mismas. En relación al suicidio, la persona encuentra su sentido en la creencia de que la muerte le resolverá los problemas que le aquejan. Por eso, aún en esos casos existe un sentido de vida. Sin embargo, este suele acompañarse de un vacío de orden existencial caracterizado principalmente por el alejamiento de la realidad, síntomas de tristeza, visión negativa del futuro y una búsqueda de sensaciones que sean nuevas. En cuanto al sentido de vida, es la motivación central del ser humano y no es algo que se pueda construir, sino que se va descubriendo para poder llegar a su realización (De Brigard Merchán, 2021).

Cuando la persona percibe que no puede lograr su sentido de vida se produce un vacío existencial que frustra al individuo, lo que lleva a un sentimiento de desesperanza respecto del futuro. En este sentido, se desarrolla una visión negativa general de la vida. Por el contrario, cuando la percepción es de logro del sentido de vida se desarrolla una visión positiva general de la vida que la persona experimenta con responsabilidad y libertad (Frankl, 1997; 2001). La investigación señala que existe una asociación entre el sentido de la vida como factor protector de la ideación y conducta suicida y el vacío existencial asociado a la desesperanza con el riesgo de suicidio (Gallego-Pérez & García-Alandete, 2004). La salud mental, entonces, se vincula con la creencia de que la vida tiene un sentido (Ryff & Keyes, 1995). Además, el sentido de vida conlleva una dirección hacia la cual se dirige la persona y una intención de orientarse hacia dicha dirección (Ryff, 1989). En este sentido, a mayor claridad en el sentido de la vida menor es el riesgo de ideación y conducta suicida (Gallego-Pérez & García-Alandete, 2004).

Existe un factor cognitivo relevante que protege contra el suicidio que es la resolución de problemas y la distracción. Particularmente, cuando los adolescentes deben afrontar estados emocionales negativos esto puede desembocar en pensamientos e ideación suicida. Sin embargo, se ha hallado que cuando se vivencian emociones negativas si se utiliza un afrontamiento de resolución de problemas y distracción esto actúa como un factor protector significativo frente al suicidio (Burke et al., 2016). Específicamente, la capacidad de resolución de problemas se relaciona con una autoestima elevada (Sabedra & Aderly, 2019). Respecto a la distracción, se halló que los adolescentes que responden a las emociones negativas a través de la distracción, generan una inhibición del pensamiento negativo interno. Esto deja al adolescente con mayores

recursos para posteriormente participar en la resolución de problemas sin la carga del pensamiento interno negativo. Por lo tanto, la distracción y la resolución de problemas con factores cognitivos que están relacionados y la distracción en conjunto con la participación activa en la resolución de problemas contribuye a la mejora del ánimo negativo y la disminución de los pensamientos internos negativos, lo que disminuye el riesgo suicida.

Respecto de los factores sociales, se destaca que la familia y la calidad de las relaciones e interacciones que ocurren entre los miembros de la misma que forman parte de la dinámica familiar actúan como un factor protector frente a la conducta de riesgo suicida (Santander et al., 2008; Forero, Siabato & Salamanca, 2017). La familia está compuesta por personas con las cuales generalmente se convive en un mismo espacio físico y, además, se comparten valores, afectos y creencias entre los miembros de la familia. Cada persona de la familia cumple una función que va a hacer que la familia se encuentre en equilibrio o no. Dado que la familia es el espacio donde los individuos se desarrollan personalmente y donde aseguran su supervivencia, las dificultades en la misma tales como los conflictos familiares pueden incidir en la subjetividad de sus miembros de forma negativa (Ramírez Lozano, 2018).

Puede definirse la dinámica familiar como los encuentros que se producen entre los miembros de la familia, siendo estos regulados por normas específicas, establecimiento de límites y asignación de roles a cada uno de los miembros. La dinámica familiar que se establezca es la que va a definir el tipo de convivencia (Henaó, 2012). Esta dinámica puede ser funcional o disfuncional. Respecto a la primera, se caracteriza por la flexibilidad en la aplicación de reglas y el establecimiento de roles, dando lugar a la resolución efectiva de la conflictividad que se presente. Además, esta dinámica habilida el desarrollo personal y la independencia relativa de cada uno de sus miembros. La dinámica disfuncional, en cambio, se caracteriza por una comunicación negativa que puede llegar al punto del maltrato y el ejercicio de la violencia. Además, impide u obstaculiza el desarrollo personal de cada uno de los miembros de la familia (Prettel & Sañudo, 2010).

Se mencionó que la dinámica familiar entre los miembros de la familia se asocia a una disminución de la probabilidad de riesgo de conducta suicida. Tanto la calidad como la interacción entre los miembros refieren a la dinámica familiar que se establece en las familias. Esta dinámica puede contribuir tanto a proteger frente a la conducta suicida como a incrementar su probabilidad. En este sentido, la comunicación caracterizada por la falta de asertividad en la dinámica o quebrar los vínculos afectivos entre los miembros de la familiar puede incrementar el riesgo de conducta suicida. Así, en la adolescencia resulta fundamental el sostén a través del afecto y la comunicación apropiada dentro de la dinámica familiar. Las interacciones entre sus miembros se vuelven negativas cuando hay comunicación ineficaz, falta de sostén afectivo y esto afecta en su conjunto la calidad de las relaciones. Además, pueden existir problemáticas tales como violencia física, psicológica, sexual que pueden incrementar, en vez de disminuir, la conducta suicida (Osorio & Durango, 2020).

La calidad de las relaciones depende en gran medida, en la adolescencia, por los roles que ejercen los padres dentro del sistema familiar donde los adolescentes conviven. La calidad de las

relaciones y las interacciones positivas entre sus miembros pueden incrementarse a través del compartir espacios lúdicos durante el tiempo libre. Durante el tiempo libre, cada uno puede destinar ese tiempo a realizar actividades que incrementen el bienestar psicológico. Los miembros de la familia pueden decidir compartir actividades en conjunto que sean valoradas positivamente por el conjunto de los miembros, lo cual fortalece la calidad de las relaciones (Guerra, 2017).

Las relaciones e interacciones en la dinámica familiar están reguladas por normas que pueden ser flexibles o rígidas. La rigidez de estas normas, al contrario que la flexibilidad, a menudo se asocia a un incremento de riesgo de la conducta suicida (Viveros & Arias, 2006).

El funcionamiento general familiar durante la adolescencia es esencialmente importante porque se reestructuran las demandas y las interacciones entre los miembros de la familia. (Valadez-Figueroa et al., 2005). Como se mencionó anteriormente, la adolescencia es un periodo de cambios bio-psico-sociales que tiene consecuencias también en la familia del individuo que se encuentra atravesando dicha etapa de la vida. Mientras que el funcionamiento familiar funcional funciona como factor protector, el disfuncional funciona como factor de riesgo. Esto se observa en la práctica en el sostén emocional que brindan los padres a través de habilitar la escucha de las emociones en la comunicación. Lo contrario es impedir o no registrar las emociones en los hijos por parte de los padres y, por consiguiente, no funcionar en el rol parental como sostén emocional (Pugliese, 2019).

En síntesis, los factores protectores del suicidio se pueden agrupar en tres categorías: familiares, cognitivos y existenciales. En relación a los factores familiares se identifica la dinámica familiar funcional. Esta produce una disminución del riesgo de suicidio cuando los roles familiares se establecen con claridad, hay comunicación familiar que permite solucionar los conflictos y las reglas de la familia son flexibles, siendo posible cambiarlas cuando resulte conveniente para el conjunto familiar (Viveros & Arias, 2006; Prettel & Sañudo, 2010). En este sentido, las relaciones familiares de calidad disminuyen el riesgo suicida (Pereira et al., 2018; Sitnik-Warchulska & Lzydorczyk, 2018).

En relación a los factores cognitivos, se identifica la distracción y la resolución de problemas. Por un lado, se produce una disminución del riesgo de suicidio cuando se utiliza la distracción para incrementar los afectos positivos y un aumento cuando se usa solamente para evitar los afectos negativos. Por el otro, la resolución de problemas disminuye el riesgo de suicidio cuando la utiliza para resolver problemas prácticos de su vida y un incremento cuando lo utilizar para la rumiación en pensamientos negativos (Burke et al., 2016; Sabedra & Aderly, 2019).

En relación al factor existencial, se identifica el factor de sentido de vida. La de este factor disminuye el riesgo de suicidio cuando el individuo atribuye un significado valioso a su existencia. Por el contrario, cuando este está ausente se produce un vacío existencial que consiste en la falta de un significado de valor para el individuo, incrementando así el riesgo de suicidio (Gallego-Pérez & García-Alandete, 2004).

2.2. Factores de Riesgo del Suicidio en la Adolescencia

Los factores de riesgo del suicidio con aquellos que incrementar la probabilidad de riesgo de que se realice una conducta suicida (Corona Miranda, Hernández Sánchez & García Pérez, 2016). La ideación suicida es un factor de riesgo para la conducta suicida. La ideación suicida se puede definir como la ponderación de la posibilidad de terminar con la propia vida (Cha et al. 2018). La prevalencia entre los jóvenes varía de un 19,8% a un 24% (Nock et al., 2008). Es menos frecuente en edades previas a los diez años y la prevalencia se eleva a partir de los doce hasta los diecisiete años (Nock, Borges & Ono, 2012.; Nock et al., 2013). El intento de suicidio es una conducta que tiene por objetivo terminar la vida de forma voluntaria (Cha et al., 2018). En población adolescente, este se lleva a cabo generalmente a través de la planificación previa. Sin embargo, muchos adolescentes realizan intentos de suicidio sin un plan definido de antemano. La prevalencia entre los jóvenes varía de un 3,1% a un 8,8% (Nock et al., 2008). Es poco frecuente previo a los doce años y a partir de allí su prevalencia aumenta entre jóvenes. Por lo tanto, el periodo adolescente es una etapa especialmente vulnerable al intento de suicidio (Nock et al 2013; Glen et al., 2017). Existe una relación entre intento de suicidio e ideación suicida en la población adolescente. Así, es frecuente que quien ha tenido ideaciones suicidas, uno o dos años posteriores lleve a cabo un intento suicida. Eso no significa que necesariamente intente suicidarse, pero la ideación suicida funciona como un factor de riesgo a considerar en el intento suicida (Glen et al., 2017).

Existen factores de riesgo para la ideación y para la conducta suicida. Los factores de riesgo de la ideación suicida son el abuso sexual (Castellví et a., 2017), el acoso escolar (Geoffroy et al., 2016), la impulsividad (Kasen, Cohen & Chen, 2011). Sin embargo, no hay una causa específica para la ideación suicida. Por lo tanto, se necesita realizar una evaluación integral del individuo, incluyendo aspectos psicológicos y socioeconómicos.

En relación al abuso sexual, la frecuencia de las ideaciones suicidas es mayores en los adolescentes que experimentaron alguno tipo de abuso sexual en su vida en comparación con aquellos que no sufrieron este tipo de maltrato (Kumar et al., 2021). La sintomatología típica en adolescentes que han sufrido abuso sexual es la siguiente: dolor de cabeza, estomago, tristeza, trastornos del sueño, irritabilidad, llevar a cabo conductas sexuales de riesgo, disminución del desempeño escolar, aislamiento y sentirse fatigado. Se requiere conocer que las víctimas de abuso sexual muchas veces no expresan su vivencia de su abuso o se demoran mucho tiempo antes de hacerlo y, entre las causas de ello, se encuentra el hecho de que es frecuente que los abusos sexuales provengan de personas conocidas o cercanas a la víctima (Banvard-Fox et al., 2020). Además, las personas que han sufrido abuso sexual suelen presentar niveles bajos de autoestima. Esto puede ocasionar una valoración negativa de sí mismos y de los vínculos interpersonales generando desconfianza, lo que afecta el sentido de vida de las personas (Berliner & Elliot, 2002; Cortés & Cantón, 2008; Guerricaechevarria & Echeburúa, 2005).

El abuso sexual también es un factor de riesgo del intento suicida (Nelson et al., 2002; Fergusson, Boden & Horwood, 2008; Castellví et al., 2017). Las personas que han sufrido abuso sexual, especialmente durante la infancia, pueden desarrollar una mayor sensibilidad al estrés.

Esto puede ocasionar que estos individuos experimenten mayores emociones negativas cuando tienen que afrontar situaciones negativas en sus vidas. De esta forma, perciben como más aversivos los factores que causan estrés en comparación con la población que no ha sufrido abuso sexual. Ello puede contribuir a un incremento de los impulsos que se traducen en intentos suicidas (Mann et al., 1999). En ambos géneros, cuando la consecuencia del abuso sexual va acompañada de niveles altos de angustia, esto incrementa el riesgo suicida en comparación con aquellas personas que no han sufrido un abuso sexual (Martin et al., 2004). El riesgo de suicidio que se incrementa en función del abuso sexual es considerable, siendo este cuatro veces mayor en comparación con población no expuesta al abuso sexual (Castellví et al., 2017). Se observa también que los pacientes adolescentes que han sufrido algún trastorno mental y han sido abusados, tienen un riesgo incrementado de conducta suicida aún después de finalizar el tratamiento (Yen et al., 2013).

En relación a la impulsividad, esta puede definirse como la tendencia del individuo a responder tanto a los estímulos internos tales como la activación fisiológica, la emoción y el pensamiento y, a estímulos contextuales o externos de manera no planificando, teniendo poca consideración por las consecuencias negativas por el comportamiento de respuesta que se lleva a cabo (Stewart et al., 2015). Es un factor de riesgo tanto para la ideación como para la conducta suicida (Kasen et al., 2011). Es preciso destacar al respecto, tres componentes que inciden en el desarrollo de la conducta de la impulsividad. Un primer elemento es el motor que refiere a llevar a cabo una conducta sin premeditación, es decir, sin pensar antes de realizar el comportamiento. Un segundo elemento tiene que ver con el proceso de atención ya que en la impulsividad se observa falta de estabilidad para fijar y regular la atención. Un tercer elemento es la ausencia de planificación previa a la conducta que se lleva a cabo (Gilbert et al., 2011; Patton et al., 1995). La importancia de la impulsividad como factor de riesgo para el suicidio radica en que esta puede suceder cuando aparecen emociones negativas (Cyders & Smith, 2008). Por lo tanto, la conducta del individuo se dirige a aliviar las emociones negativas a corto plazo por sobre las consecuencias que pueden llegar a ser negativas a largo plazo (Tice et al., 2001). De esta manera, la impulsividad es un factor de riesgo para la conducta suicida en general. El mantenimiento de la conducta impulsiva hace que permanezca como factor de riesgo para la conducta suicida. Esta conducta se mantiene porque la persona percibe niveles de tensión que debe eliminar a través del comportamiento impulsivo, lo que luego le produce una gratificación o alivio. Esto es evidente para el consumo problemático sustancias, donde el consumidor luego de ingerir la sustancia siente placer y alivio y calma sus niveles de tensión psicológica. Sin embargo, en la conducta suicida, la impulsividad resulta de mayor gravedad dado que este comportamiento puede finalizar con la vida de la persona, con las consecuencias irreversibles que ello conlleva (Salvo & Castro, 2013; Shain et al., 2016).

Otro factor de riesgo para la conducta suicida, es el acoso escolar o bullying (Geofroy et al., 2016). El acoso escolar puede definirse como una conducta agresiva que realiza un individuo o grupo hacia otro individuo. Esta conducta se da en el contexto de una relación asimétrica, donde

el perpetrador o los perpetradores del acoso escolar tienen más poder que la víctima. La modalidad del acoso puede ser tanto física, psíquica como verbal (Nansel et al., 2001). Aquellas personas que forman parte del acoso escolar pueden adoptar alguno de los siguientes roles: perpetrador, víctima u observador, siendo este último que puede participar tanto como víctima como perpetrador del acoso (Arseneault et al., 2006).

El fenómeno del acoso escolar tiene consecuencias graves por las agresiones y hostilidades que recibe la persona lo que padece. En términos estadísticos, uno de cada tres adolescentes es víctima de acoso escolar. Esto significa que el fenómeno es generalizado y ocurre de forma frecuente durante la adolescencia. La persona que recibe acoso escolar sufre una serie de consecuencias a causa de la violencia padecida. Estas consecuencias pueden ser: desarrollo de una fobia escolar y/o fobia social (Armero Pedreira, Bernardino Cuesta, & Bonet de Luna, 2011). Así, el acoso escolar trasciende el contexto escolar terminando afectando la vida en general de la persona y el modo de despliegue en los contextos de su vida cotidiana. Esto se hace visible con un mayor índice de faltas a clases, es decir, que la persona que es violentada se ausenta con mayor frecuencia que antes. También, puede disminuir su rendimiento en la escuela. En casos más extremos, incluso puede llegar a ocasionar que la persona abandone sus estudios por el acoso escolar recibido (Loredo-Abdalá, Perea-Martínez & López-Navarrete, 2008, p. 212).

En términos generales, el acoso escolar afecta tanto a corto plazo como a largo plazo la vida de las personas afectas. Las consecuencias a corto plazo se manifiestan en el momento del acoso escolar. En cambio, las consecuencias a largo plazo pueden afectar la salud mental del individuo, llevándolo a un deterioro de su salud. Esto puede verse reflejado en la mayor posibilidad de padecer estados de ansiedad y episodios depresivos, trastornos psiquiátricos y/o psicológicos y mayor índice de suicidio (De la Plaza Olivares & Ordi, 2019, p. 14).

Así, el acoso escolar es un factor de riesgo para el suicidio y, además, tiene un sesgo de género. En los niños víctimas de acoso escolar, el bullying frecuente se asoció tanto con ideación como con intentos de suicidio. Sin embargo, cuando el acoso era poco frecuente, los intentos de suicidio presentaron un mayor riesgo. En cambio, en las niñas víctimas de acoso escolar la ideación e intento suicida se presentó incluso cuando el bullying era poco frecuente. El fenómeno del acoso escolar afecta no solamente a las víctimas, sino también a los perpetradores. En este sentido, los niños perpetradores de acoso escolar, cuando lo realizaban de forma frecuente, presentaron mayor riesgo de ideación e intento suicida. En las niñas, llevar a cabo como perpetradoras el acoso escolar se asoció con ideación e intento suicida, incluso si el bullying era poco frecuente (Klomek et al., 2007).

La dinámica familiar puede considerarse un factor de riesgo para el suicidio en población adolescente cuando esta es disfuncional (Cabra y Infante, 2010). Así, la conflictividad y el rechazo de los padres hacia sus hijos puede incidir en el riesgo suicida (Monge, Cubillas, Roman & Abril, 2007). Los antecedentes dentro de la familia de conductas suicidas también se asocian con el riesgo suicida (Álvarez et al., 2017).

Puede definirse la dinámica familiar como los encuentros que se producen entre los miembros de

la familia, siendo estos regulados por normas específicas, establecimiento de límites y asignación de roles a cada uno de los miembros. La dinámica familiar que se establezca es la que va a definir el tipo de convivencia (Henaó, 2012). Esta dinámica puede ser funcional o disfuncional. Respecto a la primera, se caracteriza por la flexibilidad en la aplicación de reglas y el establecimiento de roles, dando lugar a la resolución efectiva de la conflictividad que se presente. Además, esta dinámica habilita el desarrollo personal y la independencia relativa de cada uno de sus miembros. La dinámica disfuncional, en cambio, se caracteriza por una comunicación negativa que puede llegar al punto del maltrato y el ejercicio de la violencia. Además, impide u obstaculiza el desarrollo personal de cada uno de los miembros de la familia (Prettel & Sañudo, 2010).

Existen diferencias de género en cuanto a la conducta suicida, siendo más frecuente en hombres (Pacheco & Peralta, 2015). Sin embargo, el intento suicida es más frecuente en mujeres aunque el logro del suicidio es menor en comparación con los hombres (Pérez, Téllez, Vélez & Ibáñez, 2012).

En síntesis, los factores de riesgo son múltiples y se pueden dividir entre aquellos que incrementan la posibilidad de ideación suicida y aquellos que incrementan la probabilidad de conducta suicida. Por un lado, aquellos factores que incrementan la probabilidad de ideación suicida son: la impulsividad, el abuso sexual y el acoso escolar. Por otro lado, aquellos factores que incrementan la probabilidad de conducta suicida son: la ideación suicida, ser hombre, el abuso sexual, la dinámica familiar disfuncional y la impulsividad.

iv. Capítulo III: Intervención Frente al Suicidio **Desde un Enfoque Humanístico Existencial**

El enfoque humanístico existencial se ha nutrido de los aportes de diversos autores que van desde el campo de la filosofía, en su vertiente existencial y fenomenológica, hasta la psicología (Tabla 4).

Tabla 4.
Aportes de Investigadores a la Corriente Existencial.

Investigadores	Aportes
Kierkegaard (Filosofía-Existencialismo)	La verdad es subjetiva y depende del comportamiento del sujeto para modificar el mundo. Este concepto puede pensarse como un antecedente del significado de un sentido de vida, que es subjetivo y depende la construcción singular de la persona.
Merleau-Ponty (Filosofía-Fenomenología)	La experiencia es el elemento esencial para la comprensión del mundo. A través de la experiencia se adquiere el lenguaje y, con este, se van construyendo significados del mundo.
Maslow (Psicología)	Las personas tienen necesidades que se pueden jerarquizar desde lo más básico a lo más complejo. Lo más básico incluye la alimentación, el sexo, la respiración y el descanso. Lo más elevado se asocia al reconocimiento social por parte de otras personas y la posibilidad de la autorrealización personal.
Rogers (Psicología)	El terapeuta debe inducir al cambio al consultante a través de una terapia no directiva. Para ello debe centrarse en la relación terapeuta-consultante a través de un comportamiento congruente y auténtico, mostrando una escucha de aceptación de la persona y una comprensión de carácter empático que permita la autorrealización del paciente en el transcurso del tiempo.
Viktor Frankl (Psicología)	El sentido de vida es la percepción subjetiva de valores que orientan la conducta de la persona en la vida y le otorgan su identidad personal.

Nota: Tabla de elaboración propia en base a Aedo, 2014; Artiles et al., 1995; Brito et al., 2021;

Enciso, 2011; Estrada, 2018; Fabry, 2011; Martínez, 2009; Méndez López, 2014; Mercado, 2022; Naranjo, 2009; Osorio, 2013; Ortega & De Los Angeles, 2009.

A continuación, se mencionarán autores que han influenciado la corriente del existencialismo desde distintos aspectos. La Tabla 4 brinda un resumen de los aportes de los autores abordados a continuación.

El filósofo Kierkegaard ha hecho su contribución al existencialismo. Este pensaba que no existía una verdad de índole objetivo ya que ello implica un pensamiento único. Además, los objetos en sí mismos no pueden cambiar su conducta si un sujeto no los transforma. De esta manera, la modificación del objeto depende de la acción del sujeto. Así, las personas al ser sujetos existen la posibilidad de que cambien, que transformen su vida y sus condiciones de vida. Esto va en contra de la idea de la verdad objetiva, que es una idea que implica la permanencia sin cambios de una verdad. Por tal motivo, considera que no tiene sentido utilizar este concepto ya que las personas pueden cambiar y modificarse con el transcurso del tiempo, de su conducta y de la construcción de su futuro (Estrada, 2018; Martínez, 2009). Así, el aporte de Kierkegaard al enfoque humanístico existencial consiste en considerar la verdad como subjetiva. En este sentido, las personas en el transcurso de su existencia pueden hallar una verdad que tenga valor para ellos y no necesariamente para el resto de las personas, de ahí el valor subjetivo de la verdad. Para alcanzar esta verdad la persona debe responsabilizarse de su vida y elegir. Dado que el existencialismo considera al humano como un ser arrojado al mundo obligado a elegir, las personas se ven impelidas a elegir. En ese proceso existencial de vivir experiencias la persona tiene la opción de hacerse responsable de su destino y elegir una verdad subjetiva que tenga un significado valioso para ella (Osorio, 2013). En definitiva, la persona puede a través de la elección encontrar un sentido de vida.

Uno de los autores más reconocidos del existencialismo, proveniente de la filosofía, que influyó en la psicología existencial fue Merleau-Ponty. Este, en la línea con los planteamientos de la psicología existencial, concebía la experiencia como elemento fundamental en la comprensión de la vida (Osorio, 2013). En este proceso fundamental de la experiencia, las personas van adquiriendo el lenguaje a través de la socialización e interacción social con otras personas. El lenguaje, entonces, sirve para ir construyendo significados sobre el mundo y la persona y se da inicialmente a través de la interacción social. Este concepto existencial incide en la psicoterapia humanístico existencial. Allí, el psicoterapeuta hace uso del lenguaje en el proceso de interacción social con su cliente, dando lugar al reconocimiento de la palabra y a la posibilidad de construcción de otros significados (Aedo, 2014; Brito et al., 2021).

Dentro del área de la psicología, también existieron diversos autores que contribuyeron al desarrollo de la psicología humanista existencial. Maslow desarrolló su teoría de las necesidades humanas. Este concebía a las personas como activas en su conducta y con tendencia a autorealizarse para alcanzar su crecimiento personal. Así, la motivación de la persona se basa en la satisfacción de las necesidades, partiendo de las más básicas y yendo hacia las más elevadas.

Desde lo más básico se pueden incluir las siguientes necesidades: comida, respiración, descanso y sexo. Las necesidades más elevadas incluyen lo siguiente: creatividad, moralidad, ausencia de prejuicios, entre otras. En este sentido, las necesidades más elevadas se relacionan con el reconocimiento social y la valoración personal a partir de otros con los cuales se socializa. Dentro de las necesidades humanas, se establece como lo más importante la necesidad de autorrealización, que implica la posibilidad de desarrollo de la persona, el alcance de la autonomía y el control de su vida (Naranjo, 2009). En la psicoterapia humanista, la teorización de la pirámide de necesidades de Maslow contribuye a pensar las necesidades de cada persona. En ese sentido, Maslow destaca que la responsabilidad para gestionar la propia vida y autorealizarse, incrementa la autoestima de los individuos. Esto implica que para la autorrealización es necesario encontrar un sentido de vida que permita motivar a la persona para llevar a cabo las conductas que le permitan autorrealizarse (Mercado, 2022).

Carl Rogers realizó su aporte contribuyendo a la conceptualización de la forma más eficaz para establecer una relación con un consultante para crear la posibilidad de cambio en la persona. Se pueden mencionar las siguientes características (Méndez López, 2014):

- 1- Autenticidad: implica que el terapeuta se expresa tal como es. Esto tiene efectos sobre el consultante, de forma que este pueda ser congruente en su forma de pensar, sentir y comportarse.
- 2- Aceptación de forma incondicional: implica el respeto y la escucha de parte del terapeuta, donde el consultante sienta la aceptación de sus dichos y un espacio seguro para hablar.
- 3- Comprender empáticamente: alude a la capacidad de resonar con la experiencia del consultante e intentar colocarse en su lugar para comprenderlo en profundidad.

En su concepción terapéutica, Rogers concibe que el conocimiento lo tiene el consultante ya que es quien sabe y ha experimentado sus vivencias. Por lo tanto, el terapeuta debe adoptar un enfoque no directivo para posibilitar la autorrealización de la persona. Esto busca generar en la persona la posibilidad de la toma propia de decisión adquiriendo seguridad en su vida y aceptando quien es (Artiles et al., 1995). En este sentido, Carl Rogers concibe que las personas tienen la tendencia a crecer y autorrealizarse y, para ello es necesario que se generen las condiciones del contexto le permitan crecer. Ello significa que no hay que hacer cambiar hacia al crecimiento a la persona de manera forzada, sino generar un espacio (por ejemplo: el espacio terapéutico) que le permita a la persona desenvolverse tal cual es y expresar su ser (Enciso, 2011).

Viktor Frankl realiza su aporte con la conceptualización del sentido de vida. Este se concibe como una percepción de índole subjetiva de los valores de vida que incluye componentes emocionales y cognitivos. Estos sirven de referencia para la persona para llevar a cabo sus conductas en el mundo. Le otorgan una identidad personal que lo orientan frente al mundo (Martínez, 2009).

Además, concibe que las personas siempre tengan la posibilidad de buscar alternativas frente a las situaciones que se le presentan. Para ello, propone diferenciar entre aquellas situaciones que no son modificables por el individuo y aquellas que sí lo son. En cualquier caso, la persona tiene la posibilidad de hacer una lectura de sentido de esa situación, modificar su posición al respecto en

función de sus valores y afrontar esa situación (Fabry, 2011). En este sentido, concibe a la persona como libre para responsabilizarse de su situación, pudiendo cambiar aquellas cosas que controla. Para ello, cuenta con su libertad de elegir y el cambio que realice puede orientar a la persona a encontrar un significado que le otorgue un sentido de vida que oriente su existencia. Sin embargo, esto lo debe asumir la persona y no puede ser impuesto desde afuera (Ortega & De Los Angeles, 2009).

En síntesis, los autores de la filosofía y de la psicología han hecho su aporte al enfoque humanístico existencial. En términos generales, conciben a la persona como un ser dotado de libertad, que tiene la posibilidad de responsabilizarse por su vida y elegir la orientación de su existencia. Entienden que la forma de lograr esto es a través de una construcción de una verdad subjetiva, que es habilitada por el lenguaje en la interacción, que permita elaborar un sentido de vida que incremente la autoestima, sea valioso para la persona y la oriente en su existencia. Así, puede autorrealizarse logrando satisfacer las diversas necesidades que tiene.

Uno de los obstáculos para lograr un sentido de vida es la ausencia del mismo y la generación de un vacío existencial, que muchas veces lleva al suicidio. El enfoque humanístico existencial ha abordado desde su teoría una manera de pensar el suicidio de forma conceptual. Para esta conceptualización es necesario pensar la idea de la muerte. El existencialismo en tanto enfoque reflexiona sobre las condiciones singulares de existencia de los individuos y la forma en que le otorgan un significado a la vida. Entre estas condiciones de reflexión se encuentra la muerte (Rodríguez & Osorio, 2014).

Hay diferentes modos de pensar la muerte. Uno de ellos es considerar que existe vida después de la muerte. Otra manera de pensar la muerte es reprimir la idea de ella. También, es posible pensar que la muerte es algo que le ocurre a otros, pero no a uno mismo. Otro significado que se le puede otorgar es que es una condición a la cual ningún ser humano puede escapar y que, por lo tanto, posee un carácter ineludible (Elias, 2009).

Para la perspectiva existencial, la muerte tiene una doble condición: por un lado, es parte de la existencia del individuo y, por lo tanto, todos están influenciados por la idea de la muerte. A su vez, esta representa una fuente de angustia y de afectos negativos. Por otro lado, la idea de la muerte puede servir como creadora de un significado para la vida (Rodríguez & Osorio, 2014). La angustia existencial surge cuando una persona toma conciencia de que es un ser finito y limitado en el tiempo y que, por consiguiente, en algún momento morirá. En este sentido, la inevitabilidad de la muerte en las personas puede interpretarse como un destino trágico sobre el que nada se puede hacer. Sin embargo, muchas veces la aceptación sin resignación deriva en la posibilidad de creación y desarrollo del individuo a partir del momento que acepta esta condición ineludible inherente a su existencia vital. Así, los intentos creativos que muchas veces están relacionados con las artes (pintura, escritura, etc.) pueden ser una forma positiva de lidiar con la angustia existencial que provoca la idea de la muerte en uno mismo y en los demás (Cunningham, 2007). Desde el enfoque humanístico existencial se propuso teorizar la muerte desde la teoría del manejo del terror. El principio básico de esta teoría se basa en la idea de que la especie humana ha

evolucionado a través de su capacidad de sobrevivir en determinado contexto. En el transcurso de dicha evolución ha emergido la autoconciencia de sí, donde la persona tiene conciencia de su existencia, que actualmente transita la vida pero que en algún momento morirá. Así, la idea de muerte se le presenta a la persona con un carácter de certeza y ello le produce terror. El afrontamiento de la especie humana a esta conciencia de la muerte que genera terror se ha hecho mediante dos vías: la cultura y la autoestima. En relación a la primera, se han desarrollado valores culturales que le dan un soporte simbólico a la existencia. En relación a la segunda, les da a las personas un sentido de la importancia, especialmente cuando se desarrollan en función de valores culturales relevantes para estas (Greenberg et al., 2003; Greenberg, Solomon & Pyszczynski, 2004).

La teoría del manejo del terror considera relevante la visión cultural del mundo que tiene la persona ya que ello funciona como un tipo de defensa contra la muerte. Así, la conciencia de ser mortal se asocia con la identificación con los valores de la cultura que tienen los grupos a los cuales pertenece la persona (Arndt, Greenberg & Cook, 2002; Cozzolino, Staples, Meyers & Samboceti, 2004; Schimel, Hayes, Williams & Jahrig, 2007; Jonas et al., 2014). A su vez, se rechazan, minimizan o desprecian aquellas creencias que no están asociadas culturalmente con los valores que sostiene la persona en su existencia (Dechesne, Janssen & van Knippenberg, 2000; Schmeichel & Martens, 2005; See & Petty, 2006; Echebarría, 2009). Otro factor de defensa contra la muerte es la creencia en la vida después de la muerte (Deschene et al., 2003; Routledge & Arndt, 2008; Hogg, 2010; Hohman & Hogg, 2011).

Los individuos pueden adoptar diversos posicionamientos subjetivos frente a la idea de la muerte. Uno de estos es la aceptación de carácter neutral. Consiste en la aceptación de la muerte, sin temor ni deseo de ello, realizando las conductas que se puedan llevar a cabo a lo largo de la vida sin dar lugar a la muerte un lugar de terror o de deseo (Wong, Reker & Gesser, 1994). Otro posicionamiento subjetivo ante la muerte es la aceptación a través del acercamiento. Este se relaciona frecuentemente con la religión, ya que implica la creencia del individuo de que la muerte será feliz y habrá una existencia en el más allá (Wong et al., 1994; Dezzuter et al., 2009). También es posible adoptar una aceptación que consista en el escape. Se asocia con la creencia de que la muerte es un fin deseado en la medida en que soluciona los problemas de sufrimiento y padecimiento que el individuo carga en su vida cotidiana (Wong et al., 1994). Este último posicionamiento suele asociarse con casos de suicidio, donde la persona no tiene establecido un sentido de la vida y por lo tanto, ve como una alternativa viable e incluso deseable la posibilidad de finalización de su existencia (Cohen, 2007).

En síntesis, la teoría del manejo del terror se compone de dos elementos que refieren a las defensas contra la muerte que tienen los individuos, por un lado, y al posicionamiento subjetivo frente a la muerte, por el otro. En relación a las defensas contra la muerte, se hallan tres defensas principales: la identificación con los valores de la cultura, el rechazo o minimización de los valores culturales diferentes la cultura de la persona y la creencia en la vida después de la muerte. Respecto a los posicionamientos subjetivos frente a la se describen tres posicionamientos

posibles: 1) Aceptación neutral de la muerte: sin temor ni deseo de ello, realizando las conductas que se puedan llevar a cabo a lo largo de la vida sin dar lugar a la muerte un lugar de terror o de deseo; 2) Aceptación y acercamiento basados en la creencia en el más allá: Este se relaciona frecuentemente con la religión, ya que implica la creencia del individuo de que la muerte será feliz y habrá una existencia en el más allá y; 3) Aceptación y escape: Se asocia con la creencia de que la muerte es un fin deseado en la medida en que soluciona los problemas de sufrimiento y padecimiento que el individuo carga en su vida cotidiana.

La idea de la muerte es, entonces, un fenómeno que aborda la teoría del manejo del terror desde el enfoque humanístico existencial. Tal teorización sostiene, como se ha mencionado, que las personas afrontan la idea de la muerte desde diversos posicionamientos subjetivos. La autoestima es un componente esencial para este afrontamiento, ya que los individuos que tienen baja autoestima tienden a realizar una valoración negativa de sí mismos, del mundo y del futuro. Ello puede incidir en la formación de un vacío existencial que lleve a la persona a carecer de un sentido de vida. La baja autoestima y la ausencia de un sentido de vida pueden incidir en la persona incrementando la vulnerabilidad de riesgo de conducta suicida. Por este motivo, se abordará la autoestima y el rol que ocupa en la teoría del manejo del terror, entendiendo que dicha comprensión puede contribuir al terapeuta a abordar la autoestima en sus pacientes.

Como se ha dicho, la autoestima es un concepto que forma parte de la teoría del manejo del terror. Así, esta funciona de forma positiva frente a la muerte cuando hay certezas sobre uno mismo (Leonardelli, Lakin & Arkin, 2007). Carl Rogers (1959), uno de los referentes de la psicología humanista, ha trabajado sobre el concepto de autoestima. Este autor comprende el constructo como la posesión de la persona de un self que se caracteriza por lo particular, lo positivo y la bondad. Este self es un self verdadero. Sin embargo, suele estar oculto a la persona obstaculizando la posibilidad de desarrollo. Este es el componente individual de la autoestima. Este concepto tiene, además, un elemento grupal o social que alude al desarrollo de la autoestima en función de la pertenencia, identificación y participación del individuo en grupos específicos y en la adherencia a los valores sociales.

Otros autores, como Rosenberg (1965) han caracterizado la autoestima como la valoración positiva o negativa que un individuo posee sobre sí mismo. En este sentido, la autoestima es variable de individuo a individuo y depende del proceso valorativo que la persona realice. En función de ello, este autor clasifica a la autoestima en dos tipos: autoestima alta y autoestima baja. Las personas con autoestima elevada suelen poseer una valoración positiva de sí mismos, manteniendo el equilibrio y aceptando los defectos y las virtudes que tienen. Por el contrario, las personas con autoestima baja suelen tener una valoración negativa de sí mismos, rechazándose a sí mismos y deseando cambiar. Los obstáculos de estos individuos se asocian a la dificultad para expresarse a causa de inhibiciones, vergüenzas y temor al rechazo social (Enrique & Muñoz, 2014).

Si bien la autoestima suele mantenerse estable a lo largo del tiempo, esta es modificable y es posible hacerlo a través de una intervención de un profesional de la salud mental (García, 2013).

A pesar de su estabilidad, la autoestima tiene un desarrollo en la infancia y depende de las contingencias que la persona afronta en sus experiencias de vida y la forma en que interpreta y valora positiva o negativamente esas contingencias (Ortega Ruiz, Mínguez Vallejos & Rodes Bravo, 2000; Naranjo & González, 2012)

Desde la teoría del manejo del terror que plantea el enfoque humanístico existencial deben considerarse dos tipos de autoestima relevantes: autoestima implícita y explícita. La primera, se define como una valoración de carácter automático, que se adquiere a través del aprendizaje pero que no es consciente. Así, el individuo “valora” ciertas situaciones que afectan su autoestima sin tener conciencia de ello. En cuanto a la segunda, se diferencia de la autoestima implícita porque el individuo tiene conciencia de la valoración que realiza (Greenwald & Banaji, 1995; Pérez Erroz, 2020).

La valoración de la autoestima puede realizarse de forma implícita y de forma explícita. Conviene recordar que, en un proceso psicoterapéutico como la terapia existencial, el terapeuta cuenta con el recurso de la valoración explícita de la autoestima para trabajar en las sesiones. Esto es así ya que la autoestima implícita es un proceso no consciente y automático, con lo cual es difícil acceder a esta valoración. Es necesario que dicha valoración implícita se vuelva consciente para trabajar con ella. O, en todo caso, trabajar con la valoración explícita con la cuenta el paciente. La valoración que un paciente hace de sí mismo, si esta es negativa, puede llevarlo a tener una concepción de sí, del mundo y del futuro negativa. Esto puede desembocar en el hecho de que el paciente no encuentre un sentido para su vida y se encuentre en una situación de vacío existencial. El abordaje de la autoestima para que el paciente se valore de forma positiva puede contribuir a establecer un sentido de vida que lo oriente en su vida y disminuye su vulnerabilidad hacia conductas suicidas.

Ahora bien, ¿qué es el sentido de la vida para la psicología humanista? Desde el enfoque humanístico existencial diversos autores han teorizado sobre el sentido de la vida, su relación con la muerte y, por consiguiente, con el suicidio. Así, Frankl (1946; 1999) considera que las personas son responsables de otorgar un sentido consciente a su propia vida. La característica central del sentido de la vida es, según este autor, tener una visión y proyecto acerca del futuro existencial. De esta manera, la ausencia de proyectos deriva en la ausencia de sentido para la vida, llevando a toma de decisiones complejas como la ideación suicida que muchas veces se transforma en conducta suicida y que puede tener resultados catastróficos como la finalización de la vida de la persona. A pesar de ello, todo individuo lleva a cabo el intento de significar su vida, de otorgarle un sentido. A veces de forma consciente y otras de forma inconsciente. De cualquier manera, la tendencia de los individuos la especie humana es la búsqueda de un sentido para su existencia. Lo problemático de la propuesta de Frankl es que no brinda una definición operativa que oriente a los psicoterapeutas acerca del sentido de la vida.

Otro autor (Martínez, 2014) ha intentado sortear este obstáculo brindando una definición operacional. Este, entiende que el sentido de la vida consiste en la percepción subjetiva (desde sus dimensiones emocionales y cognitivas) de un conjunto de valores que orientan la conducta del

individuo hacia una dirección determinada tanto en contextos específicos como en la vida en general, brindándole una coherencia a lo largo del desarrollo histórico de su existencia y fortaleciendo la noción que posee acerca de su identidad individual.

Hasta ahora, se han abordado los referentes teóricos y conceptuales del enfoque humanístico existencial y su relación con la idea de la muerte. Ahora bien, ¿de qué manera esta conceptualización se traduce en un aporte práctico que contribuya a que las personas con vacío existencial o con riesgo de conductas suicidas puedan ser abordadas terapéuticamente, disminuyendo así su riesgo suicida? Al respecto, se pueden mencionar algunos antecedentes conceptuales y referentes de la terapia humanística existencial que sirven de base para el posterior desarrollo de los tratamientos de las conductas suicidas (Osorio, 2013):

- 2- Hay un centramiento en lo que la persona experimenta efectivamente. Así, la teorización y la conducta observable quedan supeditadas a la experiencia del consultante y al significado particular que este le otorga a la misma.
- 3- Poner el foco en los valores humanos y las características subjetivas como la creatividad opuesta al análisis de la persona de forma reduccionista y mecánica.
- 4- El criterio para abordar las problemáticas de los pacientes depende de la significación que estos le otorguen y de ninguna manera a cuestiones objetivas como la psicología previa abordaba este tipo de problemáticas con sus consultantes.
- 5- El terapeuta debe ser comprometido y tener sus valores, mostrando interés en el desarrollo individual de cada consultante. Así, se concibe a cada persona como única, que tiene la posibilidad de descubrirse, desarrollarse y crear nuevas formas de significar el mundo de acuerdo a sus valores personales.

En las conductas suicidas de los individuos es común la valoración negativa sobre sí mismos que los lleve a tomar la decisión de finalizar con su vida. En la psicoterapia se buscan los factores que pueden disuadir a la persona a tomar tal decisión. Estos son: una valoración positiva de la vida (dimensión cognitiva) y la ausencia de llevar a cabo la conducta suicida que produzca la autodestrucción del individuo. Para el abordaje de un paciente con riesgo de suicidio es necesario (Längle, 2004):

- 1- Establecer una relación terapéutica donde se aloja la posibilidad de ser escuchado y, por consiguiente, comprendido. En este sentido, es necesario que el psicoterapeuta pida explícitamente que el paciente desarrolle los pensamientos y creencias asociadas al suicidio de manera empática. La empatía y sentirse comprendido puede generar un efecto de alivio en la persona. En el tratamiento es necesario considerar si el paciente expresa un sentido de la vida para sí mismo. Esto es fundamental ya que tener un sentido en la vida se asocia a una disminución del riesgo suicida. Por el contrario, la ausencia implica un incremento del riesgo suicida, aunque el paciente no manifieste explícitamente tendencias suicidas.
- 2- Hacer el pedido explícito al paciente de que prometa que no llevará a cabo el suicidio. Este pedido no debe ser general, ya que en general los pacientes no pueden realizar tal promesa.

Debe especificarse con preguntas tales como: ¿me podría prometer no hacerse daño hasta la próxima sesión? En casos más graves o, ¿me podría prometer no hacerse daño durante el tratamiento?

3- Si no se realiza la promesa, el psicoterapeuta debe insistir firmemente en el mantenimiento de vínculos interpersonales significativos para el individuo en su vida cotidiana. En estos casos, además, es recomendable la internación para evitar que el paciente lleve a cabo efectivamente una conducta suicida que puede terminar con su existencia.

Durante el tratamiento es importante, además, abordar cuestiones referidas a los valores positivos de la cultura que orientan la conducta del paciente y en los cuales cree. Para ello, se fomenta la práctica y experimentación de conductas que incrementen el bienestar subjetivo y la satisfacción de la persona (Längle, 2004).

Para el avance del tratamiento, el terapeuta concibe un vínculo con el paciente que se va desarrollando a lo largo de las sesiones. Privilegia el presente y el futuro del paciente ya que se comprende que los cambios realizados en el presente van a modificar el proyecto del paciente. De esa manera, modificar el presente cambia el proyecto que se tiene para el futuro. Ello es especialmente relevante en los casos de suicidio donde la concepción del paciente del futuro muchas veces es nula y no tiene proyectos establecidos. Al abordar la sintomatología que padecen los pacientes, se busca reducir su sufrimiento, pero sin descuidar la experiencia integral de vida del paciente, haciendo eje en el sentido de la vida como totalidad. (Signorelli & Robles, 2016).

Desde el enfoque humanista existencial es posible delimitar algunas tareas que el terapeuta debe llevar a cabo durante el tratamiento (Signorelli & Robles, 2016):

- 1- Indagar a través de preguntar para comprender la perspectiva del paciente.
- 2- Analizar los significados que hacen el eje de la experiencia de vida de la persona que consulta. Este análisis no se realiza de forma unilateral de parte de la terapéutica, sino que se busca incluir al paciente a través del diálogo y la colaboración del mismo.
- 3- Debe sostener al paciente en la fase del tratamiento cuando se revisan áreas de la vida y sus significados. Este hecho puede resultar intenso a nivel emocional, por ello el terapeuta debe estar advertido que los cambios que conllevan replantearse significados existenciales pueden ser difíciles para los pacientes. Por ello, debe acompañarlo ofreciéndose como sostén.

En los tratamientos humanísticos existenciales para el abordaje de los pacientes suicida, sucede que estos llegan a la consulta sin un sentido de vida establecido o con un vacío existencial que los frustra. Ello puede llevarlos a considerar la muerte como una posibilidad. El tratamiento apunta a que cuando hay ausencia de sentido de vida, se puede expresar el deseo de un sentido de vida. Este es un comienzo para que se puedan empezar a establecer una orientación y dirección en la existencia de la persona. El objetivo de la terapia es, en este sentido, que el paciente encuentre un sentido de vida donde antes había vacío existencial o ausencia de sentido de vida (Chica et al., 2016).

Para comenzar un tratamiento se vuelve necesario definir la noción de sujeto que sustenta el enfoque humanístico existencial y que lo orienta a intervenir sobre el sentido de vida. En este sentido, se considera a la persona de manera integral, entendiendo que está compuesta por elementos biológicos, psicológicos y sociales. Las personas son seres biopsicosociales pero su existencia no se resume en la adición de lo biológico a lo psicológico y a lo social. Sino que, por el contrario, las personas trascienden los elementos que la componen. Así, la persona no es la suma de sus partes, sino el equilibrio que se da entre la interacción entre lo biológico, lo psicológico y lo social (Quintero, 2012).

En los tratamientos de suicidio, se entiende desde el enfoque humanista existencial que la persona inicia el tratamiento con un vacío existencial proveniente de la ausencia de sentido de vida que le lleva a la desmotivación de sus ocupaciones vitales tales como los vínculos interpersonales, la familia, el trabajo y las actividades que antes le producían placer y motivación. En este sentido, cuando hay vacío existencial en la persona esta se encuentra sin razones para vivir y sin motivaciones para actuar. Se halla sin una dirección hacia la cual dirigirse. Por eso, el objetivo de la terapia es reestablecer el sentido de vida para que la persona encuentre una orientación y dirección que la motiva y la lleve a actuar en pos de lograr su sentido de vida. Dado que el enfoque humanístico existencial considera que la persona es un ser único e irrepetible, se caracteriza por su singularidad. Por este motivo, la solución al problema del vacío existencial no puede ser general. En cambio, la persona tiene que encontrar en el dialogo con el terapeuta sus propias razones y motivos para reestablecer un sentido de vida único y singular (Quintero, 2012). Encontrar un sentido de vida es un camino de construcción constante. Existen diversas vías por las cuales una persona puede encontrar un sentido. Es posible mencionar al menos tres. La primera, es encontrar el sentido a través de la entrega persona hacia una cosa o hacia una persona. La segunda, es a través de los valores, percibiéndolos y en función de ellos comportarse en el mundo. La tercera y última, tiene que ver con la actitud que se adopta frente a la vida. Así, una persona puede optar por adoptar una actitud positiva, aún con todas las dificultades y complejidades que se le presentan en la situación que se encuentra viviendo. Esta última vía para encontrar un sentido de vida tiene que ver con la capacidad de la persona de decidir que actitud adoptar, independientemente de las circunstancias que se le presenten (Arzalluz et al., 2021). Las estrategias de intervención en un tratamiento de la conducta suicida con un enfoque humanístico existencial va depender del juicio clínico que el terapeuta establezca y de su formación y capacitación. Sin embargo, se pueden mencionar ciertos elementos que son relevantes al momento de intervenir en estos casos. Al inicio del tratamiento es importante lograr establecer una alianza terapéutica a través de la empatía y la escucha activa. Se pueden realizar entrevistas semi-estructuradas para indagar las características del paciente y la gravedad del problema. Así, es posible conocer las emociones, pensamientos y conductas asociadas a la conducta suicida. Identificar esto permite al paciente reflexionar sobre su experiencia y adoptar responsabilidad en el proceso de cambio que implica la terapia. Dado que el paciente ha llegado a intentar resolver sus conflictos a través de la conducta suicida, es necesario dialogar sobre las

alternativas para encontrar otro modo de resolución de problemas que se asocie al sentido de vida que irá construyendo la persona en el transcurso de la terapia (Arzalluz et al., 2021).

El proceso inicial de la terapia permite conocer al paciente en su singularidad para luego poder establecer como objetivo reestablecer el sentido de vida. En función de esta etapa inicial que implica la escucha y la comprensión de las particularidades del paciente se podrá, entonces, establecer en conjunto con el paciente una propuesta que considere sus necesidades y su motivación para vivir. En este proceso, el terapeuta acompaña y sostiene. Sin embargo, es el paciente quien debe determinar su sentido de vida y descubrirlo. Así, el terapeuta no debe imponer desde afuera un sentido de vida que considere bueno o ideal para el paciente. Por el contrario, el proceso de descubrimiento de sentido de vida puede llevar tiempo y el terapeuta debe funcionar como un sostén para que el paciente pueda lograr ello por su cuenta (Arzalluz et al., 2021).

Tabla 5.
Componentes del Tratamiento Humanístico Existencial del Suicidio.

Componentes	Características
Paciente	El paciente tiene una valoración negativa de sí mismo lo que incrementa su riesgo de conducta suicida.
Objetivo	Disuadir al paciente de llevar a cabo la conducta suicida mediante la reducción de los factores de riesgo y el aumento de los factores protectores, promoviendo el sentido de vida.
Relación Terapéutica	Escucha y comprensión del paciente. Solicitar no actuar durante el tratamiento con conductas suicidas. Evaluación de la presencia o ausencia del sentido de vida.
Temas de las sesiones	Abordaje de creencias culturales positivas que disminuyan el riesgo de conducta suicida. Fomento de la práctica y experimentación de conductas positivas acorde a los valores singulares del paciente.
Tareas del terapeuta	Entrevista a través de preguntas que dilucidan y fomenten la comprensión del punto de vista del paciente. Examinar el significado de la vida para el paciente de forma integral.

Sostén en el proceso de indagación del significado ya que puede afectar el estado emocional del paciente e incrementar el riesgo suicida.

Si bien existen diversos tratamientos psicoterapéuticos desde el enfoque humanístico existencial, resulta necesario mencionar la Logoterapia desarrollada por Viktor Frankl. Este tipo de terapia tiene conceptualización central la idea de que lo fundamental para una persona es la construcción de un sentido de vida que la oriente en su vida hacia su futuro. Por este motivo, se diferencia de otros tipos de abordajes como el psicoanálisis que utilizan técnicas para que el paciente encuentre el significado de sus conflictos sobre el pasado. A diferencia de esta terapia, la logoterapia está centrada en la construcción del significado y de un sentido de vida orientada al futuro y, no al pasado.

Dado que la conducta suicida se asocia con una valoración negativa de sí mismo, del mundo y del futuro, esto se asocia con bajos niveles de autoestima. Ello puede contribuir a que la persona se encuentre con un vacío existencial y no tenga un sentido de vida. La ausencia de sentido de vida incrementa el riesgo de conducta suicidas. Entonces, la Logoterapia al tener como objetivo que la persona pueda elaborar un sentido de vida está especialmente indicada para el tratamiento de conductas suicidas (De Brigard Merchán, 2021).

La adolescencia es un periodo particular de la vida donde las conductas suicidas adquieren especial relevancia. Esto es así, porque durante esta etapa de la existencia, las personas se encuentran atravesando un proceso de desarrollo y de construcción de su identidad. Para lograr esto tienen que encontrar un sentido de vida. Dado que este proceso se encuentra en elaboración, las crisis y los factores que afecten el desarrollo de la identidad pueden incidir en el riesgo suicida. Así, la Logoterapia puede identificarse como una terapia que se puede plantear como objetivo disminuir el riesgo suicida en población adolescente a través de la elaboración de un sentido de vida que realice el cliente (De Brigard Merchán, 2021; Muñoz, 2019).

Para llevar a cabo la Logoterapia es fundamental el vínculo entre paciente y terapeuta. Ya que se considera a la persona como totalidad, no es posible realizar una psicoterapia centrándose solamente en la aplicación de técnicas, ya que esto implicaría una deshumanización del cliente. Por tal motivo, es necesario que el cliente sienta que el terapeuta brinda un espacio de contención y escucha, en donde este pueda desplegar su dolor y su discurso sobre su vida. A pesar de ello, en toda psicoterapia se utilizan como recursos auxiliares una serie de técnicas que facilitan los objetivos de la terapia. Para el tratamiento de suicidio en adolescentes desde el enfoque humanístico existencial, se pueden utilizar técnicas de logoterapia específica (De La Flor, 2018). Una de las técnicas de intervención es el diálogo socrático. Esta técnica consiste en el encuentro entre el terapeuta y el cliente con el objetivo de contribuir a que el cliente tome conciencia de su libertad para actuar según su voluntad. Se logra a través de preguntas y señalamientos que realiza el terapeuta, invitando a la persona a que de una respuesta de forma libre de acuerdo a sus valores y creencias (Frankl, 2007).

Otra técnica de intervención es la búsqueda de modelos. Se hace uso del diálogo y la imaginación para invitar al paciente a pensar sobre las personas que considera que llevan una vida con sentido y que se adecuan a los valores que sostiene. Así, se puede intervenir preguntando: ¿Por qué considera que esta persona lleva una vida con sentido? ¿Vos podrías hacer algo similar? ¿Qué obstáculos encontrar para lograr aquello que ves que realizan las otras personas? (De La Flor, 2018).

También es posible utilizar una intervención entrenando al paciente en la sensibilización del sentido. Esto significa dialogar acerca de las áreas problemáticas que manifiesta el paciente y observar a su vez las áreas no problemáticas. Ello implica imaginar otras perspectivas, además de la perspectiva única en la cual se encuentra sumergido el paciente. Los beneficios de esto es que el consultante pueda ver los beneficios y los obstáculos de cada perspectiva. Así, se lo guía para que libremente elija que opción es más conveniente y valiosa para esa persona. Esto contribuye a aumentar la responsabilidad del paciente respecto de su vida y a su vez, resolver problemáticas invitando a la acción a través de conductas con sentido (De La Flor, 2018).

Todas las intervenciones mencionadas apuntan, esencialmente, al descubrimiento por parte de la persona de su sentido de vida. Esto lleva a una valoración positiva de sí mismo, del mundo y del futuro, que orienta la existencia del individuo. De esta manera, es probable que con el descubrimiento del sentido de vida se incremente la autoestima de la persona.

Además del sentido de vida, el enfoque humanístico existencial, puede contribuir en su tratamiento del suicidio en adolescentes a morigerar los factores de riesgo a través de su intervención. Se ha encontrado que los factores de riesgo más frecuentes en la conducta suicida son: la impulsividad, el abuso sexual, la dinámica familiar deficiente y el acoso escolar. Tres de estos factores (abuso sexual, dinámica familiar y acoso escolar) son relativamente independientes del individuo y dependen del entorno en el cual se desenvuelva. Sin embargo, el individuo puede adoptar una posición subjetiva respecto de este entorno. En relación al abuso sexual infantil, es sabido que una de las secuelas es la baja autoestima, que deteriora su sentido de vida y sus vínculos (Berliner & Elliot, 2002; Cortés & Cantón, 2008; Guerricaechevarría & Echeburúa, 2005). La baja autoestima implica una valoración negativa de sí mismo lo que lleva al individuo a la ideación suicida y eventualmente a la conducta suicida. El enfoque humanístico existencial, interviene a través de la terapia de logoterapia con técnicas de diálogo socrático, búsqueda de modelos y entrenamiento en sensibilización de sentido apuntando al descubrimiento de un sentido de vida. De esta manera, se logra una valoración positiva de sí mismo, incrementando la autoestima. De manera indirecta, se índice sobre la autoestima que es unas consecuencias del abuso sexual infantil. Así, se disminuye el riesgo de suicidio a través de la intervención en la autoestima, obteniendo la persona una valoración positiva de sí.

En relación al factor de riesgo de la impulsividad, el enfoque humanístico existencial contribuye con su intervención de entrenamiento en sensibilización de sentido a fijar la atención en determinados problemáticas evaluación las ventajas y los obstáculos. Así, se opera en sentido inverso al comportamiento impulsivo que se caracteriza por la dificultad para centrar la atención.

Además, en la intervención se evaluó con premeditación los pros y los contras de adoptar determinadas conductas, lo que lleva a la planificación. La planificación es lo contrario de lo que ocurre en la impulsividad donde se actúa sin un razonamiento o pensamiento previo a la conducta a realizar. Así, esta intervención contribuye a disminuir la impulsividad y por lo tanto, a atenuar el riesgo de la conducta suicida.

En relación a la dinámica familiar y al acoso escolar, deben abordarse desde intervenciones educativas en el caso del acoso escolar y desde terapias familiares en relación a la dinámica familiar. Por lo tanto, es un tema que excede el análisis de este trabajo y que implicaría el abordaje de otros enfoques terapéuticos. Desde el enfoque individual de la terapia humanística pueden considerarse estos factores de riesgo para advertir a los diferentes actores implicados, ya sea la familia o la escuela, la necesidad de una intervención para disminuir el riesgo suicida.

Respecto a los factores protectores, se hallaron los factores familiares (dinámica familiar funcional), cognitivos (distracción y resolución de problemas) y existenciales (presencia de sentido de vida). En relación al factor familiar, como se mencionó anteriormente, se debe abordar desde un enfoque familiar. Para los factores cognitivos, específicamente de resolución de problemas, se tiene conocimiento que esta capacidad se asocia con una autoestima elevada (Sabedra & Aderly, 2019). Por consiguiente, desde la intervención de diálogo socrático se lleva a la persona a una valoración positiva de sí misma, incrementando la autoestima a través del descubrimiento de un sentido de vida. Para que esta intervención funcione se debe aplicar otra técnica que es la de búsqueda de modelos. Esta técnica implica que el individuo salga de sí mismo y busque en otros modelos a seguir de acuerdo sus valores, lo que favorece la distracción. La distracción es el proceso inicial a través del cual la persona deja de centrarse en sí misma, se inhiben los pensamientos internos negativos y así se reduce el estado emocional negativo. De esta manera, se encuentra con mayor disponibilidad para la resolución de problemas. Así, se puede intervenir en conjunto sobre estos dos factores a través de las técnicas de diálogo socrático y búsqueda de modelos. En el proceso, se contribuye a una valoración positiva de la persona en la dirección de descubrir un sentido de vida que disminuya el riesgo suicida.

En relación al factor de presencia de sentido de vida, la terapia existencial también puede contribuir a la disminución del riesgo suicida. Este es el factor sobre el cual la terapia tiene mayor incidencia dado que el objetivo central de la misma es el descubrimiento del sentido de vida por parte del paciente. Así, si el paciente llega a la terapia con un vacío existencial, todas las intervenciones mencionadas anteriormente apuntan a que se construya un sentido de vida, que a su vez, reforzará la valoración positiva de la persona y, por consiguiente, de su autoestima.

El enfoque humanístico existencial, además de las terapias de corte individual, ha desarrollado programas de intervención frente al suicidio.

i.

iii. Conclusión

La presente investigación se propuso explorar los factores de riesgo y de protección del suicidio en población adolescente. Además, describir la conceptualización del suicidio y del tratamiento del mismo desde un enfoque humanístico existencial.

En relación a los factores protectores, estos son aquellos que disminuyen la probabilidad de riesgo de que se realice una conducta suicida. Se hallaron los siguientes: 1) familiares: a) Dinámica Familiar; 2) cognitivos: a) distracciones y b) resolución de problemas; 3) existenciales: a) presencia de sentido de vida.

Respecto al factor protector existencial de presencia de sentido de vida, el tratamiento humanístico existencial aborda este elemento para trabajarlo en el proceso terapéutico. El sentido de vida es la percepción subjetiva de valores que orientan la conducta de la persona en la vida y le otorgan su identidad personal. El objetivo de la terapia humanístico existencial para el tratamiento del suicidio busca promover en el paciente el sentido de vida. La importancia de abordar este factor se relaciona con el hecho de que la ausencia de sentido de vida está relacionada con una mayor probabilidad de riesgo de conducta suicida. Inversamente, la presencia del sentido de vida disminuye la probabilidad de riesgo de conducta suicida.

En relación a los factores de riesgo, estos son aquellos que incrementan la probabilidad de riesgo de realización de una conducta suicida. Se hallaron factores de riesgo para: 1) ideación suicida, estos son: a) impulsividad, b) acoso escolar y c) abuso sexual; 2) conducta suicida: a) ideación suicida, b) ser hombre, c) abuso sexual, d) dinámica familiar deficiente, e) impulsividad y f) antecedentes familiares de conducta suicida. Como se observa tanto la ideación suicida como la conducta suicida comparten algunos factores de riesgo: a) impulsividad y b) abuso sexual.

Desde el enfoque humanístico existencial se aborda la conceptualización del suicidio desde la teoría del manejo del terror. Esta sostiene que las personas se defienden de diferente forma contra la muerte y adoptan una posición subjetiva en relación a la misma. Las formas de defensa contra la muerte son: 1) identificación con los valores culturales del grupo al que pertenece la persona; 2) rechazo o minimización de los valores culturales de grupos ajenos a los que la persona pertenece; 3) creencia en la vida después de la muerte. En cuanto a las posiciones subjetivas que puede adoptar la persona frente a la muerte, son: 1) aceptación neutral de la muerte, 2) aceptación y acercamiento basado en la creencia en el más allá, 3) aceptación y escape. La defensa y posición subjetiva que se adopta va a depender de la valoración subjetiva que haga la persona respecto de los valores culturales y del sentido que la vida tenga para esta. Esta valoración se relaciona estrechamente con la autoestima del individuo. Hay dos tipos de autoestima relevantes a considerar: 1) implícita: valoración no consciente y automática, adquirida por medio del aprendizaje y 2) explícita: valoración consciente. La autoestima de las personas tiende a la estabilidad a lo largo del tiempo. Sin embargo, es modificable en los casos de los tratamientos de la conducta suicida a través de la intervención de un profesional de salud mental. La autoestima que posee el individuo depende de la valoración subjetiva de éste sobre sí mismo y

se relaciona con el sentido de la vida. Así, una valoración predominantemente negativa puede llevar a la ausencia de sentido de vida. Inversamente, una valoración predominantemente positiva puede llevar a la presencia de sentido de vida.

En el abordaje de la conducta suicida desde el enfoque humanístico existencial, se observa que los pacientes con conducta suicida suelen tener una valoración predominantemente negativa de sí mismos y una ausencia de sentido de vida, lo que incrementa la probabilidad de riesgo de cometer una conducta suicida. Por el contrario, el tratamiento apunta a disminuir la probabilidad de riesgo de conducta suicida a través de la promoción de un sentido de vida orientado por los valores del paciente.

iv. Referencias Bibliográficas

- Aedo, E. R. (2014). La psicología humanista: sus orígenes y su significado en el mundo de la psicoterapia a medio siglo de existencia. *Ajayu. Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología de la Universidad Católica Boliviana " San Pablo"*, 12(2), 135-186. <http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v12n2/v12n2a1.pdf>
- Armero Pedreira, P., Bernardino Cuesta, B., & Bonet de Luna, C. (2011). Acoso escolar. *Pediatría Atención Primaria*, 13(52), 661-670. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&%20pid=S1139-76322011000600016&lng=es&nrm=iso
- Alvarez, M., Camilo, V., Barceló, M., Sanchez, Y. & Fajardo, Y. (2017). Principales factores de riesgo relacionados con el intento suicida en un grupo de adolescentes. *Medisan*, 159-160.
- Arndt, J., Greenberg, J. & Cook, A. (2002). Mortality salience and the spreading activation of worldview-relevant constructs: exploring the cognitive architecture of terror management. *Journal of Experimental Psychology: General*, 131(3), 307-324. doi:10.1037/0096-3445.131.3.307
- Arseneault, L., Walsh, E., Trzesniewski, K., Newcombe, R., Caspi, A. & Moffitt, T. E. (2006). Bullying victimization uniquely contributes to adjustment problems in young children: A nationally representative cohort study. *Pediatrics*, 118(1), 130-138.
- Artiles, M., Martín, O., Kappel, J., Poliak, J., Rebagliati, P. & Sánchez, A. (1995). *Psicología humanista aportes y orientaciones*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Docencia
- Arzalluz, H. Y. R., Valles, A. C. & Plaza, M. R. (2021). Ideación suicida en un adolescente como estudio de caso desde la perspectiva humanista logoterapéutico. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 24(1), 99-121. <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2021/epi211e.pdf>
- Banvard-Fox, C., Linger, M., Paulson, D. J., Cottrell, L., & Davidov, D. M. (2020). Sexual assault in adolescents. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 47(2), 331-349. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7702185/#R13>
- Bella, M. E., Acosta, L. D., Villacé, M. B., López de Neira, M. J., Enders, J. E. & Fernandez, A. R. (2013). Análisis de la mortalidad por suicidio en niños, adolescentes y jóvenes. Argentina, 2005-2007. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/2229>
- Berliner, L. & Elliott, D. M. (2002). Sexual abuse of children. En Myers, J. E. B., Berliner, L., Briere, J., Hendrix, C. T., Jenny, C. y Reid, T. A. (Eds.), *The APSAC Handbook on Child Maltreatment* (pp. 55-78). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Blumenthal, S.J. (1988) Ansiedad y depresión: suicidio, guía sobre factores de riesgo, valoración y tratamiento de los pacientes suicidas. *Clin Med Nort Am*. 4:999-1037
- Brito, R. A. C. D., Mota, W. D. C., Bloc, L. & Moreira, V. (2021). Lenguaje y relación con otros: contribuciones de la fenomenología de Merleau-Ponty a la psicoterapia infantil. *Psicología*

USP, 32.

<https://www.scielo.br/j/pusp/a/TrWtbyd8XdNCdnwT5bNwrkk/abstract/?format=html&lang=es>

- Bugental, J. (1967). *Challenges of Humanistic Psychology*. New York. McGraw Hill.
- Bühler, Ch. & Alien, M. (1972). *Introduction to Humanistic Psychology*, Monterey, Cal.: Brooks/Cole.
- Burke, T. A., Bettis, A. H., Kudinova, A., Thomas, S. A., Nesi, J., Erguder, L., ... & Wolff, J. C. (2021). COVID-19-Specific Suicidal Thoughts and Behaviors in Psychiatrically Hospitalized Adolescents. *Child Psychiatry & Human Development*, 1-8.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34357502/>
- Burke, T. A., Connolly, S. L., Hamilton, J. L., Stange, J. P., Abramson, L. Y. & Alloy, L. B. (2016). Cognitive risk and protective factors for suicidal ideation: A two year longitudinal study in adolescence. *Journal of abnormal child psychology*, 44(6), 1145-1160.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4877302/>
- Casey, B. J., Getz, S. & Galvan, A. (2008). The adolescent brain. *Developmental review*, 28(1), 62-77. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18400927/>
- Cabra, O., Infante, D. & Sossa, F. (2010). El suicidio y los factores de riesgo asociados en niños y adolescentes. *Revista Medica Sanitas*, 28-33.
- Castellví, P., Miranda-Mendizábal, A., Parés-Badell, O., Almenara, J., Alonso, I., Blasco, M.J., ... & Piqueras, J.A. (2017). Exposure to violence, a risk for suicide in youths and young adults. A meta-analysis of longitudinal studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 135, 195–211. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/acps.12679>
- Cha, C. B., Franz, P. J., M. Guzmán, E., Glenn, C. R., Kleiman, E. M. & Nock, M. K. (2018). Annual Research Review: Suicide among youth—epidemiology, (potential) etiology, and treatment. *Journal of Child Psychology and psychiatry*, 59(4), 460-482.
- Chica, S. B., Henao, L. M. H., Avendaño, S. M. L. & Pineda, D. S. (2016). El suicidio desde la Psicología Humanista. *Revista Electrónica Psyconex*, 8(13), 1-11.
<https://revistas.udea.edu.co/index.php/Psyconex/article/view/326995>
- Cohen, J. (1958). *Humanistic psychology*. George Allen & Unwin.
- Cohen, D. (2007). *Por Mano Propia, Estudio sobre las prácticas suicidas*. Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- Corona Miranda, B., Hernández Sánchez, M. & García Pérez, R. M. (2016). Mortalidad por suicidio, factores de riesgos y protectores. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 15(1), 0-0. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2016000100011&script=sci_arttext&lng=pt
- Cortés Alfaro, A., Román Hernández, M., Suárez Medina, R. & Alonso Uría, R. M. (2021). Conducta suicida, adolescencia y riesgo. *Anales de la Academia de Ciencias de Cuba*, 11(2). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-01062021000200029
- Cortés, M. R. y Cantón, J. (2008). El abuso sexual infantil: Un grave problema social. En J. Cantón

- y M. R. Cortés, Guía para la evaluación del abuso sexual infantil (pp. 13-52). Madrid: Pirámide.
- Cozzolino, P. J., Staples, A. D., Meyers, L. S. & Samboceti, J. (2004). Greed, death, and values: From terror management to transcendence management theory. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30(3), 278-292. doi:10.1177/0146167203260716
- Cuesta, I., Montesó-Curto, P., Metzler Sawin, E., Jiménez-Herrera, M., Puig-Llobet, M., Seabra, P. & Toussaint, L. (2021). Risk factors for teen suicide and bullying: An international integrative review. *International journal of nursing practice*, 27(3), e12930. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33830586/>
- Cunningham, R. (2007). The courage to create Rollo May: The courage to be Paul Tillich. *Journal of Humanistic Psychology*, 47, 73-91.
- Cyders, M. A. & Smith, G. T. (2008). Emotion-based dispositions to rash action: positive and negative urgency. *Psychological bulletin*, 134(6), 807. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18954158/>
- De Castro, A. (2011). Fundamentos de psicoterapia existencial en Norteamérica. E. Martínez (comp.). *Las psicoterapias existenciales*, 91-117. <https://www.untumbes.edu.pe/vcs/biblioteca/document/varioslibros/1313.%20Las%20psicoterapias%20existenciales.pdf#page=108>
- De Brigard Merchán, N. (2021). Relación Sentido de Vida en Personas con ideación y/o comportamiento suicida: Revisión Sistemática. *Perspectivas Metodológicas*, 21, 23-23. <http://revistas.unla.edu.ar/epistemologia/article/view/3431>
- De la Flor, M. Á. N. (2018). Logoterapia, fundamentos y líneas de intervención. *Revista de psicoterapia*, 29(109), 69-87. <https://revistadepsicoterapia.com/index.php/rdp/article/view/231/115>
- De la Plaza Olivares, M., & Ordi, H. G. (2019). El acoso escolar: factores de riesgo, protección y consecuencias en víctimas y acosadores. *Revista de Victimología/Journal of Victimology*, (9), 99-131. <http://www.huygens.es/journals/index.php/revista-de-victimologia/article/view/147>
- Dechesne, M., Janssen, J. & van Knippenberg, A. (2000). Derogation and distancing as terror management strategies: The moderating role of need for closure and permeability of group boundaries. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(6), 923-932. doi:10.1037/0022-3514.79.6.923
- Deschene, M., Pyszczynski, T., Arndt, J., Ransom, S., Sheldon, K. M., van Knippenberg, A. & Jansen, J. (2003). Literal and symbolic immortality: The effects of evidence of literal immortality on self-esteem striving in response to mortality salience. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 722-737. doi:10.1037/0022-3514.84.4.722
- De los Heros, M. A. (2016). Relación psicoterapéutica: enfoque fenomenológico existencial. *Avances en Psicología*, 24(2), 227-229. <https://revistas.unife.edu.pe/index.php/avancesenpsicologia/article/view/209>

- Durkheim, E. (1989). El suicidio. https://www.sijufor.org/uploads/1/2/0/5/120589378/el_suicidio_-_durkheim_emilie.pdf
- Elias, N. (2009). La soledad de los moribundos. México: Fondo de Cultura Económica.
- Enciso, F. M. (2011). La teoría educativa de Carl R. Rogers; alcances y limitaciones. Revista Vinculando.
https://vinculando.org/educacion/teoria_educativa_de_carl_r_rogers_alcances_limitaciones.html?pdf=1171&format=pdf
- Enrique, M. & Muñoz, R. (2014). El problema de la autoestima basado en la eficacia. {PSOCIAL}, 1(1).
- Estrada, L. (2018). Teorías y métodos-humanismo.
<https://digitk.areandina.edu.co/bitstream/handle/areandina/1448/101%20TEOR%C3%8DAS%20Y%20M%C3%89TODOS%20-%20HUMANISMO.pdf?sequence=1>
- Fabry . J . (2001) . Señales del camino hacia el sentido . México: LAG.
- Feijoo, A. M. L. C. D. (2019). Suicídio: uma compreensão sob a ótica da psicologia existencial. Arquivos Brasileiros de Psicologia, 71(1), 158-173.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672019000100012
- Fergusson, D.M., Boden, J.M. & Horwood, L.J. (2008). Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. Child Abuse and Neglect, 32, 607–619.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0145213408000732?via%3Dihub>
- Fergusson, D.M. & Lynskey, M.T. (1995). Childhood circumstances, adolescent adjustment and suicide attempts in a New Zealand birth cohort. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 34: 612-22.
- Fernández Jiménez, L. C. (2020). Fundamentos filosóficos de la psicoterapia existencial (Resumen). http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/tesisuned:ED-Pg-Filosofia-Lcfernandez/FERNANDEZ_JIMENEZ_LUCIA_CAROLINA_Resumen_Tesis.pdf
- Forero, I., Siabato, E. & Salamanca, Y. (2017). Ideación suicida, funcionalidad familiar y consumo de alcohol en adolescentes de Colombia. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 15(1), 431-442.
<https://www.redalyc.org/journal/773/77349627028/movil/>
- Fonseca-Pedrero, E., Al-Halabí, S., Pérez-Albéniz, A. & Debbané, M. (2022). Risk and protective factors in adolescent suicidal behaviour: a network analysis. International journal of environmental research and public health, 19(3), 1784.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35162805/>
- Frankl, V. E. (1946). El Hombre en Busca de Sentido. (12ª.ed.). Barcelona: Herder.
- Frankl, V. E. (1997). Teoría y terapia de las neurosis. Iniciación a la logoterapia y al análisis existencial. Barcelona: Herder
- Frankl, V. E. (1999). El Hombre en Busca de Sentido Último. Buenos Aires: Paidós.
- Frankl, V. E. (2001). Psicoterapia y existencialismo. Escritos selectos sobre logoterapia. Barcelona: Herder.

- Frankl V. (2007). Logoterapia y análisis existencial. España: Herder.
- Gaete, V. (2015). Adolescent psychosocial development. *Revista chilena de pediatría*, 86(6), 436-443. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0370410615001412?via%3Dihub>
- Gaete, V. (2015). Adolescent psychosocial development. *Revista chilena de pediatría*, 86(6), 436-443. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0370410615001412?via%3Dihub>
- García, A. R. (2013). La educación emocional, el autoconcepto, la autoestima y su importancia en la infancia. *Edetania. Estudios y propuestas socioeducativas*, (44), 241-257.
- Gallego-Pérez, J. F., & García-Alandete, J. (2004). Sentido en la vida y desesperanza en un grupo de estudiantes universitarios. *NOUS: Boletín de Logoterapia y Análisis Existencial*, 8, 49-64. http://www.logoterapia.net/uploads/08_gallegoetal_2004_estudiantes.pdf
- Geoffroy, M.C., Boivin, M., Arseneault, L., Turecki, G., Vitaro, F., Brendgen, M., ... & Côté, S.M. (2016). Associations between peer victimization and suicidal ideation and suicide attempt during adolescence: Results from a prospective population-based birth cohort. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 55, 99–105. [https://www.jaacap.org/article/S0890-8567\(15\)00756-X/fulltext](https://www.jaacap.org/article/S0890-8567(15)00756-X/fulltext)
- Gilbert, K. E., Kalmar, J. H., Womer, F. Y., Markovich, P. J., Pittman, B., Nolen-Hoeksema, S. & Blumberg, H. P. (2011). Impulsivity in adolescent bipolar disorder. *Acta neuropsychiatrica*, 23(2), 57-61.
- Gillies, D., Christou, M. A., Dixon, A. C., Featherston, O. J., Rapti, I., Garcia-Anguita, A., ... & Christou, P. A. (2018). Prevalence and characteristics of self-harm in adolescents: meta-analyses of community-based studies 1990–2015. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 57(10), 733-741. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30274648/>
- Glenn, C.R., Lanzillo, E.C., Esposito, E.C., Santee, A.C., Nock, M.K. & Auerbach, R.P. (2017). Examining the course of suicidal and nonsuicidal self-injurious thoughts and behaviors in outpatient and inpatient adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45, 971–983. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5397367/>
- Gracia, R., Pamias, M., Mortier, P., Alonso, J., Pérez, V. & Palao, D. (2021). Is the COVID-19 pandemic a risk factor for suicide attempts in adolescent girls?. *Journal of affective disorders*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34119869/>
- Gondra, R. J. (1986). El status científico de la psicología y psicoterapia humanista. *Anuario de psicología* N° 34. (1). <http://www.raco.cat/index.php/anuariopsicologia/article/viewFile/64550/88512>
- González, A. A., Martínez, M. M., & Pérez, H. V. (2012). Factores de riesgo del intento suicida en adolescentes con esta conducta. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 9(1). <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=34791>
- González, M. G., García-Haro, J. M., García-Pascual, H., Pérez, M. T. S., Barrio-Martínez, S. & Oviedo, J. V. (2021). Hacia un enfoque contextual-existencial del suicidio: recomendaciones para la prevención. *Psychology*, Artículo-e1.

<https://www.revistaclinicacontemporanea.org/art/cc2021a3>

- González Pardo, H. & Pérez Álvarez, M. (2017). La invención de los trastornos mentales. Alianza.
- Greenberg, J., Martens, A., Jonas, E., Eisenstadt, D., Pyszczynski, T. & Solomon, S. (2003). Psychological defense in anticipation of anxiety: Eliminating the potential for anxiety eliminates the effect of mortality salience on worldview defense. *Psychological Science*, 14, 516–519.
- Greenberg, J., Solomon, S. & Pyszczynski, T. (2004). The cultural animal: Twenty years of Terror Management Theory and research. En J. Greenberg, S. Solomon & T. Pyszczynski (Eds.). *Handbook of experimental existential psychology* (pp. 13-34). New York: The Guilford Press.
- Greenwald, A. G. & Banaji, M. R. (1995). Implicit social cognition: attitudes, self-esteem, and stereotypes. *Psychological Review*, 102(1), 4-27.
- Gondra, J. M. (1986). El status científico de la psicología y psicoterapia humanista. *Anuario de psicología/The UB Journal of psychology*, (34), 47-62.
- Guerra, D. G. (2017). Dinámicas familiares en adolescentes con ideación suicida (trabajo de pregrado). Corporación Universitaria Minuto de Dios, Bello, Colombia.
- Guerricaechevarría, C. y Echeburúa, E. (2005). Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores: un enfoque clínico. Barcelona: Ariel.
- Gutiérrez-García, A. G., Contreras, C. M. & Orozco-Rodríguez, R. C. (2006). El suicidio, conceptos actuales. *Salud mental*, 29(5), 66-74. <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v29n5/0185-3325-sm-29-05-66.pdf>
- Hazen, E., Schlozman, S. & Beresin, E. (2008). Adolescent psychological. *Pediatrics in review*, 29(5), 161.
- Henao, A. M. G. (2012). Recuperación crítica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características. *Revista virtual universidad católica del norte*, 1(35), 326-345. <https://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/364>
- Herrera Santi, P. (1999). Principales factores de riesgo psicológicos y sociales en el adolescente. *Revista cubana de Pediatría*, 71(1), 39-42. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75311999000100006&script=sci_arttext&lng=pt
- Herrera Santí, P. M. & Avilés Betancourt, K. (2000). Factores familiares de riesgo en el intento suicida. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(2), 134-137. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252000000200005
- Hogg, M. A. (2010). Human groups, social categories, and collective Self: social identity and the management of self-uncertainty. En R. M. Arkin, K. C. Oleson y P. J. Carroll (Eds.), *Handbook of the Uncertain Self* (pp. 401- 420). New York: Psychology Press.
- Hohman, Z. P. & Hogg, M. A. (2011). Fear and uncertainty in the face of death: The role of life after death in group identification. *European Journal of Social Psychology*, 41(6), 751-760.
- Jiménez, L. C. F. (2020). Puntos de encuentro entre el conductismo radical y la psicoterapia existencial. *Eikasia: revista de filosofía*, (93), 287-308. <http://revistadefilosofia.org/93->

14.pdf

- Jonas, E., McGregor, I., Klackl, J., Agroskin, D., Fritsche, I., Holbrook, C., Proulx, T. & Quirin, M. (2014). Threat and defense: From anxiety to approach. *Advances in Experimental Social Psychology*, 49, 219-286.
- Jonquera, A. S. & Arroyo, L. M. (2006). Fenomenología y psicoterapia humanista-existencial. *Revista de psicología*, 15(1), ág-91.
https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/38541987/17146-50209-1-PB-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1646345050&Signature=R-FbhpC8YJ5sGfLP4S6m08d1IsDELLDApp0yiEvjxD~qolwVuviFQggab5SfvhOIkMz-3KchH9FKil2ZIZSIramU6TxiYNk6nhEUQ8RNryOq7vOQavRh2LDaGMcAZksJmHEGkxnm cZpr25IsEItJ9PJ5DmQpwArjQUpeVUK7wHwAlpXPs0ZRGZJ76Twt4ikdQKzEJya1QzgvOI w052xBINCM54phs1W479vuAWw5kjAIP20P64FzJNr4qkTB8gd7hpDh1GQ6wrxp8Kd73kC meaAFY61CmCtUJMbivgaad-9zfimJsDEiEWgNbtF6RhKEOX9t2~pcf0NC-caHB1pFA__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA
- Kang, C., Zheng, Y., Yang, L., Wang, X., Zhao, N. A., Guan, T. F., ... & Hu, J. (2021). Prevalence, risk factors and clinical correlates of suicidal ideation in adolescent patients with depression in a large sample of Chinese. *Journal of affective disorders*, 290, 272-278.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34015621/>
- Klomek, A. B., Marrocco, F., Kleinman, M., Schonfeld, I. S., & Gould, M. S. (2007). Bullying, depression, and suicidality in adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(1), 40-49. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17195728/>
- Kumar, P., Srivastava, S., Mishra, P. S. & Sinha, D. (2021) Suicidal ideation among adolescents- The role of sexual abuse, depression and impulsive behavior. *Frontiers in Psychiatry*, 2367. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2021.726039/full>
- Kasen, S., Cohen, P. & Chen, H. (2011). Developmental course of impulsivity and capability from age 10 to age 25 as related to trajectory of suicide attempt in a community cohort. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 41, 180–192.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3082462/>
- Längle, A. (2004). Psicoterapia analítico-existencial de los trastornos depresivos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 42(3), 195-206. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-92272004000300005&script=sci_arttext&tlng=e
- Larzelere, R. E., Smith, G. L., Batenhorst, L. M. & Kelly, D. B. (1996). Predictive validity of the suicide probability scale among adolescents in group home treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 35: 166-72.
- Larraguibel, M., González, P., Martínez, V. & Valenzuela, R. (2000). Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. *Revista chilena de pediatría*, 71(3), 183-191.
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0370-41062000000300002&script=sci_arttext
- Leonardelli, G. J., Lakin, J. & Arkin, R. M. (2007). A regulatory focus model of selfevaluation. *Journal of Experimental Social Psychology*, 43(6), 1002-1009.

- Loredo-Abdalá, A., Perea-Martínez, A. & López-Navarrete, G. E. (2008). "Bullying": acoso escolar. La violencia entre iguales. Problemática real en adolescentes. *Acta pediátrica de México*, 29(4), 210-214. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=19590>
- Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G. L. & Malone, K. M. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, 156(2), 181-189.
- Manzar, M. D., Albougami, A., Usman, N. & Mamun, M. A. (2021). Suicide among adolescents and youths during the COVID-19 pandemic lockdowns: A press media reports-based exploratory study. *Journal of child and adolescent psychiatric nursing*, 34(2), 139-146. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33811706/>
- Martin, G., Bergen, H. A., Richardson, A. S., Roeger, L. & Allison, S. (2004). Sexual abuse and suicidality: Gender differences in a large community sample of adolescents. *Child abuse & neglect*, 28(5), 491-503.
- Martínez, Y. (2009) *Filosofía existencial para terapeutas y uno que otro curioso*. México: Editorial LAG.
- Martínez, E. (2014). *Coaching Existencial*. Bogotá: SAPS.
- Martínez Robles, Yaqui Andrés (2012). *Terapia existencial, Volumen I. Círculo de estudios en Psicoterapia existencial*.
- Maslow. B. G. (Ed.) 1972. *A. H Maslow. A Memorial Volume*. Wadsworth Publishing Company.
- May, A. M., Czyz, E. K. & West, B. T. (2020). Differentiating adolescent suicide attempters and ideators: a classification tree analysis of risk behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 67(6), 837-850. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32576482/>
- Méndez López, M. (2014) . Carl Rogers y Martin Buber: las actitudes del terapeuta centrado en la persona y la relación "yo-tú" en psicoterapia . *Revista Apuntes en Psicología*, 32(2), 171-180.
- Ministerio de Salud de la Nación, Sociedad Argentina de Pediatría & Unicef (2021). *Abordaje integral del suicidio en las adolescencias : lineamientos para equipos de salud / 1a ed .*
- Monge, J., Cubillas, M., Roman, R. & Abril, E. (2007). Intentos de suicidio en adolescentes de educación media superior y su relación con la familia. *Psicología y Salud*, 46- 50.
- Moss, D. E. (1999). *Humanistic and transpersonal psychology: A historical and biographical sourcebook*. Greenwood Press/Greenwood Publishing Group.
- Moss, D. (2001). The roots and genealogy of humanistic psychology. *The handbook of humanistic psychology: Leading edges in theory, research, and practice*, 5-20.
- Muñoz, N. (2019). *Intento de suicidio en adolescentes y adultos jóvenes desde una perspectiva fenomenológico-existencial (Doctoral dissertation, Universidad de San Buenaventura Colombia)*. <https://core.ac.uk/download/pdf/196579973.pdf>
- Nansel, T. R., Overpeck, M., Pilla, R. S., Ruan, W. J., Simons-Morton, B. & Scheidt, P. (2001) *Bullying Behaviors Among US Youth: Prevalence and Association With Psychosocial Adjustment*. *JAMA*. 285(16):2094–2100.

- Naranjo, M. (2009). Motivación: perspectivas teóricas y algunas consideraciones de su importancia en el ámbito educativo. *Revista Educación*, 33(2) 153-170.
- Naranjo, M. D. C. R. & González, A. C. (2012). Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(3), 389-404. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4019787>
- Nelson, E.C., Heath, A.C., Madden, P.A., Cooper, M.L., Dinwiddie, S.H., Bucholz, K.K., ... & Martin, N.G. (2002). Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes: Results from a twin study. *Archives of General Psychiatry*, 59, 139–145.
<https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/206025>
- Nock, M.K., Borges, G., Bromet, E., Cha, C.B., Kessler, R.C. & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30, 133–154. <https://academic.oup.com/epirev/article-abstract/30/1/133/621357>
- Nock, M.K., Borges, G. & Ono, Y. (2012). *Suicide: Global perspectives from the WHO World Mental Health Surveys*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Nock, M.K., Green, J.G., Hwang, I., McLaughlin, K.A., Sampson, N.A., Zaslavsky, A.M. & Kessler, R.C. (2013). Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA Psychiatry*, 70, 300–310.
<https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/1555602>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2020). *Salud mental del adolescente*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Organización Mundial de la Salud (2021a). *Salud del adolescente y el joven adulto*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
- Organización Mundial de la Salud (2021). *Suicidio*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Ortega, L. & de los Angeles, M. (2009). La psicoterapia humanista. *Bosnic, M. Humanización de la Salud II*, 1-13.
https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/56808259/Texto_de_Humanismo_2017-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1643644168&Signature=LhrWcHWRE1PmzIH8DI87-9ZNJTwc6GMM3~M6zNTiuy8cXMZpnSApsnn4~H4wTBopF-ig4T4FtMtYYwaxndK4bZaAqrPdyIFVb-dHNPJscjbrLStlkHd~oKtqr3D1RbrnY8q-iiJ9StHYfw5K~m2E0HRwubPblrsDG~oNnOGANCnbwvCyw4xviKc62Sh~iXZtQRnwhVFDLnU1sEKyiLoJyd9DIPteR4R91O3JEYxLoGGBw6kv~jLQMUUxoQbWSiPow2shMSkj6dQP7lurh1XDKudLICQ6reRYFwnhJiLSZ8F8hYMM9dMPcm1smaf-dEQo3AFx2KPqsepeiwl1XZAw__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA
- Ortega Ruiz, P., Mínguez Vallejos, R. & Rodes Bravo, M. L. (2000). Autoestima: un nuevo concepto y su medida. <https://doi.org/10.14201/2868>

- Osorio, M. C. H. (2013). Del surgimiento de la psicología humanística a la psicología humanista-existencial de hoy. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 4(1), 83-100.
<https://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/RCCS/article/view/951>
- Osorio, S. A. & Durango, M. G. (2020). Comportamiento suicida: subjetividades en la dinámica interna familiar. *Latinoamericana de Estudios de Familia*, 12(1), 82-101.
<https://revistasojs.ucaldas.edu.co/index.php/revlatinofamilia/article/view/2276/2179>
- Pacheco, B. E. & Lopez, P. P. (1973). La conducta suicida en la adolescencia y sus condiciones de riesgo. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*, 2(7-8), 47-55.
<https://arsmedica.cl/index.php/MED/article/view/38/13>
- Pacheco, B., & Peralta, P. (2015). La conducta suicida en la adolescencia y sus condiciones de riesgo. *Revista de ciencias medicas*, 50- 52.
- Palacio, A. F. (2010). La comprensión clásica del suicidio. De Émile Durkheim a nuestros días. *Affectio Societatis*, 7(12), 6. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3703186>
- Patton, J. H., Stanford, M. S. & Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of clinical psychology*, 51(6), 768-774.
- Pereira, A. S., Wilhelm, A. R., Koller, S. H. & Almeida, R. M. M. D. (2018). Risk and protective factors for suicide attempt in emerging adulthood. *Ciencia & saude coletiva*, 23, 3767-3777. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30427447/>
- Pérez Barrero, S. A. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. *Revista cubana de medicina general integral*, 15(2), 196-217. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21251999000200013&script=sci_arttext&tlng=pt
- Pérez Erroz, S. (2020). La vulnerabilidad del self. Reacciones defensivas ante el fracaso, la incertidumbre, la falta de control y la muerte. <https://addi.ehu.es/handle/10810/45865>.
- Pérez, I., Téllez, D., Vélez, A. & Ibáñez, M. (2012). Caracterización de factores asociados con comportamiento suicida en adolescentes estudiantes de octavo grado, en tres colegios bogotanos. *Revista Colombiana de psiquiatría*, 33- 38.
- Polo, J. D. (2006). Reflexiones del pensamiento existencial ante el suicidio. *Psicogente*, 9(16), 45-56. <https://www.redalyc.org/pdf/4975/497552138004.pdf>
- Prettel, M. G., & Sañudo, J. E. P. (2010). La comunicación familiar en asentamientos subnormales de Montería (Colombia). *Psicología desde el Caribe*, (25), 1-29.
<https://www.redalyc.org/pdf/213/21315106002.pdf>
- Primananda, M. & Keliat, B. A. (2019). Risk and protective factors of suicidal ideation in adolescents. *Comprehensive child and adolescent nursing*, 42(sup1), 179-188.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31192739/>
- Prinstein, M. J. & Giletta, M. (2016). Peer relations and developmental psychopathology.
- Pugliese, S. V. (2019). Vínculos familiares disfuncionales asociado al riesgo suicida en la adolescencia. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 23(1), 17-31.
<https://publicacionescientificas.uces.edu.ar/index.php/subyprocog/article/view/717>
- Que, J., Yuan, K., Gong, Y., Meng, S., Bao, Y. & Lu, L. (2020). Raising awareness of suicide

- prevention during the COVID-19 pandemic. *Neuropsychopharmacology reports*, 40(4), 392-395. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33022901/>
- Quintero, M. H. (2012). *CONSIDERACIONES SOBRE LA TENDENCIA SUICIDA DESDE EL ENFOQUE HUMANISTA* (Doctoral dissertation, UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA).
http://www.usfx.bo/nueva/vicerrectorado/citas/SOCIALES_8/Psicologia/49.pdf
- Quitmann, H. (1989). *Psicología humanística: Conceptos fundamentales y trasfondo filosófico*. Herder.
- Ramírez Lozano, P. A. (2018). *Dinámica familiar, depresión y suicidio en la adolescencia. Dinámica familiar, depresión y suicidio en la adolescencia. (Trabajo de grados)*. Universidad Cooperativa de Colombia. Santa Marta, Colombia.
<https://repository.ucc.edu.co/handle/20.500.12494/5083>
- Rodríguez, G. L. & Osorio, C. (2014). Aportes de la psicología existencial al afrontamiento de la muerte. *Tesis Psicológica*, 9(1), 50-63.
<https://www.redalyc.org/pdf/1390/139031679005.pdf>
- Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships: As developed in the client-centered framework (Vol. 3, pp. 184-256). New York: McGraw-Hill.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton university press.
<https://doi.org/10.1515/9781400876136>
- Routledge, C. & Arndt, J. (2008). Self-sacrifice as self-defense: Mortality salience increases efforts to affirm a symbolic immortal self at the expense of physical self. *European Journal of Social Psychology*, 38(3), 531-541.
- Rutter M. (1987) Psychosocial resilience and protective mechanism. *Am J Orthopsychiatr.* 57(3).
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 57(6), 1069.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of personality and social psychology*, 69(4), 719.
- Sabedra, R. & Aderly, S. (2019). Autoestima y estrategias de afrontamiento en adultos mayores de la Micro Red de Salud de Alto Selva Alegre-Arequipa, 2018. <http://portal-academico.upads.edu.pe/handle/UPADS/56>
- Salvo, L. & Castro, A. (2013). Confiabilidad y validez de la escala de impulsividad de Barratt (BIS-11) en adolescentes. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 51(4), 245-254.
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-92272013000400003&script=sci_arttext
- Santander, S., Zubarew, T., Santelices, L., Argollo, P., Cerda, J. & Bórquez, M. (2008). Influencia de la familia como factor protector de conductas de riesgo en escolares chilenos. *Revista médica de Chile*, 136(3), 317-324. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872008000300006&script=sci_arttext
- Shain, B., Braverman, P. K., Adelman, W. P., Alderman, E. M., Breuner, C. C., Levine, D. A., ... & O'Brien, R. F. (2016). Suicide and suicide attempts in adolescents. *Pediatrics*, 138(1).

- Schmeichel, B. J. & Martens, A. (2005). Self-affirmation and mortality salience: Affirming values reduces worldview defense and death-thought accessibility. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31(5), 658-667. doi:10/d2k34k
- Schimel, J., Hayes, J., Williams, T. & Jahrig, J. (2007). Is death really the worm at the core? Converging evidence that worldview threat increases death-thought accessibility. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(5), 789–803. doi:10.1037/0022-3514.92.5.789
- See, Y. H. M. & Petty, R. E. (2006). Effects of mortality salience on evaluation of ingroup and outgroup sources: The impact of pro-versus counterattitudinal positions. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32(3), 405-416.
- Shain, B. (2016). Suicide and suicide attempts in adolescents. *Pediatrics*, 138(1).
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27354459/>
- Signorelli, S. & Robles, Y. A. M. (2016). DESARROLLOS DE LA TERAPIA EXISTENCIAL EN LATINOAMÉRICA. *Revista Latinoamericana de Psicología Existencial UN ENFOQUE COMPRENSIVO DEL SER*, (12), 29-37.
http://www.fundacioncapac.org.ar/REVISTA_12_final_1.pdf#page=29
- Sitnik-Warchulska, K. & Izydorczyk, B. (2018). Family patterns and suicidal and violent behavior among adolescent girls—Genogram analysis. *International journal of environmental research and public health*, 15(10), 2067.
- Solari, A. (2015). La alianza terapéutica en la psicoterapia. *Historia y actualidad*.
<https://repositorio.uade.edu.ar/xmlui/bitstream/handle/123456789/4763/D15S06%20-%20Ponencia%20Resumen%202.pdf?sequence=1>
- Somerville, L. H. (2013). The teenage brain: Sensitivity to social evaluation. *Current directions in psychological science*, 22(2), 121-127. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24761055/>
- Somerville, L. H., Hare, T. & Casey, B. (2011). Frontostriatal maturation predicts cognitive control failure to appetitive cues in adolescents. *Journal of cognitive neuroscience*, 23(9), 2123-2134. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20809855/>
- Stewart, J. G., Kim, J. C., Esposito, E. C., Gold, J., Nock, M. K. & Auerbach, R. P. (2015). Predicting suicide attempts in depressed adolescents: Clarifying the role of disinhibition and childhood sexual abuse. *Journal of affective disorders*, 187, 27-34.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4587293/>
- Stroud, L. R., Foster, E., Papandonatos, G. D., Handwerger, K., Granger, D. A., Kivlighan, K. T. & Niaura, R. (2009). Stress response and the adolescent transition: Performance versus peer rejection stressors. *Development and psychopathology*, 21(1), 47-68.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19144222/>
- Tageson, C. W. (1982). *Humanistic psychology: A synthesis*. Dorsey press.
- Tan, L., Xia, T. & Reece, C. (2018). Social and individual risk factors for suicide ideation among Chinese children and adolescents: A multilevel analysis. *International journal of psychology*, 53(2), 117-125. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27090061/>
- Taylor, E.A. & Stansfeld, S.A. (1984). Children who poison themselves 1. A clinical comparison

- with psychiatric controls. *Br J Psychiatry*. 145: 127-35
- Tice, D. M., Bratslavsky, E. & Baumeister, R. F. (2001). Emotional distress regulation takes precedence over impulse control: If you feel bad, do it!. *Journal of personality and social psychology*, 80(1), 53.
- Unicef (2017). Suicidio. <https://www.unicef.org/argentina/media/1536/file/Suicidio.pdf>
- Unicef (2020). ¿Qué es la adolescencia? <https://www.unicef.org/uruguay/que-es-la-adolescencia>
- Valadez-Figueroa, I., Amezcua-Fernández, R., Quintanilla-Montoya, R. & González-Gallegos, N. (2005). Familia e intento suicida en el adolescente de educación media superior. *Archivos en medicina familiar*, 7(3), 69-78. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=4778>
- Villegas Besora, I. (1986). La psicología humanística: historia, concepto y método. *Anuario de Psicología*, 1986, vol. 1, num. 34, p. 7-45.
<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/96920/1/002949.pdf>
- Viveros, E. & Arias, L. (2006). Dinámicas internas de las familias con jefatura femenina y menores en conflicto con la ley penal: características interaccionales. Medellín, Colombia: Fundación Universitaria Luis Amigó.
- Wong, P. T. P., Reker, G.T. & Gesser, G. (1994). Death Attitude Profile-Revised: a multidimensional measure of attitudes toward death. En R.A. Neimeyer (Ed.). *Death Anxiety Handbook: Research, Instrumentation and Application*. (pp. 121- 148).
- Yalom, I. (2003). *El don de la terapia*. Emecé.
- Yalom, Irvin (2015a). *Criaturas de un día*. Planeta.
- Yen, S., Weinstock, L. M., Andover, M. S., Sheets, E. S., Selby, E. A. & Spirito, A. (2013). Prospective predictors of adolescent suicidality: 6-month post-hospitalization follow-up. *Psychological medicine*, 43(5), 983-993.
- Zalbidea, M. A., Carpintero, H. & Mayor, L. (1990). Condiciones del surgimiento y desarrollo de la Psicología Humanista. *Revista de Filosofía (Madrid)*, 3, 71.