



Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 22 No. 1

Marzo de 2019

PROMOCIÓN A LA SALUD MENTAL Y LA PREVENCIÓN DEL COMPORTAMIENTO SUICIDA EN JÓVENES A TRAVÉS DE LA PSICOTERAPIA GESTALT

Rolando Esteban Salazar Valadez¹ y Faride Guadalupe Puc Herrera²
Instituto Universitario Carl Rogers
Campeche
México

RESUMEN

La investigación tuvo por objetivo identificar la efectividad de la psicoterapia gestalt para favorecer el desarrollo de habilidades en la promoción de la salud mental y prevenir el comportamiento suicida en jóvenes. Para ello, se realizó un estudio de corte cualitativo, fenomenológico y de acción participativa. La muestra fue no probabilística y estuvo conformada por siete mujeres con un promedio de edad de 20 años, que son alumnas de Escuela Normal de Educación Preescolar. Se aplicó el Test Psicodiagnóstico de la Gestalt para medir el grado de los bloqueos en la autorregulación orgánica y la Escala de Desesperanza de Beck para el nivel de riesgo suicida. A nivel descriptivo antes de la intervención hubo fases bloqueadas y después de la misma no se observó alguna, el nivel de riesgo suicida fue mínimo al final de la misma. Por último, a nivel cualitativo se logró desbloquear y favorecer habilidades para dicha problemática.

Palabras claves: promoción de la salud mental, comportamiento suicida, psicoterapia gestalt, autorregulación orgánica.

¹ Psicólogo de la Secretaría de Salud del estado de Campeche y Docente de la Escuela Normal de Educadoras de Calkiní. Correo: rolandosal@gmail.com

² Psicóloga de la Universidad Guadalupe Victoria de Campeche. Egresada de la maestría en psicoterapia humanista del Instituto Universitario Carl Rogers (2015-2018). Correo Electrónico: fari_9301@hotmail.com

PROMOTION TO MENTAL HEALTH AND THE PREVENTION OF SUICIDAL BEHAVIOR IN YOUNG PEOPLE THROUGH GESTALT PSYCHOTHERAPY

ABSTRACT

The objective of the research was to identify the effectiveness of gestalt psychotherapy to favor the development of skills in the promotion of mental health and to prevent suicidal behavior in young people. For this, a qualitative, phenomenological and participatory action study was carried out. The sample was non-probabilistic and consisted of seven women with an average age of 20 years, who are students of Normal School of Preschool Education. The Gestalt Psychodiagnostic Test was applied to measure the degree of blockages in organismic self-regulation and Beck's Hopelessness Scale for the level of suicide risk. At the descriptive level before the intervention there were blocked phases and after it was not observed, the level of suicide risk was minimal at the end of it. Finally, at a qualitative level it was possible to unlock and favor skills for this problem.

Keywords: promotion of mental health, suicidal behavior, gestalt psychotherapy, organismic self-regulation.

Es importante señalar que el suicidio es un fenómeno de salud pública, que se ha estudiado desde hace varios años y desde diferentes puntos de vista. Es común encontrar en la literatura, información sobre cómo intervenir, prevenir y modelos teóricos que aseguran su efectividad (Moya, 2011). Sin embargo, es importante señalar que la promoción de la salud mental y la prevención de comportamiento suicida son ejes importantes para disminuir el riesgo y la incidencia del mismo, así como para promover estilos de vida saludables que coadyuven a la comunidad a sobrellevar las vicisitudes de la vida (Jiménez y Arena, 2017).

Es por ello, que de acuerdo Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) en la conferencia internacional para la Atención Primaria a la Salud (APS) en Alma-Ata en 1978, se estableció que la misma es una atención sanitaria esencial, basada en la práctica, en la evidencia científica, en la tecnología y metodología socialmente aceptables, accesible a los individuos y las familias en la comunidad a través de su completa participación a fin de mantener cada nivel de desarrollo y un espíritu de autodependencia y autodeterminación.

En este sentido, la promoción de la salud se vuelve esencial, dado que es una herramienta que permite a las personas tener un mayor control de su propia salud

y abarca una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales para beneficiar y proteger la salud mediante la prevención y la solución de las causas principales y no solo centrándose en el tratamiento y la curación (OMS, 2017).

En el terreno de la salud mental, la APS entiende por promoción a la salud mental, las acciones para que los individuos adopten y mantengan estilos de vida saludables y así promover y generar condiciones de vida y ambientes que apoyen la misma (OMS, 2016).

En cuanto a la prevención del comportamiento suicida, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2016), la define como las acciones dirigidas para identificar los factores de riesgo suicida en un contexto específico y la mitigación de estos a través de intervenciones focalizadas, ya sea estas universales para la población en general, selectivas para grupos de riesgo específicos como es el caso de esta investigación o indicadas cuando la problemática está presente o probablemente ocurra.

En cuanto al suicidio, la OMS (2015), indica que no hay una explicación única del por qué se suicidan las personas. Muchos suicidios se comenten de manera impulsiva y en tales circunstancias, el acceso a los medios para cometerlo como armas, plaguicidas entre otros pueden marcar la diferencia entre la vida y la muerte de una persona. Asimismo, los factores sociales, psicológicos, culturales y de otro tipo pueden interactuar para conducir a una persona a un comportamiento suicida pero debido a la estigmatización de los trastornos mentales y del suicidio, muchos sienten que no pueden pedir ayuda.

A nivel mundial, los suicidios representan un 50% de todas las muertes violentas registradas entre hombres y un 71% entre mujeres, el suicidio es la segunda causa principal de muerte en el grupo de 15 a 29 años de edad (OMS, 2015). De acuerdo a la OPS (2014), con alrededor de 65.000 defunciones anuales por suicidio y una tasa de mortalidad ajustada según la edad de 7.3 por 100.000 habitantes en el periodo 2005-2009, el suicidio constituye un problema de salud pública de extrema importancia en las américas.

En México, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2015) señaló que en el 2013 se registraron 50909 suicidios, que representan el 1% total de las

muertes registradas, colocándose como la décima causa de muerte y presentando una tasa de cerca de 5 por cada 100000 habitantes. Asimismo, las entidades con mayor tasa de suicidio fueron Aguascalientes (9.2), Quintana Roo (8.8) y Campeche con (8.5). El 40.8% de los suicidios ocurrieron en jóvenes de 15 a 29 años. Entre ellos, la tasa alcanza 7.5 suicidios por cada 100 mil jóvenes. Del total de suicidios ocurridos en 2013, 81.7% fueron consumados por hombres y 18.2% por mujeres. El ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación es el principal método de suicidio (77.3 %). El principal lugar donde ocurren los decesos es dentro de la vivienda particular (74 %).

Asimismo, son diversas las estrategias individuales y grupales para la promoción, prevención e intervención. En las individuales, se pueden encontrar la terapia cognitivo-conductual, la conductual, el psicoanálisis, familiar, interpersonal, humanista, entre otras. Todas ellas cuentan con su versión grupal para ser utilizadas para el mismo fin. Sin embargo, no toman en cuenta que las personas son expertas en sus problemáticas y no son solo receptoras de información. De modo, que dichas intervenciones no propician la participación activa de sus miembros para decidir y construir las soluciones a sus dilemas de la vida (Herrera, 2012; Moya, 2011; Toro, 2013).

Ante lo anterior, con la presente investigación se utilizará de manera innovadora la psicoterapia gestalt, ya que de acuerdo con Perls (1976), le da al individuo un lugar central en su proceso autorregulativo de cambio, dado que posee la sabiduría interna que lo vuelve experto en su problemática para propiciar su propio autoapoyo.

En consecuencia, resulta relevante determinar cómo es el proceso para la promoción de la salud mental y la prevención del comportamiento suicida en un modelo de grupo de psicoterapia gestalt. Asimismo, que sirva de base para diseñar intervenciones individuales y grupales. De igual forma, la presente investigación pretende brindar una respuesta inicial para la APS, al proponer un grupo de psicoterapia con enfoque gestalt para la promoción de la salud mental y la prevención del comportamiento suicida. De esta manera, se coadyuva a contribuir a los esfuerzos de la OMS en dicha problemática.

De modo, que la salud es el resultado que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y asegurar que todos los miembros gocen de una buena salud. Por tanto, una de las estrategias importantes de la promoción de la salud, es el autocuidado y el cuidado del prójimo. Las mismas, se han ratificado por la declaraciones de Yakarta de 1997 y la de Shanghái de 2016 (OMS, 2017). Para la presente, se entenderá lo que incluye el autoconocimiento, autoconcepto, autoestima, y resiliencia (Tobón, s/f).

Por otra parte, en cuanto al comportamiento suicida, se entiende como la diversidad de conductas que incluye en pensar en el suicidio, planificar el suicidio, intentarlo y cometerlo y en la prevención se considera el manejo de crisis emocionales y la toma de decisiones (OPS, 2014).

Algunos modelos que explican el suicidio, son el psiquiátrico e indica que el suicidio es descrito como una enfermedad y se le da una connotación patológica, sin embargo Durkheim (1952) indica que es un fenómeno social como resultado de las influencias y actuación de hechos sociales que interactúan con estados individuales. La perspectiva gestáltica, afirma que el suicidio es un acto en donde la función es emitir un mensaje al otro significativo, con la finalidad de modificar el campo ambiental y satisfacer su necesidad de acogida y protección (Undiks y Herrera, 2008; Perls, 1975).

En cuanto a la psicoterapia gestalt, Ramos (2013), menciona que en la gestalt existen dos formas de aprender del mundo, una es la agresión en donde el organismo cambia las estructuras de las cosas para reconocer las partes. Ser agresivo implica masticar, utilizar los dientes para cambiar la forma de algo, es decir, no quedarse con los mandatos sociales como vienen, sino desbaratarlos para cambiar su forma. La otra es la violencia, en donde el organismo se somete, desaparece su autonomía, no cuestiona y solo acepta. Por tanto, aprende a vivir de una manera sin entender por qué y cómo debe ser para conseguir el reconocimiento social. Como consecuencia, el organismo se torna violento a fuerza de controlarse y de frustrarse y va acumulando tensión suficiente para explotar violentamente contra el mundo o contra él mismo.

Mientras tanto, la autorregulación orgánica es la descripción del proceso, paso a paso, que acontece cuando una necesidad orgánica emerge y pugna por su satisfacción (Peñarrubia, 2008). Asimismo, que comienza con la sensación, luego la formación de figura, la movilización energética, la acción, el contacto y finaliza con el retraimiento e incluye las respectivas interrupciones en cada fase del ciclo (Zinker, 2003). Los bloqueos de cada fase del ciclo son: la desensibilización, proyección, introyección, retroflexión y confluencia (Castanedo, 2007/2003). Salama (2007) sugiere otras dos fases en el ciclo, que son el precontacto y el postcontacto y el bloqueo de la fijación.

La psicoterapia de grupo gestáltica, es el proceso creativo de aprendizaje orientado hacia la resolución y el cambio y tiene cuatro principios básicos que son: la experiencia, el darse cuenta, la interacción y la acción del grupo como comunidad. El primero responde a la necesidad de prestar atención a la experiencia que está constantemente presente en el grupo. El segundo es el reconocimiento de un darse cuenta que está ocurriendo en el grupo como organismo y no solo en los individuos aislados. El tercero es la importancia de las situaciones de contacto entre los miembros del grupo y los límites entre éstos a través del reconocimiento de uno como distinto del otro. Por último, el cuarto es la necesidad del facilitador del grupo para promover experimentos interactivos entre los participantes (Zinker, 2003).

MÉTODO

Objetivo general

Identificar la efectividad de la psicoterapia gestalt para favorecer el desarrollo de habilidades en la promoción de la salud mental y prevenir del comportamiento suicida en jóvenes.

Objetivos específicos

1. Realizar un diagnóstico pretest-postest a través del Test Psicodiagnóstico de la Gestalt para identificar los bloqueos en el ciclo de autorregulación orgánica.
2. Aplicar pretest-postest de la Escala de Desesperanza de Beck para identificar el grado de inclinación hacia dicho acto.

3. Diseñar, aplicar y describir el efecto de la intervención psicoterapéutica gestáltica para favorecer el desarrollo de habilidades en la promoción de la salud mental y prevenir el comportamiento suicida en jóvenes a través de las relatorías.

Pregunta de investigación

¿Es la psicoterapia gestalt un tratamiento efectivo para favorecer el desarrollo de habilidades en la promoción de la salud mental y la prevención del comportamiento suicida en jóvenes?

Hipótesis

La psicoterapia gestalt es un tratamiento efectivo para favorecer el desarrollo de habilidades en la promoción de la salud mental y la prevención del comportamiento suicida en jóvenes.

Diseño de investigación

El tipo de investigación en cuestión, está encuadrada dentro del paradigma cualitativo, dado que no se van a manipular variables y la investigación se realiza en el ambiente natural. En esta investigación por un lado es fenomenológica, ya que se describen las vivencias emocionales que ocurren durante la intervención, como señala Tuohny et.al. (2013) permite al científico acercarse al fenómeno tal y como acontece. Por otro lado, es investigación acción participativa, en donde se realizaron las tres fases características de la misma, en un principio se realiza un diagnóstico para tomar en cuenta las necesidades de los participantes, posteriormente un plan de acción para intervenir y una evaluación al final y en esta investigación, además una al término de cada sesión para conocer el proceso de satisfacción de las mismas y replantear la siguiente y así sucesivamente (Balcazar, 2003).

Participantes

La muestra fue elegida mediante un muestreo no probabilístico e intencional de acuerdo a Hernández, Baptista y Fernández (2014), son 7 mujeres jóvenes originarias de Calkiní, Campeche y pertenecen a un nivel socioeconómico medio y asisten a la Escuela Normal de Educación Preescolar Profesor Pastor Rodríguez Estrada, en las instalaciones de dicho lugar se llevó a cabo la intervención. Cuentan con un promedio de edad de 20 años, Dos de ellas son madres y viven

con sus parejas y las otras 5 son solteras. Tres de las participantes son originarias de Halachó, Yucatán y viajan todos los días para asistir a la escuela, las demás residen en Calkiní. Tres son líderes y han presentado dificultades con la autoridad escolar y el resto se consideran pasivas, poco participativas y calladas durante las clases.

Instrumentos

Intervención gestáltica grupal *Moviendo Mi Vida*

El objetivo general es promover la salud mental y la prevención del comportamiento suicida en jóvenes a través de experimentos gestálticos. Se aplicó en las instalaciones de la Escuela Normal de Educación Preescolar y constó de 10 sesiones de tres horas cada una. Las sesiones fueron diseñadas para favorecer los componentes del autocuidado que son el autoconocimiento, autoconcepto, autoestima y resiliencia como elementos para favorecer la salud mental y toma de decisiones y manejo de crisis emocionales para prevenir el comportamiento suicida.

Test Psicodiagnóstico de la Gestalt de Salama

Sirve para medir los bloqueos en la autorregulación orgánica y consta de 40 reactivos que deben contestarse sólo con una respuesta entre dos opciones, "SI" (verdadero) o "NO" (falso) de acuerdo con lo que la persona considera como repetitivo en ella, siempre referido a un tema y un área específica de su momento presente (Salama, 2006).

La escala de desesperanza de Beck

Es una escala diseñada de 20 ítems para evaluar, desde el punto de vista subjetivo, las expectativas negativas que una persona tiene sobre su futuro y su bienestar, así como su habilidad para salvar las dificultades y conseguir el éxito en su vida. Las puntuaciones obtenidas en desesperanza son un predictor útil de un posible suicidio. El individuo ha de responder verdadero o falso (Beck et.al. 1974).

Procedimiento

Se procedió a explicarles a los participantes el nombre y el objetivo de la investigación. Inmediatamente se les preguntó si tienen alguna duda para posteriormente entregarles las cartas de consentimiento de participación y una vez

firmadas, se les aplicó el Test Psicodiagnóstico de la Gestalt (TPG) y la Escala de Desesperanza de Beck. Luego, se realizó la intervención grupal de 10 sesiones de tres horas cada una a través de los experimentos gestálticos. En la última sesión, se aplicó los instrumentos aplicados en la primera sesión. Por último, se analizó la información mediante estadística descriptiva y el contenido de cada una de las sesiones.

RESULTADOS

Resultados del pretest del Test Psicodiagnóstico de la Gestalt (TPG)

De acuerdo a los resultados la fase más desbloqueada fue la sensación con 85.7% (6), las más funcionales fue la de contacto con 57.1% (4), seguida de la más ambivalente que fue figura con 42.9% (3), la disfuncional de reposo y energización de 28.6% (2) y la más bloqueada fue la de acción con 28.6% (2) (ver tabla 1).

Fases	Desbloqueada	Funcional	Ambivalente	Disfuncional	Bloqueada
Reposo	14.3% (1)	28.6% (2)	14.3% (1)	28.6% (2)	14.3% (1)
Sensación	85.7% (6)	0%	0%	0%	14.3% (1)
Figura	28.6% (2)	0%	42.9% (3)	14.3% (1)	14.3% (1)
Energetización	14.3% (1)	42.9% (3)	14.3% (1)	28.6% (2)	0%
Acción	57.3% (4)	14.3% (1)	0%	0%	28.6% (2)
Precontacto	14.3% (1)	42.9% (3)	14.3% (1)	14.3% (1)	14.3% (1)
Contacto	0%	57.1% (4)	42.9% (3)	0%	0%
Postcontacto	0%	42.9% (3)	0%	42.9% (3)	14.3% (1)

Tabla 1: Porcentajes y frecuencias de las fases de autorregulación orgánica.

En cuanto a los bloqueos, es la proyección el que tiene mayor presencia con 71.6% (5), seguido de la retención y fijación ambas con 57.2% (4) (ver tabla 2).

Fases	Bloqueos	Presencia	Ausencia	Total
Reposo	Retención	57.2%(4)	42.9%(3)	100% (7)
Sensación	Desensibilización	14.3%(1)	85.7%(6)	100% (7)
Figura	Proyección	71.6%(5)	28.6%(2)	100% (7)
Energetización	Introyección	42.9%(3)	57.6 (4)	100% (7)
Acción	Retroflexión	28.6%(2)	71.6%(5)	100% (7)
Precontacto	Deflexión	42.9%(3)	57.2%(4)	100% (7)
Contacto	Confluencia	42.9%(3)	57.2%(4)	100% (7)
Postcontacto	Fijación	57.2%(4)	42.9%(3)	100% (7)

Tabla 2: Porcentajes y frecuencias de los bloqueos de la autorregulación orgánica.

Resultado del pretest de la Escala de Desesperanza de Beck

Se puede observar que la mayoría de los participantes se encuentra en un nivel bajo con 57.1% (4) (ver tabla 3).

Nivel de riesgo suicida	
Ninguno-mínimo riesgo	28.6% (2)
Riesgo bajo	57.1% (4)
Riesgo moderado	14.3% (1)
Riesgo alto	0%
Total	100% (7)

Tabla 3: Porcentajes y frecuencias del nivel de riesgo suicida.

Resultados del posttest del Test Psicodiagnóstico de la Gestalt (TPG)

Se observa que la fase más desbloqueada fue la de sensación con 71.4% (5), la más funcional la de reposo con 57.1% (4), la de postcontacto con 85.7% (1), la más disfuncional fue la de figura con 28.6% (2) y no hubo fases bloqueadas (ver tabla 4).

Fases	Desbloqueada	Funcional	Ambivalente	Disfuncional	Bloqueada
Reposo	14.3% (1)	57.1% (4)	14.1% (1)	14.1% (1)	0%
Sensación	71.4% (5)	14.3% (1)	14.1% (1)	0%	0%
Figura	28.6% (2)	14.3% (1)	28.6% (2)	28.6% (2)	0%
Energetización	28.6% (2)	28.6% (2)	42.9% (3)	0%	0%
Acción	42.9% (3)	14.3% (1)	28.6% (2)	14.3% (1)	0%
Precontacto	14.3% (1)	42.9% (3)	28.6% (2)	14.3% (1)	0%
Contacto	14.3% (1)	28.6% (2)	42.9% (3)	14.3% (1)	0%
Postcontacto	0%	0%	85.7% (6)	14.3% (1)	0%

Tabla 4: Porcentajes y frecuencias de las fases de autorregulación orgánica.

En cuanto a los bloqueos el que tuvo mayor presencia fue el de la fijación con 100% (7), seguido de proyección y confluencia ambas con 57.2% (4) (ver tabla 5).

Fases	Bloqueos	Presencia	Ausencia	Total
Reposo	Retención	28.2% (2)	71.6% (5)	100% (7)
Sensación	Desensibilización	14.3% (1)	85.7% (6)	100% (7)
Figura	Proyección	57.2% (4)	42.9% (3)	100% (7)
Energetización	Introyección	42.9% (3)	57.2% (4)	100% (7)
Acción	Retroflexión	42.9% (3)	57.2% (4)	100% (7)
Precontacto	Deflexión	42.9% (3)	57.2% (4)	100% (7)
Contacto	Confluencia	57.2% (4)	42.9% (3)	100% (7)
Postcontacto	Fijación	100% (7)	0%	100% (7)

Tabla 5: Porcentajes y frecuencias de los bloqueos de la autorregulación orgánica.

Resultados del postest de la Escala de desesperanza de Beck

Se puede observar que el mayor resultado fue de mínimo riesgo con 57.1% (4), seguido de riesgo bajo con 42.9% (3) (ver tabla 6).

Nivel de riesgo suicida	
<hr/>	
Ninguno-mínimo riesgo	57.1% (4)
Riesgo bajo	42.9% (3)
Riesgo moderado	0%
Riesgo alto	0%
Total	100% (7)

Tabla 6: Porcentajes y frecuencias del nivel de riesgo suicida.

Resultado de las sesiones

Tomando en cuenta el proceso fenomenológico vivencial y de investigación acción participativa antes descrito y de las intervenciones de los psicoterapeutas luego de cada experimento se tiene lo más significativo de las sesiones.

La primera sesión fue sobre autoconocimiento y se trató de favorecer la toma de consciencia sobre quiénes son. Se intervino con un experimento “el vestuario de las características” para concientizar sus características y al final de la sesión una participante expandió el conocimiento de sí misma.

“Yo me voy, pues feliz, y con un panorama más amplio de mí misma, porque a lo mejor yo no me tomo el tiempo de pensar como en realidad soy y este tipo de actividades me ponen a pensar como en realidad soy” (Sesión del 08 de noviembre de 2017).

En la segunda sesión, se continuó con la misma temática realizando las adecuaciones surgidas de los comentarios al final de la sesión anterior y de las relatorías de la misma. Se realizó el experimento “yo soy, yo no soy” y una de las participantes aprendió a ser más valiosa y se dio cuenta de lo que tiene que cambiar.

“yo aprendí que todas tenemos intereses diferentes, y yo al menos, me siento como una persona muy valiosa de todo lo que me caracteriza como persona, y me doy cuenta de cosas que me tocan cambiar” (Sesión del 14 de noviembre de 2017).

En la tercera y cuarta sesión, se buscó favorecer el autoconcepto y el objetivo fue mejorar el mismo mediante el conocimiento de sus cualidades. Con la técnica “el

objeto favorito” se buscó asimilar proyecciones sobre sí mismas y los sentimientos de sus cualidades para ampliar el mismo, varias expresaron y se apoyaron al identificarse sobre la experiencia de estar viviendo solas y definirse como tal, por lo que se pudieron desahogar. De modo, que el autoconcepto de estar solas, se amplió a estar acompañas como grupo psicoterapéutico y enfocarse a lo que son y tienen ahora y adquirir la responsabilidad como herramienta para dirigir su vida como parte de la salud mental.

“Yo me voy conmovida, viendo lo problemas que tienen, yo no valoro tanto tener a mi mamá y a mi papá y ahora soy más consiente de valorar lo que se tiene, y yo soy la que tiene que llevar su vida y saber hacia dónde quiero llegar”(Sesión del 23 de noviembre de 2017).

En la quinta sesión se abordó la autoestima a través de la aceptación de los aspectos positivos y negativos para una integración de su totalidad como personas. Se aplicó el experimento “mi luz y mi sombra” para la integración de todos los aspectos de la personalidad. Una de las participantes mejoro su autoestima y aceptó su totalidad, ya que sentía una su sombra por sus problemas de sobrepeso, por lo que cambio la percepción de su cuerpo a lo que es ahora y dejar de vivirse como antes y transformar su persona para aceptarse.

“En la secundaria yo era una persona muy llenita estábamos jugando basquetbol, era educación física, y la persona que yo consideraba mi amiga, me dijo que yo no iba a poder porque yo estaba gorda y que una gorda no iba a llegar a ningún lado (llanto). En ese momento me cerré a no puedo, van a hablar mal de mí, me van a señalar por estar gorda, fue una de las cosas que me dejo pues muy insegura (llanto). Ahora, no estoy gorda puedo jugar basquetbol y tengo la condición para ello. Si voy a poder y voy a depender de mí, soy fuerte y segura”(Sesión del 28 de noviembre de 2017).

En la sexta sesión, se continuó con la temática anterior y en la séptima y octava se decidió adelantar la sesión de manejo de crisis emocionales para la prevención del comportamiento suicida y adaptarse las necesidades de las participantes, ya que estaban expresando situaciones de dolor emocional. Se utilizó el experimento de la “los elementos que acompañan mi vida” para concientizar recursos en la

resolución de problemáticas. Una de las participantes aprendió que el principal recurso es ella.

“Me di cuenta que de mí dependen muchas cosas, de que si yo digo que no puedo hacer las cosas, no lo voy a hacer, porque yo solita me estoy tapando realizar lo que quiero, y estar lejos de mi familia tal vez me da mucha seguridad, de que sé que aunque estén lejos siempre van a estar para apoyarme y eso me da mucho impulso para seguir y estar bien conmigo misma más que nada (lágrimas)”(Sesión del 07 de diciembre de 2017).

La novena sesión, se intervino con resiliencia y se consolidaron los aprendizajes adquiridos en las sesiones anteriores. En la décima, se abordó el tema de la toma de decisiones como parte de la prevención del comportamiento suicida. En esta sesión se promovió tomar decisiones responsables. De modo, que las participantes adquirieron esta herramienta para aplicarla a su vida como indica una de ellas.

“Aprendí que no debo de dejar que decidan por mí, si no que yo tengo que decidir lo mejor para mi vida y no los demás por mí, yo sé lo que conviene para que me vaya bien”(Sesión del 07 de enero de 2018).

DISCUSIÓN

De manera global, análisis descriptivo del pretest Test Psicodiagnóstico de la Gestalt, la mayoría de las participantes se encontraban desbloqueadas en relación con ellas mismas en la fase de sensación con 85.7% (6) y acción con 71.6% (5). Por el contrario, se encontraban bloqueadas en la fase de formación de figura con 71.6% (5), seguida de reposo y postcontacto con 57.2% (4). De modo, que los bloqueos que más predominaron fueron el de la introyección, la retención y fijación con porcentajes correspondientes a las fases.

Después de la intervención, en el posttest la sensación continuo desbloqueada con 85.7% (6), seguida del reposo con 71.6% (5). Las fases más bloqueadas fueron el postcontacto con 100% (7) y la formación de figura y el contacto con 57.2% (4). De modo, que los bloqueos más presentes fue el de la fijación, introyección y confluencia. Por lo que hubo cambio con el bloqueo de fijación y se mantuvo el

bloqueo de introyección con porcentaje decreciente de 71.6% (5) a 57.2% (4). No obstante, se elevó el bloqueo en fijación con el 100% (7).

Por lo que de manera general, como lo indica Ramos (2013) las participantes lograron sentir su necesidad, formar figura con cierta dificultad, se energetizaron y emprendieron acción. Se desviaron por momentos por satisfactores paliativos por bloqueos con ciertas creencias y cuando lo consiguen el satisfactor no lo quieren soltar para comenzar un nuevo ciclo, prefieren seguir en el disfrute del mismo y fijarse según Salama (2007).

En cuanto a los resultados de la Escala de Desesperanza de Beck, se puede decir que de un bajo riesgo de suicidio con la intervención pasaron a uno mínimo y se relaciona con el anterior instrumento, dado que las participantes al conseguir su satisfactor quieren permanecer disfrutándolo. Por lo que se considera que la intervención selectiva (OPS, 2016) logró el objetivo al seguir disminuyendo dicho riesgo.

Asimismo, a nivel cualitativo e integrándolo con lo cuantitativo, en las sesiones se observa cómo se desbloquea el proceso autorregulativo, ya que la primera y segunda sesión las participantes lograron una mayor toma de conciencia y mayor autococimiento, de modo que paso del reposo a empezar a tocar las sensaciones al mirarse a sí mismas y valorarse (Salama, 2007; Zinker, 2003).

De igual forma, en las sesiones de autoconcepto (tercera y cuarta) se observó cómo la participante pasó a la fase de sensación al comentar que se siente conmovida y luego logró formar figura, al decir que es ella la que lo que necesita llevar su vida, de modo que también estiró el autoconcepto (Perls, 1976; Ramos, 2013).

En la quinta sesión, la participante de manera muy destacada logró desbloquear su proceso autorregulativo, dado que llegó a la sensación y pasó a formar figura al decir que su seguridad y fortaleza dependen de ella misma. Además, masticó los introyectos que la bloqueaban como el que una gorda no llega a ningún lado, por lo que aprendió a ser agresiva con los mandatos sociales, pudo aceptarse, mejorar su autoestima y finalizar el ciclo autorregulativo (Ramos, 2013; Shub, 2003).

En la sesión séptima y octava, la participante avanzó a la formación de figura al sentirse segura, al saber que su familia la apoya, por lo logró aprender a manejar sus crisis emocionales al sentirse sola y lejos de ella. De alguna manera, energetizó al decir y decidir que tiene el impulso para seguir. Se puede decir, que también llegó al precontacto, contacto y postcontacto, dado que permaneció hasta al final de las sesiones y por ende en la escuela (Salama, 2007).

En la última sesión, la participante logró abrir el abanico de posibilidades, dado que no solo formo figura sino, que llegó a la energetización y aprendió a tomar decisiones para así continuar con las demás fases del proceso autorregulativo. En este punto, asumió su responsabilidad y logró reflexionar de que ella depende las decisiones de su vida (Ramos, 2013; Salama, 2007; Zinker, 2003).

Por tanto, se demostró que las participantes mejoraron en el autoconocimiento, autoestima, expansión y fortalecimiento del autoconcepto. Así como el de la resiliencia y mayor consciencia del manejo de crisis emocionales y más herramientas para tomar mejores decisiones. Se dieron cuenta que expresando lo que sienten podía desbloquear su proceso autorregulativo, resolver situaciones de sus vidas y avanzar en ellas.

También, se cumple con el objetivo de la intervención que fue favorecer herramientas para la promoción de la salud mental y la prevención del comportamiento suicida. La herramienta principal, como lo indica la OMS (2017) fue el autocuidado que engloba el autococimiento, autoconcepto, autoestima y resiliencia (Tobón, s/f) todo ello para favorecer la salud mental. Mientras el manejo de crisis emocionales y la toma de decisiones para prevenir el comportamiento suicida.

Por lo que la psicoterapia grupal en su modalidad grupal, se considera un enfoque efectivo para intervención tratada en esta investigación y únicamente válida para las participantes en el estudio, dado que tiene la característica de centrarse en la parte de la experiencia emocional, lo que permite descubrir sus necesidades y darles solución y es algo que ninguna otra intervención de otra modalidad se las da.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Castanedo, C. (2003). **Grupos de encuentro en terapia gestalt: de la silla vacía al círculo gestáltico**. España: Herder.

Castanedo, C. (2007). **Terapia gestalt: el enfoque centrado en el aquí y el ahora**. España: Herder.

Durkheim, E. (1952). **Le suicide**. Madrid: Akal.

Herrera, M. (2012). **Consideraciones de la tendencia suicida desde el enfoque humanista**. Universidad de San Buenaventura de Cali. Recuperado de: [http://bibliotecadigital.usbcali.edu.co/bitstream/10819/1169/1/Consideracion es Tendencia Suicida Herrera 2012.pdf](http://bibliotecadigital.usbcali.edu.co/bitstream/10819/1169/1/Consideracion%20es%20Tendencia%20Suicida%20Herrera%202012.pdf)

Hernández, R., Baptista, P. y Fernández, C. (2014). **Metodología de la investigación** (6^{ta} edición). México: McGraw-Hill.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2015). **Estadísticas: a propósito del día mundial para la prevención del suicidio**. México: INEGI. Recuperado de: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/suicidios2017_Nal.pdf

Jiménez, J. y Arena, J. (2017). Programa de prevención del suicidio, tratamiento de trastornos mentales y promoción de la salud mental para médicos residentes. **Revista Colombiana de Ciencias Sociales**, 8(1), 227-241. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5846114.pdf>

Moya, C. (2011). **Guía práctica de prevención y tratamiento de la conducta suicida**. Evaluación y tratamiento. España: Ministerio de ciencia e innovación.

Organización Mundial de la Salud. (2016). **Promoción a la salud**. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2017). **Atención Primaria a la Salud**. Recuperado de: http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/

Organización Mundial de la Salud. (2015). **Prevención del suicidio: un imperativo global**. Suiza: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2016). **Programa de actividades preventivas y de promoción a la salud**. Suiza: OMS.

- Organización Mundial de la Salud. (2017). **Promoción de la salud: carta de Ottawa**. Recuperado de: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index4.html>
- Organización Panamericana de la Salud. (2014). **Mortalidad por suicidio en las Américas**. Estados Unidos: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2016). **Prevención de la conducta suicida**. Recuperado de: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31167/9789275319192-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Peñarrubia, F. (2008). **Terapia gestalt: la vía del vacío fértil**. España: Alianza Editorial.
- Perls, F. (1975). **Yo, hambre y agresión**. México: Fondo de cultura económica.
- Perls, F. (1976). **El enfoque gestáltico y testimonios de terapia**. Chile: Cuatro vientos editorial.
- Ramos, L. (2013). **La gestalt: un encuentro entre humanos**. México: Acento Editores.
- Salama, H. (2006). **Manual del Test Psicodiagnóstico Gestalt de Salama**. México: Centro Gestalt de México.
- Salama, H. (2007). **Psicoterapia gestalt: proceso y metodología**. México: Alfaomega.
- Shub, N. (2003). **Peleando con el tigre: el trabajo con introyecto**. México: CIEG.
- Tobón, O. (s/f). **El autocuidado una habilidad para vivir**. Recuperado de: [file:///C:/Users/Rolando/Downloads/AUTOCUIDADO%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Rolando/Downloads/AUTOCUIDADO%20(2).pdf)
- Toro, R. (2013). Conducta suicida: consideraciones prácticas para la implementación de la terapia cognitiva. **Psicología Avances de la Disciplina**, 7(1), 93-102. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2972/297226904010.pdf>
- Tuohny, D., Cooney, A., Dowling, M., Murphy, K. y Sixmith, J. (2013). An overview of interpretive phenomenology as a research methodology. **Nurse Res**, 20(6), 17-20. Recuperado de: <http://journals.rscni.com>
- Undiks, V. y Herrera, E. (2008). **La experiencia de los jóvenes que han intentado suicidarse y reciben atención psicológica en el COSAM Puente Alto. Descripción desde una perspectiva humanista gestáltica**.

Santiago de Chile, Tesis de licenciatura, Universidad académica de Humanismo Cristiano.

Zinker, J. (2003). ***El proceso creativo en la terapia gestáltica***. México: Paidós.