

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA POLITÉCNICO GRANCOLOMBIANO

FACULTAD DE CULTURA, SOCIEDAD Y CREATIVIDAD

ESCUELA DE ESTUDIOS EN PSICOLOGÍA, TALENTO HUMANO Y SOCIEDAD

**CARACTERIZACIÓN DEMOGRÁFICA Y DE MOTIVOS DE CONSULTA DEL
SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA PSICOLÓGICA (CEP) ENTRE EL
PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 2016-1 A 2018-2, E IDENTIFICACIÓN DE
ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS EN SU ABORDAJE.**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN COMO REQUISITO PARCIAL PARA
OPTAR AL TÍTULO DE PSICÓLOGO**

PRESENTA:

MERCHAN MERCHAN SANDRA MILENA

1510010196

ASESOR:

Mg. CASTAÑEDA GUERRERO DIANA PATRICIA

JUNIO 2020

Índice general

Resumen	4
Introducción	4
Ideación suicida	6
Alexitimia	8
Duelo	9
Método	11
Diseño	11
Participantes	11
Procedimiento	12
Aspectos éticos	12
Resultados	12
Ideación suicida	16
Alexitimia	17
Duelo	18
Conclusiones	19
Discusión	20
Referencias	22

Índice de figuras

Figura 1: Diagrama circular de género.	13
Figura 2: Diagrama de barras de edad.....	13
Figura 3: Diagrama de barras de los motivos de consulta.	14
Figura 4: Diagrama de barras de género con relación a problemática afectiva.	14
Figura 5: Diagrama circular de género con relación al duelo.	15
Figura 6: Diagrama circular de género en la categoría ideación suicida.	15

Resumen

El presente trabajo de grado busca adelantar una juiciosa caracterización tanto demográfica como de los principales motivos de consulta de quienes accedieron al servicio psicológico del Politécnico Grancolombiano en los periodos 2016-1 a 2018-2 y a partir de ello, determinar las estrategias terapéuticas que han demostrado mayor eficacia en su abordaje; así como la identificación de las principales bondades de cada una de ellas con relación a los distintos motivos de consulta.

Palabras clave: Alexitimia, duelo, ideación suicida, estrategias terapéuticas.

Introducción

En el siguiente trabajo, se encontrará la caracterización de los principales motivos de consulta del centro de Consulta Externa Psicológica, en adelante CEP en el periodo comprendido entre el 2016 – 1 y 2018 -2, así como también se desarrolla el análisis demográfico de las bases de datos proporcionadas por el centro, y finalmente se identificarán las estrategias terapéuticas acordes al abordaje de los motivos de consulta encontrados.

Fundamentados en el objetivo principal del centro CEP, que se basa en brindar atenciones psicológicas, psicoeducativas y terapéuticas, en dificultades psicoafectivas, emocionales, familiares y escolares de carácter individual y colectivo, en niveles de promoción, prevención e intervención, teniendo en cuenta su alcance, en la atención de casos de baja complejidad, que son aquellos cuyo motivo de consulta no se relacionan con violencias físicas, sexuales, consumo de sustancias psicoactivas, trastornos de la alimentación, trastornos de personalidad e intento suicida. La principal idea para realizar la investigación surgió debido que se quería identificar las estrategias que demuestran mayor efectividad en el manejo terapéutico en los principales motivos de consulta de CEP para tenerlas en cuenta en el abordaje terapéutico de las necesidades de los usuarios. Por consiguiente, se desarrolla la pregunta problema de la investigación: ¿Cuáles son las características demográficas y los principales motivos de consulta en los usuarios de CEP en los periodos 2016-2 y 2018-2 y cuáles son las estrategias terapéuticas que han demostrado mayor eficacia en su abordaje? Basado en esto, los objetivos son, describir las características demográficas de los usuarios de CEP, operacionalizar los principales motivos de consulta y determinar las estrategias terapéuticas que han demostrado mayor eficacia en su abordaje.

A continuación, se brindará la operacionalización de los principales motivos de consulta de CEP, para iniciar se especifica la importancia de la salud mental en universitarios y se realiza la descripción de los conceptos de ideación suicida, alexitimia y duelo.

La salud mental tiene una importancia y relación significativa en todos los aspectos, tanto personales y relacionales dentro de nuestra comunidad, ya que de manera transversal permite armonizar y mejorar nuestra calidad de vida. Es necesario que aparte de los planes de intervención, se planteen condiciones y herramientas que promuevan el beneficio de condiciones de vida saludables. La salud mental es fundamental para la salud pública, ya que los trastornos mentales afectan a dos de cada cinco personas adultas en nuestro país, por tanto, es necesario la promoción de la salud mental y bienestar emocional en los individuos y sus familias, también incentivar la prevención de trastornos mentales (Posada, 2013). En cuanto a la salud mental, la OMS, la define como un estado de bienestar en el que la persona enfrenta el estrés cotidiano en familia y sociedad y que es parte integral de la salud pública (Posada, 2013).

En la actualidad puede parecer difícil preservar un equilibrio mental, debido a los agentes estresantes que se encuentran en el medio, como la falta de economía, diversas responsabilidades, entre ellas, demasiada carga laboral (Padilla, Ponce, Hernández, & Márquez, 2010). Por ello, la prevención en la salud mental se dirige a entender situaciones problemáticas, orientándose a facilitar los procesos donde hay conflictos, por tal motivo su objetivo es transformar dichas situaciones que causan el malestar (Alicia Stolkiner, 1988 citado por Bang, 2014).

Padilla, Ponce, Hernández, & Márquez (2010) mencionan que la salud mental es una parte esencial para el ser humano, ya que permite la interacción adecuada en su ambiente físico, emocional, familiar y social. Por tanto, la estabilidad de dichos factores contribuye a un bienestar psicológico. Según Antúnez & Vinet (2013), En la adultez joven se realizan ajustes personales y sociales que aumentan el riesgo de desarrollar trastornos emocionales por estrés. Por lo tanto, en los universitarios, el riesgo de adquirir cuadros de estrés, se relacionan con los altos niveles de competitividad, exigencia y expectativas, lo cual tiene un impacto negativo sobre su salud mental.

En este mismo sentido, se ha encontrado que al intentar contrarrestar las falencias que se mantienen en el control de la salud mental, las intervenciones para prevenir los problemas de salud mental deben centrarse en contrarrestar los factores de riesgo y reforzar los factores protectores a lo largo de la vida. (Irrázaval, Prieto, & Armijo, 2016).

Ahora bien, en lo concerniente a la población objetivo (estudiantes universitarios) Velázquez, (2008) citado por Padilla, Ponce, Hernández, & Márquez, (2010) refiere que los estudiantes al iniciar una carrera universitaria se enfrentan a una serie de demandas académicas y sociales para las cuales deben tener una serie de conductas asertivas que les permita un manejo adecuado. Ello aporta tranquilidad y optimismo suficiente, ya que existe correlación significativa entre bienestar psicológico y rendimiento académico. Por esta razón, CEP se centran en el cuidado de la salud mental de sus estudiantes, prestando sus servicios de acompañamiento psicológico, en donde se encontró que dentro de los periodos 2016-2 a 2018-1, los principales motivos de consulta fueron ideación suicida, dificultad en la expresión emocional y duelo, por lo cual a continuación se presenta la conceptualización de dichas problemáticas:

Ideación suicida

La conducta suicida se entiende como el proceso que comienza con la idea de suicidarse, posterior a ello, se recurre al intento de suicidio hasta concluir con la muerte auto impartida. Las ideas suicidas pueden incluir desde deseos intensos de muerte, pensamientos de falta de valor de la vida, pasando por una intensa preocupación autodestructiva, hasta llegar a la planificación de su deceso. La ideación suicida previa es uno de los factores de riesgo más importantes para el suicidio (Muñoz, Pinto, Callata, Napa & Perales, 2006).

Uno de los fenómenos más preocupante en los universitarios, es la pérdida de las ganas de seguir viviendo, y con ello la aparición de ideas de como quitarse la vida, para suprimir la aflicción psicológica que por diferentes circunstancias viven los sujetos (Cabrera, Zúñiga, & Coria, 2011). También se afirma que en la adolescencia se experimentan situaciones de desorden psicológico y ambiental, que generan el estrés cotidiano, que se asocian con la inclinación a la conducta suicida (Echeburúa, 2015).

Según Beck, Kovacs y Weissman (1979) citado por Pérez, y otros (2013) afirman que la ideación suicida, se define como los deseos y planes para cometer suicidio sin haber realizado un intento de suicidio recientemente. También encontraron que las variables que inciden en la ideación son: depresión, exposición a eventos negativos, bajos niveles de autoestima, actitudes disfuncionales, y la relación con su núcleo parental.

Para Sánchez, Guzmán y Cáceres (2005) citados por (Pérez, y otros, 2013), el predominio de ideación suicida es superior en hogares disgregados, ya que los conflictos familiares y el mal manejo de ellos motivan a causar desajuste emocional.

En concordancia con lo anterior, en un estudio realizado por Oliva (2006), citado por (Pérez, y otros, 2013) se encontró que en la adolescencia existe mayor protección frente al suicidio cuando su vínculo parental se muestra más afectuoso, comunicativo y estos los animan a mostrarse autónomos, y también se encontró que el apoyo de los padres favorece estilos de vida saludables y estabilidad emocional.

De igual manera, Gutiérrez, Osman, Kopper, Barrios & Bagge, (2000), citado por Jiménez, (2008) realizaron un estudio en donde encontraron que los síntomas de depresión (26%), desesperanza y estresores académicos (49%), sentimientos de soledad (47%), familiares (20%) e interpersonales (27%) son factores de riesgo comunes para la ideación suicida en jóvenes adultos.

Adicionalmente, Sánchez, Guzmán, & Cáceres (2005) encontraron que en los adolescentes se da un suceso denominado efecto de la identificación, el cual se caracteriza por que una conducta suicida puede acelerar otros intentos en un grupo de adolescentes con características similares, a este suceso también se le denomina suicidio por imitación.

En cuanto a los métodos de ayuda, Cabrera, Zúñiga, & Coria (2011) mencionan que la ideación y la conducta suicida es más habitual encontrarla en los universitarios que asisten a los centros de consejería en busca de asesoramiento sobre esta problemática, y se encontró que existe una correlación significativa entre suicidio y depresión, ya que la conducta e ideación son síntomas de la depresión mayor.

Por ello, Portell-Ortiz (1999) citado por Roselló, Duarte, Zuluaga, & Bernal, (2008), afirman que existe una correlación significativa entre el riesgo suicida y la depresión, ya que en su estudio, el 38.5% de la muestra, presentaron riesgo suicida, sin haber presentado síntomas depresivos, el 79.5% presentaba depresión moderada, tenían síntomas de riesgo suicida, y por último en un grupo de depresión severa se encontró que el 100% de la muestra contaban con riesgo suicida.

De acuerdo con lo anterior, Philippi y Rosselló (1995), citado por Roselló, Duarte, Zuluaga, & Bernal, (2008), encontraron que existe correlación significativa entre eventos estresantes e ideación suicida en hombres jóvenes, y bajo autoconcepto e ideación suicida en mujeres jóvenes.

Diversas variables se han identificado como factores de riesgo. El género es la principal, aunque los hombres intentan suicidarse tres veces menos que las mujeres, estos usan métodos más letales, por ello, se dice que este género consume el suicidio con mayor frecuencia. (Muñoz, Pinto, Callata, Napa & Perales, 2006).

Por su parte Roselló, Duarte, Zuluaga, & Bernal, (2008) en un estudio obtuvieron como resultados que los sujetos que tienen ideación suicida más severa cuentan con distorsiones cognitivas, cognición desadaptativa, bajo autoconcepto y autoeficacia, mayor nivel de desesperanza y pensamientos disfuncionales. En cuanto a la estructura familiar, perciben mayor crítica por parte de sus familiares y los padres reportaron dificultad en la crianza.

Alexitimia

La alexitimia, se define como la incapacidad de reconocer, identificar, nombrar, describir las emociones o los sentimientos propios, presentando especial dificultad para hallar palabras para expresarlas; con ello trae pobreza en la expresión verbal, con discurso verbal lento, monótono, poco detallista y aburrido, también mímica o gestual de las emociones. También, presentan pensamientos centrados en detalles externos, sin conexión con el medio vivencial interno. Lo que causa tendencias a recurrir a la acción para enfrentar a los problemas o los conflictos, lo que indican peleas frecuentes (Fernández, 2011).

La alexitimia es considerada un conjunto de dificultades relacionadas con la habilidad en la expresión verbal y estado emocional de una persona (Rodríguez, 1999).

Las personas que presentan mayor presencia de alexitimia carecen de la facultad de utilizar las emociones para guiar su comportamiento, también son intolerantes al estrés y tienen escasos recursos de adaptación para afrontar situaciones estresantes.

Según Fernández (2011), encuentra que cada 8 de 10 hombres son más propensos a tener características de alexitimia, lo que implica no poder reconocer sus emociones propias, presentando dificultades para captar emociones ajenas, y esto genera que se presenten conflictos en las relaciones amorosas o familiares de quien cuenta con esta condición, incluso causa conflictos en el ámbito laboral, ya sea por ser jefe o empleado.

Se encontró que la aparición de la alexitimia se debe a un bloqueo emocional, que pudo haberse adquirido con una experiencia emocional negativa (hostilidad), mala calidad de vida y la degradación de las experiencias con otros (Fernández, 2011).

Según, Rodríguez (1999) existen dos tipos de alexitimia; la cual se divide en alexitimia primaria, que es un fenómeno de déficit estructural, causado por consecuencia de un proceso activo motivado por un trauma psíquico desorganizador; y la alexitimia secundaria que adopta el organismo como un mecanismo de defensa transitorio.

Se encuentra que, a la hora del tratamiento de la alexitimia, los sujetos difícilmente buscan terapia por voluntad propia. Ya que cuando busca ayuda es debido a la presión de algún ser querido que haga parte de su círculo social.

A su vez, Pesántez (2005) menciona que las fallas madre hijo e incluso padre hijo son factores de riesgo para el desarrollo de esta alteración, por tal motivo afirman que, para prevenir el riesgo, se deben realizar campañas de padres, comunicación familiar y de aprendizaje social. Pero se debe tener en cuenta que la incapacidad de expresión verbal de los sentimientos está relacionada con el nivel cultural y socioeconómico de las personas.

Otra manera de prevención se debe instruir a los maestros a promover que enseñen a sus alumnos a expresar sus sentimientos no reprochado cuando no estén conformes con las cosas que suceden a su alrededor.

Duelo

El duelo según Pereira & Vannotti, (2011) es un proceso psicológico que empieza a partir de la pérdida de una persona por la cual se siente un afecto emocional. Este proceso depende de la cultura, círculo social, género y espiritualidad.

Barreto, Torre, & Pérez, (2012) postulan que el duelo es un proceso psicológico que se origina a partir de la pérdida de alguien o algo, es una experiencia emocional humana,

única y dolorosa, que se delimita con el tiempo, presenta una evolución favorable y requiere la necesidad de adaptación de la nueva situación.

La pérdida puede ser vivida como un acontecimiento que pone a prueba, siendo en ocasiones traumático por todas las concepciones que el individuo tiene de la vida y el mundo por esta nueva concepción, las personas deben adaptarse a una nueva realidad. (Pereira & Vannotti, 2011)

El duelo es un proceso con una limitación de tiempo y con una evolución favorable, pero las pérdidas que involucran gran sufrimiento para la mayoría de las personas pueden producir complicaciones en el proceso y producir trastornos psíquicos (Barreto & Soler, 2004).

La duración del proceso puede variar en el tiempo, debido que puede durar de uno a dos años, pero dependerá, de la importancia del fallecido, de la intensidad y factores socioculturales, que dificultan o facilitan la resolución de este conflicto (Barreto & Soler, 2004).

Se debe tener en cuenta que cuando el duelo bloquea la continuidad de la vida, en las familias el tiempo se detiene, las relaciones se hacen rígidas, se cierran, dificultando establecer lazos de apego con otros, se hacen evidentes estrategias de negación o se huye de situaciones emocionales difíciles (Gamo & Pezzi, 2009).

El duelo normal abarca un rango de sentimientos que son usuales después de una pérdida; los cuales son: tristeza (relacionado con la conducta de llorar), enfado que se genera por la sensación de frustración, culpa y autorreproche la mayoría de las veces es irracional y se mitiga con la confrontación de la realidad, ansiedad varía en la sensación de inseguridad a fuertes ataques de pánico, soledad, fatiga, impotencia, shock, insensibilidad. Así mismo, las conductas son: trastorno del sueño, alimentarios, distracción, aislamiento social, suspiros (Méndez, 2004).

Respecto lo anterior, se encuentran que hay unas sensaciones físicas que se relacionan con el duelo, pero no se tienen en cuenta o creen que no se relacionen, las cuales son: falta de

energía, hipersensibilidad al ruido, vacío en el estómago, presión en el pecho y garganta, falta de aire, debilidad muscular. (Méndez, 2004).

En la adolescencia o la primera juventud, el duelo origina cambios psíquicos, generando en algunos casos especiales detenimiento de la evolución, lo cual generan crisis representando descompensaciones biográficas, psicopatologías y suicidio (Gamo & Pezzi, 2009).

Se debe tener en cuenta que la pérdida de amores, mascotas, cambios en escuelas incluso la pérdida que uno de los cuidadores, afecta el desarrollo mental, causando el duelo, debido que estas pérdidas generan cambios emocionales. (Álvarez, 2018)

Según Weber (1998) y Field et al (2009) citado por Bustos (2011) menciona que las personas que pasan por una ruptura amorosa también experimentan cierto grado del proceso de duelo, similar a sus etapas. Para ello, mencionan que se deben completar un modelo de tareas para realizar en este proceso. Este consiste en reconocer la pérdida como un hecho; en donde se debe empezar con liberar emociones, expresarlas y exteriorizar el dolor vinculado a la pérdida; reconstruyendo una nueva realidad y dejar de crear expectativas de reconciliación con la pareja.

Método

Diseño

El diseño de investigación, según lo plantea Hernández, Fernández, & Baptista, (2014) se refiere a la estrategia concebida para obtener la información que se desea con el fin de responder al planteamiento del problema. En este caso, se realizó una investigación no experimental, debido a que no se manipularon variables y solo se recolectó información para ser analizada. Es un diseño de tipo transversal con un alcance descriptivo, debido a que se recolectó información en un solo momento, y su propósito es describir variables, indicando la incidencia de la información y la investigación.

Participantes

La unidad de análisis fue conformada por un grupo de 1.398 estudiantes, los cuales asistieron a consulta psicológica, en CEP, en los periodos 2016-1 a 2018-2.

Procedimiento

Para iniciar la investigación, se partió del análisis de las bases de datos de CEP, en donde cabe aclarar, no mencionan datos que puedan trasgredir la privacidad de los pacientes, solo incluyo información de tipo demográfico. En donde se encontró que los usuarios que asistieron en búsqueda de asesoramiento psicológico en los periodos 2016-1 a 2018-2, presentaron varios motivos de consulta y se determinó que los principales eran, duelo, dificultades de expresión emocional e ideación suicida.

Posterior a ello, se inició la recolección de información por medio de los portales de búsqueda de artículos científicos, revistas de enfoque psicológico y libros. Los criterios de selección de información se centraron en la operalización de las variables, basados en la confiabilidad de los datos obtenidos.

Para continuar, se inició la búsqueda de las estrategias que presenten mayor efectividad para reducir el efecto de malestar que se presentan por los principales motivos de consulta anteriormente mencionados.

Aspectos éticos

En el análisis de datos proporcionado, se tuvo en cuenta la ley 1090 del 2006, esta menciona que la psicología es una ciencia sustentada en la investigación y una profesión que además estudia los procesos de desarrollo cognoscitivo, emocional y social del ser humano, por lo cual se contó con una serie de características las cuales son: responsabilidad social la cual aseguró el bienestar de los participantes, la publicación de la investigación será de manera confidencial y se mantuvo el anonimato de todos los involucradas en la misma (Senado, 2006)

Resultados

En el informe del consultorio de psicología, en los periodos 2016-1 a 2018-2, se identificó que asistieron 1.398 estudiantes, en donde se encuentra que la distribución del género se ve distribuida de la siguiente manera.

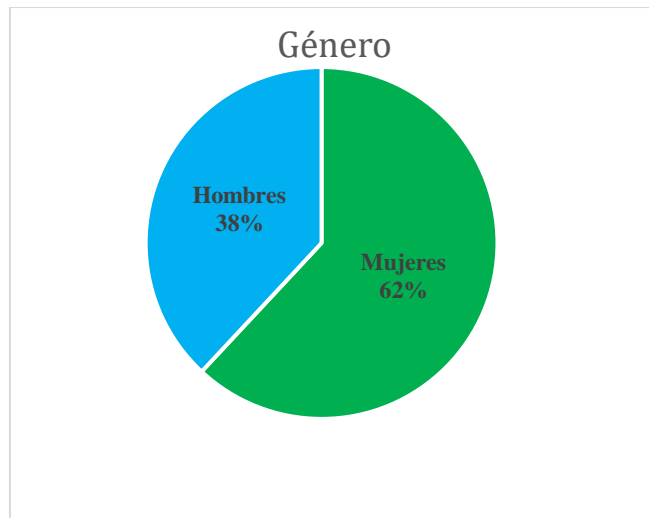


Figura 1: Diagrama circular de género.

En esta gráfica circular se encuentra que el 62% de la muestra representa el género femenino y el 38% de la muestra representa el género masculino.

Por otra parte, se encontró que las edades de las personas que asistieron a consulta se distribuyeron de la siguiente manera.

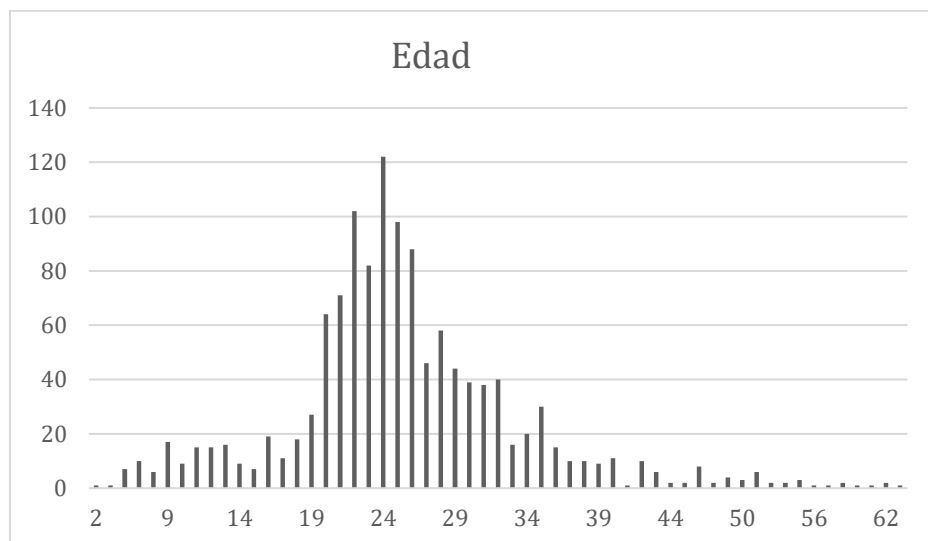


Figura 2: Diagrama de barras de edad.

En esta gráfica se evidencia, que la persona más longeva tiene una edad de 71 años y la más joven 2 años, la muestra tiene una media de 27,3 años. También, se evidencia que la mayor parte de la muestra tiene una edad de 24 años.

Posterior a ello, se encuentra que los motivos de consulta de los estudiantes se distribuyeron de la siguiente manera.



Figura 3: Diagrama de barras de los motivos de consulta.

En esta imagen se encuentra que los motivos de consulta por lo que los estudiantes presentan mayor afluencia de ayuda, son las problemáticas afectivas, duelo y otro, en donde otro representa la ideación suicida.

Al realizar un análisis de género con los principales motivos de consulta se encontró lo siguiente.

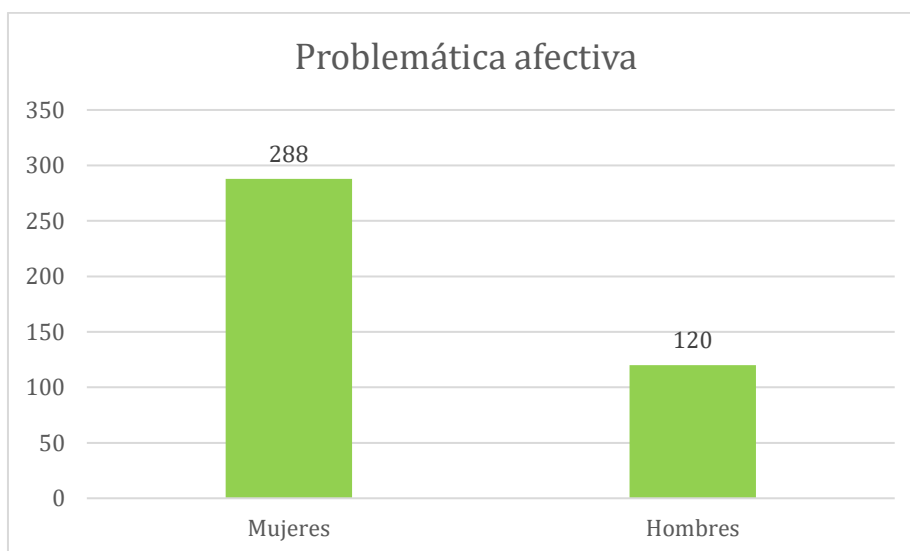


Figura 4: Diagrama de barras de género con relación a problemática afectiva.

En esta grafica se evidencia que las mujeres de la muestra fueron quienes presentaron mayor afluencia por problemática afectiva.

Con relación a el duelo se encontró que:

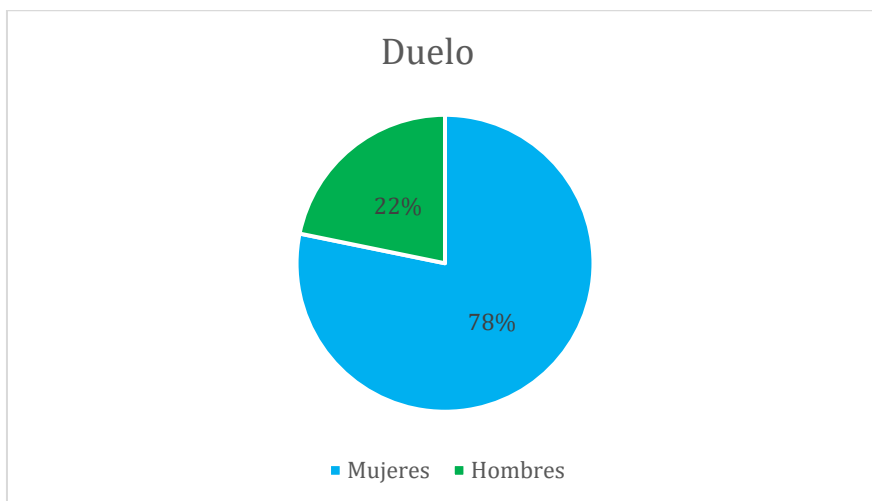


Figura 5: Diagrama circular de género con relación al duelo.

En esta gráfica se evidencia que el 78% de las mujeres asistieron al centro de atención psicológica por una dificultad de duelo, también se encuentra que el 22% de los hombres asistieron por esta problemática.

En cuanto a la categoría otro, en la cual se encuentran los casos por ideación suicida, se encuentra que la distribución por género se realizó así:

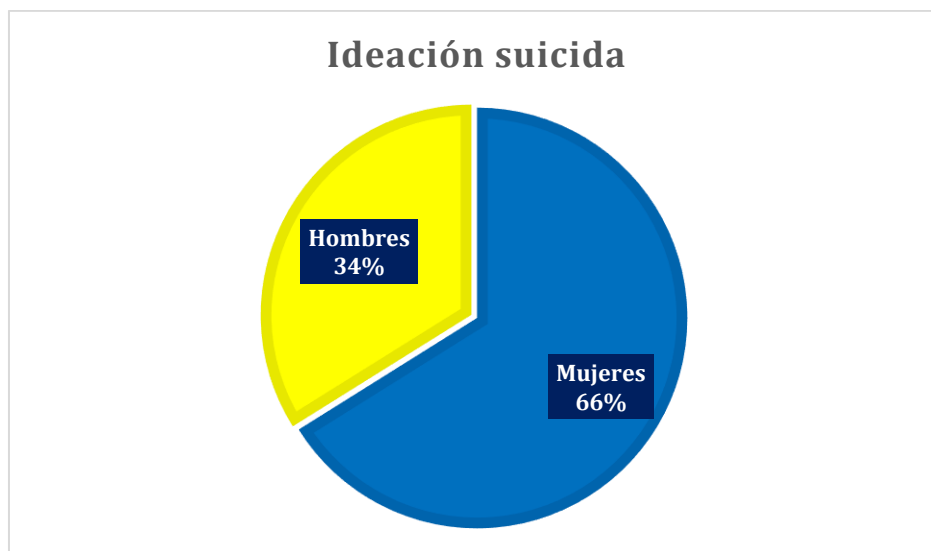


Figura 6: Diagrama circular de género en la categoría ideación suicida.

En la gráfica se encuentra que las mujeres en un 66% presentan asistencia al centro de atención psicológica con el motivo de consulta ideación suicida; los hombres en un 34% buscan ayuda por la misma problemática.

A continuación, se darán a conocer los abordajes terapéuticos, que, según los autores, presentan mejor efectividad en el abordaje de ideación suicida, alexitimia y duelo.

Ideación suicida

Para el tratamiento de ideación suicida, Bennet (2015) citado por Castañeda (2016), menciona que es imprescindible tener en cuenta las herramientas de prevención como la, reestructuración cognitiva, terapia cognitivo conductual, líneas de emergencia, evaluación y diagnóstico neuropsicológico ya que estas disminuyen factores de riesgo suicida, así mismo, se debe tener en cuenta, el aumento en acompañamiento y facilitar a los adolescentes toma de decisiones asertivas.

El primer paso para poder intervenir a los estudiantes que presentan ideación suicida es tener en cuenta los factores de riesgo y así reconocer de manera eficaz a los estudiantes, posterior a ello, se debe identificar la severidad del riesgo y activar el protocolo para el manejo del riesgo suicida. Para el protocolo se identifican las siguientes áreas: tipo, severidad, frecuencia de pensamientos asociados a la muerte, intención o plan de quitarse la vida, estresores psicosociales, traumas, abusos, red de apoyo, historial de la ideación, historial de tratamiento, historial de algún familiar con antecedentes de suicidio (Jiménez, 2008).

Las intervenciones deben ser de acuerdo con el nivel de severidad y o peligrosidad, basados en lo anterior, las intervenciones se dividen en cognitivas, conductuales e interpersonales o sociales funciona de la siguiente manera:

Las cognitivas ayudan a identificar los patrones de pensamiento negativo que distorsionan y mantienen la idea, aumentan el diálogo interno para evidenciar los aspectos positivos de su vida y la capacidad de mejorar ; Las conductuales realizan una acción preventiva para los momentos críticos, en donde realice una lista de personas de apoyo de todos los medios, para llamar o poder comunicarse con ellos, crear también una lista de estrategias que ayuden a lidiar con las ideas suicidas (ejercicio, escuchar música, etc.), estrategias de respiración; Las sociales o interpersonales llevan a cabo intervenciones familiares o amistades, para que se puedan identificar los factores de esta área que contribuyen al riesgo, ofrecer información para el manejo, prevención y cómo dar apoyo, brindar estrategias de comunicación asertiva y grupos de apoyo para personas con depresión (Jiménez, 2008).

Alexitimia

Fernández (2011) plantea un tratamiento que se basa en encontrar que el paciente realice una reducción de conflictos personales, también que logren nombrar y expresar las emociones, reflexionar y estimular la capacidad de comunicación, que puedan tener expresión corporal mediante técnicas de relajación y por una planificación de su vida diaria.

Desde su punto de vista, Swiller (1988) citado por (Fernández & Yárnoz, 1994) propone una terapia combinada en donde se emplee terapia individual y grupal, basándose en la teoría del desarrollo cognitivo de la conciencia emocional de Lane y Schwartz, quien propone 5 pasos de la secuencia del desarrollo cognitivo, que va desde el más primitivo, hasta el más avanzado.

El objetivo principal en las intervenciones grupales es centrarse en las estrategias preventivas que produzcan un cambio a profundidad en las conductas, emociones, pensamientos o dominio espiritual, para de esta forma resignificar el sufrimiento (Banderas, Martínez, & Romo, 2010).

Swiller propone que, en la terapia grupal, el grupo ofrezca un ambiente seguro en donde sea fácil evocar emociones y demuestren afectos manejables. En la terapia individual el terapeuta promueve el desarrollo de un procesamiento cognitivo avanzado permitiendo la experiencia de emociones diferenciada e integradas. A pesar de esta propuesta en estos tiempos no hay estudios que justifiquen su eficacia, por tal razón se debe abrir nuevas investigaciones en el tratamiento de la alexitimia. (Fernández & Yárnoz, 1994).

De la fuente, Franco, & Salvador (2010) realizaron un estudio en cual querían comprender si un entrenamiento en meditación mindfulness, que se entiende como conciencia plena y atención, resaltando el centrarse en el momento presente de forma reflexiva y activa causando la regulación emocional, generaba efectos en la medida de autovaloración de la alexitimia y de las habilidades sociales. En lo cual encontraron que la meditación mindfulness genera efectos diferenciales y estadísticamente significativos sobre las autovaloraciones que tuvieron los sujetos, lo cual justifican en que la diferenciación de sensaciones fisiológicas que acompañan la activación emocional produce una mejora en la identificación y diferenciación emocional y un incremento de la regulación que a su vez mejora las puntuaciones de autovaloraciones.

Por su parte, Medina, y otros, (2016) realizaron un estudio en el cual identificaron que la actividad física programada y guiada, está relacionada con un perfil de alexitimia bajo. Pero por el contrario el deporte competitivo no ofrece el mismo beneficio, ya que la competencia genera estrés y aumenta los síntomas.

Muñoz (2016) afirma que la educación musical puede ser una forma de presencia para la reducción de incidencia de alexitimia, ya que Theorell (2014) realizó un estudio en el cual muestra que los sujetos que nunca habían tocado un instrumento, incluido el canto mostraban puntuaciones mayores de alexitimia que los que lo habían tocado, ya que, al realizar el estudio, la creación y el hecho de tocar con otra persona es preventivo para la aparición de alexitimia. Ya que al estar vinculado en la actividad creativa con otra persona se da la simulación empática demostrando que la educación musical previene los síntomas de alexitimia.

Duelo

Para manejar el duelo, la terapia focalizada en la emoción es la más adecuada según Álvarez, (2018) debido a que busca entender la emoción, que la persona pueda desenvolverse de manera positiva con sus estados emocionales problemáticos, y ayudar a descubrir el valor de una mayor conciencia. Para ello, se debe tomar conciencia, expresar, regular y transformar la emoción, y para que funcione el acompañamiento terapéutico se debe facilitar una relación segura con el paciente, en tres principios, que son: entendimiento empático, vínculo terapéutico y colaboración con la tarea.

Barreto & Soler, (2004) plantean dos tipos de afrontamiento: el primero va dirigido al problema en donde se centra en situaciones dispuestas a ser modificadas y el segundo se centra en la emoción siendo más útil para las situaciones irreversibles, por consiguiente, se postula que, desde la percepción conductual de la salud mental, las intervenciones están orientadas al entrenamiento del sujeto para reemplazar aquellos comportamientos problemáticos, con un repertorio conductual más adaptativo y saludable (Restrepo & Jaramillo, 2012).

Conclusiones

Es claro que los autores proponen un tratamiento según el enfoque en el que se hayan especializado, al realizar su análisis se entiende que este tratamiento se debe adaptar al paciente y la comodidad de él, debido que, si el sujeto no se siente a gusto, o ve que no tiene resultados con el tratamiento planteado va a desistir del mismo.

Con relación a los motivos de consulta que se han venido trabajando y la capacidad de atención de CEP, se evidencia que es pertinente realizar una evaluación de la historia familiar y relacionamiento del núcleo, debido que estos dan indicios del por qué se inicia este pensamiento, ya que en la teoría se encuentra que el desajuste emocional que provocan los ambientes familiares hostiles, son los principales generadores de trastornos, principalmente ideación suicida y alexitimia, en el caso de duelo, la fortaleza de afrontar la pérdida.

En cuanto a la ideación suicida se propone para su tratamiento, tener en cuenta la reestructuración cognitiva y la detención del pensamiento, debido que esta estrategia demuestra efectividad en el proceso. Al ver las propuestas de terapia grupal en este trastorno, no es una estrategia recomendada, debido que los consultantes pueden presentar situaciones adversas, en este caso suicidio por imitación y tomar como referencia las situaciones de sus compañeros. Se debe realizar mayor investigación en el tema, ya que cuando se habla de ideación suicida, se vincula directamente a suicidio, por ello, hay más investigación para el tratamiento de suicidio y no en el de la ideación, que es primer paso para culminar un suicidio.

Para el abordaje de alexitimia, la propuesta que presentan los autores es la de una terapia combinada, en terapia individual y grupal, la cual demuestra efectividad, debido que, en la terapia individual, se manejen expresiones emocionales, juego de roles para preparar a los consultantes antes de la exposición grupal, ya que es para los sujetos difícil, dar a conocer emociones que aún no personalizan o no entienden. Una técnica que se puede usar, son las proyectivas, en donde el sujeto pueda expresar su represión emocional, por medio de otras situaciones que no sean palabras o acciones, que en este caso les resultan difíciles. En cuanto a la terapia grupal, se puede hacer uso de la técnica de mindfulness, en donde los sujetos

encuentren el lugar cómodo y seguro para empezar el relacionamiento con el otro. La relajación promueve también el desarrollo de las habilidades sociales.

El tratamiento de duelo ha sido el más estudiado, por tal razón, hay múltiples opciones para emplear. En este caso, también se debería llevar a cabo una terapia combinada, para que, en el proceso individual, se dé prioridad a la canalización de la emoción, y en el proceso grupal, el acompañamiento de otros, le dará tranquilidad y la empatía generará una situación de bienestar. Lo que permite llevar a cabo una regulación de la emoción y tener mejor control de esta.

Es importante tener en cuenta que cuando existe comorbilidad de trastornos, se deben detectar y realizar un tratamiento diferente, ya que no funcionará de la misma manera cuando se realicen en uno solo. Para culminar este proceso se recomienda realizar investigaciones en donde se pongan a prueba estas terapias en sujetos de edad universitaria y ver su eficacia en proceso de educación secundaria.

Discusión

En cuanto a las diferencias de género con relación a la alexitimia, se identifica que la preservación de la población femenina ante este trastorno se debe a tres factores, un cerebro con integración más completa que la del cerebro masculino, por disponer de un cuerpo calloso de mayor volumen, una personalidad de mayor riqueza afectivo emocional, con características comunicacionales efectivas y finalmente apoyo social. Por tanto, se dice que la alexitimia, si es más concurrente en el género femenino (Fernández, 2011).

Al analizar los abordajes terapéuticos, en la diferencia de género, Lazarevich et al,(2009) citado por (Pérez & Osnaya, 2011) postula que la principal variable relacionada con la ideación suicida, para los hombres universitarios, es problemas académicos, y en mujeres universitarias es por problemas con su pareja, en donde hace referencia, que es importante tener en cuenta la diferencia de género en los abordajes terapéuticos, debido que esta incidencia puede determinar el éxito de su tratamiento.

Pérez & Osnaya, (2011) al analizar las variables, género e ideación suicida en un estudio, encontraron que no existe mayor presencia de ideación suicida en jóvenes femeninas que en el género masculino, si no que las mujeres suelen ser más abiertas con sus emociones y buscar ayuda, por esta razón, existen más reportes del género femenino.

Referencias

- Álvarez, D. (2018). Terapia focalizada en la emoción para trabajar duelo en adolescentes. *Universidad san francisco de quito*.
- Antúñez, Z., & Vinet, E. (2013). Problemas de salud mental en estudiantes de una universidad regional chilena. *salud mental en universitarios, 141*, 208-216.
- Banderas, C., Martínez, A., & Romo, T. (2010). Prevención integral de consumo de alcohol y drogas en estudiantes universitarios: una propuesta de intervención grupal. *Acta Colombiana de Psicología, 13(2)*, 19-33.
- Bang, C. (2014). Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. *Psicoperspectivas individuo y sociedad, 13(2)*, 109-120.
- Barreto, M., & Soler, C. (2004). Apoyo psicológico en el sufrimiento causado por las pérdidas: el duelo. *Monografías humanitas (2)*, 139-150.
- Barreto, P., Torre, O. d., & Pérez, M. (2012). Detección de duelo complicado. *Psicooncología, 9(2-3)*, 355-368.
- Bustos, A. (2011). Cuando se acaba el amor: estrategias de afrontamiento, duelo por pérdidas amorosas y crecimiento postraumático en estudiantes universitarios. *Universidad san francisco de quito*.
- Cabrera, N., Zúñiga, M., & Coria, A. (2011). Depresión e ideación suicida en estudiantes de la FESI: un estudio piloto. *Revista electrónica de Psicología Iztacala, 14(4)*, 341-354.
- Castañeda, N. (2016). Prevención psicológica y neuropsicológica de factores de riesgo suicida en estudiantes universitarios. *Psicogente, 19(36)*, 336-346.
- De la fuente, M., Franco, C., & Salvador, M. (2010). Efectos de un programa de meditación (mindfulness) en la medida de la alexitimia y las habilidades sociales. *Psicothema, 22(3)*, 369-375.
- Echeburúa, Enrique. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia psicológica, 33(2)*, 117-126.

Fernández, F. (2011). La alexitimia y su trascendencia clínica y social. *Salud mental*, 34(6), 481-490.

Fernández, J., & Yáñez, S. (1994). Alexitimia: concepto, evaluación y tratamiento. *Psicothema*, 6(3), 357-366.

Gamo, E., & Pezzi, P. P. (2009). El duelo y las etapas de la vida. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, 29(104), 455-469.

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (Sexta edición ed.). México D.F: McGraw Hill

Irrázaval, M., Prieto, F., & Armijo, J. (2016). Prevención e intervenciones tempranas en salud mental: una perspectiva internacional. *Acta bioethica*, 22(1), 37-50.

Jiménez, M. I. (2008). Conducta e ideación suicida en estudiantes universitarios. *Revista Griot*, 1(4), 5-17.

Medina, I., Romero, R., Gálvez, P., Moreno, N., Sánchez, E., Cuesta, J., . . . Barón, F. (2016). Alexitimia y depresión en mayores que practican actividad física dirigida. *Revista iberoamericana de ciencia de la actividad física y el deporte*, 5(3), 36-48.

Méndez, P. (2004). Reseña de "el tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia" de J. William. *Clínica y salud*, 15(3), 401-403.

Muñoz, E. (2016). Práctica musical, alexitimia y empatía. *Universidad pontificia comillas Madrid*, 1-29.

Muñoz M, Jerson, Pinto M, Verónica, Callata C, Héctor, Napa D, Nilton, & Perales C, Alberto. (2006). Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años, Lima 2005. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 23(4), 239-246.

Padilla, M. d., Ponce, A., Hernández, J., & Márquez, B. (2010). Salud mental y bienestar psicológico en los estudiantes universitarios de primer ingreso de la región altos norte de Jalisco. *Revista de educación y desarrollo*, 31-37.

Pérez, J. C., & Osnaya, M. C. (julio-diciembre de 2011). ideación suicida y su relación con variables de identificación personal en estudiantes universitarios mexicanos. *Revista intercontinental de psicología y educación*, 13(2), 9-30.

Pérez Quiroz, A., & Uribe Alvarado, J., & Viachá, M., & Bahamón Muñetón, M., & Verdugo Lucero, J., & Ochoa Alcaráz, S. (2013). Estilos parentales como predictores de ideación suicida en estudiantes adolescentes. *Psicología desde el Caribe*, 30 (3), 551-568.

Pereira, R., & Vannotti, M. (2011). Un caso de duelo familiar. *FMC*, 18(4), 200-204.

Pesántez, L. (2005). La alexitimia como riesgo psicosomático. *Facultad de filosofía, letras y ciencia de la educación*, 1-38.

Posada, J. (2013). La salud mental en Colombia. *Biomédica*, 33(4).

Restrepo, D., & Jaramillo, J. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Facultad nacional de salud pública*, 30(2), 202-211.

Rodríguez, J. O. (1999). Alexitimia, una revisión. *Revista asociación española de Neuropsiquiatría*, 19(72), 587-596.

Roselló, J., Duarte, Y., Zuluaga, M., & Bernal, G. (2008). Características de adolescentes con depresión e ideación suicida en una muestra clínica. *Ciencias de la conducta*, 23(1), 55-88.

Sánchez Pedraza, R., & Guzmán, Y., & Cáceres Rubio, H. (2005). Estudio de la imitación como factor de riesgo para ideación suicida en estudiantes universitarios adolescentes. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXIV (1), 12-25.