

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS
COLEGIO DE PSICOLOGIA**

**ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE EL
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA
CONDUCTA SUICIDA EN NIÑOS**

TESINA

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

P R E S E N T A :

SAMUEL PINZON BONILLA



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

25053.08

UNDM.26

1971

0j.2

25053.08
UNDM.26

1971

0j.2

Ms 161031

Apr 197



Tributo a la memoria de mi padre.

T. Ps. 00610

Dejo constancia de mi agradecimiento a la Dra. Raquel Radosh C., directora del presente trabajo, quien siempre me ha estimulado hacia la superación personal y profesional.

S. P. B.

Noviembre, 1971.

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE EL DIAGNOSTICO Y
TRATAMIENTO DE LA CONDUCTA SUICIDA EN NIÑOS.

Pág.

INTRODUCCION.....	2
I. PRELIMINARES.....	4
El concepto de muerte en el niño.	
Algunos datos estadísticos.	
II. PSICODINAMIA Y FACTORES ETIOLOGICOS.....	8
El suicidio como acto mágico.	
Estudios de William C. Ackerly.	
Factores constitucionales: hipersensibilidad, suges- tibilidad, patología psicológica o física, perturbacio- nes en el desarrollo.	
Aspectos sociales y ambientales: pérdidas, stress.	
Correlatos afectivos.	
Manifestaciones conductuales: agresión, impulsividad, perversiones, pensamiento mágico.	
Otras constelaciones causales.	
Estudio realizado en el Hospital de Pediatría del IMSS.	
III. DIAGNOSTICO Y PRONOSTICO.....	20
Evaluación del potencial suicida.	
Consideraciones pronósticas.	
Pruebas psicológicas: Rorschach, Bender, MMPI.	
IV. TRATAMIENTO.....	27
Psicoterapia: el psicoterapeuta, psicoterapia indivi- dual, psicoterapia familiar.	
Hospitalización.	
Servicios de emergencia.	
El medio escolar.	
Otras indicaciones terapéuticas.	
CONCLUSIONES.....	36
BIBLIOGRAFIA.	

"... Tom imaginó verse muerto, llevado a casa desde el río... sus rizos húmedos y, su ofendido corazón, en reposo... Cómo se arrojaría ella (la tía Polly) sobre él y cómo caerían sus lágrimas como lluvia y sus labios rogarían a Dios que le devolviese su niño y nunca, nunca más abusaría de él! Pero él yacería frío y blanco, inmóvil... pobrecito niño, cuyas penas terminaban."

Mark Twain.

INTRODUCCION

Resulta difícil concebir que un niño pueda optar por una conducta suicida. Esta idea tiene mucho de realidad si pensamos que aún niños muy infelices y maltratados sueñan con los días en que llegarán a ser adultos importantes y realizarán obras grandiosas. No obstante, si hay niños suicidas aunque su número tiende a ser relativamente bajo. En el transcurso del trabajo se verá el por qué de ésta relatividad.

El problema del suicidio en los niños es solo parte del gran problema del suicidio en general, pero por considerar que tiene cierto grado de independencia es por lo que se ha estudiado separadamente, ya que una explicación válida para el caso de los adultos no necesariamente incluirá soluciones para el enigma de los niños. Algunas veces he hecho éste tipo de extrapolaciones tratando de no perder de vista el grado de generalización de las mismas; otras, quizás no haya resistido la tentación dado el abundante material sobre adultos y adolescentes -en contraste con el de niños- el cual está presente aún en los estudios sobre éstos últimos.

En ésta monografía he intentado hacer una revisión de los conceptos claves de la conducta suicida en niños -factores psicodinámicos y etiológicos- con el objeto de hacer evaluaciones clínicas diagnósticas, pronósticas y de tratamiento.

Ya que las investigaciones sobre el particular no han logrado un criterio uniforme en cuanto a definir y clasificar sus distintos aspectos, adopté la postura de Mendizábal y consideré conducta suicida las amenazas, fantasías e intentos, así como los casos en que el suicidio fue consumado. Esta última categoría, sin embargo, es la menos reportada en la literatura especializada.

Además de la dificultad consignada, los datos estadísticos se han señalado en muy pocas ocasiones dada su baja con-

fiabilidad puesto que se ha observado que un gran número de casos no son reportados debido a tabúes sociales, religiosos y legales y muchos otros se registran como accidentes.

Aún tratando de hacer a un lado éstas limitaciones, el tema resultó apasionante y el resultado ha sido provechoso, al menos para mi.

I. PRELIMINARES

"No hay más que un problema filosófico verdaderamente serio: el suicidio. Juzgar si la vida vale o no la pena de que se la viva es responder a la pregunta fundamental de la filosofía."

A. Camus.

El concepto de muerte en el niño.

Considero que un punto básico para iniciarnos en ésta monografía es presentar cómo surge y evoluciona el concepto de la muerte en el niño. Las ideas han sido tomadas de estudios de Piaget, Anthony, Schilder, Wechsler y otros.

El niño, desde muy pequeño, tiene que enfrentar éste fenómeno natural a través de la muerte de familiares, vecinos, animales domésticos, accidentes automovilísticos, historietas, programas de televisión, enseñanzas religiosas, o al matar moscas, cucarachas, etc.

Una maestra de una guardería observó que un niño de 2 años y medio, al ver una mosca muerta en el piso, comentó: "está rota y hay que arreglarla."

La mayoría de los niños comienzan a ser amenazados con castigo, y aún de muerte, si se salen a la calle o se acercan a situaciones peligrosas, en éstas edades.

Por los 2 o 3 años, generalmente, el niño ya ha experimentado el pánico de la sofocación cuando se corta su aporte de aire -al meterse debajo de una almohada o cobija-, de modo que su primitivo concepto de muerte tiene una definida cualidad oral.

Los niños de 3 años a menudo comentan que los animales muertos están durmiendo y que hay que darles de comer para que sanen nuevamente. En éste periodo la muerte se concibe como una separación de la madre, la cual regresará y dará el alimento y la vida.

Un niño de 3 años y medio se le escuchó cuando decía a o-

tro niño: "te voy a sacar un ojo y matarte." Así, se considera la muerte como la pérdida de una parte del cuerpo, en donde una parte es la que sostiene la totalidad. Un niño de 3 años 11 meses, al despertar mojado en su cama, dijo: "si mi pipí se sale, moriré."

Rochlin (1965), presentó la tesis de que los niños, desde muy pequeños, quizás entre los 3 o 4 años, advierten que van a morir, pero sus exagerados temores hacia la muerte lo llevan a crear defensas elaboradas contra esa idea. Por ello es que el niño describe la muerte como temporal y reversible.

A los 4 años, el niño comienza a considerar que hacerse viejo es morir. En las guarderías se les oye decir con frecuencia: "quiero quedarme chico, porque si crezco, moriré.", o "no quiero crecer, porque si llego a viejo, mi papá (o mamá) también se hará viejo y morirá." Al mismo tiempo, a medida que el niño va dándose cuenta de que va a morir, se defiende fuertemente contra ésta idea diciendo: "si mueres, volverás a vivir." A los 5 o 6 años, la negación se manifiesta a través de equiparar la muerte con la separación o el sueño.

Entre los 5 y los 9 años, la muerte es considerada más en términos de asesinato, violencia, venganza y castigo.

Parece haber un acuerdo bastante generalizado respecto a que el chico, entre los 9 y 10 años, ya logra una explicación lógico causal de la muerte como resultado de un proceso natural."

Las ideas del paraíso, de la vida después de la muerte, o de lugares adonde va la gente después de muerta parecen iniciarse espontáneamente en los niños, sea que tengan o no una instrucción religiosa formal. Estas fantasías se presentan en niños de diversas esferas sociales y culturales.

Algunos datos estadísticos.

El suicidio en niños es un hecho relativamente poco frecuente y no puede considerarse que éste fenómeno se haya hecho

prominente solo últimamente, pues ya en el siglo XVI, el filósofo Montaigne lo señaló como un triste signo de los tiempos.

Las estadísticas muestran que los intentos serios y los suicidios se presentan raras veces antes de los 10 años, aumentan poco a poco durante el periodo de la latencia y muestran un incremento considerable después de los 14 años.

Sin embargo, debe enfatizarse que hay ciertos factores que contribuyen a disminuir éstas cifras: 1.- Los métodos utilizados por los niños con frecuencia resultan en muertes clasificadas como accidentes. Ya que los niños tienen poco acceso a armas letales o drogas y rara vez saben cómo usar estos instrumentos de manera efectiva, están más propensos a recurrir a conductas tales como saltar desde alturas o dejarse atropellar por un coche. 2.- A menudo, la nota suicida es la evidencia más confiable, lo cual casi no sucede en el caso de éstos niños, ya porque sean muy pequeños para escribir o porque aún no están condicionados a la comunicación escrita.

Las estadísticas sobre niños suicidas se remontan al año de 1780, en Prusia. En éste lugar, de 1869 a 1898, el promedio anual aumentó de 38 a 65; en las estadísticas de los años 1884-94 se presentaron los siguientes encabezados: remordimiento, vergüenza, arrepentimiento, pleitos, enojo, sufrimiento físico, pesar, vicio y causas desconocidas.

De acuerdo con Rehfisch (1893), Prusia, Francia y Dinamarca encabezaban el número de suicidios juveniles, mientras que Inglaterra, Suiza e Italia presentaron las cifras más bajas.

En Estados Unidos, 1926-9, las cifras anuales alcanzaron de 30 a 55 suicidios en niños cuyas edades fluctuaban entre 10 y 14 años. De éstos, 106 fueron niños y 56, niñas. 9 de éstos niños pertenecían al grupo negro. Los métodos más usados fueron: quemarse las manos, estrangulamiento, ahorcarse, sustancias corrosivas, etc.

Datos más recientes muestran que, en 1964, en el Centro

de Prevención del Suicidio en Los Angeles, de todos los suicidas, del 0.5% al 3% son menores de 20 años.

Ackerly (1967), nos dice que en el Centro Psiquiátrico de South Hills, en Pittsburgh, 15 de 500 niños, o sea el 4%, han amenazado o intentado suicidarse; en el Instituto Juvenil de Chicago, 48 de 499, o sea el 5%.

La aseveración, a menudo repetida, de que el suicidio es más frecuente entre los niños de las grandes ciudades y distritos industriales -en contraste con el campo- no ha sido corroborada aún por las estadísticas.

Freud (1910) indicó que no pueden hacerse juicios basados en las estadísticas habituales y que solo un examen cuidadoso de los casos individuales contribuirá más a la comprensión de este difícil problema.

Shneidman y Farberow (1957) tienden a confirmar las afirmaciones del padre del psicoanálisis cuando señalan: "Las estadísticas de mortalidad solo dan un panorama parcial del problema del suicidio. Se estima que, por cada suicidio, se hacen entre 5 y 15 intentos."

II. PSICODINAMIA Y FACTORES ETIOLOGICOS

"...el volver a adormecerse en el no ser es cosa que puede acaecerles mucho más fácilmente a los niños."

S. Ferenczi.

El niño, dadas sus limitadas operaciones de formación de conceptos, es incapaz de evaluar su propio mérito y de percibir su grado de adecuación, así como su propia naturaleza, la cual obtiene a través de una aceptación -sin crítica- de las actitudes prevalentes que le expresan sus padres. De aquí, si éstos lo rechazan, si son débiles o vacilantes, si mueren o abandonan al niño, es casi seguro que éste desarrollará un concepto de devaluación e inadecuación sobre su propia persona. Como ésto ocasiona un estado doloroso, el niño reacciona con fuerte odio y hostilidad la cual usualmente toma la forma de deseos de muerte hacia alguno de los padres, o hacia ambos. Al mismo tiempo, estas condiciones provocan fuertes sentimientos de culpa.

Spitz ha demostrado en sus artículos sobre depresión analítica que la reacción del niño ante la muerte -o ausencia- de un padre es severa e intensa. Esto es cierto a cualquier edad, pero es especialmente marcada en el periodo pre-edípico. Existe una tendencia a identificarse con el objeto perdido, lo cual produce una pérdida de muchas funciones joicas.

Debido a que el niño es aún tan dependiente de sus objetos de amor para su gratificación y a que el proceso de identificación aún no se ha completado, el volcar la hostilidad en contra de si mismo para destruir el objeto introyectado antes amado y ahora odiado es muy temido y doloroso. Otro factor a considerar son las limitaciones físicas del niño, las cuales no permiten al mismo el uso de instrumentos específicos de des-

trucción. Por ésto es que raras veces cometen suicidio los niños y más bien expresan sus sentimientos destructivos en otras formas, que pueden ser catalogadas como equivalentes suicidas, es decir, ataques atenuados contra el objeto introyectado, que dan por resultado depresión, lesiones "accidentales", conductas antisociales, enuresis, tricotilomanía, anorexia, obesidad, automutilación, ciertas reacciones psicósomáticas, etc., todos los cuales son potencialmente destructivos.

Schrut (1964), al igual que Ferenczi (1929), encontró que las madres habían transmitido inconscientemente a los niños la sensación de ser una carga. En estos casos, los niños descubrieron en forma fortuita que, aunque incapaces de establecer contacto con su madre a través de buena conducta, podían provocar en ellas una respuesta por medio del mal comportamiento y diversos tipos de conducta autodestructiva, con la cual pudieron suscitar en ella ira, ansiedad y culpa y, así, controlarla y manipularla.

También Schrut descubrió una especie de acuerdo inconsciente entre la madre y el niño: el mal comportamiento del niño permitía a la madre justificar su resentimiento hacia éste y poder estar enojada, supuestamente por sus malas acciones, y no por el niño en sí. Esta relación fomenta las conductas autodestructivas del pequeño, las cuales pueden llegar, eventualmente, al intento suicida.

De acuerdo con Shneidman y Farberow, en las acciones del niño suicida se puede percibir no solo la hostilidad en contra de los padres volcada hacia sí mismo, sino también los intentos desesperados de volver a obtener contacto con el objeto gratificante amado, o en los términos de Bellak y Small, el deseo de forzar el amor que necesita.

Muchos autores concuerdan en que el gesto o idea suicida y, de hecho, la depresión misma, es siempre un grito de auxilio.

El suicidio como acto mágico.

En este apartado resumiré los conceptos que presenta C. W. Wahl en su artículo "Suicide as a magical act", de 1957.

El suicidio, al igual que otros síntomas neuróticos, es una solución mágica y simbólica ante las exigencias de un conflicto, para lograr bienestar. Es inconsciente en su mayor parte y solo muy pocas veces alcanza niveles conscientes. El principal dilema que intenta resolver es un conflicto de identificación. También se semeja a otros síntomas neuróticos en que presenta una motivación compleja y plurideterminada, la cual varía en naturaleza, fuerza y significado, así como en los grados de conciencia, de una persona a otra.

Algunas de las motivaciones en las cuales vemos más arraigado su aspecto mágico son:

- 1o. Un deseo de castigar a la figura que ha privado de algo al sujeto para provocarle culpa. Estas figuras usualmente resultan ser los padres o compañeros, aunque algunas veces son la representación extrapolada de éstos: maestros, la sociedad o la misma humanidad. Esto parece ser cierto no solo en los casos en que los niños tienen grandes expectativas y necesidades de sus padres, algunas de las cuales no han sido satisfechas, sino también porque se sienten inferiores e impotentes para manipularlos. Tal maniobra involucra una negación de la finitud de la vida.
- 2o. El deseo de disminuir la culpa personal, la cual es, generalmente, el más penoso de todos los afectos. A este respecto cabe citar los comentarios de Zilboorg, quien ha señalado el interesante fenómeno de las personas que se suicidan en el aniversario de la muerte de padres o compañeros como para expiar su culpa, ya que inconscientemente percibieron la muerte de tal objeto amado como el resultado de sus deseos de muerte hacia ellos.

30. Un motivo más recóndito es el empleo del suicidio como un medio de encarar la tanatofobia. En este sentido el acto sirve como una formación reactiva a la mórbidamente temida posibilidad de muerte, enfrentándola en lugar de rehuirla. También aquí puede verse que inconscientemente se piensa en la muerte como un proceso temporal y reversible. En éste contexto puede mencionarse la fantasía megalomaniaca de algunos pacientes que juegan con la idea de matarse porque quieren cambiar la decisión del tiempo, lugar y causa de su muerte. (Fromm-Reichmann, "Principles of intensive psychotherapy".)
40. En algunos casos puede observarse el fenómeno de identificación cósmica infantil. En ocasiones, después de haber agotado todos los recursos para lograr un cambio, el suicida se ve forzado a emplear magia y dereísmo, como el niño, y recurrir a cierto tipo de identificación cósmica. Al equiparar el mundo consigo mismo piensa: "matarme es matar a todas las demás personas." Así, cuando éstos mueren, no solo han matado a una persona, sino a muchas; internamente ha cometido suicidio, matricidio, parricidio, fratricidio, o hasta genocidio.

Además, hay razones para creer que la muerte no solo es concebida como un finalizar los sufrimientos de éste mundo y el paso a uno mejor, sino que también es un acto por medio del cual se obtienen poderes, cualidades y ventajas que no se tuvieron durante la vida. Así, se piensa que al morir se llegará a ser un espíritu o fantasma que poseerá una serie de poderes completamente nuevos. La presencia de ésta creencia, tanto en las culturas primitivas como en el niño pequeño y su difusión como superstición actual, da fé de su omnipresencia y se traduce en el cliché: "cuando muera regresaré y te perseguiré." De ésta manera, en el hombre moderno, la aceptación inconsciente de dicha posibilidad puede servir para motivar

un acto de autodestrucción, con el propósito de vengarse de todos aquellos que lo hayan humillado.

Estudios de William C. Ackerly.

En abril de 1967 Ackerly publicó los resultados obtenidos en un estudio hecho con 31 niños -no mayores de 12 años- que habían amenazado o intentado matarse. Citando dicho autor:

"Cuando un niño en la edad de la latencia amenaza con matarse o desea morir, está expresando un complejo de múltiples fuerzas psíquicas, las cuales nacen de: 1.- sus impulsos agresivos (sadismo oral primario); 2.- sus esperanzas narcisistas; 3.- superyó arcaico; 4.- separación libidinal -transitoria o prolongada- de los objetos; 5.- alteración de su yo por identificación; 6.- desengaño al no ser capaz de lograr las aspiraciones de su yo ideal; 7.- la pérdida de bienestar; 8.- una lucha con sus conceptos de la muerte, que emergen tempranamente; 9.- sus intentos por superar su desesperación y desamparo; 10.- sus deseos de renacer, o sus fantasías de reunión con la madre buena, dádívosa.

Para Ackerly, las características que distinguen a los niños que hacen un intento serio de destruirse son: profunda regresión en el funcionamiento del yo y una quiebra en la integridad del mismo. Añade éste autor que "no existen datos para indicar que los niños que amenazan con matarse necesariamente vayan a intentar el suicidio."

Finalmente señala, de acuerdo con Menninger (1938), que, en general, los niños que intentan o amenazan suicidarse en la edad de la latencia están expresando, cuando menos, tres deseos básicos: matar, estar muertos y ser matados, lo cual constituye el conflicto de la agresión oral, aspecto constante en éstos niños.

Factores constitucionales.

Hipersensibilidad.- Se ha encontrado que los niños más susceptibles al suicidio son aquellos altamente sensibles, así como

los que muestran muy poca tolerancia a la frustración.

Sugestionabilidad.- Parece ser que la capacidad del niño para responder a la sugestión juega un papel importante en la etiología del suicidio. La presencia de fuertes deseos de que el chico muera, ejercida por los que viven con éste, puede hacer -inadvertidamente- consciente a la víctima del deseo u orden de que tiene que morir.

Dos casos de niños que se ahorcaron, reportados por Stearn, ocurrieron después de recibir fuertes influencias sugestivas: uno de ellos, poco después de leer un cuento en el cual se presentaba un episodio similar y el otro, después de haber pasado cierto tiempo desplumando gallinas que estaban colgando del cuello.

Baer (1901) está de acuerdo con los roles jugados por la imitación y la sugestión en las causas del niño suicida. Ya que la vida mental del niño carece de independencia, cualquier impresión poderosa que le llegue del exterior tendrá un efecto estimulante. Así, el conocimiento del suicidio de algún pariente o de alguien de la misma edad puede infundir en el niño un deseo de imitar el hecho. De hecho, se ha observado aún entre los adultos, como los suicidios epidémicos que se dan en las prisiones.

No hay pruebas suficientes como para hablar de evidencias hereditarias en los suicidas. En los suicidios que se presentan en algunas familias puede ser que ésta tenga alguna importancia, pero el factor primordial es la identificación.

Patología psicológica o física.- Se ha observado una alta correlación entre los desórdenes psicológicos, tales como esquizofrenia, psiconeurosis (especialmente en pacientes que requieren hospitalización), así como hiperactividad e impulsividad asociada con daño cerebral, y la conducta suicida.

No obstante, es necesario señalar que, pese a la creencia popular de que los que intentan suicidio son enfermos mentales, los hechos clínicos no apuntan en esa dirección. El estudio

de Foncerrada y colaboradores (México, 1971) acusó casi un 50% de casos diagnosticados de psicosis, lo cual indica que la gran infelicidad de éstos pacientes puede ser el resultado de un trastorno emocional temporal, de una aguda pena moral o de una transitoria pérdida de esperanza.

La enfermedad física crónica, prolongados periodos de sufrimiento y enfermedades pobremente controlables, tales como diabetes, parecen disminuir el deseo de vivir, así como la deformidad física, con su tendencia a dificultar la socialización y distorsionar la propia imagen.

Adler (1910) señaló que en los suicidios se presentan toda clase de inferioridades orgánicas, las cuales son particularmente importantes en la niñez. Posteriormente se responderá con una sobrecompensación, en la cual se manifiesta una lucha que lleva a éstos individuos a ser extremadamente dependientes del mundo externo. Sin embargo, de ninguna manera se puede decir que las personas así constituidas tengan que llegar al suicidio.

Perturbaciones en el desarrollo.- Los niños pequeños, así como los adolescentes, algunas veces tienen que sufrir rápidos cambios durante el curso de su desarrollo y el disturbio resultante en la homeostasis puede combinarse con otros factores para inducir la conducta suicida.

Aspectos sociales y ambientales.

Pérdidas.- Como ya he señalado anteriormente, el factor ambiental más importante parece ser el elemento de pérdida: una muerte, abandono o separación que altera traumáticamente al niño. Las autoridades en la materia están de acuerdo en que la muerte de un compañero produce una clara disposición hacia el suicidio, no importa en qué etapa de la vida esté la persona. Tal pérdida probablemente tenga varias consecuencias: 1.- condiciona al niño sugestionable o hipersensible, quien se identifica con el objeto amado perdido (particularmente si es del mismo sexo); 2.- precipitación de la ansiedad y depresión

a través de un sentimiento de amenaza o culpa; 3.- produce sentimientos de autodevaluación: el niño siente la muerte como un abandono y, a menudo, la pérdida de un padre la vive como una pérdida de status; 4.- ruptura de las relaciones interpersonales que el niño ha establecido previamente: con frecuencia la muerte de un pariente cercano trae consigo una movilización ambiental o cambios en el mismo.

La pérdida de libertad también está asociada con autodevaluación y autodestrucción. Estas situaciones pueden presentarse cuando hay restricciones en los horarios, responsabilidades de los quehaceres de la casa y prohibiciones en las relaciones sociales y pueden darse en los niños de todas las edades.

Stress.- Aquellos niños que han estado expuestos a una serie continua de situaciones estresantes pueden buscar liberarse con el suicidio. Estos son los casos, como dirían Shaw y Schelkun, en los cuales el suicidio persigue un valor positivo de adaptación.

Correlatos afectivos.

El afecto señalado con mayor frecuencia -en todas las edades- es la depresión; a menudo la soledad, desesperanza y un sentido de ser desdichadamente diferente de la masa humana se asocian con tal afecto. También se encuentra en un grado significativo, sentimientos de culpa, pesar, hostilidad y coraje.

Los niños y adolescentes reaccionan de manera diferente a los adultos ante la depresión; así, los adultos responsables del niño pueden no evaluar adecuadamente el dolor del pequeño, especialmente cuando la depresión está encubierta por la negación, como suele suceder con bastante frecuencia. Quizás la clave más relevante para detectar éste afecto en el niño sean los sentimientos de desesperanza y una visión pesimista de su propia valía.

Si las relaciones del niño son superficiales o si se trata de un niño muy popular inclusive, se puede ver como derivan

poca satisfacción emocional de su contacto con otros seres humanos. Frecuentemente sus afectos son desplazados a animales, lo cual nos habla de como el niño se siente ajeno a lo que sucede a los humanos.

Toolan señala el denominador común de las reacciones depresivas de éstos niños -pérdida de objetos amados- y observa que un alto porcentaje de los mismos pueden mostrar ésta particular vulnerabilidad al sentimiento de rechazo después del nacimiento de un hermano.

Manifestaciones conductuales.

Agresión.- La mayor parte de las conductas suicidas son interpretadas como un signo de agresión volcada hacia el self o contra los objetos introyectados, que el niño quiere castigar o aniquilar.

Schecter -citado por Shaw y Schelkun- considera que los equivalentes suicidas (depresión, propensión a los accidentes, actos antisociales, etc.) son utilizados por los niños como formas de agresión vertidas internamente ya que los ataques más directos son muy temidos.

Toolan enfatiza ésta conclusión: " el que el niño vuelque su agresión internamente en casos de pérdidas o abandonos se debe a que prefiere considerarse malo a si mismo antes que reconocer la maldad de sus padres y la consiguiente imposibilidad de cambio.

Impulsividad.- Bakwin indica que la mayoría de los suicidios realizados por niños menores de 10 años son actos impulsivos para castigar a los padres por no acceder a sus deseos o como venganza contra su severidad.

Perversiones.- Episodios de crueldad, con otros niños y consigo mismos se han descubierto en los antecedentes de algunos pequeños suicidas. En contraste con la mayoría de los niños suicidas que actúan por desesperación e infelicidad, éstos parecen obtener placer de su conducta que, a menudo, es de naturaleza sexual.

Algunos de los casos estudiados por Stearn sugieren que un número de autoestrangulamientos en púberes pueden ser accidentes que ocurrieron durante prácticas masoquistas, cuando éstas fueron más allá de lo que originalmente pretendían.

Muchos casos que han sido atribuidos a muerte "accidental" han sido casos de transvestismo. Se han encontrado a los chicos vestidos con ropas femeninas y amarrados con cuerdas y cadenas tanto los miembros como el cuello. La fantasía del transvestista incluye una identificación con la figura femenina y una sumisión pasiva en un acto sexual hacia un agresor. La muerte, entonces, puede ser considerada como un suicidio en el que el acto mismo representa la sumisión final hacia la todopoderosa figura masculina.

Pensamiento mágico.- Como ya indiqué en una sección previa, el niño, que aún no tiene noción clara de la muerte, puede fantasear un suicidio para infligir castigo a los padres porque siente que de alguna manera estará cerca para verlo y disfrutarlo, o porque mágicamente se ve junto a la persona amada en algún lugar paradisiaco.

Otras constelaciones causales.

En las discusiones llevadas a cabo en el seno de la Sociedad Psicoanalítica de Viena, en 1910, Oppenheim planteaba la interrogante de si sería la escuela con su sistema disciplinario, las materias y los métodos de enseñanza, sus exámenes y calificaciones la que empujaría a tantos niños en edad escolar al suicidio. Mientras que Adler señaló que el suicida toma del material escolar lo que tomaría de cualquier otra parte, Reitter opinó que solo hay una salida para la fobia del niño: evitar el examen, ya sea faltando a la escuela o fingiéndose enfermo, o el impulso obsesivo se convertirá en suicidio.

Estas consideraciones debemos validarlas a la luz de los sistemas educacionales actuales, ya que seguramente existirá una gran diferencia entre ambos enfoques.

Estudios realizados en Estados Unidos concuerdan en que la conducta suicida aumenta en primavera. Tuckman y Common hablan de la preferencia por el periodo comprendido de las 3 a.m. a la medianoche en los adolescentes -suicidándose en su propia casa- en contraste con los adultos, quienes prefieren las primeras horas de la mañana.

Jacobziner reportó que de 400 intentos suicidas de niños no había ningún adulto al momento del mismo.

Zilboorg (1937) y Hendin (1963) han señalado que en algunos casos el querer morir ahogado está relacionado con los aspectos inconscientes de la reunión intrauterina con la madre y fantasías de renacimiento; a través del cambio marino ellos buscan un nuevo comienzo como miembro del sexo opuesto.

Mendizábal (1971) nos habla de la observación de fuertes sentimientos ambivalentes presentes en los familiares del suicida ha cia la víctima, tales como deseos de que no lo lleve a cabo, dolor y tristeza porque logró suicidarse, deseo de protegerlo mediante diferentes métodos de sus propias tendencias autodestructivas, estimación, respeto, amor, y, al mismo tiempo, deseos de que se suicide, disgusto porque falló en su intento de matarse, conducta provocativa para que repita su acto, etc., y una serie de sentimientos odio y rechazo.

Este autor desarrolla sus observaciones desde un punto de vista kleiniano y concluye que " el suicidio es el acto final de un proceso más o menos largo y complicado que se lleva a cabo entre dos o más personas enfermas. En ese medio se maneja la auto y heterodestrucción en un campo emocional en donde el suicida resulta ser la persona menos resistente al impacto de las identificaciones proyectivas, mecanismos empleados en las posiciones esquizo-paranoide y depresiva, regresión en la que se encuentra tal persona."

Estudio realizado en el Hospital de Pediatría del I.M.S.S.

Los doctores Foncerrada, Parada y Montiel, psiquiatras del Departamento de Higiene Mental de la mencionada institu-

ción observaron que " durante los diferentes meses del año hubo algunas variaciones importantes en el número de casos registrados; por ejemplo, durante el mes de diciembre, no se registró ni un solo caso lo que consideramos consecuencia de las costumbres de nuestro país, centradas en atenciones gratificantes para los niños y aún para los adolescentes y adultos. Durante el mes de enero se observó un incremento importante, posiblemente influido por las frustraciones a las ilusiones concebidas el mes anterior, incremento sostenido durante los meses de marzo, abril y mayo, lo cual constituye un fenómeno similar observado en otros estudios (tanto en poblaciones infantiles como de adultos) y cuya explicación se desconoce. En los meses de junio y julio hay un ligero aumento, lo cual pensamos que se debe a las tensiones y temores propios de la época de exámenes finales; finalmente, una declinación durante el periodo de vacaciones: agosto y septiembre."

En éste estudio se observó: impulsividad, autocastigo, -siendo ésta la causa más socorrida por el sexo femenino- como protesta ante exigencias exageradas: amenazas a la libertad, intolerancia a relaciones sociales, y para llamar la atención o afecto y como expresión de psicosis.

De los 50 casos, 39 fueron mujeres y el resto, varones. Las edades oscilaron entre 8 y 16 años, notándose un marcado aumento en la incidencia del problema entre los 15 y 16 años.

III. DIAGNOSTICO Y PRONOSTICO

"Matarse, en cierto modo, y como en el melodrama, es confesar. Es confesar que se ha sido sobrepasado por la vida o que no se comprende ésta."

A. Camus.

Debo indicar que si bien todos los puntos anteriormente señalados deben considerarse para una mejor comprensión diagnóstica y pronóstica del problema, éste capítulo solo pretende enriquecer tales conceptos.

Evaluación del potencial suicida.

Comenzaré señalando que cuando una persona habla abiertamente sobre suicidarse, ésto no hace que la posibilidad de cometerlo disminuya, sino al contrario.

La interpretación más obvia del suicidio es que probablemente se dé en individuos que sientan que la vida no es digna de vivirse. Así, el suicidio es más frecuente en padecimientos donde el futuro luce incierto, como en los síndromes de depresión.

El suicidio se presenta con mayor frecuencia cuando el paciente comienza a deprimirse o cuando se está recuperando de una depresión y no en las depresiones profundas. Esto se debe, principalmente, a que en las depresiones profundas, la fatiga, la indecisión, la falta de interés y la retardación motora son tales que el esfuerzo para cometer suicidio es, simplemente, demasiado.

De éste modo, en las depresiones, la fase de agitación hace más probable el suicidio, mientras que la fase de retardo psicomotor lo disminuye.

El suicidio no solo se presenta en las reacciones depresivas, sino también en otros desajustes, particularmente en las llamadas enfermedades psiquiátricas, donde la depresión es de tipo secundario. Estas son: alcoholismo crónico, daño orgánico cerebral, diversos desórdenes de personalidad y esqui-

zofrenias.

Hay otro grupo de pacientes suicidas que no pertenecen a las categorías anteriormente señaladas, pero presentan una historia de desórdenes de personalidad siendo, especialmente, impulsivos y/o aficionados a hobbies o actividades en que se juega con la muerte; por ejemplo, paracaidismo, cacería de tiburones, automovilismo, etc.

En muchos casos, el propósito del intento suicida puede no ser la muerte, sino comunicar, a través del mismo, sentimientos de dependencia, fracaso, celos, disgusto, etc. a una persona significativa en su vida. ("quizás esto le demuestre que..."). Por ejemplo, si una adolescente toma veinte píldoras para dormir una hora antes de que lleguen sus padres, es muy probable que esté tratando de comunicarles no solo sus deseos de morir, sino algo más.

De ésta manera, los intentos suicidas deben evaluarse en términos de las posibles fantasías de rescate que tenga el paciente, pues tienen importantes implicaciones para la psicoterapia de los casos que sobreviven al intento. Por supuesto que éstos suicidas en potencia no deben ser subestimados, ya que la persona de la cual se espera el rescate puede sufrir un contratiempo y no llegar al lugar donde es esperada.

También, es más probable que los individuos que viven solos intenten suicidarse y, si lo hacen, tengan éxito si se comparan con las personas que viven en una familia. El mensaje de éstas personas -generalmente esquizoides o esquizofrénicas- puede ser fragmentario o simbólico y hasta imaginario. La comunicación en éste contexto puede referirse a una frase casual en una conversación, una llamada telefónica, o dirigirse a alguien que probablemente ni siquiera considerará la posibilidad de un rescate; así, puede considerarse que un mensaje directo y abierto conlleva menos riesgos de resultados fatales que uno de éste segundo tipo.

Menninger en la ya clásica discusión de la conducta autodestructiva humana, "Man against himself" (1938), clasifica los actos suicidas en: focales, tales como automutilación, fingirse enfermo, propensión a los accidentes, etc., y crónicos, en los cuales una persona se destruye a si misma poco a poco como en el ascetismo, martirio, invalidez neurótica, adicciones, agresividad, criminalidad, perversión sexual, pasividad y algunas psicosis. El terapeuta que encuentre en la clínica una constelación sintomática semejante debe evaluar inmediatamente las potencialidades suicidas de tal sujeto.

Aunque el enfoque inmediato es centrarse en la crisis ocurrida, la entrevista diagnóstica deberá incluir otros síntomas descritos. Esta discusión, a nivel de terapia familiar o de consulta con los padres, frecuentemente revela sintomatología similar en otros niños de la familia y en los padres. Además, se ha observado que éstas familias hallan poca conexión entre los sucesos de la crisis y eventos similares acaecidos en un pasado reciente. Las razones que dan los pacientes, familiares o los periódicos usualmente resultan motivos triviales para causar tal conducta extrema, especialmente en la ausencia de psicosis. Tales razones pueden considerarse la gota que rebasó la copa, la última pena que pudo soportar la víctima, pues, en la mayoría de los casos, el intento o amenaza de suicidio representa un síntoma grave de angustia aguda que refleja problemas largamente existentes en la familia.

Hitschmann, en 1910, señaló que la psicología del problema del suicidio también puede ser más conocida de cerca tomando como punto de partida ciertos sueños que a menudo representan un hundimiento, un derrumbe, una caída o propiamente un suicidio.

Shneidman y Farberow indican que, fuera de que en la historia aparezca un intento de suicidio, el paciente potencialmente suicida no puede diferenciarse con éxito de otro pacien-

te deprimido, independientemente de lo traumática que hubiese sido su historia.

Los mismos autores compararon las notas genuinas escritas por personas no suicidas que simulan. Al parecer, el suicida genuino tiene la capacidad de imaginarse, de hecho, su ausencia, dando instrucciones y amonestaciones como si ya hubiera llegado a una decisión final y ha aceptado ya que pronto no estará presente. (Bellak y Small, 1965.)

Finalizaré éste apartado con las valiosas consideraciones de C.W. Wahl: " Realmente no pueden comprenderse los dinamis- mos más profundos del suicidio hasta que no entendamos su relación con la muerte y el significado inconsciente que ésta tiene para nosotros. Hay razones convincentes para creer que inconscientemente no consideramos -como lo hacemos conscientemente- que la muerte sea el fin de nuestra existencia o un estado permanente del cual no se regresa.

Hemos creado un vasto número de sistemas religiosos y filosóficos que nos convencen, no menos de como lo hicieron los egipcios, que no podemos dejar de existir, sino que solo pasamos de una forma de vida a otra."

Consideraciones pronósticas.

Aquí reúno las conclusiones de Shneidman y Farberow, P. G.S. Beckett, Litman, Shaw y Schelkun y otros, quienes han contribuido a través de investigaciones y diversos estudios, al esclarecimiento de la problemática del suicidio en general y de los niños en especial. He tratado de organizarlas de acuerdo a patrones psicodinámicos semejantes y, como me pareció necesario enfatizar la importancia de ciertos aspectos me tomé la libertad de presentarlos por separado como si fuesen independientes. La numeración es arbitraria y, de ninguna manera, indica prioridad:

1.- intentos suicidas previos.

2.- antecedentes de familiares suicidas, especialmente si ocurrieron cuando el paciente era niño y éste lo supo.

3.- experiencia personal o directa con la muerte o muerte de algún ser querido aún cuando ésta no fuera por suicidio.

4.- pérdida o separación de un objeto amado: padre o madre, novio-a, compañero o amigo, etc.

5.- utilizar armas de fuego, cuchillos sogas o similares hacen más probable el éxito del intento que el uso de aspirinas, píldoras para dormir u otros sedantes.

6.- a pesar de que la proporción de mujeres que intentan suicidarse es más alta que la de hombres, es más probable que los hombres tengan más éxito que las mujeres. Esto es completamente válido en el caso de los niños, según Litman.

7.- la probabilidad de suicidio exitoso aumenta a partir de los 14 años, siendo más factible que éstos se den en personas mayores que en individuos más jóvenes.

8.- depresión: especialmente sentimientos de soledad y autodevaluación.

9.- esquizofrénicos o neuróticos, aunque éstos últimos casi nunca llegan a cometer suicidio.

10.- graves conflictos: fuerte agresión o gran carga agresiva reprimida, tendencias al acting-out, pensamiento mágico, fantasías morbosas, algunos sueños, etc.

11.- ambiente desfavorable: hogar desorganizado o destruido.

12.- hipersensibilidad; hipersugestionabilidad.

13.- escasa tolerancia a la frustración.

14.- enfermedad crónica o dolorosa; deformidad física.

15.- marcada quiebra de la comunicación.

El pronóstico es más favorable en los casos "agudos", o sea cuando el intento aparece súbitamente, aunque se requiera una intervención activa y más rápida.

Debe tenerse en cuenta para los aspectos diagnósticos, pronósticos y de tratamiento, que si los familiares y amigos del niño tratan de comprender la situación, el paciente nunca

más intentará repetir ésta conducta; si ésto no sucede así, permanecerá como un suicida en potencia.

Litman sostiene que, en la mayoría de los casos, la posición del suicida en potencia es transitoria, a pesar de una minoría que manifestará repetidamente su intento.

Es importante señalar que, en la mayoría de los casos, no hay recaídas después de una recuperación.

Pruebas psicológicas.

Este inciso solo pretende señalar la necesidad de la investigación de claves diagnósticas, mediante las diversas pruebas psicológicas, para detectar diversas conductas suicidas en niños ya que la literatura especializada no consigna estudios dedicados a éste problema.

Todos los datos aquí presentados se refieren a adultos y adolescentes los cuales estaban internos en hospitales psiquiátricos.

Rorschach.- Appelbaum y Holzman (1962) demostraron que los pacientes psiquiátricos hospitalizados que usan tanto color como sombreado como determinantes al menos en una respuesta de Rorschach tienen mayores probabilidades de intentar o cometer suicidio que aquellos que no la dan. Estos autores demostraron que la respuesta de color-sombreado revela una falta de límites o de sensibilidad ante los estímulos emocionales.

En 1968, Appelbaum y Colson llegaron a resultados similares.

Bender.- Autores como Farberow, Shneidman, Freud, Jackson y Kubie han contribuido a establecer las características psicológicas que consistentemente van asociadas a la "personalidad suicida", especialmente en aquellos que ya han intentado el suicidio. Estas pueden reunirse en cinco grandes categorías: depresión, hostilidad reprimida dirigida hacia si mismos, conflictos de dependencia, constricción emocional y rigidez.

Una revisión de los escritos sobre la prueba de Bender sugirió ciertos patrones que cito a continuación:

a.) Depresión:

- tendencia a aplanar las líneas en la figura 6.
- rotación, en sentido manecillas del reloj en la figura A.
- rotación, en sentido manecillas del reloj en la figura 4.

b.) Hostilidad:

- inversión de la figura 3.
- rotación de la figura 3.

c.) Dependencia:

- dibujar de corrido la figura A.
- dibujar de corrido la figura 4.

d.) Constricción emocional:

- tendencia a reducir el tamaño de las figuras.
- colocar la figura A en la esquina superior izquierda del papel.

e.) Rigidez:

- colocación rígida de las figuras una debajo de otra.

Basándose en éstas premisas, Nawas y Worth aplicaron el Bender a un grupo de pacientes con intentos suicidas y a un grupo control -34 en total, todos pacientes psiquiátricos hospitalizados- pero la prueba no sirvió para diferenciar un grupo de otro.

MMPI.-

En un estudio de Devries y Farberow (1967), realizado con veteranos de hospitales neuropsiquiátricos, se trató de investigar qué conductas suicidas pueden distinguirse mediante las escalas del MMPI. Se determinó que las escalas Pa, Sc, Pt, Ma, Pd y D son las más eficaces para diferenciar entre los grupos suicidas (intento, amenaza y suicidio cometido) y los no suicidas.

Esta fue la primera vez que se pudo identificar suicidios cometidos de otros tipos de conductas suicidas y no suicidas. Los resultados mostraron que la conducta más fácilmente diferenciable es la de las amenazas, seguida de las no suicidas, intentos y suicidios cometidos, en ese orden.

IV. TRATAMIENTO

"La idea del suicidio ha salvado muchas vidas."

F. Nietzsche.

El tratamiento de los niños potencialmente suicidas comienza con una evaluación del riesgo involucrado. Las manifestaciones suicidas, de cualquier tipo, deben considerarse como conducta de emergencia y, siempre que sea posible, deben ser entrevistados los adultos responsables del cuidado del niño.

El paciente debe ser evaluado con bastante frecuencia.

El tratamiento involucra estimulación hacia una acción constructiva: control de los impulsos autodestructivos, así como el alivio de los elementos productores de conflicto en el medio. Desgraciadamente, es común la resistencia al tratamiento, tanto de parte del paciente, como de la familia, por lo que se debe tomar la mayor ventaja posible de la entrevista inicial, ya que es cuando, probablemente, la ansiedad de la familia alcance su máximo y la negación sea menos efectiva.

En general, estos niños requieren un programa temporal de apoyo e intervención activa en su vida hogareña, con frecuentes contactos y toma de decisiones. Las pruebas psicológicas no muy complicadas y una disminución de las situaciones de 'stress' (p.e., disminución de la asistencia al colegio) pueden estimular a un paciente deprimido, inactivo o desorganizado, a la actividad esperanzada.

Morrison y Collier han observado que casi todas las familias atendidas requirieron otros tipos de tratamiento posteriormente. Las referencias incluían psicoterapia colaborativa para los padres y el niño, hospitalización y referencias a agencias de trabajo social y tribunales para menores.

PSICOTERAPIA.-

En esta sección, dedicada al manejo psicoterapéutico del niño suicida, he incluido algunas opiniones de Frieda Fromm-Reichmann y Bellak y Small, por estimar que, aún cuando van dirigidas al tratamiento de adultos, no dejan de ser valiosas consideraciones en éste trabajo.

El psicoterapeuta.

Desde la primera entrevista, la actitud del psicoterapeuta debe ser firme y decisiva, esperanzada, mas no evasiva. Debe mostrarse interesado, pero no ansioso; no dar reaseguramientos locuaces ni unirse a los intentos del paciente de evitar o negar el tema principal.

Se recomienda el análisis exhaustivo de las propias reacciones del psicoterapeuta antes de tratar de esclarecer los factores que motivan la conducta suicida de su paciente.

El psicoterapeuta no debe presentarse en el rol omnipotente de aquel que está en posición para decidir, ya en el presente o en el futuro, sobre la vida o muerte del paciente.

Ya que los intentos suicidas se aceptan como equivalentes de una solicitud de ayuda, el psicoterapeuta tiene, necesariamente, que estar dispuesto a ver al paciente a cualquier hora.

Psicoterapia individual.

El primer paso es el establecimiento de la relación terapéutica, valiéndonos de todas las técnicas usuales: juego, arte, plástica, etc. A través de cualquiera de ellas debe estimularse al niño a manifestar sus sentimientos, así como sus deseos y necesidades.

Cualquiera que sea nuestro enfoque, debe incluir una investigación completa de la validez de las causas -conscientes e inconscientes- que producen el abatimiento, la infelicidad o la desesperación de estos pacientes y los intentos o fantasías suicidas.

Muchos pacientes no solo pretenden autodestruirse, sino que sus actos están dirigidos por impulsos hostiles contra alguna persona significativa en su vida. Frecuentemente, los pacientes tienen conciencia de esto y hasta pueden llegar a verbalizarlo. En los casos en que así sucede, pero no hay plena conciencia de lo que pretende lograr a través de este manejo, la primera estrategia a seguir es darle conciencia de todos los elementos destructivos que participan en su intento suicida.

Cuando se indica una psicoterapia intensiva como paciente externo, además de requerirse el establecimiento de una relación firme y rápida con el terapeuta, se necesita hacer interpretaciones, tan pronto como sea posible, en forma tal que el niño pueda comprender sus motivaciones.

Ya que el acto suicida del niño se considera no solo como un acto agresivo a su objeto, sino también como un intento de volverlo a ganar -independientemente de la categoría diagnóstica-, el tratamiento debe centrarse en el reforzamiento de relaciones objetales, dado que el motivo psicodinámico primario es una pérdida real o imaginaria.

Si la psicodinamia es clara, podemos utilizarla como una guía en el tratamiento, p.e., para recanalizar la agresión que se ha vertido hacia dentro y explorar y aliviar los temores de abandono, etc.

En muchos casos, el niño mejora aún cuando la dinámica no pueda entenderse. Este hecho tiende a apoyar la observación de Lippman: "en la psiquiatría infantil, el terapeuta funciona, no ayudando al niño a elaborar sus conflictos, sino más bien, ayudándolo a vivir con ellos."

Además, en la psicoterapia individual siempre se deberá informar a los padres y a las personas que rodean al niño del riesgo de la situación y éstos deben ser considerados cuando tratemos de gratificar algunas de las necesidades instintivas

del niño. También, deberá explicárseles, a quienes sean responsables del cuidado del niño, los sentimientos que el mismo está intentando expresar mediante sus actos o fantasías suicidas.

William C. Ackerly resume las metas que deben prevalecer en la psicoterapia de los niños suicidas:

10. modificar el sistema de proyección-introyección para que el niño pueda adquirir identificaciones sanas con figuras más positivas.
20. fomentar en el niño la idea de que el mundo no solo está lleno de elementos devastadores y destructivos.
30. modificar el superyó arcaico del niño para que no esté esperando continuamente el abandono como venganza y castigo por su ira y odios asesinos.
40. ayudar al niño a disminuir las catexias de su self ideal.
50. modificar sus esperanzas narcisistas e inhibir y tratar de cambiar su respuesta oral-agresiva ante las frustraciones y desilusiones.

Debo señalar que todas las consideraciones previamente establecidas se ven facilitadas, al menos parcialmente, por un tratamiento simultáneo a la madre y/o al padre para que éstos modifiquen sus actitudes y percepciones hacia el niño. Esta medida ideal contribuiría grandemente al éxito de la psicoterapia individual.

Psicoterapia familiar.

Cuando se ha seleccionado la psicoterapia familiar como medida de tratamiento, en el caso de un niño con conducta suicida, ésta se basará en el supuesto de que tal crisis involucra no solo al paciente, sino a toda la constelación familiar y tratará de mostrar las interacciones que se dan en la misma, a través del funcionamiento individual de cada miembro.

Si se integra un equipo terapéutico, éste atenderá a la familia tan pronto como sea necesario, con el propósito de

calmar la crisis.

Generalmente, se considera que un total de 1 a 8 entrevistas terapéuticas resultan suficientes. Morrison y Collier reportan que, en la mayoría de los casos, el programa terminó después de 3 o 4 entrevistas.

El objetivo de la primera entrevista es identificar la situación externa que provocó la crisis y visualizar los síntomas presentes en la dinámica familiar. Así, se hace evaluación de cada uno de los miembros de la familia y de la comunicación necesaria para dar el mínimo de apoyo al niño afectado.

La entrevista inicial no debe limitarse a un tiempo determinado y, al final de la misma, debe formularse una definición de la problemática del niño y de la familia, en términos tales, que pueda ser bien recibida por todos los miembros de la familia, así como por los integrantes del equipo terapéutico.

Ya que los intentos suicidas, especialmente en los niños, frecuentemente son acciones espontáneas e impulsivas, la inaccesibilidad a armas o drogas puede determinar la diferencia entre una amenaza y una acción más lamentable. Por ésta razón, se deben hacer sugerencias concretas a los padres sobre cómo proteger su niño en una forma responsable y realista. Dichas medidas pueden ser: 1o. retirar de la casa cualquier arma que pudiese traer consecuencias mortales, tales como revólveres, colecciones de espadas, etc.; 2o. guardar los medicamentos u otras drogas lejos del alcance del niño, o en un botiquín y solo en proporciones no letales.

Además, debe instruirse a la familia para que desalienten cualquier apego fuerte, continuo o morboso a familiares o animales muertos, así como las visitas frecuentes a cementerios, o los rezos por un difunto, todo lo cual puede estimular las fantasías de reunión en el niño.

En todos los casos, debe decirse a la familia que el equipo terapéutico estará dispuesto a recibir sus llamadas te-

lefónicas en cualquier momento.

Hospitalización.

La hospitalización del niño depende de la evaluación que haya hecho el terapeuta, del ambiente hogareño y de su adecuación para responder a las necesidades del paciente.

Cuando se recomienda la hospitalización como auxiliar al tratamiento psicoterapéutico, ésta no tendrá que ser, necesariamente, por mucho tiempo. Quizás hasta una semana pueda ser beneficiosa para reducir la desesperación del paciente, de la familia y, probablemente, también la del terapeuta, además de brindar, tanto al paciente como a la familia, un pequeño receso.

Las ventajas de la hospitalización son:

- 1.- alejar al niño de las situaciones productoras de conflicto que pudieron haber ocasionado la conducta.
- 2.- facilitar la observación y evaluación del caso.
- 3.- proporcionarle la protección y el cuidado de médicos y enfermeras, mientras se trabaja en una rigurosa psicoterapia, manifestándole que está siendo ayudado y que sus problemas se están tomando en cuenta con la debida seriedad.
- 4.- probablemente, ésta medida estimulará al niño a aceptar la relación terapéutica y el tratamiento en si.
- 5.- evitar la repetición de los ataques autodestructivos.

En casos menos peligrosos, en los cuales no se hace necesaria la hospitalización, sino que solo se requiere un alejamiento del medio actual, pueden aconsejarse, visitas a familiares por temporadas cortas o prolongadas, reclusión en un internado, guardería o instituciones similares.

Servicios de emergencia.

Foncerrada y colaboradores sugieren la creación "dentro de los servicios de urgencias, a donde habitualmente acuden éstos pacientes, de un ambiente que se caracterice por actitu-

des de interés y respeto hacia ellos, lo que solo se logra coordinando las intervenciones del personal médico y paramédico, y aún administrativo, por medio de una clínica de suicidio. Se pretende con ello cortar expresiones morbosas de rechazo, burla, sensacionalismo y otras que pueden ser obstáculo importante para la comprensión del problema y para la creación de una relación terapéutica útil, tanto con el paciente como con sus familiares."

El medio escolar.

Ya que el suicidio en escolares es una de las facetas sobresalientes del problema, deben tomarse medidas terapéuticas en el ámbito escolar, especialmente a través de la instrucción conjunta de padres y maestros. Sadger, en 1910, habló de las posibilidades profilácticas de tal práctica.

Sabemos bien que no se puede culpar directamente ni a la escuela ni a los maestros por la conducta suicida de un niño, puesto que la misma tiene sus raíces en la estructura dinámica familiar; mas, como el niño transfiere las imágenes paternas a sus maestros, surgen grandes oportunidades terapéuticas a nivel escolar.

Sadger también señaló que la escuela debe tomar más en consideración el hecho de que los niños están en un periodo de gran necesidad de amor y que debe mostrárseles una cierta amistad de tipo humana, aunque solo sea de caracter externo.

Freud (1910) enfatizó que, en éste periodo de distanciamiento de los padres, la escuela debe proveer bases sólidas para el establecimiento de relaciones posteriores, representando solo la transición de la vida hogareña a la vida adulta.

Además, Freud sugirió que los maestros no tomasen los problemas escolares con tanta seriedad y que mantuviesen siempre una actitud de superioridad benevolente, tratando de comprender ambos aspectos -tiernos y hostiles- de la transferencia para evitar que disminuyera su autoridad ante el niño o

ante el grupo.

Así, pues, no debe olvidarse lo ya advertido por Federn: en una constelación conflictiva, "un insignificante incidente de la vida escolar puede ser el empujón final" hacia el suicidio.

Fürtmuller considera que el suicidio en los niños de edad escolar no solo debe enfocarse desde el punto de vista psicológico, sino también desde el punto de vista social. "La escuela no es tan culpable debido a sus maestros individuales, sino como una institución global."

Otras indicaciones terapéuticas.

Morris y colaboradores, de Denver, Colorado, señalan que, dado el hecho de que solo un reducido porcentaje de los que intentan suicidio siguen el tratamiento, utilizar enfermeras visitantes, capaces de establecer una relación significativa con el paciente, proporciona cambios importantes en la vida de éstos.

Considero, como psicólogo y partidario de la psicoterapia, que debe evitarse, hasta donde sea posible, el uso de medicamentos. En los casos en que sea una medida indicada, nunca deberán usarse barbitúricos. Las autoridades en la materia condenan tal práctica porque ya se han dado casos de pacientes que, al excederse en las dosis, mueren sin realmente proponérselo.

Además, si se prescriben medicamentos, deben tomarse las precauciones contra las acumulaciones secretas, encargándole su administración a un adulto responsable.

Bellak y Small estiman que, "en principio, en el tratamiento de los casos en los cuales hay riesgo suicida, los procedimientos indicados son los mismos que los que se siguen en el manejo de las depresiones."

Los mismos autores manifiestan que "ante un cuadro clínico de insomnio, temor, fatiga, irritabilidad, pérdida de intereses, pérdida de apetito y de peso y sentimientos de autode-

valuación, el terapeuta no debe vacilar en preguntar al paciente si tiene ganas de suicidarse, ya que tal interrogación directa puede hacer que la idea suicida se haga consciente mucho tiempo antes de que esto ocurra en el curso ordinario de los sucesos."

Deben tomarse precauciones especiales durante el periodo de recuperación, cuando el paciente deprimido parece estar haciendo grandes avances en su tratamiento y se le restituye a una carga normal de stress y conflicto. Estudios de suicidios exitosos muestran que un gran número de éstos se presentan durante el periodo de aparente recuperación y es aconsejable tomar dichas precauciones al menos durante 3 meses después de la 'reactivación' del paciente.

Oppenheim (1910) opinaba que el suicidio quizás no sea un problema que pueda solucionarse tomando solo en consideración al individuo, puesto que es un fenómeno de masa, por lo que, en nuestro esfuerzo por entenderlo, debemos tomar en cuenta las condiciones de tiempo y lugar en las cuales se presentan.

CONCLUSIONES

El concepto de muerte surge muy tempranamente en el niño. Es muy probable que desde los 3 o 4 años ya advierta que va a morir. Esta idea resulta muy dolorosa, razón por la cual el niño elabora diversas y múltiples defensas, todas las cuales tienden a negar pensamiento tan doloroso.

Las fantasías de una vida extraterrena en un lugar maravilloso parecen surgir en los niños independientemente de las enseñanzas religiosas y de la clase social o cultural a la que pertenezcan.

Generalmente, el niño logra una explicación lógico-causal de la muerte como resultado de un proceso natural entre los 9 y 10 años.

El suicidio en niños es un hecho poco frecuente, mas no reciente. Desde el siglo XVI ya Montaigne habló de él y los datos estadísticos se remontan a Prusia, 1780.

Las estadísticas sobre el particular deben tomarse con reservas dado el gran número de casos que pasan por accidentes y las limitaciones propias del niño -no dejan notas suicidas ni tienen acceso al uso de armas letales- todo lo cual contribuye a oscurecer éste problema. La medida más adecuada es el estudio directo de los casos individuales.

El niño toma conciencia de si mismo a través de la introyección e identificación de las actitudes de las figuras paternas o de quienes funjan como tales. Si éstas figuras son débiles, rechazantes o lo abandonan por una u otra causa, el niño desarrollará un concepto devaluado de si mismo. La gran dependencia que lo liga a los padres no le permite agredirlos en forma directa por lo que prefiere volcar su ira hacia si mismo, de lo cual resultan las conductas autodestructivas o suicidas, dependiendo de los distintos factores motivantes.

En algunos casos se ha observado interacciones inconscientes madre-hijo: si las madres rechazan al niño, éstos se com-

portan mal para obtener sus atenciones, lo cual provoca que éstas reprueben sus acciones, todo lo cual facilita el manejo autoplástico de la agresión en el pequeño.

La conducta suicida a la vez que manifiesta agresión y odio hacia los objetos anteriormente amados, implica un intento desesperado de volver a lograr el afecto que necesita el sujeto.

El suicidio, en cualquier etapa de la vida, presenta fuertes connotaciones mágicas a través de un deseo de venganza, de reducir la culpa, como un mecanismo contrafóbico o de identificación cósmica. Todas éstas variantes llevan la fantasía inconsciente de alcanzar otra vida o de presenciarse el castigo infligido a los causantes de la decisión suicida.

Las ideas inconscientes de inmortalidad no solo aparecen en los niños y en las sociedades primitivas, sino aún en el hombre moderno. Esto puede verse en la diversidad de sistemas religiosos y filosóficos que ha elaborado.

Entre la gran constelación causal de la conducta suicida pueden señalarse factores de índole constitucional: hipersensibilidad, sugestionabilidad, patología psicológica o física relacionada y perturbaciones en el desarrollo; de orden social y ambiental: pérdidas y situaciones estresantes; depresión como afecto básico, especialmente autodevaluación y sentimientos de soledad; correlatos conductuales: agresividad, impulsividad, perversiones y pensamiento mágico.

No se han encontrado relaciones directas entre suicidio y herencia. Es más aceptable explicarlo en términos de los efectos de la sugestión por imitación e identificación.

También se han señalado factores escolares, alta incidencia en determinadas épocas del año y horas del día, fantasías de reunión intrauterina, etc.

El riesgo suicida no disminuye sino que, al contrario, aumenta cuando el paciente habla abiertamente del mismo. El mismo se hace más frecuente cuando el paciente comienza a depri-

mirse o cuando se está recuperando de una depresión.

Los intentos suicidas deben evaluarse en función de las fantasías de rescate y no por ésto ser subestimadas.

El pronóstico de la conducta suicida está determinado por una pluralidad de variables, pero el factor más relevante es la actitud que adopten las personas encargadas del chico, las cuales pueden extinguir o fomentar dicha conducta.

Las pruebas psicológicas apenas comienzan a alcanzar la validez suficiente para predecir conductas suicidas, haciéndose necesaria la investigación especializada en el caso de los niños.

El tratamiento de éstos niños requiere evaluación frecuente, apoyo e intervención ambiental. El psicoterapeuta, necesariamente, tiene que estar dispuesto a ver al paciente en cualquier momento.

Sin menospreciar los logros de la psicoterapia individual, me inclino por el enfoque familiar ya que, en la gran mayoría de los casos, el conflicto alcanza tales proporciones y el niño suicida no sería más que una manifestación sintomática de tal situación.

Se recomienda la hospitalización, servicios de emergencia, manipulación del medio escolar, programas de salud mental a nivel social, conferencias, etc.

BIBLIOGRAFIA

1. Ackerly, William C. "Latency-age children who threaten or attempt to kill themselves." Journal of American Child Psychiatry. Vol. 6 No. 2 April, 1967. pp. 242-61.
2. Anthony, Sylvia. The child discovery of death. New York, Harcourt, Brace, 1940.
3. Appelbaum, S.A. and Colson, D.B. "A reexamination of the color-shading Rorschach test response and suicide attempts." Journal of Projective Techniques & Personality Assessment. Vol. 32 Oregon, 1968. pp. 160-4.
4. Beckett, P.G.S. and Bleakley, T.H. A teaching program in Psychiatry. Vol. 1: Schizophrenia, Paranoid Conditions, Depression. Wayne State University Press. Detroit, 1968. pp. 125 - 217.
5. Bellak, L. and Small, L. Psicoterapia breve y de emergencia. Tr. de Mauricio González de la Garza. Editorial Pax-México, Librería Carlos Cesarman, S.A. México, 1969. Pág. 139-56.
6. Camus, Albert. El mito de Sísifo. El hombre rebelde. Tr. de Luis Echávarri. 5a. ed. Editorial Losada. Buenos Aires, 1967. Pág. 12 - 56.
7. Cutter, F.; Jorgensen, M. and Farberow, N.L. "Replicability of Rorschach signs with known degrees of suicidal behavior." Journal of Projective Techniques & Personality Assessment. Vol. 32 Oregon, 1968. pp. 428-33.
8. Devries, A. and Farberow, N.L. "A multivariate profile analysis of MMPIs of suicidal and nonsuicidal neuropsychiatric hospital patients." Journal of Projective Techniques & Personality Assessment. Vol. 31 Oregon, 1967. pp. 81-4.
9. Ekstein, Rudolf. Psicosis Infantil. Tr. de Raquel S. de Taylor. Editorial Pax-México, Librería Carlos Cesarman, S.A. México, 1969. Pág. 153-64; 401-66.
10. Fast, I. and Pawl, J.H. "The sense of being dead and of dying: some perspectives." Journal of Projective Techniques & Personality Assessment. Vol. 34 Oregon, 1970. pp. 190-3.
11. Ferenczi, Sandor. "El niño no deseado y su instinto de muerte.", en Problemas y Métodos del Psicoanálisis. Tr. de Mario Carlisky. 1a. ed. Editorial Paidós. Buenos Aires, 1966. Pág. 89 - 94.

12. Focerrada, M.; Parada, R. y Montiel, V. "Conducta suicida en el niño." Trabajo que será presentado en el V Congreso Mundial de Psiquiatría que se llevará a cabo en ésta ciudad del 28 de noviembre al 4 de diciembre. México, D.F., 1971.
13. Freud, Sigmund. "La aflicción y la melancolía." (1917). Tr. de Luis López Ballesteros y de Torres. Obras Completas. Tomo I. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid, 1967. Pág. 1075-82.
14. _____ "Contributions to a discussion on suicide." The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. Translated from the german under the general editorship of James Strachey in collaboration with Anna Freud. Vol. XI (1910). The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis. London, 1957. pp. 231-2.
15. _____ "Some reflections on schoolboy psychology." Vol. XIII (1913-4). pp. 241-4.
16. Fromm-Reichmann, Frieda. Principles of intensive psychotherapy. Phoenix Books. The University of Chicago Press. Chicago, 1967. pp. 197 - 200.
17. Glaser, K. "Attempted suicide in children and adolescents: psychodynamic observations." American Journal of Psychotherapy. No. 19 1965 pp. 220-7.
18. Grow, B.; Schwartz, A.; Grinder, D.H. "Psychological autopsy in 2 cases of reported suicide in early adolescence." American Journal of Orthopsychiatry. Vol. 40 No. 2 January, 1970. pp. 339-40.
19. Kanner, Leo. Child Psychiatry. Charles C. Thomas Publisher. 4th. printing. Baltimore, 1946. pp. 508-10.
20. Mendizábal, Antonio. "El suicidio y algunas relaciones con la identificación proyectiva." Cuadernos de Psicoanálisis. Asociación Psicoanalítica Mexicana, A.C. Pág. 17 - 21.
21. Menninger, Karl A. Man against himself. New York, Harcourt, Brace, 1938.
22. Milner, Marion. "A suicidal symptom in a child of three." The International Journal of Psychoanalysis. Vol. XXV. Parts 1 & 2. 1944. pp. 53 - 61.
23. Morris, J.; Selkin, J. and Yost, J. "A home treatment by an indigenous professional, the visiting nurse, with a group of adolescents who have attempted suicide." American Journal of Orthopsychiatry. Vol 40. No. 2 January, 1970. pp. 340-2.



24. Morrison, G.C. and Collier, J.G. "Family treatment approaches to suicidal children and adolescents." American Journal of Child Psychiatry. Vol. 8. No. 1. January, 1969. pp. 140-53.
25. Nawas, M. and Worth, J. "Suicidal configurations in the Bender-Gestalt." Journal of Projective Techniques & Personality Assessment. Vol. 32. Oregon, 1968. pp. 392-4.
26. Numberg, H. and Federn, E. "A report on Dr. Baer's publication Suicide in Childhood, (Leipzig, 1901.) followed by a discussion of suicide in general." Translated by M. Numberg. Minutes of the Vienna Psychoanalytic Society. 104 Scientific Meeting on April 20, 1910. Vol. II: 1908-10. Min. 54A - 112. New York, I.U.P., Inc. 1967. pp. 479-97.
27. Otto, U. "Suicidal attempts made by children and adolescents because of school problems." Acta Paediat. Scand. Vol. 54. 1965. pp. 348-56.
28. Patrick, J.H. and Overall, J.E. "Multivariate analysis of clinical rating profiles of suicidal psychiatric inpatients." Journal of Projective Techniques & Personality Assessment. Vol. 33. Oregon, 1969. pp. 138-45.
29. Reca, Telma. Psicoterapia en la infancia. Biblioteca de Psiquiatría, Psicopatología y Psicopatología. 2a. ed. ampliada. Editorial Paidós. Buenos Aires, 1963.
30. Schrut, Albert. "Suicidal adolescents and children." Journal of American Medical Association. Vol. 108. June, 1964. pp. 1103-7.
31. Shaw, Ch. and Schelkun, R. "Suicidal behavior in children." Psychiatry. Vol. 28. No. 2 May, 1965. pp. 157-68.
32. Shneidman, E.S. and Farberow, N.L. Clues to suicide. Mc Graw Hill. New York, 1957. pp. 131-41.
33. Spitz, René A. El primer año de vida del niño. Tr. de Pedro Barcelo y Luis Fdez. Cancela. Editorial Aguilar. 1a. reimpresión. Madrid, 1968. Pág. 46 - 59; 85 - 116.
34. Stearns, Warren. "Cases of probable suicide in young persons without obvious motivation." J. Maine Med. Assn. Vol. 44. 1953. pp. 16 - 23.
35. Wahl, C.W. "Suicide as a magical act." Bulletin of the Menninger Clinic. Vol. 21. No. 3. May, 1957. pp. 91-8.

