

01962



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

1
207

FACULTAD DE PSICOLOGIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

PENSAMIENTOS E INTENTOS SUICIDAS EN
LA ADOLESCENCIA. ESTUDIO DE CASO.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

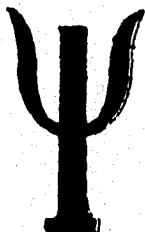
MAESTRA EN PSICOLOGIA CLINICA

P R E S E N T A :

MIRELLA ABOU ATME ATME

DIRECTOR DE TESIS: DRA. LUISA ROSSI HERNANDEZ

Jurado: Dra. Rosa Korbman Chjetaite
Dr. José de Jesús González Núñez
Mtro. Samuel Jurado Cárdenas
Mtro. Jorge R. Pérez Espinosa



MEXICO, D.F.

1996

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

A ti mamá, con admiración y cariño, por haberme enseñado, que con esfuerzo y dedicación se pueden lograr todas las metas. Gracias por ser siempre una gran mujer y una madre maravillosa.

A ti papá por ser un ejemplo de rectitud y honestidad y por tener todos los valores humanos que te hacen ser una gran persona. Gracias por apoyarme.

A mi hermano Simón por ser mi compañero desde niños y haber compartido momentos importantes de nuestra vida. Gracias por tu paciente ayuda para esta tesis.

A mi abuelita, mis tíos y primos por el apoyo incondicional que he recibido de ustedes cuando lo he necesitado, por su cariño y por ser una familia tan unida.

A Gerardo con todo mi amor. Gracias por tu apoyo para realizar esta tesis. Gracias por tu cariño, por compartir conmigo mis ilusiones y hacerme tan feliz.

A Roberto Gaitán por todo el tiempo en que me has apoyado para seguir creciendo como persona y profesionalista y por ser un gran ejemplo a seguir.

A Luisa Rossi por tu invaluable ayuda tanto para la realización de dicha tesis así como a todo lo largo de la maestría. Gracias por compartir conmigo tus conocimientos y tu entusiasmo y por ser una lindísima persona.

A mis maestros y amigos con quienes he aprendido tanto y he vivido grandes momentos. Gracias por su valiosa amistad.

INDICE

Introducción	1
Capítulo 1: La Adolescencia	4
1.1. Generalidades	5
1.2. Etapas de la Adolescencia	16
1.3. Problemática de la Adolescencia	29
Capítulo 2: El Suicidio	35
2.1. Antecedentes	36
2.2. El Suicidio y su Psicodinamia	40
2.3. Conductas Autodestructivas como Actos Suicidas Inconscientes	51
2.4. El Suicidio en la Adolescencia	58
2.5. Tratamiento	70
Capítulo 3: Metodología	83
3.1. Planteamiento del Problema	84
3.2. Objetivos	85
3.3. Hipótesis	85
3.4. Variables	86

3.5. Población	87
3.6. Diseño de la Investigación	88
3.7. Nivel de la Investigación	88
3.8. Procedimiento	88
3.9. Análisis de Datos	89
3.10. Presentación del Caso	89
3.11. Análisis de Resultados	153
Conclusiones	176
Bibliografía	184
Anexo	

INTRODUCCION

No existe drama más terrible dentro de la realidad humana que aquel que hace al individuo abandonar sus deseos de vivir para cambiarlos por la desconocida alternativa de la muerte.

A través de los tiempos hemos conocido de diversos casos de suicidio, sin embargo pareciera que en nuestra época podemos observar que este fenómeno forma parte de generaciones más jóvenes e incluso de niños en algunas culturas.

Dada la importancia de este problema tanto para el individuo como para aquellos que lo rodean, hemos querido profundizar en los motivos que llevan a que una persona atente contra su vida, desde una perspectiva psicodinámica.

A través de la siguiente investigación conoceremos algunos de los aspectos más relevantes del suicidio; ¿Qué es?, ¿Quiénes lo cometen?, ¿Cuáles son los factores predisponentes y precipitantes más significativos estudiados por la ciencia?, ¿Qué se ha observado durante los tratamientos de personas en riesgo de autodestruirse? y ¿Cómo podemos utilizar las herramientas terapéuticas en la prevención del suicidio y la disminución de los deseos del mismo?

Para estos fines se presentará el análisis de un caso clínico, durante un año de tratamiento, a través de un diseño preexperimental de una sola medición, tipo ex post facto que tendrá como propósito resaltar los aspectos más relevantes del fenómeno del suicidio en un paciente adolescente.

Del mismo modo, conoceremos a fondo las características de la adolescencia en sus diferentes etapas, el riesgo de suicidio de acuerdo al nivel de salud mental de los individuos de estas edades, así como las

distintas aproximaciones terapéuticas recomendables para manejar esta problemática tan delicada.

Con ello conoceremos a fondo la dinámica del paciente adolescente con ideación e intento suicida, así como las alternativas de intervención terapéutica, recomendables para poder rescatar de la desesperanza a más jóvenes que aún se encuentran en el inicio de sus vidas.

CAPITULO 1
LA ADOLESCENCIA

1.1. GENERALIDADES

En la realización de este estudio consideraremos el periodo de la adolescencia como aquel que cubre la transición entre la infancia y la edad adulta, tomando en cuenta el plano somático y psíquico comprendido entre los 12 y los 21 años. Muchos son los autores que han estudiado la adolescencia y han descrito sus características y durante este capítulo mencionaremos a los más importantes. De acuerdo con Aberastury, A. (1991) la adolescencia "se caracteriza por ser un proceso de crisis, principalmente de identidad, que deberá llevar finalmente al individuo a un pensamiento adulto".

A la serie de fenómenos biológicos que se inician con la maduración de las glándulas y terminan con el desarrollo pleno de los caracteres sexuales secundarios se le conoce como pubertad. Esta madurez física y sexual, acompañada por la habilidad para procrear, activa un proceso que continúa a través de la adolescencia. Utilizamos el término adolescencia para referirnos propiamente al desarrollo desde el punto de vista psicológico. Esta es un proceso de experimentación, reorganización e integración del desarrollo psicológico basado dentro de un nuevo contexto de madurez sexual y física.

"Un cambio en la autoimagen corporal y una reevaluación de la identidad a la luz de nuevas capacidades y sensaciones físicas son dos de las consecuencias psicológicas del cambio en el estado físico. Cuando el adolescente se incluye en el mundo con el cuerpo ya maduro, la imagen que tiene de sí mismo ha cambiado y necesita adquirir una ideología que le

permita su adaptación al mundo o su acción sobre él para cambiarlo" (Steimberg, G., 1989, pp. 41).

Dentro de los cambios que necesita realizar, hay algunos correspondientes al mundo interno del chico. "Los deseos y fantasías prepuberales fueron sanos y aceptables antes de la madurez sexual, pero estos mismos deseos y fantasías llevarán de la pubertad en adelante un nuevo significado incestuoso. La normalidad o patología pasada será ahora experimentada como una normalidad o patología sexual. El cuerpo, que hasta la pubertad fue experimentado como portador pasivo de necesidades y deseos, ahora llega a ser la fuerza activa en la fantasía, y en la conducta sexual y agresiva" (Laufer, Moses y Eglé, 1984, pp 4).

Se puede considerar a la adolescencia como una nueva oportunidad para la organización de la personalidad, por lo que ha sido considerada la segunda edición de la infancia.

Blos, P. (1971) describe a la adolescencia como "la suma total de los intentos por ajustarse a condiciones internas y externas; una necesidad urgente de enfrentarse a otras nuevas, evocando modos de conducta que ya habían jugado un papel importante durante el desarrollo psicosexual infantil". Lo considera también como un segundo periodo de individuación (Mahleriano) y piensa que es una continuación de la fase edípica en la que surge de nuevo la búsqueda de relaciones objetales que deberán ser distintas a aquellas que predominaron en las fases anteriores, es decir deberá para ello desprenderse de los objetos de amor infantiles.

El adolescente vive en un estado de ambivalencia; ser niño o adulto, ser dependiente o independiente, etc. "Este proceso de existencia, obliga al Yo a realizar una difícil labor de integración. En virtud de que se presenta un

resurgimiento de las energías psicosexuales, el Yo debe dominar los primitivos conflictos infantiles y unificarlos dentro de las funciones de personalidad adulta" (González Nuñez, J., 1993)

De acuerdo con el Dr. Santiago Ramírez (1981), toda edad tiene su problemática y ésta es el resultado de contradicciones evidentes entre las potencialidades biológicas inherentes a ella y las posibilidades que la cultura brinda para satisfacerlas. "El adolescente, hombre o mujer se encuentra en el umbral de una plena realización desde el punto de vista biológico; la limitación socioeconómica que la cultura le impone hace que la distancia que hay entre la posibilidad y logro sea mayor.

El adolescente percibe dentro de sí una biología capaz de expresarse en tareas fecundas y creadoras, en todas las gamas de la participación social y también en la procreación y encuentra una sociedad que le pide postergar sus necesidades por una década o más.

El adolescente es un sujeto que desea encontrar un marco, una identidad y pertenencia a un lugar que lo defina o integre. Quiere "una identidad que le permita emplear las funciones ejecutoras del Yo para brindarlas oportunamente a la realización de un esquema, programa o plan dentro de los cuales pueda obtener seguridad; búsqueda de identidad en cuanto al papel sexual y a la integración intelectual y económica.

El adolescente desea una filiación con la que obtenga la seguridad de la que biológicamente carece; un grupo dentro del cual pueda sin menoscabo de su integridad, satisfacer necesidades pasivas y de dependencia; un grupo a través de cuya estricta y consistente acotación pueda encontrar los valores tras los que navega" (Ramírez, S., 1981, pp. 70).

De acuerdo con Josselyn, I. (1971), en la adolescencia se muestra un conflicto ambivalente hacia la dependencia. Esta fase de la vida se caracteriza por una lucha por obtener independencia. La adultez es el logro de independencia de los controles parentales y sus juicios, con una convicción del derecho de pensar y actuar por auto motivaciones más que por el dictamen de otros. Típicamente el adolescente no ve la meta de lograr independencia como algo que se aprende gradualmente, sino que concibe que puede aprender sólo actuando.

Frecuentemente su concepto de ser independiente es hacer lo que no hizo en la infancia debido a su dependencia con respecto a los padres. Su conducta, expresando un abandono de la niñez, es un gesto de independencia más que una independencia real. Por lo poco sólido de las conceptos en que se basan, a menudo se exponen a sí mismos a situaciones incapaces de controlar o que teme no poder controlar, por lo que se asustan de su propia independencia. Habiéndose excedido, busca de nuevo seguridad volviendo hacia la relación dependiente con sus padres; primera fuente de protección. Esto es un golpe severo para su orgullo, por lo que otra vez debe negar su necesidad de los padres (Josselyn, I., 1971).

"Sólo la madurez le permitirá más tarde al adolescente aceptar ser independiente dentro de un marco de necesaria dependencia. Pero al principio se moverá entre el impulso al desprendimiento y la defensa que le impone el temor a la pérdida de lo conocido"(Steimberg, G., 1989, pp. 41).

Cuando se llega a la pubertad, los impulsos sexuales alcanzan una mayor intensidad y provocan nuevas demandas en el joven, creándole conflictos. "Es un período de contradicciones, confusión, ambivalencia y dolor caracterizado por fricciones con el medio familiar y social. El joven

entra en un período de crisis normal que tardará varios años en resolver. Por su necesidad de independencia, a estos problemas se añade la falta del apoyo de los padres, de los cuales el adolescente tiende a separarse. El adolescente se irá desilusionando paulatinamente de sus objetos primarios e irá idealizando a algunos otros externos con los que se relacionará y con las que podrá identificarse temporalmente. Esta separación implica también un proceso de duelo. Existe una lucha por la identidad contra el medio y contra las propias tendencias a permanecer en lo establecido" (Arieti, S y Bemporad, J, 1978, pp 203-209).

Es común que en la adolescencia, debido a una serie de cambios internos y duelos, después de la pubertad, se experimenten muchas y muy variadas emociones, entre ellas un estado de ánimo parecido al de la depresión. Es por ello difícil diferenciar una verdadera depresión del estado de tristeza pasajero que llega a presentarse.

Es la época en la cual el adolescente rompe con todo aquello que lo ata al pasado, es decir la infancia, para de este modo forjar una nueva imagen del sí mismo. Este proceso le llevará tiempo y mientras logra construir su nuevo ser, va quedando en él una honda sensación de vacío difícil de llenar.

Las pérdidas del adolescente son múltiples y simultáneas. De acuerdo con A. Aberastury (1991), el adolescente realiza tres duelos fundamentales:

1. *Cuerpo infantil perdido:*

Origen fisiológico de proceso, en el cual el niño se ve recubierto con nuevas formas y funciones que aún no reconoce como propias y que van más allá de su voluntad.

Sobre ello un profesor de educación media, dice poetizando: " Se confunde el adolescente al despertar cada mañana en un cuerpo nuevo. Se confunden el padre y la madre al despertar cada día con un niño nuevo en un cuerpo apenas conocido".

Aquí también se tendrá que aceptar el pertenecer a un sólo sexo, definirse hombre o mujer para toda la vida; duelo por la bisexualidad perdida.

2. *Duelo por la identidad y rol infantil:*

De pronto ya no se es niño, por lo que hay que aceptar obligaciones nuevas y dejar de lado la dependencia hacia los adultos. Es en estos momentos la lucha entre el hijo y los padres, el ser grande para algunas cosas y chico para otras.

3. *Duelo por los padres de la infancia:*

La relación con los padres cambia y surge la necesidad de independencia y nuevas relaciones significativas fuera de casa. Observa los trabajos y deberes de los mayores y piensa que tendrá que llegar a adulto y cargar también con esos problemas. Compara su flaqueza con la tarea que le espera y siente mucho miedo de su existencia. Desde que entran en la pubertad, los muchachos dejan de permitir que los padres los acaricien, pero siguen deseando muestras de ternura, aunque les de vergüenza pedirías. En ocasiones piensan que ya no se les quiere como antes y eso los entristece".

Transitoriamente el adolescente vivirá un proceso de duelo, es decir una reacción dolorosa frente a las pérdidas que ha sufrido en su personalidad. De acuerdo con Klein, M. (1969), "en el adolescente se reeditan vivencias del pasado en relación con los orígenes de los patrones

depresivos del primer año de vida. Así como el bebé se ve obligado a dejar su estado narcisista omnipotente y a aceptar su desamparo y dependencia reales por las inevitables frustraciones de la vida (siendo esto el prototipo de una posterior depresión), en el adulto, todo golpe a su autoestima, desencadena una reacción depresiva".

La depresión es otra de las características típicas del factor adolescente, la diferencia entre ambas, duelo y depresión, es la duración prolongada y la pérdida de autoestima que sólo se presenta en los estados depresivos. Son comunes en la adolescencia las regresiones narcisistas. Es probable que una depresión la manifiesten en términos de tristeza, agitación, agresión, sentimientos de inutilidad, de pesimismo, de culpabilidad, de humillación y de aislamiento.

Es común ver que los adolescentes padecen de aburrimiento o desinterés difícil de movilizar, situaciones observables en una persona deprimida. "Las situaciones psicodinámicas características de los procesos de la adolescencia son casi los mismos que conducen a la depresión: duelo, pérdida de objeto, narcisismo, fijaciones orales, ambivalencia y agresividad" (Isalas López, M., 1988).

De acuerdo con Winnicott, D. (1972) el proceso de crecimiento en la adolescencia conlleva el contenido de muerte. "Crecer significa ocupar el lugar del padre, y en la fantasía inconsciente equivale a un acto agresivo, es decir, existe la muerte de alguien para que él pueda madurar y adquirir la categoría de adulto". Esta puede ser la explicación de algunas tendencias autodestructivas en el adolescente motivadas por la culpa que implica crecer.

"Ante las fuertes demandas del Ello y debido a todos los desafíos que ha de enfrentar, podemos asegurar que el Yo del adolescente durante este proceso es más débil que el del niño" (Guarner, E., 1984). Lo mismo sucede con el Superyó, puesto que aunque por una parte ha logrado establecer sus fundamentos, en esta edad se abandonan casi totalmente las normas inculcadas por los padres en búsqueda de la propia identidad. Con esta misma finalidad el adolescente busca nuevos grupos, es rebelde y confronta con el exterior todo lo aprendido en casa.

Anna Freud (1979) ha descrito los patrones típicamente usados en la adolescencia como medio de defensa contra los impulsos pregenitales y genitales y contra los objetos de dependencia infantiles destacando los que mencionaremos a continuación:

- a) Los intentos del adolescente de separarse de sus objetos infantiles y de desplazar sus sentimientos a otras personas e intereses.

Esto implica un proceso de duelo. Es común que se aferre a nuevas relaciones en las que existe alta probabilidad de transferir a padres sustitutos, líderes idealizados o contemporáneos que parezcan totalmente opuestos a los padres originales, los deseos experimentados con los mismos. Esta es una manifestación defensiva más que una progresión a una sana relación.

Fuera del seno familiar, el adolescente se siente libre de actuar sus impulsos agresivos o sexuales desde un rango sin daño hasta el comportamiento sociopático. El grado en que cambian las proyecciones originalmente en relación con los padres determina el éxito o fracaso de la técnica defensiva en términos de maduración.

Cuando estas reacciones son llevadas esencialmente en su forma infantil pregenital a los nuevos objetos, persistirán los conflictos y el adolescente presentará en el futuro una mala adaptación o la presencia de patología.

- b) Cuando el adolescente no tiene éxito en desplazar sus nexos libidinales hacia sus padres, la respuesta del Yo puede manifestarse en revertir los sentimientos, llevando el amor hacia el odio, la dependencia hacia la rebelión, el respeto y la admiración hacia el desprecio.

Ellos se imaginan a sí mismos libres e independientes, pero en realidad se sienten atados a los padres y con tal sufrimiento continúan la misma lucha dentro del círculo familiar. En realidad no se van lejos de sus padres, por el contrario quedan como jóvenes hostiles, beligerantes e irritados, racionalizando su comportamiento y proyectando su agresión, aduciendo que actúan así por el comportamiento hostil y controlador de los padres. En algunos casos esta agresión puede ser volcada contra sí mismos, resultando en depresión, autodestrucción e incluso consecuencias suicidas.

- c) Cuando un joven trata de desplazar los sentimientos de los padres y no tiene éxito, dirige estos sentimientos hacia sí mismo (narcisismo) como otra forma del Yo de manejar la frustración. Esto se manifiesta en ideas de grandeza, belleza o poder, fantasías omnipotentes o de gran sacrificio, o expresando una preocupación excesiva por el cuerpo en términos de apariencia o enfermedades.
- d) La regresión surge en la adolescencia, en menor grado si es normal o de manera avasalladora si es patológica. Tales regresiones periódicas

a los objetos infantiles sirven para dar lugar a la separación tanto para el adolescente como para los padres. Algunos adolescentes bajo mucha ansiedad se refugian en reacciones de su temprana infancia, especialmente la identificación primaria con el objeto. Esto crea cierta confusión entre el *Self* y el objeto, tendiendo el adolescente a proyectar sus pensamientos y sentimientos hacia el último. Algunos adquieren una pseudoidentidad en lo que conforman la propia.

- e) El adolescente inhibido y tímido trata de posponer el desarrollo reprimiendo, negando las metas pregenitales, genitales y manteniendo una relación dependiente con los padres.
- f) En algunos adolescentes hay un antagonismo hacia los impulsos que a veces pasan por encima de la represión. Estos jóvenes tienen dudas de disfrutar en general y le dan más importancia a sus deseos que tienen inhibiciones más severas. Pueden renunciar a cualquier impulso que aún remotamente les recuerde la sexualidad, pueden también evitar a sus pariente y a todas sus actividades e intereses, tales como la música, baile, ropa de moda etc.. Este periodo de ascetismo suele ser contrapuesto por súbitos cambios en la dirección opuesta, a excesos que lo compensen. Tal comportamiento expresa un temor ciego a todas las actividades instintivas, un abandono de todo placer, excepto placeres masoquistas. Este suele ser, por fortuna, un periodo transitorio.
- g) Algunos adolescentes desarrollan un fuerte interés en sujetos abstractos. Se juntan para discusiones de problemas filosóficos, resuelven problemas de manera idealista. Piensan demasiado, no como una manera de prepararse para la acción sino como medio de

evitar o diferir la acción. Esta es una manera de prepararse para sobrellevar los desafíos a los que realmente deberán enfrentarse en la vida.

- h) El adolescente desprecia las reglas y valores de sus padres y busca los suyos. Pueden controlar mejor su comportamiento y mantener las reglas si ellos mismos se las han impuesto y de esta manera lidian tanto con sus impulsos como con ataduras con objetos tempranos.

Todas estas defensas, si son efectivas, hacen posible el desarrollo y la maduración. Llevan al joven a lidiar con dos tareas básicas: la separación de los objetos tempranos y la maduración reproductiva.

"La característica esencial de la adolescencia es su inmadurez, pero ésta estimula el pensamiento creador, las ideas y sentimientos nuevos. Se siente estimulado por el concepto de una sociedad ideal, pero su inmadurez le impide realizar obras que van más allá de su edad. Los adolescentes están en pleno crecimiento y no son plenamente responsables de sí mismos. Por ello aún necesitan del apoyo de los padres, para que no tengan que ocuparse de los roles adultos adquiriendo una falsa madurez. Requieren de mucho tiempo para lograr la verdadera maduración" (Winnicott, D, 1972, pp.189).

Los cambios determinados por la maduración transforman el equilibrio Ego, Yo y Superyó por lo que en la adolescencia es indispensable es necesario incorporar nuevas fuerzas psicológicas, la mayoría originadas en el Ego. Los impulsos originados se equilibran con procesos superyócos generalizados, pero es el Yo quien debe adquirir la fuerza suficiente para contener al Ego y equilibrar al Superyó. La reedición del Edipo tiene una connotación social diferente ya que no se limita al seno de la familia, sino

que busca su expresión en relaciones extrafamiliares debido a la independencia adquirida por el joven.

En la adolescencia el Yo realiza una síntesis gradual del pasado y el futuro. Dicha síntesis es el problema esencial a superar antes de pasar a la adultez, ya que incluye el concepto de identidad sexual, vocacional y de roles de la edad que darán sentido a su existencia. Integra todas sus identidades para dar a luz a su identidad yoica (Erikson, E., 1973).

Las respuestas de los adolescente suelen ser extremosas. Puede ocurrir que el Ello invada al Yo con sus demandas y busque una gratificación desinhibida o que también, el Yo salga victorioso y que los impulsos sean confinados y permanezca el adolescente en un periodo Infantil, sin desarrollo marcado. Esto da lugar a una diversidad de conductas que se han descrito en los jóvenes, tales como: egoísmo, altruismo, generosidad, espíritu gregario, timidez y aislamiento; indulgencia, ascetismo., ignorancia e intelectualización.

1.2. ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA

El proceso de la adolescencia no se da súbitamente sino de forma paulatina. Anna Freud (1939) insistió en la importancia de las distintas facetas que se presentan para llevar al joven de una desorganización de su personalidad a un individuo maduro y con una sólida identidad del Yo.

Por su parte Peter Blos clasifica la adolescencia en varias etapas explicando la evolución y el desafío de cada una de ellas de la siguiente manera:

ETAPA DE LATENCIA (De los 7 a los 10 años aprox.)

Recordemos que antes de la pubertad el niño se encuentra en la fase de latencia en la cual no hay nuevas metas instintivas y donde existe mucho control sobre las mismas. En esta fase se unen los controles internos del niño a los paternos para regular la autoestima. Se amplía la efectividad social, intelectual y motora.

Disminuye la ambivalencia y sus actitudes son motivadas por los valores recibidos por instituciones sociales normativas. Esto se logra gracias a que se consolida la represión y las defensas mantienen a las necesidades sexuales y de dependencia en suspenso. Sobresalen las defensas obsesivo-compulsivas, la sublimación, formación reactiva e intelectualización.

Al final de esta fase los impulsos reaparecen y se hacen inadecuados los controles establecidos por el Superyó.

PREADOLESCENCIA (De los 10 a los 12 años aprox.)

Según Anna Freud (1939), en el prepúber se observa la intensidad de las reacciones con la aparición de elementos : orales, anales y fálicos que habían permanecido encubiertos durante la latencia. Con la llegada de la pubertad se derrumba la estabilidad ganada en la latencia; el interés se concentra en los genitales, provocando el exceso de masturbación y de fantasías sexuales, mientras que las relaciones heterosexuales se encuentran limitadas durante esta época. Los adolescentes entonces entablan una lucha contra los padre y los valores que ello representan.

De acuerdo con Blos, P. (1971), "en la preadolescencia predomina el aumento de los impulsos instintivos. No hay nuevas metas instintivas, sino

una reavivación de impulsos pregenitales. Se catectizan todas las metas libidinales y agresivas de gratificación temprana. Resurge la voracidad, actitudes sádicas, actividades anales, lenguaje obsceno, falta de higiene, juegos fálicos y exhibicionistas. La preocupación consciente y preconsciente está dirigida hacia la función, integridad y protección de los órganos sexuales y no, como se ha creído, en la relación de estos con las relaciones amorosas propiamente dichas".

Las fantasías son pensamientos de grandiosidad, de indecencia etc., sintónicos al Yo y se mantienen en secreto. El Superyó es severo y reprobatorio con los impulsos, pero surge un nuevo mecanismo a favor de la gratificación instintiva que es la socialización de la culpa, a través de la cual el niño comparte y proyecta la culpa con el grupo al que pertenece. Surge la represión, formación reactiva y desplazamiento como defensa y conductas compulsivas como pensamientos obsesivos para aliviar la angustia (ej. los coleccionistas). Pueden surgir síntomas transitorios de miedos, fobias, tics nerviosos o dolencias psicósomáticas, comerse las uñas.

Se inicia la separación de la familia. El líder es tomado como héroe. No hay objetos amorosos nuevos. Los niños se llevan solamente con niños y las niñas con niñas.

El desarrollo psicológico en esta fase es distinto en los muchachos que en las muchachas.

- a) *Los muchachos*: Son hostiles con las mujeres, las ven demasiado agresivas y tratan de negar la angustia de castración que reaparece experimentando una angustia homosexual. Esto se manifiesta en las pandillas de chicos y en las amistades con tinte erótico.

Se inicia la masturbación. Cualquier experiencia se convierte en estímulo sexual. Presentan miedo y envidia hacia la mujer, renuncia a su deseo de tener un hijo y lo sublima a través de la actividad creativa.

- b) *Las muchachas*: Éstas se dirigen en forma más directa hacia el sexo opuesto. Las mujeres, al separarse de la madre, reprimen los impulsos instintivos relacionados con el cuidado materno pregenital, por lo que exageran en la preadolescencia sus deseos heterosexuales. El desarrollo femenino en esta etapa está dominado por defensas contra de las fuerzas regresivas hacia la madre preedípica.

Las niñas se vuelven "marimachas" y agresivas; niegan su feminidad. Dan importancia a los secretos sexuales y se ríen nerviosamente por ellos.

Envidian lo masculino. Hacen una diferenciación más rápida entre la eliminación y la reproducción, pero todavía los confunden.

La delincuencia femenina representa una conducta de actuación de los deseos edípicos o una regresión a etapas preedípicas.

Beiser, H. (1978) dice que "algunas mujeres están interesadas en parecer mujercitas, les gustan los quehaceres del hogar y prepararse para el matrimonio y la maternidad. Pueden cuestionar a su madre y tratar de identificarse con vecinos, modelos de revistas o libros. Algunas suelen parecer anticuadas por su ropa y arreglo, su inmadurez corporal es notoria y muestran un exhibicionismo brusco, lo cual las hace menos seductoras de lo que esperan".

Las niñas que crecen rápidamente y tienen temor a la relación oral con la madre, pueden comenzar dietas como mecanismos defensivos para evitar la dependencia materna o evitar mágicamente el crecimiento.

Cognoscitivamente, Piaget (1947) establece a "los 11 años como la edad en que el pensamiento concreto pasa a ser formal". Sin embargo este proceso es lento y paulatino. Muchos niños a esta edad son incapaces de llevar una conversación abstracta por mucho tiempo, a pesar de tener cierta idea de lo que quieren decir. Aumenta la consciencia de si mismo aunque es poca la habilidad para la introspección.

Existen algunos problemas en la psicoterapia de la personalidad preadolescente. En sus inicios es muy parecido al niño en latencia. Los hombres aún disfrutan en actividades de juegos, dibujos y representaciones. Las niñas en esta edad son mucho más difíciles de tratar que los niños ya que rechazan las actividades de juegos antes que los niños a pesar de tener problemas para comunicarse verbalmente. Las interpretaciones del material simbólico deben ser dadas en forma de metáforas para que sean aceptadas (Beiser, H, 1978).

ADOLESCENCIA TEMPRANA (De los 12 a los 15 aprox).

En la adolescencia temprana se intenta resolver ante todo el problema de las relaciones de objeto. En este momento se presenta una profunda reorganización de la vida emocional que crea un estado de caos bien reconocido. En esta etapa debe lograrse la renunciación de los objetos primarios de amor, es decir los padres de la infancia y la búsqueda de otros objetos es el reto. La vida emocional aumenta y todo se dirige a crecer y

autodefinirse. Hay falta de catexia de los objetos y la libido flota libremente, buscando acomodarse.

En esta etapa los valores, las reglas y las leyes morales han adquirido una independencia apreciable de la autoridad parental, se han hecho sintónicas con el Yo y operan en él parcialmente. Pero el autocontrol amenaza con romperse y en algunos casos extremos surge la delincuencia. Actuaciones de esta clase, que varían en grado e intensidad, habitualmente están relacionadas con la búsqueda de objetos de amor; también ofrecen un escape de la soledad, del aislamiento y la depresión que acompaña a estos cambios catécticos.

La elección de objeto en la adolescencia temprana sigue el modelo narcisista (González Nuñez, J, 1993), es decir, se buscan las características admiradas y amadas que el mismo sujeto quisiera tener y a través de la amistad se apodera de ellas. Así, resurgen amistades idealizadas del mismo sexo, empieza una búsqueda de valores nuevos y se busca donde reacomodar la libido libre. El Yo ideal que representa el amigo puede ceder bajo el deseo sexual y llevar a un estado homosexual con voyerismo, exhibicionismo y masturbación mutua (homosexualidad latente o manifiesta). Estos sentimientos eróticos pueden explicar parcialmente las rupturas repentinas de las relaciones amistosas.

En las muchachas la amistad es igualmente importante. Su ausencia lleva a una gran desesperación, y la pérdida de una amiga puede causar una depresión y pérdida de interés en la vida.

Una forma típica de idealización tanto en hombres como en mujeres es el "flechazo". En las mujeres los objetos escogidos tienen cierta similitud o son totalmente diferentes a los padres.

El objeto del flechazo es amado en forma pasiva, con el deseo de obtener atención o afecto, o de sentirse invadidos por sentimientos eróticos. Las cualidades masoquistas y pasivas del "flechazo" son un paso intermedio entre la posición fálica y la progresión a la feminidad de las mujeres. Es el estadio intermedio bisexual de la adolescencia temprana en la mujer, en el que se encuentran definiendo: soy mujer o soy hombre. La mujer muestra su masculinidad con más facilidad que el hombre su feminidad. La declinación de esta tendencia bisexual marca la entrada a la adolescencia como tal (Blos, 1971).

ADOLESCENCIA MEDIA (De los 15 a los 18 aprox.)

En la adolescencia media surge el cambio hacia la heterosexualidad y los deseos edípicos se conflictúan nuevamente. La vida emocional es más intensa; aumenta la autopercepción y el engrandecimiento. La autoinflación narcisista del adolescente se manifiesta en la arrogancia y la rebeldía, en su desafío de las reglas y la autoridad de los padres. Los padres ahora son devaluados y vistos como ídolos caídos. El adolescente más moderado conserva adhesión al código moral mientras sea el que él mismo escoge y elabora. Sin embargo esta etapa de narcisismo transitorio es positivo ya que facilita la separación. Se da una deslibidinización del mundo externo y la vida emocional es más intensa, más profunda y con nuevos horizontes.

El Yo se encuentra empobrecido por dos causas:

1. El retiro de los padres actuales
2. El alejamiento del Superyó

El retiro de las catexis del objeto lleva a una sobrevaloración del ser, un aumento de la autopercepción a expensas de la percepción de la

realidad. Las fantasías y sueños diurnos ayudan al adolescente a simular en pequeñas dosis las experiencias afectivas hacia las que está moviendo su desarrollo progresivo.

Los órganos de los sentidos se agudizan ya que se proyectan a través de ellos procesos internos y se viven como si fueran realidad externa. Se da un sentimiento de alejamiento, irrealidad y de despersonalización.

El "diario" puede jugar el papel de objeto transicional en esta etapa. Su propósito psicológico es llenar el vacío emocional sentido cuando los nuevos impulsos instintivos de la pubertad no pueden estar por más tiempo unidos a objetos antiguos, y aun no pueden unirse a nuevos objetos. El escribir las experiencias acerca las fantasías a la realidad y evita la actuación.

Las relaciones de objeto no son muy genuinas, están mezcladas de identificaciones y las personas son percibidas más como representaciones de imágenes que como personas.

Lo más significativo de esta etapa es el revivir el Complejo de Edipo y la desconexión de los primeros objetos de amor. Esto lleva a dos estados afectivos: duelo (por la pérdida de los padres) y "estar enamorado" que encamina a la libido a nuevos objetos.

Se abandonan las posiciones bisexuales. El hecho de enamorarse o adquirir un novio o novia hace que se aumenten marcadamente los rasgos masculinos o femeninos.

Aparece la modalidad del amor tierno, donde el muchacho da un giro de los acercamientos ruidosos y voraces, tomando su actitud en

sentimientos de ternura y devoción. estas son las primeras manifestaciones de heterosexualidad.

En esta etapa es frecuente que los adolescentes muestren episodios homosexuales y los factores que los favorecen son los siguientes:

En la muchacha:

- a) Envidia del pene que produce desdén por el varón
- b) Una fijación temprana en la madre

En el muchacho:

- a) Miedo a la vagina como órgano devorador y castrante
- b) Identificación con la madre
- c) Inhibición o restricción en que equipara a todas las mujeres con su madre.

Resurge la consciencia de la vida íntima de los padres y a la curiosidad se añaden sentimientos de vergüenza y culpa.

El adolescente tiene fallas para sobrellevar las demandas normativas de su vida y la tendencia a preservar los privilegios de la infancia y gozar simultáneamente de las prerrogativas de la madurez. aparece la intelectualización y el ascetismo como mecanismos de defensa.

También se da el "uniformismo" que es la motivación por ser igual a la conducta externa con los demás, o de llenar los requisitos de la norma de un grupo. La creatividad está muy centrada en sí mismos y tiene poco que ver con la realidad.

El Yo inicia medidas defensivas, procesos restitutivos y acomodaciones adaptativas que darán por resultado, al final de esta etapa la formación de la identidad sexual.

ADOLESCENCIA TARDÍA (De los 18 a los 22 años)

Según Blos, P.(1971), "la adolescencia tardía es la última etapa antes de la adultez. Con la declinación de la adolescencia el individuo gana en acción predictiva, propositiva, integración social, constancia de emociones y estabilidad de la autoestima. Hay unificación de procesos afectivos y volitivos.

El adolescente pasa por un proceso de integración que le permite mantener una continuidad en la experiencia del Yo, lo que facilita la obtención de una sensación de establecer el *Self* o sentido de identidad. Se extiende la esfera libre de conflictos del Yo y hay constancia en las catexis de representaciones del si mismo y del objeto así como en la identidad sexual".

Continúa la ambivalencia afectiva, pero surge el anhelo de ser adulto. La unificación del Yo y los traumas residuales específicos de periodos anteriores de desarrollo contribuyen a la formación el carácter y hay un grado de ansiedad óptimo que favorece el desarrollo.

La adolescencia tardía es un punto de cambio decisivo en el que se da una crisis de identidad.

Las bases deficientes, carencia de conducción de modelos adecuados para imitar, de oportunidades de entablar contactos sociales y motivación, son algunas de las condiciones que hacen que se dificulte el paso a

conductas más adultas, dependiendo también de las diferentes expectativas sociales y necesidad de adaptación a unos nuevos.

Los conflictos infantiles no son eliminados, sino que se toman sintónicos al Yo. En esta etapa se crea un periodo de homeostasis e integración semejante a la Latencia. Emergen preferencias recreacionales, vocacionales, devocionales y temáticas, cuya dedicación iguala en economía psíquica la dedicación al trabajo y al amor. En esta etapa los fracasos adaptativos pueden llevar a un quiebre ya que debemos recordar que el heredero de la adolescencia es "el ser".

La vida amorosa del adolescente tardío demuestra clínicamente las varias condiciones de amor que se basan en la persistencia del Complejo de Edipo.

Estas las condiciones son según Freud:

- a) Necesidad de una tercera persona ofendida
- b) Amor a una prostituta
- c) Larga cadena de objetos
- d) Rescate de la persona amada
- e) Ruptura entre la temura y la sensibilidad.

En la adolescencia tardía se puede fracasar en el dominio de la realidad interna y externa y se clasifican así:

- A. Cuando los fracasos se deben a :
 - 1. Un aparato yoico defectuoso
 - 2. Una proclividad a la ansiedad traumática

Da como resultado un Fronterizo, Esquizofrenia y Psicosis

B. Cuando los fracasos se deben a:

1. Perturbaciones entre los sistemas
2. Todo tipo de inhibiciones
3. Formación de síntomas para evitar ansiedad conflictiva

Da como resultado una perturbación neurótica

El proceso de delimitación de la adolescencia tardía es llevado a cabo a través de funciones sintéticas del Yo, y es una aceptación final de tres antítesis en la vida mental, sujeto-objeto, activo-pasivo y placer-dolor manifestándose en forma subjetiva como un sentido de identidad. Los diferentes roles de la vida están unificados por un impulso hacia la autorealización

Erikson E.(1973) señala que "muchos adolescentes tardíos afrontan un permanente problema de confusión de identidad en relación a sus propias posibilidades y al lugar que les espera en su sociedad. La identidad negativa refleja una forma desesperada de adquirir dominio de la situación y es preferible a no tener identidad".

POSTADOLESCENCIA (ADULTEZ JOVEN)

Fase Intermedia entre la adolescencia y la adultez. Es una etapa de selección ocupacional que tiene el interés de proteger el balance narcisista, logrando la armonía entre necesidades instintivas e intereses yóicos.

El impulso sexual es experimentado en relaciones de objeto en todas las posibles combinaciones. se elabora la forma de vida, donde puede haber

yuxtaposiciones relevantes (ganancia material contra metas académicas, etc.), pero lo importante es la realización de relaciones permanentes, roles y selecciones del medio ambiente.

En la postadolescencia emerge la personalidad moral con énfasis en la dignidad personal o autoestima, más bien que la dependencia superyoica y gratificación instintiva.

Después de que el sujeto logra la separación de la liga a los objetos infantiles de amor y odio, en la postadolescencia se esforzará por llegar a un arreglo con las actitudes e intereses del Yo parental. Es importante que en esta fase el hombre haga la paz con la imagen paterna y la mujer con la materna para que pueda reconciliarse consigo mismo y mirar a los padres como personas reales externas integrando rasgos, tendencias e ideales parentales.

El Ideal del Yo ha tomado posesión en varias formas de la función reguladora del Superyó, y se ha convertido en el heredero de los padres idealizados de la infancia.

Después de encontrar un objeto de amor con el cual pueden relacionarse con un mínimo de ambivalencia, los jóvenes adultos se tornan selectivos y orientados a imágenes paternas ya sea positiva o negativamente por medio de identificaciones y contraindentificaciones. La integración gradual de la personalidad va de la mano con el rol social, el enamoramiento, el matrimonio, la paternidad y la maternidad.

La maternidad facilita la resolución de conflictos residuales instintivos, narcisistas y del Superyó implicados en el funcionamiento femenino.

El fracaso para completar el proceso adolescente se da si no se logra la organización de un ser estable o si el Yo deja de convertir los conflictos en egosintónicos.

La "fantasía de rescate" es un bloqueo típico en la postadolescencia, es decir, no se domina la tarea de la vida, sino que se espera que las circunstancias dominen el existir.

La postadolescencia es la época en la que la enfermedad mental frecuentemente alcanza un estado manifiesto porque se hacen demasiadas demandas integrativas al Yo. Se corre el riesgo, también de una adolescencia prolongada.

En el mejor de los casos la postadolescencia es un estado de integración en la cual se termina la adolescencia y sirve de sostén inicial a la edad adulta.

1.3. PROBLEMÁTICA DE LA ADOLESCENCIA

Cuando la cultura y la biología entran en contradicción, el terreno se hace propicio y fértil para el conflicto, la problemática y la patología, dice Santiago Ramírez (1981).

"En nuestra cultura, la adolescencia es el resultado de un conflicto evidente entre un ser biológicamente maduro y una sociedad prohibitiva.

La investigación Antropológica de Margaret Mead confirma estos datos al mostrarnos que en otras culturas existen ritos de iniciación que abren las puertas al joven para participar como adulto en su sociedad.

En México existen distintos tipos de sociedades. Por ejemplo, en la familia indígena no existe una patología susceptible a crear una adolescencia enferma. Entre los indígenas hay un fuerte sentido de filiación e identidad; el niño participa sin límites en la familia en cuanto se encuentre apto para ello e incluso antes.

La adolescencia muestra mayor patología en las clases urbanas, donde las oportunidades de desarrollo que se le brindan no corresponden a sus necesidades básicas. El adolescente enfrenta muchas contradicciones en forma aguda y el exceso de frustraciones se expresa por medio de "violencia" (Ramírez, S. 1981).

Desde el punto de vista de sus procesos internos, el joven está presionado por las urgentes necesidades del Ello (impulsos sexuales y agresivos, que piden a gritos salir) y las exigencias del Superyó (el juez interno que califica nuestros actos en buenos o malos y nos premia o castiga por ellos), por lo que los adolescentes suelen alternar entre periodos de conductas arrebatadas de tipo sexual o agresivo y repentinas conductas moralistas junto con sentimientos de culpa, vergüenza e inferioridad, por los actos cometidos, mientras que el Yo, mediador entre estas dos instancias y el mundo externo, aún no gana suficiente estabilidad.

La sociedad también impone factores estresantes al adolescente, tienen que lidiar con prohibiciones sexuales, libertad limitada, presiones para que se integren a un grupo, alcanzar éxitos académicos y la búsqueda de su rol dentro de cada cultura.

Constantemente se les recuerda que están construyendo su futuro, que tienen que escoger carrera, prepararse para un matrimonio y lograr la aceptación social.

Es la época en que muchos jóvenes salen por primera vez solos de sus casas. Algunos adolescentes que han vivido una niñez muy protegidos, donde no se les permitió desarrollarse y competir en ningún área y cuyo único logro reconocido era su capacidad de obedecer, llegan a sentirse enojados con los padres ya que se consideran inseguros al actuar en los círculos extrafamiliares.

Muchos adolescentes se rebelan contra los padres haciéndose daño a sí mismos. Desean que los padres se sientan culpables por lo que les han hecho e intentan herirlos hiriéndose a sí mismos. De esta forma, en vez de lograr la libertad que proclaman se atan más a sus figuras primarias en una relación ambivalente y de dependencia.

Algunos jóvenes recurren a actuaciones en las que manifiestan, tanto sus fantasías, deseos sexuales y agresivos, así como necesidad de pertenecer sin demora al mundo adulto. Rossi, L. (1991) estudió este tipo de actos impulsivos en las adolescentes que se embarazan a esta edad como una forma de evitar la espera y tensión del proceso de crecimiento y actuar su sexualidad. Sin embargo, a consecuencia de este *acting* deberán afrontar la angustia de tener un hijo, situación desconocida para la cual no están preparadas, o la opción de un aborto con las implicaciones que representa.

Algunos adolescentes se vuelven muy inquietos y agitados (buscan aventuras y fiestas constantemente), mientras que otros se aíslan de toda relación (pueden pasar muchos días en su cuarto escuchando música sin hablar con nadie).

Los adolescentes que pasan por periodos ascéticos, parecen temer más a la cantidad de sus instintos que a la calidad de los mismos. La forma de mantenerse seguros consiste en oponer las condiciones más estrictas a

la aparición y aumento de sus deseos. Anna Freud (1979), interpreta el ascetismo como "una manifestación de la oposición del Yo ante el instinto, y el mecanismo de defensa que surge como compromiso entre ambos". De esta manera el adolescente resulta excesivamente moral, apartado, y utiliza la intelectualización de manera excesiva.

Afortunadamente gran parte de estas depresiones son pasajeras y breves, sin embargo es importante observar que los síntomas no sean más severos y peligrosos de lo esperado.

Por otra parte, hay depresiones crónicas en el adolescente que no corresponden únicamente a anomalías del proceso de crecimiento y circunstancias externas, sino que presentan síntomas parecidos a los pacientes adultos, pero matizados con defensas específicas de la edad, (generalmente de tipo maniaco) contra la depresión: Entre ellas, la hiperactividad (no descansar ni detenerse nunca), uso de drogas, rebeldía, afiliación a pandillas, delincuencia y promiscuidad, entre otros síntomas.

En este sentido, la depresión en la adolescencia iguala a la del adulto en severidad, pero la sobrepasa en la intensidad de las tendencias autodestructivas.

Erikson (1969) explicó que en la adolescencia "el concepto de tiempo se encuentra distorsionado, parece muy largo. Por ello, cualquier sentimiento desagradable o cualquier acto que crea miedo y vergüenza se vive como una experiencia irrevocable que durará eternamente". Recordemos también que en esta edad aún no existe la madurez suficiente para dar a cada evento su justa proporción. El adolescente es extremo, para él las cosas son "o todo o nada" y tiende a responder a eventos poco

importantes de la misma forma dramática que respondería a un incidente de gravedad.

En estas circunstancias es de esperarse que un joven busque una solución desesperada para acabar con su tensión interna, con su confusión y para muchos esta opción es un intento de suicidio.

Laufer, Moses y Eglé (1984) concluyen que los disturbios en la conducta y funcionamiento durante la adolescencia son precedidos por una ruptura en el desarrollo que ocurre en la pubertad. La consecuencia de tales disturbios es que la función de desarrollo de la adolescencia, es decir, el establecimiento de la identidad sexual final, es seriamente afectada.

Una suposición central en este concepto es que hay una interrelación definitiva entre la unificación de la imagen corporal, la diferenciación última de hombre o mujer, la resolución del complejo de Edipo y la época en que la psicopatología se establece como irreversible. "Puesto que esta organización patológica tiene lugar al término de la adolescencia, implica que la ruptura del desarrollo es un suceso crítico con efectos acumulativos a través de la adolescencia, con serias implicaciones para la normalidad y psicopatología en la adultez. Esta ruptura es vivida de muchas maneras: puede deformar las relaciones de objeto, forzar a encontrar medios de engañar la conciencia para no sentirse atormentado por la culpa acerca de la sexualidad o fantasías regresivas, en algunos casos afecta sus sentimientos hasta el punto en que sus relaciones con el mundo real son severamente impedidas, en ocasiones llegando a presentar rasgos psicóticos" (Laufer, Moses y Eglé, 1984, pp 21).

En los adolescentes la ruptura se manifiesta en condiciones tales como ataques físicos sobre alguno de los padres, intentos de suicidio,

compulsión a involucrarse en actividades que ponen en peligro sus vidas, presentan promiscuidad o inhibiciones sexuales o hacen esfuerzos desproporcionados por cambiar la imagen de sus cuerpos y el uso que hacen de ellos con una persona del mismo sexo o del opuesto (Idem, pp. 22-23).

Éstas y otras situaciones de riesgo para el desarrollo y la vida del adolescente deben ser tomadas con seriedad y buscar la ayuda necesaria para evitar el estancamiento permanente o el fracaso e la identidad adulta al final de esta etapa.

CAPITULO 2

EL SUICIDIO

2.1. ANTECEDENTES

De acuerdo con el Diccionario de la Real Academia Española de la lengua, suicidarse es "quitarse violenta y voluntariamente la vida". Se llama suicida "al acto o la conducta que daña o destruye al propio agente".

Etimológicamente el término suicidio implica un tipo de homicidio en el que el criminal y la víctima son la misma persona.

Una conducta autodestructiva que está relacionada con el suicidio pero que no llega a ser fatal en su totalidad es el "intento de suicidio", (Heman, A., 1987).

Stengel (1965) define el intento de suicidio como "cualquier acto no fatal de autoperjuicio infringido con la intención consciente - aunque vaga y ambigua - de autodestruirse".

"El suicidio, los intentos de suicidio y las ideas suicidas en general se consideran signos de trastornos psicológicos. Todo ser humano tiene pensamientos transitorios acerca de la muerte e incluso piensa en autodestruirse ocasionalmente. Sin embargo, la preocupación obsesiva con pensamientos suicidas que se rumian una y otra vez es patológica", (Kolb, L., 1983, pp. 146).

Los intentos de suicidio son más frecuentes entre personas jóvenes, especialmente "desde antes de los 18 años hasta los 30. Después de esta edad prevalecen en forma categórica los suicidios consumados" (Yampey, N. 1973).

A pesar de haber muchos eventos precipitantes del suicidio y muchas fuerzas que lo motiven, todas las personas con ideas suicidas tienen una intensa sensación subyacente de carencia de afecto, de amor y un profundo sentimiento de haber sido rechazadas como personas. Farberow, G.L., (1969) dice que "los que intentan suicidarse sin lograrlo y los que amenazan con hacerlo procuran dar signos de su propósito, en tal forma, que impiden el éxito de la tentativa e influyen favorablemente en sus relaciones interpersonales importantes".

Un estudio realizado por Isomtsa, E. y Henriksson, M. (1994) indicó que "de todos los suicidios consumados en un año en Finlandia el 75% recibieron tratamiento psiquiátrico en alguna otra época. Muy pocos estuvieron atendidos por depresión; quienes no lo fueron se suicidaron con métodos mucho más violentos que quienes si lo hicieron".

Las fantasías de suicidio preceden a los actos suicidas. "Muchos intentos de suicidio son motivados por el deseo de controlar y vengarse de quien sienten que los ha dañado, por la desesperanza o por el anhelo de reunirse con una persona muerta a quien amó o con quien se identificó. Los intentos de suicidio de pacientes delirantes pueden representar un esfuerzo por escapar de amenazas terroríficas provenientes de sus delirios o alucinaciones" (Kolb, L., 1983, pp 147.).

Gazzano, A.(1973) afirma que "la disposición suicida no es hereditaria, sino que depende principalmente de la constitución familiar del paciente, especialmente en su periodo de formación y primeras etapas del desarrollo". Muestra cómo el riesgo de suicidio aumenta con la edad cronológica y mueren por suicidio más hombres que mujeres, a pesar de que éstas lo intentan con mayor frecuencia que los hombres. También nos

dice que el suicidio disminuye en épocas de guerra y de bienestar económico.

Con relación a la guerra y considerándola como una elaboración paranoica del duelo, Fornari, F. (1966) planteaba la hipótesis de que la guerra puede ser considerada por el sujeto como un deber reparatorio frente al propio objeto de amor amenazado de destrucción y la proyección de las propias partes malas del *self* sobre el enemigo.

En este sentido la guerra sería un acto criminal y suicida a la vez, ya que en la actualidad ya no es posible destruir al objeto enemigo sin que esto deje de entrañar la pérdida del objeto amigo.

Weiss, J. citado por Gazzano, A (1973) destaca una lista de elementos indicadores del riesgo suicida en una persona:

- Mayores de 55 años y ancianos
- Hombres
- Viudos, solteros o casados sin hijos
- No religiosos
- Con intentos suicidas anteriores
- Han hecho planes suicidas con fecha y lugar determinados
- Elección de un método cruento de autoeliminación
- Trato sádico con respecto al propio cuerpo incluido en la fantasía suicida
- Alcoholismo, drogadicción u homosexualidad
- Esquizofrenia

- Aislamiento social
- Depresión severa crónica
- Enfermedades crónicas orgánicas
- Antecedentes de suicidios en la familia

Gazzano, A. (1973) propone establecer el diagnóstico de "paciente suicida" a quienes entren dentro de los factores de riesgo, manifiesten ideas suicidas o decisión del suicidio. "También se considera a aquella persona que tenga las siguientes características de personalidad: ambivalencia; tendencias narcisistas regresivas; pérdida del sentido de realidad; humor triste; trastornos en el dormir; pérdida de apetito y peso; pérdida de intereses; tendencia a apartarse socialmente; desesperanza; cansancio físico y moral; dificultad para la concentración y el trabajo; pérdida del empleo y de situaciones vitales, y una falta sistemas de satisfacciones".

En las investigaciones presentadas por Fawcett, J., Clark, D. y Busch, K. (1993) indica que de 954 casos de suicidio con trastornos emocionales severos "hubo una correlación positiva asociada a síntomas de desesperanza, alucinaciones, abuso de alcohol, ataques de pánico y dificultad para experimentar placer. Después de establecer un diagnóstico se deben establecer cuidadosamente los factores de riesgo para evaluarlos. En caso de ser elevados se requerirá de una intervención inmediata".

2.2. EL SUICIDIO Y SU PSICODINAMIA

A pesar de que Freud solía hablar constantemente sobre el tema de la muerte, muy poco fue lo que desarrolló con respecto al suicidio. Según una revisión realizada por Guarnier, E (1984), la primera mención que hace sobre esta materia aparece en la "Psicopatología de la vida cotidiana" en 1901, donde se refiere a los actos accidentales como una búsqueda inconsciente de autocastigo y que en el caso del suicidio el acto se planea con consciencia.

En "Totem y Tabú" (1913), afirma que los impulsos hacia la autodestrucción de un neurótico, pueden ser deseos de castigo hacia otra persona. En "Duelo y melancolía" de 1917, Freud afirma que el problema de la persona que atenta contra su propia vida reside en el sadismo, ya que los neuróticos experimentan impulsos homicidas que terminan volcándose contra ellos mismos. Es decir, que el Yo no puede darse muerte, sino cuando el retorno de las cargas objetales lo hacen tratarse como el propio objeto, existiendo cierta identificación con el mismo.

Freud señaló que, en la melancolía, el acto autodestructivo encuentra su explicación por el funcionamiento de un Superyó sádico que ataca a un Yo débil y masoquista (Litman, R. 1966).

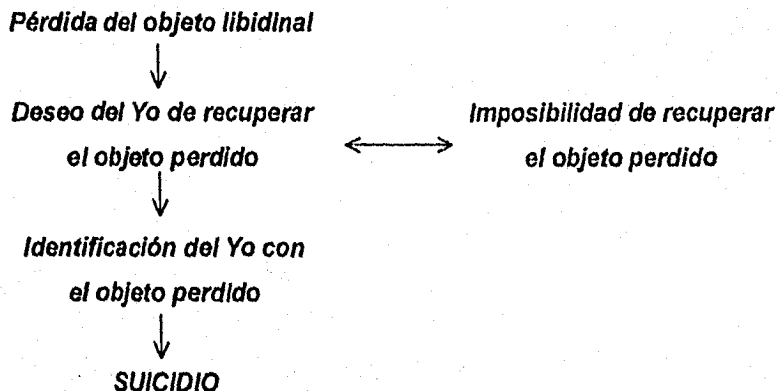
En "Más allá del principio del placer", Freud (1920) atribuye el problema de la destructividad del ser humano a sus instintos, e instaura el concepto de pulsión de muerte, el cual descarta más adelante como instintivo. Aquí señala que el suicidio corresponde a una intensa reacción masoquista del Yo. Agrega que el desamparo infantil es una circunstancia que incrementa dicho masoquismo. Garma, A. (1952) y Litman, R. (1966)

reconocen a la última teoría de Freud como la causa fundamental del suicidio.

Para el psicoanálisis el suicidio no significa el acto de matarse o un homicidio contra sí mismo sino el homicidio llevado a cabo contra un objeto interno o internalizado. Este objeto interno se ha tornado muy persecutorio y exigente y al mismo tiempo amenaza con el abandono o la privación de cariño, de modo que el sujeto se ve forzado a agredirlo para protegerse. El suicidio o la autoagresión es la resultante de la agresión contra un objeto interno; el suicida se encuentra en ese momento con una seria perturbación de su juicio de realidad.

Gama, A. (1937) describe a la pérdida de un objeto libidinal como un motivador común de suicidios. Menciona que la muerte de una persona amada y la quiebra económica, por ejemplo, son sentidos como pérdidas irreparables por el individuo, quien se siente incapaz de satisfacer sus deseos y pierde interés en la vida.

Esto lo explica con el siguiente diagrama:

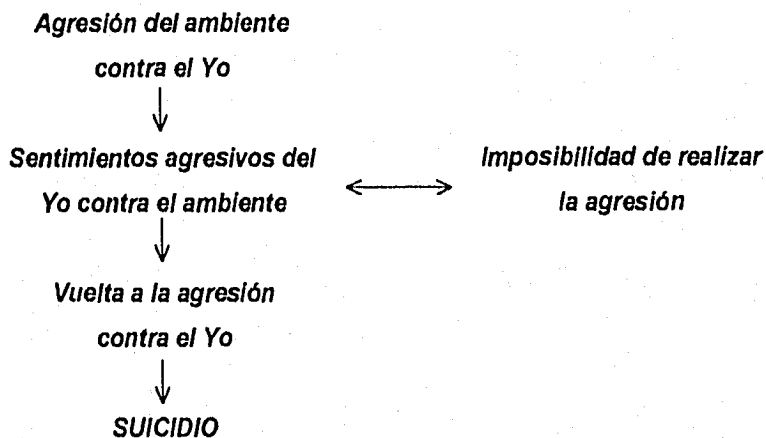


Garma A. (1937) considera al suicidio como "un acto de autosadismo intenso. El Yo realiza una acción agresiva contra sí, de modo que logra destruirse". Considera, además que la enfermedad psíquica con mayor peligro de suicidio es la melancolía, ya que estas personas buscan rehuir de una vida desagradable o buscan la muerte para castigarse por sus múltiples culpas. Las tendencias autoagresivas del melancólico no se manifiestan solamente en sus ideas de suicidio sino también en los reproches que por diferentes motivos se hacen a sí mismos.

"El suicida no puede colocarse en un estado de duelo normal en el que el objeto perdido puede ser reemplazado por otro, porque su Yo ha quedado irreparablemente dañado, debido a los diferentes desengaños que ha sufrido" (Guarner, E. 1984, pp 172).

La culpa persecutoria que lleva al sujeto a maniobras de autoeliminación se relaciona con el odio contra un objeto que abandona y al cual no puede retener ni reconquistar (Yampey, N., 1973).

Garma A. (1937) lo representaría de la siguiente manera:



De este modo, "el suicida al matarse, consigue liberarse de la agresión del medio en que vive, lo que supone para él un triunfo, ya que el medio opresor se ve defraudado al no lograr su cometido. Además, el suicida pretende influir con su muerte en el ambiente que lo rodea ocasionando una serie de reacciones afectivas entre las personas que convivían con él. Su muerte sería un continuo reproche al exterior" (Ibíd, pp, 142).

Karl Menninger (1938) señala que "el suicidio es el resultado de la lucha entre los instintos de la vida y la muerte. Todos los actos autodestructivos serán provocados por un conflicto entre el impulso agresivo dirigido contra el yo y una tendencia hacia la autoconservación".

Según Litman, R. (1965), los actos suicidas, "por regla general, no son repentinos, impulsivos, impredecibles o momentáneos. En la mayoría de los casos el plan suicida ha sido desarrollado gradualmente y calculado en la fantasía en todos sus detalles como acción preliminar. En esos momentos subyace una crisis, conflictos y ambivalencias".

Las personas que se sienten tensas, angustiadas e incapaces de encontrar soluciones, luchan contra la idea de suicidarse buscando otras alternativas, pero ninguna parece servir. Pierden paulatinamente la esperanza y vuelve repetidamente el pensamiento suicida, que poco a poco se transforma en una obsesión.

Durante las crisis dolorosas los pensamientos suicidas alivian temporalmente la tensión. El plan suicida comienza a formarse y se cristaliza en la fantasía. Gradualmente adquiere una estructura autónoma dentro del Yo, más o menos disociada del resto del *self*, y que funciona sintónicamente con el Yo. Se realizan acciones preliminares como escoger

el medio para matarse. Elaboraciones posteriores pueden postergar el suicidio o intento por unos días, o por meses, hasta que el plan suicida va adquiriendo las cualidades de un *acting out* interrumpido o incompleto.

El suicidio está generalmente asociado con la falla de una importante función yoica, como la de ser una orientación en el mundo externo y el control de los impulsos peligrosos. El sentimiento de desesperanza del Yo anula las otras funciones del Yo. Aparecen actitudes superyoicas, entre otras, la imposibilidad de aceptar ayuda por motivos de orgullo.

Entre las fantasías inconscientes que llevan al suicidio Litman, R. y Taabachnik, N. (1968) mencionan las siguientes: "un deseo de escapar o de dormir (se busca la muerte como si fuera un sueño), un sentimiento de culpa que desencadena una necesidad de autocastigo ("he hecho daño a todos, estarán mejor sin mí"), un deseo hostil de venganza y de ejercer control más allá de la muerte", entre otros.

Edgardo Rolla (1971) insistió sobre el manejo interno de las ansiedades y en que la autoagresión no se debe a un supuesto instinto de muerte, sino que esta idea deriva del miedo a vivir. "El sujeto intenta controlar sus ansiedades volcando sus impulsos agresivos contra sus objetos, contra sí mismo, por incapacidad de utilizarlos en actividades creativas".

Grinberg, L. (1971) menciona que "el suicidio está constituido por la tendencia autodestructiva más extrema y la única salida que encuentra el sujeto frente a la amenaza de la culpa persecutoria esgrimida hacia sí mismo por imágenes superyoicas crueles y terroríficas. A través del acto suicida se orienta la agresión contra los perseguidores ubicados en el cuerpo o en la mente y a través de ese recurso se puede librar de ellos. En

esa fantasía intervienen mecanismos mágicos y omnipotentes, para aniquilar a los objetos perseguidores, junto con sentimientos maníacos basados en la negación de la propia muerte".

Para este autor, el núcleo central del acto suicida, alrededor del cual giran todas las angustias y fantasías correspondientes, es el de la culpa persecutoria. La intención última del suicida, muchas veces es proyectar esta culpa insoportable en los objeto y este intento es vivido como un triunfo maníaco sobre los mismos.

Mauricio Abadi (1973) busca una explicación dinámica inconsciente al acto suicida y subraya que "existe una relación íntima causal del suicidio con las vivencias persecutorias y ansiedades paranoides y que juntas son la base de las fantasías suicidas". Reconoce la presencia de una fachada depresiva o melancólica en el suicida en la que subyacen núcleos paranoides.

Señala que para él no hay diferencia entre suicidios conscientes e inconscientes, ya que los llamados "inconscientes" como accidentes, enfermedades, etc., son "para el psicoanalista tan voluntarios como los a través de los cuales un sujeto pone fin, de propósito a su propia vida. La intencionalidad de un acto es independiente de su toma de consciencia por parte del sujeto" (Ibid, pp. 116).

En cuanto a los suicidios reales o fantaseados, señala que los primeros encuentran su expresión a través de la mortalidad y apelando al proceso secundario, mientras que los otros se manifiestan en el mundo de la fantasía (proceso primario), pero la diferencia entre ambos es puramente formal.

Abadi (1973) destaca algunos principios de la multideterminación de las motivaciones suicidas interpretadas desde el punto de vista de la dinámica inconsciente.

- a) El predominio de vivencias persecutorias y ansiedades paranoides: Todo paciente con tendencias suicidas es un individuo atemorizado, presa de pánico y poseído por un verdadero delirio de persecución, las más de las veces inconsciente.
- b) Es resultante de mecanismos de defensa del yo. Puede interpretarse como el resultado final de un mecanismo defensivo del yo, el cual trata de huir mágicamente del perseguidor del que se siente objeto o de enfrentarlo maníacamente, a veces y otra fóbicamente. Esta defensa se dirige a angustias paranoides reactivadas por la regresión.
- c) Es una actuación psicótica. Todo suicidio en cuanto representa una salida mágica frente a angustias paranoides constituye un momento en que emerge y se hace manifiesto el núcleo psicótico subyacente. Esto se prueba de varios modos: a) las ansiedades son psicóticas y b) se apela a los más regresivos y mágicos mecanismos de defensa, basados en la omnipotencia infantil, en la negación maníaca de la verdadera muerte, en la disociación entre una parte del yo (identificada con el perseguidor) y otra, la suicida.
- d) La condición masoquista subyacente. El autor considera al suicidio como un acto masoquista (masoquismo secundario) ya que busca para sí mismo "algo bueno" o "menos malo" de lo que vive en ese momento. O puede considerarse masoquismo primario si se le ve como un quantum de instinto de muerte (thanatos) no adecuadamente

elaborado, derivado hacia afuera o mal fusionado con el instinto de vida.

- e) El valor mágico del acto suicida. En la fantasía inconsciente del paciente, todo suicidio es un acto de magia, ya que no se busca la propia muerte y destrucción, sino su supervivencia y resurrección.
- f) El nivel profundo de regresión. La emergencia de los impulsos suicidas supone haber hecho temporariamente una regresión a la etapa de la evolución psicológica caracterizada por ansiedades paranoides, pensamiento mágico, mecanismos de defensa primitivos e inmadurez yoica. La fantasía inconsciente de suicidio supone, también, el regreso al vientre materno (paraíso perdido) como refugio contra la frustración".

Los intentos de suicidio pueden ir acompañados por una serie de fantasías inconscientes, entre las que Abadi, M. (1973) destaca las siguientes:

- a) El suicidio como fantasía de agresión. El suicidio es considerado como la vuelta contra el sujeto mismo de una agresión dirigida a un ser ambivalentemente amado y odiado. Su fantasía inconsciente estaría ejerciendo la agresión contra un objeto internalizado, un ser perteneciente a su mundo interno. Los objetos del mundo externo sobre los cuales el paciente proyecta o transfiere su relación con los objetos internos a los que ataca en su suicidio, resultan también las víctimas de su agresión. Ellos habrán de sufrir por ese suicidio y por la culpa que el paciente engendrará en ellos, al hacerlos responsables de su muerte.

b) El suicidio como fantasía de autocastigo. Esta motivación al suicidio se basa en fantasías de culpa y castigo. La angustia de culpabilidad induce al paciente a buscar el alivio de la "absolución" y del "perdón", a través de un "autocastigo expiatorio". Pero el fin de ese autocastigo expiatorio es sustituir en la fantasía la venganza retaliativa que él teme como contrapartida de su culpa.

c) El suicidio como fantasía de retorno al seno materno y como fantasía de renacimiento. La noción de muerte está ligada en el inconsciente al estado anterior al nacimiento y el suicidio es, en ese sentido, manipular el destino para volver regresivamente a una forma de vida libre de frustraciones y amenazas externas.

Las demás fantasías de renacimiento expresan el deseo de un nacer diferente ya sea más fuerte, más sano, más joven o con diferente sexo. También es común la fantasía de reencuentro con los objetos perdidos, con los que el paciente mantenía una vinculación libidinosa".

d) Otras fantasías y motivaciones:

- La idea de omnipotencia en el suicida que dispone, al igual que Dios, de su vida y de su muerte
- "Burlarse" del mundo
- La fantasía de adquirir un bien mayor (en otra vida)
- La idea de una salida desesperada
- La huida de una realidad perseguidora y frustrante

- Una forma extrema y masiva de negación o represión de la realidad externa e interna
- Un paroxismo masoquista (asociar la idea de culminación similar al orgasmo)
- Un escapar del sentimiento de soledad
- Identificarse con el perseguidor (para anticiparse a él). o
- Una venganza contra el mundo

Tarragano, F. (1962) había establecido diferencias entre el suicidio diurno y el nocturno. En el primero había una intencionalidad consciente, una actuación psicótica grave que invadió al Yo de vigilia; la agresión es inconscientemente dirigida contra los perseguidores ubicados dentro del espacio mental o dentro del esquema corporal; el Yo experimenta una profunda división interna, con una regresión hacia el pensamiento mágico, la omnipotencia y la negación maníaca de la propia muerte. En el suicidio nocturno no hay intencionalidad suicida sino de huida; el episodio es menos grave ya que invade al Yo hipnótico, configurándose al "cuadro confusional onírico" y que esto es considerado como una complicación accidental. El autor también menciona cuadros mixtos de suicidio.

Grinberg, L.(1971) menciona que uno de los problemas aún no resueltos es cómo predecir qué pacientes potencialmente suicidas van a transformar sus fantasías en actos concretos. "Se han notado mecanismos específicos en el suicidio que se relacionan con un debilitamiento de las defensas del Yo y el afloramiento de tendencias instintivas destructoras que habían estado reprimidas". Ejemplo de factores desencadenantes son los siguientes:

- La pérdida de objetos amados, especialmente si han sido relaciones de tipo simbiótico.
- Una injuria narcisista del Yo determinada simbióticamente por un sentimiento de fracaso o por la acción de sustancias tóxicas.
- Daño a las defensas yoicas y a sus funciones integrativas por las drogas, el alcohol o los barbitúricos.
- Sentimientos avasalladores de rabia, culpa, angustia, o combinación de esos sentimientos, especialmente cuando el Yo está exhausto.
- Una disociación extrema del Yo y una actitud suicida basada a menudo en una identificación con alguien que se ha suicidado en el pasado.

El alcoholismo, la homosexualidad y la adicción a drogas tienden a un elevado peligro de suicidio.

En un estudio realizado por el Centro de prevención de suicidio de Los Ángeles y reportado por Weisman, A. (1967) se buscaba establecer la intencionalidad de la gente que había sido víctima de accidentes, enfermedades, envenenamientos y otras fatalidades. La contribución mayor de esta investigación fue introducir el contexto psicosocial entre las posibles circunstancias desencadenantes de la muerte. Estudiando las circunstancias y los elementos de personalidad de las víctimas de accidentes, se comprobó que se trataba de actos inconscientes de autodestrucción con una intencionalidad latente.

2.3. CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS COMO ACTOS SUICIDAS INCONSCIENTES

Las conductas autodestructivas se dan de diferentes formas, algunas son obvias y otras mucho más disfrazadas, pero siempre apuntando a una misma dirección que lleva tarde o temprano a la muerte.

"La diferencia entre una conducta autodestructiva directa y una indirecta depende de la intención de la persona en el momento de realizarla. Cuando la principal meta consciente es autolesionarse se utiliza el término conducta autodestructiva directa. El suicidio es el extremo de las conductas autodestructivas directas. La conducta autodestructiva indirecta es definida como un comportamiento autodestructivo donde el autolesionarse no es la meta primaria consciente, sino que es un efecto indeseado" (Litman, R., 1980).

Esta conducta es denominada como una tendencia suicida inconsciente ya que en la mayoría de los casos la persona parece no haberse percatado, o por lo menos niega que, las acciones que realiza tienden a destruirla o causarle daño. Además, estas conductas suelen no tener un efecto inmediato sobre la persona sino que los resultados se observan a largo plazo, por lo que la persona no se considera a sí misma suicida.

Algunos ejemplos de las conductas autodestructivas indirectas son el alcoholismo, el abuso de drogas, fumar, deportes de alto riesgo, conductas sexuales peligrosas, exposición permanente al estrés, incumplimiento de tratamientos médicos y continuas fallas en el cuidado de la propia salud, entre otras.

De acuerdo con Farberow, N. (1980), las conductas de alto riesgo contienen la probabilidad de una muerte instantánea o de un daño severo repentino. Esto promete ser muy excitante, desafiante, estimulante y requiere cuidado, preparación y entrenamiento. Sin embargo el riesgo de muerte es lo que motiva a la "excitante" actividad. Las conductas de alto riesgo varían en grado. Pueden variar desde aquel que juega a la Ruleta rusa pudiendo morir en el primer tiro, el diabético que deja aplicarse la insulina corriendo el riesgo de un coma, el drogadicto que usa hasta la sobredosis o quien maneja un coche a alta velocidad. En diferentes grados o circunstancias, pero todos experimentan la misma sensación de estar cercanos a la muerte.

En contraste con las conductas francamente suicidas, las conductas autodestructivas indirectas no suceden en momentos de perturbación emocional, alto nivel de estrés ni responden a algún estímulo afectivo en especial. Su conducta les da un moderado sentido de poder y control que les permite sobrellevar sus sentimientos de inadecuación. Su motivación inmediata es obtener el placer que les proporciona su actividad; se concentran en sí mismos de manera narcisista y mantienen su comportamiento basados en una fuerte negación.

Tanto los pacientes con conducta autodestructiva directa como indirecta tienen un pobre sentido del futuro. En los primeros, la falta de futuro es el resultado directo del rechazo, abandono y privación sufridos por sus objetos primarios, dando como resultado un sentimiento profundo de autodevaluación que les impide sentirse merecedores de recibir amor. El segundo grupo no piensa demasiado en el futuro ya que está muy interesado en el placer del presente y las gratificaciones que puede recibir del aquí y del ahora. Carecen de capacidad de demora por lo que no pueden

posponer sus necesidades para después. A pesar de que hablan en términos de grandiosidad, no ambicionan nada a futuro.

Según Litman, R. (1980) "la conducta autodestructiva indirecta se encuentra en todas las personas, pero se vuelve peligrosa y una amenaza contra la vida cuando se encuentra en forma habitual y repetitiva. Cuando este patrón de conducta se vuelve crónico, por lo general se ha desarrollado como un esfuerzo defensivo para lidiar con el sufrimiento mental que amenaza con aflorar en una depresión.

Cuando el estado psicológico que causa dolor, en especial la depresión, es crónico, en vez de transitorio, la necesidad de reprimirlo también se vuelve crónica y los sustitutos representaciones simbólicas del conflicto se fijan de manera permanente pasando a ser, más que una formación de síntoma, parte del carácter o un hábito. Es decir, se vuelve parte del *self*. La persona adquiere una adicción o se vuelve un conductor peligroso. Muchas formas de autodestrucción indirecta que fueron mecanismos defensivos, también fueron una fuente de placer temporal. Dejar de realizar estas conductas es sumamente complicado ya que implica la pérdida de un placer y la reactivación de la depresión".

Achté, K. (1980) menciona que en algunos casos estas conductas, además de tratar de controlar la depresión y la ansiedad, se asocian con personalidades impulsivas que piensan únicamente en la gratificación inmediata y son incapaces de considerar las consecuencias a largo plazo que conlleva su comportamiento.

El concepto de conducta autodestructiva indirecta adquiere particular importancia en el caso de desórdenes del carácter asociados con un Superyó excepcionalmente severo que posee una fuerte necesidad de

autocastigo. Estos desórdenes caracterizan a las personas que se sienten perseguidos por la "mala suerte". No tienen éxito en nada de lo que hacen y en su opinión, todas las adversidades que experimentan tienen que ver con factores externos. El análisis minucioso siempre revela que ellos inconscientemente provocan sus dificultades. Es una forma masoquista de autoagredirse.

Según Burns, M. (1980), "otra conducta autodestructiva de gran expansión dentro de la sociedad es el abuso del alcohol. El etanol es una sustancia tóxica que al ser ingerida en grandes cantidades tiene graves consecuencias a nivel psicológico. Su uso prolongado puede dañar el hígado y otros órganos de manera irreversible. Cuando el alcohol en sangre excede ciertos niveles (0.40 a 0.50%) se produce un coma o la muerte".

El alcohol es una sustancia legal que ha sido parte de varios intentos de suicidio. Es común escuchar de una sobredosis, en ocasiones combinada con otra droga y un accidente de tráfico que no es únicamente "un accidente". De acuerdo con Burns, M. (1980) "el suicidio directo con alcohol es un acto abiertamente agresivo y destructivo que ha sido motivado por eventos traumáticos que desembocaron en un momento de extrema desesperación. En contraste, la persona que se daña indirectamente con el uso de alcohol es más sutil en el ejercicio de sus tendencias destructivas. Pero el resultado de ambas acciones llevará al mismo fin".

Gran parte del abuso de drogas entre los adolescentes sugiere ser también una conducta auto destructiva. Smart, R. (1980) realizó varios estudio que relacionan el abuso de drogas con intentos de suicidio, depresión y conductas de alto riesgo. En la década de los 70's aumentó en un 36% el índice de muertes relacionadas con el abuso de drogas, en un

42% la muerte por envenenamiento accidental y en un 13% los suicidios por uso de drogas.

Se ha observado que los barbitúricos son las drogas usadas con mayor frecuencia en los suicidios y suelen ser mezclados con alcohol. Existen muchas muertes por sobre dosis que son difíciles de clasificar como intencionales o accidentales al igual que la conducta autodestructiva derivada de los efectos estimulantes de la droga.

Hankoff y Einsidler (1976) realizó un estudio con 141 adolescentes que intentaron suicidarse. El 23% de los pacientes abusaban de las drogas correspondiendo a la tercera parte de los hombres y la cuarta parte de las mujeres estudiadas. Quienes abusaban de las drogas ya habían intentado en otras ocasiones quitarse la vida y eran mucho más jóvenes que aquellos que no lo hacían.

Frederick, C. (1980) descubrió que el 80% de los adolescentes beben alcohol y la mitad de los estudiantes de bachillerato han fumado marihuana, pero sólo presentaban conductas autodestructivas aquellos que abusaban de estas sustancias. Al profundizar en los aspectos de la personalidad de estos jóvenes encontró depresión junto con otros rasgos del carácter. Tendían a vivir sólo el presente ignorando el porvenir, sus relaciones interpersonales eran de índole pasivo, dificultades cognitivas de tipo esquizoide, problemas para el estudio no relacionadas a obstáculos ambientales, actividad sexual poco gratificante y uso de la negación, racionalización, intelectualización y aislamiento como defensas secundarias.

En un estudio realizado por Rouse y Ewing (1973) con 184 mujeres adolescentes adictas a la marihuana reportaron que estas pacientes deseaban liberarse de la depresión y pensamientos desagradables, por lo

que estaban dispuestas a los riesgos que implicaba el efecto de la droga. Reportaron también sufrir de insomnio, pesadillas, haber tenido varios accidentes y haber visitado un psiquiatra en el último año.

"Por lo general, las personas que usan de manera riesgosa las drogas padecen de alguna alteración psiquiátrica. Los altos índices de depresión y suicidio han sido encontrados en varios tipos de farmacodependientes y en poliadictos" (Smart, R., 1980).

La mayor parte de los suicidios entre adictos han sido realizados entre aquellos que utilizan narcóticos. La adicción a narcóticos es considerada como equivalente suicida ya que su vida se asemeja a una muerte lenta o a una automutilación crónica.

Delk, J.(1980) ha estudiado otro tipo de conducta que tiene semejanza con las drogas debido a las emociones que se experimentan y por su poder adictivo. Estos son los deportes considerados de alto riesgo. Entre ellos se encuentran el paracaidismo, carreras de autos, de motocicletas, buceo, alpinismo, equitación, charrería, toreo, etc. Los patrones de comportamiento de quienes practican este tipo de deportes son complejos y multifacéticos pero subyace en ellos una motivación autodestructiva y adictiva. "Estas personas comparten las mismas características con otro tipo de personas que se destruyen de manera indirecta como son la tendencia a la negación, euforia, manía, y rasgos sociopáticos".

Un último tipo de conducta autodestructiva indirecta que discutiremos es la tendencia a sufrir accidentes. Según Selzer, M. (1980) comparando a grupos de conductores que tienen frecuentemente accidentes con quienes no los tiene, se observan en la personalidad del primer grupo significativamente mayor impulsividad, conducta agresiva, baja tolerancia a

la tensión, dependencia, egocentrismo y falta de reflexión. Esto demuestra la causalidad de dichos accidentes que con mucha facilidad son adjudicados a la suerte.

Tanto los accidentes como las enfermedades han sido asociados con cambios importantes o eventos significativos en la vida del sujeto y su incapacidad para tolerarlos sin dañarse.

El accidente es la única alternativa que encuentra la persona autodestructiva de huir de sus problemas sin tener que enfrentarse conscientemente a un intento de suicidio.

Abadi, M. (1973) destaca como conclusión, que "al suicidio se le ha considerado únicamente en el aspecto negativo autodestructivo. A pesar de que el suicidio no es, por ningún motivo, una condición de salud mental, reconoce que en todo ser humano subyace una intención suicida y que ésta es el modo como el ser humano puede aceptar la idea de muerte al convertirla en algo que él mismo puede administrar e integrar activamente".

A la vez reconoce, al igual que Freud lo hiciera en su momento, que "el hombre posee un "instinto epistemofílico", es decir el deseo natural de saber. Ya que la muerte es lo más desconocido de nuestras vidas, puede ser considerado natural el permanente intento por conocerla, es decir, la intención suicida, pero no lo es el que se transforme en un impulso suicida que realmente lleve a la muerte".

2.4. EL SUICIDIO EN LA ADOLESCENCIA

A lo largo de muchos años de estudio y gracias al trabajo de los investigadores se ha logrado conocer bastante acerca del suicidio y los intentos de suicidio. Entre los conocimientos relevante se encuentra que es en la adolescencia cuando se realizan más intentos de suicidio, algunos de los cuales terminan, desafortunadamente con la muerte del joven. "El conocimiento, tanto de la dinámica del intento de suicidio como de la adolescencia permite asegurar que este tipo de conductas reviste en este periodo características muy especiales, en las que son determinantes factores como la relación familiar, la estructura yoica, los procesos de identificación psicosocial, la tolerancia a la frustración, y otros, que aunados a la fragilidad del individuo adolescente pueden orillar a una conducta suicida". (Rueda, T. 1991).

Un intento de suicidio es el resultado de la decisión consciente de quitarse la vida, que difícilmente aparece antes de la pubertad, pero puede suceder a partir de la misma en personas con trastornos severos. En general se piensa en ello alrededor de los 14 ó 15 años y difícilmente admiten haber tenido estos pensamientos en la niñez. Muchas manifestaciones de patología en la adolescencia implican riesgo a sus vidas (drogas, anorexia, actividades peligrosas, etc.), pero no hay deseo consciente de morir y desde el punto de vista del desarrollo implican otros significado para el adolescente.

En un estudio realizado por Velamoor, V y Cernovsky, Z. (1992) con 100 adolescentes que habían intentado suicidarse el 35% indicó que su intención era morir, el 17% indicó que no buscaban morir y el 48% reconoció que no había relacionado la idea de morir con su suicidio.

Quienes tenía francamente la intención de quitarse la vida en su mayoría presentaban antecedentes psiquiátricos y eran quienes con mayor frecuencia dejaban una carta escrita en comparación con quienes no querían morir.

Adams, D., Overholser, J. y Lehnert, K. (1994) relacionan la conducta suicida del adolescente y la percepción del funcionamiento familiar y la relación padre-hijo adolescente. Se encontró una relación positiva entre los deseos de quitarse la vida y el percibir a la familia disfuncional así como el considerar a los padres como seres hostiles y lejanos en la relación diádica padre-hijo. Muchos hogares donde existe la ideación suicida del adolescente presentan antecedentes familiares de abuso físico e incluso sexual (Postelnek, J. y Atlas, J., 1993).

Morano, C., Cisler, R y Lemerond, J. (1993) realizaron una investigación con adolescentes que habían cometido intento suicida y encontraron que las pérdidas junto con un apoyo familiar deficiente fueron los principales predictores de un acto suicida adolescente. Los adolescentes estudiados reportaron un sentimiento de desesperanza influido por una pérdida reciente la cual no podían compensar por estar rodeados de una familia poco presente y un grupo de amigos con situaciones de vida similares en cuanto a niveles de estrés y vulnerabilidad por conductas francamente suicidas.

Además de las condiciones familiares, muchas de las personas que buscan matarse han sufrido traumas muy severos en su infancia que nunca pudieron elaborar adecuadamente, como es el caso de un abuso sexual.

Finkelhor D. (1984) en sus extensas investigaciones ha descubierto que "las personas que han sufrido abuso sexual de pequeñas presentan

muchas y muy severas consecuencias psicológicas a largo plazo como son baja autoestima, problemas para establecer relaciones heterosexuales, devaluación de la propia identidad sexual, desconfianza, temores, pasividad, aislamiento social, así como depresión y melancolía que implican alto riesgo suicida".

De acuerdo con Laufer, Moses y Eglé (1984), "un intento de suicidio, aunque sea menor, siempre representa una pérdida temporal de la habilidad de mantener las ligas con la realidad externa y debe ser visto como un episodio psicótico agudo". Por muy sano que se sintiera en los momentos del intento, ningún adolescente piensa de forma objetiva en la idea de su propia muerte, sino que su acción está determinada por una fantasía que excluía este concepto. En el momento de tomar la decisión de matarse, el cuerpo del adolescente deja de ser parte de sí mismo y se convierte en un objeto que puede expresar todos sus sentimientos y fantasías. El adolescente que se lastima a sí mismo, puede sentirse en contacto con su cuerpo a través de las experiencias de dolor físico y la visión del acto, así como por el deseo de compartir la experiencia con un observador externo.

Erikson, E. (1989) afirma que "la única certeza que existe en la vida es el hecho de morir, sin embargo desconocemos el cómo y el cuando. Muchos adultos esperan y aceptan la aproximación de su muerte día a día. Quienes buscan el suicidio, es para ellos ante todo la búsqueda de una muerte activa; por lo menos escogen cuándo y dónde.

En la experiencia clínica, ciertos adolescentes, sobre todo aquellos que pudieran ser diagnosticados como fronterizos sufren un conflicto similar, pero muchos años antes. Es en esta edad en la que se presenta el desafío de decidir el propio destino y lograr la consolidación de la identidad

abandonando la infancia y adquiriendo los roles de adulto. Algunos adolescentes fronterizos sienten que su futuro se encuentra fuera de control y surge la ideación suicida como un "remedio" ante tal situación. Su realidad psicosocial es tan indefinida que ser un "suicida" puede ser una gran decisión que los provea de identidad. Para el adolescente, esta decisión combina lo infantil y lo adulto en un solo acto. Aunque pareciera que cometen el peor de los actos para ellos es simplemente haber podido tomar una decisión que les dará una identidad en la vida, aunque esta sea ser el que piensa acerca de su propia muerte".

Fawcett, J., Clark, D. y Busch, K. (1993) estudiaron las circunstancias en que los suicidios fueron cometidos por los pacientes del departamento de psiquiatría del Centro Médico St. Luke, en Chicago y descubrió que de los 900 adolescentes estudiados los suicidios fueron asociados con ataques de pánico, ansiedad de tipo psicótica, incapacidad para concentrarse, insomnio, abuso moderado de alcohol y una severa incapacidad para sentir gusto o placer (anhedonismo).

Brent, D., Johnson, B., Bartle, S., Bridge, F, et-al (1993) hicieron un estudio comparativo entre adolescentes que han tenido intentos suicidas y quienes no los han tenido con respecto a desordenes de la personalidad y tendencias impulsivas violentas. Encontraron que los suicidas mostraban con mayor frecuencia desordenes severos en la personalidad y mayor número de síntomas fronterizos incluso en aspectos no relacionados con el suicidio. Sin embargo, en ambos grupos no hubo diferencias en cuanto conductas agresivas mostradas en su historial clínico.

El adolescente que intenta matarse ha perdido la habilidad de proteger su cuerpo de los peligros del mundo externo y de su propio poder

destrutivo. En cambio, el cuerpo se identifica con el agresor fantaseado que debe ser silenciado.

"Los sentimientos de culpa experimentados por los adolescentes son sentidos con mucha intensidad. Muchos de ellos se conectan con impulsos masoquistas que favorecen la autodestrucción, lo cual es más frecuente en mujeres. En cambio, en los varones es más observable el sentimiento de vergüenza y temor al fracaso como un móvil de suicidio, sobre todo en trastornos narcisistas de la personalidad" (Volterra, V, 1993).

El riesgo se incrementa también en las familias que poseen armas de fuego al alcance de cualquier miembro, incluso comparando familias disfuncionales con aquellas en las que no existe una aparente psicopatología (Brent, D.; Perper, J.; Moritz, G.; Baugher, M; et-al, 1993).

En los últimos 10 años se ha incrementado en el mundo la tasa de suicidio entre los adolescentes. Estos actos suicidas son considerados como un problema de salud pública. En 1990, en México se observó que la tasa de suicidios consumados, tanto en hombres como en mujeres en el grupo de edad entre 15 y 19 años fue más frecuente que los intentos de suicidio. La diferencia está en que el suicidio consumado de los varones es tres veces mayor que el de las mujeres; 2.71 vs. 0.91; mientras que los intentos de suicidio son cuatro veces más frecuentes en las mujeres que en los hombres: 0.45 vs. 0.10 (INEGI, Anuario estadístico de la República Mexicana, 1990).

Es importante destacar que en México la tercera causa de muerte correspondiente al rubro de Muertes violentas, es decir, accidentes, homicidios y suicidios. En un estudio exploratorio para indagar sobre los intentos de suicidio en una muestra de estudiantes en el D.F. se encontró un

índice del 16% de hombres y 12% de mujeres de secundaria que reportaron haber intentado matarse una o más veces. En preparatoria también lo reportaron un 16% de hombres y un 8% de mujeres (Ramos, Lara, M., et al, 1995).

Medina-Mora y cols. (1994) estudiaron una muestra representativa de estudiantes de secundaria y preparatoria del D.F. donde se observó que el 47% de los estudiantes reportó al menos un síntoma de ideación suicida presente en la semana previa al estudio, un 17% reportó haber pensado en quitarse la vida y 10% respondió afirmativamente a los reactivos que componen la escala de ideación suicida.

Entre los factores que desencadenan el suicidio en adolescentes, Peck, M. (1969) ha mencionado el grado de exigencia que existe en el colegio o facultades y la situación competitiva de las sociedades modernas. Observó que a veces se empieza a manifestar en forma de nostalgia, o de extrañar a seres queridos, especialmente en quienes viven lejos de sus casas desde hace mucho tiempo, o que se han separado de sus familias por primera vez. Otras veces es la ruptura de una relación afectiva amorosa, con un compañero o compañera. Muchos de los adolescentes masculinos presentaban problemas de identidad sexual y parecía que no podían responder a las demandas exigentes de los padres para comportarse "como hombres".

Rueda, T. (1991) señala que "en las grandes ciudades, factores como el aislamiento y la escasa comunicación social pueden ser desencadenantes, mientras que en las ciudades pequeñas el aburrimiento, la falta de actividades tanto individuales como grupales, pueden conducir al adolescente a un intento de suicidio o la muerte".

Otro estudio realizado por Medina V, y González, B (1995) con estudiantes del C.C.H. Sur quienes buscaron el significado psicológico del suicidio a través de redes semánticas, encontraron una relación estrecha con la depresión (alta o baja). Los estudiantes con baja depresión consideran al suicidio como un "problema", mientras que aquellos que tienen alta depresión le dan el significado de "solución".

Por la naturaleza de un adolescente, y de acuerdo con los estudios de Blos, P., (1971) sabemos que éste "necesita gratificar sus necesidades sexuales y narcisistas fuera del núcleo familiar e independiente de sus padres. Cuando un adolescente intenta suicidarse, este evento suele ser precedido por la sensación de haber fallado en alejarse de la relación de dependencia hacia sus objetos primarios y por lo mismo, tener dificultades para establecer una identidad sexual permanente. También es común un intento de suicidio después de haber fracasado en establecer una relación heterosexual ya que esto le significa una derrota más en su posibilidad de independizarse de los padres y de romper la ligadura con los antiguos deseos edípicos".

De acuerdo con las investigaciones de Eguiluz, L., Espinosa, M. y González, S. (1991), "hay familias con patrones de comportamiento muy rígidos, que cualquier amenaza de cambio puede ocasionar una crisis. Esta estructura rígida no es el mejor campo de desarrollo para un chico en proceso de individuación. El adolescente requiere dejar atrás tanto la estructura biológica infantil, como las formas de comportamiento habituales de esa época. Algunas familias se hayan atrapadas al no permitirse la promoción de cambios estructurales, por lo que requieren de ayuda externa que permita y promueva el cambio de la estructura anquiladora y rígida. De no ser así, el muchacho tendrá dos opciones; adaptarse por medio de la

sumisión al sistema rígido impuesto, impidiendo su autodesarrollo, o rebelarse buscando la transformación del sistema. La rebeldía puede tener distintas connotaciones, una lucha abierta que logra transformar algunos patrones con dolor de ambas partes, y la rebeldía encubierta con visos de autodestrucción, que puede manifestarse por adicciones (alcohol, drogas, comida, etc.), enfermedades psicológicas (neurosis, trastornos psicósomáticos, psicosis) o por un intento de suicidio o la consumación del mismo.

Este conflicto parece ser distinto para las mujeres y para los hombres. El muchacho adolescente siente que se tiene que someter pasivamente a la ayuda parental, pero inconscientemente esta sumisión es una forma de controlar su violencia. Para la mujer adolescente, el temor de ser forzada a volver a la dependencia hacia la madre, le crea hostilidad y un intenso temor de perder el control de su enojo hacia la madre.

"Muchos adolescentes, al sentirse así, salieron a buscar ayuda, pero no sintieron haber encontrado la suficiente y comenzaron a sentirse desesperanzados ya que ninguna ayuda fue suficiente para borrar la sensación interna de ser malos y de tener pensamientos y deseos sexuales indebidos o "anormales". Así, el suicidio representaba inconscientemente el ataque al cuerpo sexualmente maduro" (Laufer, Moses y Eglé, 1984, pp 114).

Un riesgo serio se presenta cuando observamos que el adolescente se ha dado por vencido en su lucha. Deja de relacionarse con los demás y se mantiene dependiente de sus padres y se siente avergonzado de sí mismo por ello. Dichos adolescentes pueden mostrar el primer signo de riesgo cuando se sienten incapaces de controlar su impulso de atacar a uno

de sus padres y desean matarse para aplacar su cuerpo. Los adolescentes se caracterizan por tener reacciones impulsivas, sufren de fuertes sentimientos de culpa y buscan el castigo inconsciente a través de un ataque tipo *acting out* dirigido hacia objetos internalizados.

"Quien se encuentra en riesgo, experimenta su cuerpo como una prisión de la que debe escapar, como si su cuerpo tuviera que ser controlado o subyugado. Por esta razón, el adolescente que llega a sentir alguna atracción hacia alguien del mismo sexo, o que se siente llevado por el deseo de masturbarse aunque esto lo haga sentir anormal, puede estar en riesgo"(Laufer, Moses y Eglé., 1984).

"La combinación de una madre dominante y controladora y de un padre pasivo y ausente se ha encontrado en muchos de estos jóvenes que han intentado el suicidio. El problema se agrava si las padres son poco comunicativos, distantes o ausentes" (Peck, M.L., 1969).

Schrut, A.(1964) señala que "muchos niños y adolescentes con tendencias suicidas se caracterizan porque sus padres han presentado una actitud de ambivalencia muy intensa hacia ellos, frecuentemente asociado con resentimiento, hostilidad y rechazo".

"Más de la mitad de los niños estudiados nacieron en hogares donde las madres estaban incapacitadas para aceptarlos, con una historia de desacuerdos familiares, enfermedades, problemas económicos y abandono frecuente del padre de la familia. A menudo la autodestrucción es un castigo del Superyó en virtud de la identificación del joven con la actitud de sus padres, actitud, generalmente muy severa y exigente" (Ibid, pp 122).

El suicidio en los adolescentes conlleva un estado de despersonalización en el momento del acto, es por ello que después de un intento los adolescentes se prometen y prometen a los demás que no lo volverán a hacer. Sin embargo, el saber que son capaces de poner en práctica sus pensamientos suicidas se vuelve una fuente de fortaleza oculta. Jacobson, E. (1974) señala que en el acto suicida "el *Self* adquiere una sensación de poder y anticipa la victoria final a través del suicidio. La fantasía es de tener un arma secreta que les permite seguir viviendo ya que con ella acabarían con el dolor. Es por ello que se debe tener conciencia de que el riesgo de muerte siempre está presente al estar coludido con la fantasía omnipotente del acto suicida".

Mack, J. (1989) sugiere que la psicodinamia del paciente deprimido o suicida sea evaluada con detenimiento, sobre todo en lo que se refiere a conflictos relacionados con la autoestima, que se evidencian cuando el adolescente se agrade verbalmente o expresa sentimientos de una pobre valoración personal. La atención debe centrarse en un Superyó muy rígido, en idealizaciones poco realistas, o expectativas inalcanzables del ideal del Yo que harán del joven una persona sumamente sensible al desacuerdo de los demás y fácilmente se sentirá herido en sus sentimientos. Se deberá conocer también la dinámica familiar que perturba el balance psíquico del individuo y recomendar la ayuda pertinente. Las relaciones familiares con la comunidad pueden ser el equilibrio que el adolescente necesita para lidiar con los ajustes que debe hacer dentro de casa.

Varias son las motivaciones que llevan al adolescente a pensar en matarse. Mattson et al (1969) distingue seis grupos de adolescentes que intentan suicidarse y cuyos motivos son los siguientes.

1. Haber perdido a un ser amado. La muerte o abandono de un padre llenan al joven de sentimientos de tristeza y soledad y surgen en él fantasías de reunirse a través de la muerte con dicha persona. La muerte de una persona amada puede ser la causa de una culpa persecutoria intolerable, especialmente si el paciente se ha sentido de algún modo responsable por esa muerte.
2. Algunos esperan matar "la parte mala" que llevan dentro, aquella que desprecian y sienten como ajena, siendo la muerte su forma de renacer en alguien valioso.
3. Es el "último llamado de auxilio" dirigido a la familia y sucede principalmente en hogares que viven bajo mucha angustia, donde hay algún enfermo crónico o donde los miembros sean poco unidos. Este método lo utilizan con frecuencia aquellas personalidades sometidas, débiles y tímidas.
4. Vengarse por el sentimiento de enojo que poseen hacia los padres. En estos casos pueden utilizar el intento suicida como un medio de manipulación sin un verdadero propósito de muerte.
5. El adolescente psicótico que hace repetidos intentos de suicidio como una solución desesperada para acabar con la tensión interna y la confusión que vive. Algunos investigadores consideran que la reacción esquizofrénica es un factor importante que subyace a la psicopatología de los adolescentes suicidas.
6. El juego suicida. Jóvenes que "coquetean" con la muerte para lograr la aprobación de compañeros y experimentar tensión. Se observa la negación ante la muerte como defensa por su temor a morir.

"El 72% de los suicidios en adolescentes corresponde a jóvenes cuyos padres están divorciados y 75% a jóvenes que son desarraigados, es decir no pertenecen al lugar donde habitan y cuyas familias cambian frecuentemente de domicilio. El 40% usan drogas o alcohol y la mayoría han sufrido decepciones y fracaso escolar" (Dolto, F., 1990)

Mientras exista alguien a quien el adolescente pueda pedir ayuda o contra quien pueda descargar su rabia y enojo, el riesgo de suicidio será menor (he aquí parte de la función de una psicoterapia). Pero si el joven cree que a nadie le importa si vive o muere, entonces la probabilidad de suicidio será mayor.

Muchos intentos y gestos pueden ser vistos como un llamado desesperado a otros, pero un verdadero suicida lo planeará de tal modo que no tendrá oportunidad de sobrevivir.

Seiden, (1969) afirma que "el principal factor para diferenciar un verdadero intento suicida de un gesto suicida es el aislamiento social". El riesgo de un gesto suicida es que muchos fallan y mueren sin intención de hacerlo. Otros que muestran actitud suicida y no son tomados en serio por la gente que quieren, se convencen de que en realidad no le interesan a nadie y llegan a cometer un verdadero acto suicida.

2.5. TRATAMIENTO

Un intento de suicidio en la adolescencia representa una seria interferencia en el desarrollo hacia la adultez y es una señal de una urgente necesidad de ayuda psicológica. Esto es válido tanto para un intento de suicidio que se realizó recientemente como para uno perpetrado en el pasado.

Cuando el adolescente acude a tratamiento por haber cometido un intento suicida es importante conocer todos los factores de riesgo para poder predecir un nuevo intento o un abandono prematuro del tratamiento.

Cualquier intento de suicidio debe ser tomado con seriedad, incluso aquellos que evidentemente buscan llamar la atención más que un auténtico deseo de autodestruirse. En este último caso, un error de cálculo puede acarrear la muerte. Sin embargo, Zinberg, N. (1989) menciona que "clínicamente el problema es menor en un paciente no psicótico que "juega" con la idea de morir que con aquel cuyo intento es con la intención genuina de suicidarse".

En cualquiera de los casos el analista debe de estar pendiente de las señales de riesgo. Igualmente importante es que el paciente sepa que aunque el analista se da cuenta del peligro, éste no podrá evitar que se mate.

Una manifestación de peligro inminente de suicidio es cuando en el adolescente no existen sentimientos de culpa con respecto a lo que el analista o los padres sentirían por su muerte y más aún cuando existe la convicción de que ambos se sentirán aliviados con su muerte.

Una de las primeras consideraciones a realizar es si el paciente requiere de hospitalización o si puede ser tratado en consulta externa. De acuerdo con Zinberg, N. (1989) la hospitalización es una cuestión sumamente delicada ya que acarrea múltiples y complejas cuestiones a considerar. "La hospitalización implica altos costos tanto en dinero, tiempo, dignidad, instituciones y la estigmatización del paciente ante los individuos que lo rodean. Pero la razón más importante a considerar es que no funciona". Se ha sabido de la incidencia de pacientes que pueden y se han suicidado dentro de hospitales (Kahne, 1968). La hospitalización sólo funciona en con ciertos pacientes que conocen y aceptan sus necesidades y dentro de una red social que dé apoyo y permita la interacción entre el hospital y la comunidad.

Como estas condiciones son muy difíciles de obtener, la decisión se vuelve muy complicada, pero lo que no debe perderse de vista es que, ya sea dentro o fuera de una institución, el paciente debe comenzar de inmediato un tratamiento psicoterapéutico.

Antes de comenzar el trabajo profundo con el paciente es importante evaluar varios aspectos que deben quedar comprendidos por el terapeuta. En primer lugar se deben detectar los sentimientos positivos y negativos del paciente con relación al terapeuta y a la terapia (la transferencia). En segundo lugar hay que hacer un balance entre el contenido y la estructura, es decir, entre el contenido de lo que manifiesta el paciente como causa de su desesperación y sufrimiento y la estructura subyacente que determina que dichos motivos le causen desesperación (Zinberg, N., 1987).

La terapia es por definición una relación humana de igual a igual. Tanto analista como analizado buscan juntos la respuesta a su padecimiento

y las motivaciones que lo llevaron a ello. En ese sentido son colegas (Hartmann, H. 1958). Pero la primera regla de la psicoterapia es el conocimiento del paciente tal cual es. En principio tanto terapeuta como paciente deben darse cuenta de la importancia del problema y el dolor emocional del paciente y después será el terapeuta quien debe llevar al paciente por donde no quiere ir. Si el joven pone énfasis en la transferencia, el terapeuta se preguntará si esas emociones y puntos de vista se aplican a otras situaciones tanto pasadas como presentes. Si el paciente hace énfasis en su vida presente, el terapeuta se preguntará acerca del pasado y de la transferencia. Esta es una búsqueda de material productivo para la cura del paciente que en muchos momentos será difícil para este último, provocando todo tipo de reacciones emocionales.

En la fase inicial del tratamiento, el joven es totalmente dependiente de que el analista le ayude a hacerse consciente de sentimientos de culpa, vergüenza y autodevaluación y a superar el efecto traumático de haber intentado suicidarse, por menor que haya sido el incidente. A pesar de que al adolescente le atemoriza tener que reconocer que estuvo "fuera de sí" por un momento, mientras intentó morir, y que su comportamiento corresponde a impulsos internos, estar en tratamiento es la única forma de superar el trauma y elaborar sus orígenes.

Trabajar con pacientes de riesgo suicida requiere de un manejo muy delicado. Existen diferencias conceptuales entre una terapia ordinal y una psicoterapia que involucra riesgo de muerte. Debido a que el suicidio atraviesa por un amplio espectro de padecimientos psicológicos, la técnica terapéutica varía de acuerdo al diagnóstico. Es importante familiarizarse con diversas teorías acerca del abordaje clínico del paciente y reconocer la

contribución del tratamiento del suicidio de las distintas escuelas adoptando las estrategias adecuadas a la condición del paciente.

Considerando que el 50% de los intentos de suicidio se relacionan con desórdenes afectivos (Jacobs, D, 1989), el manejo de los adolescentes depresivos es sumamente importante y requiere de una consideración especial.

Según el trabajo terapéutico de Edith Jacobson (1974) "cuando el adolescente se encuentre profundamente deprimido se requieren modificaciones a la técnica usada normalmente con pacientes neuróticos. El paciente deprimido trata de recuperar su habilidad perdida de amar y funcionar a base de buscar el amor mágico de sus objetos. Para ello utilizan varias estrategias defensivas. Por haber fallado en obtener amor del exterior, tratan de buscarlo en sus objetos amados e internalizados".

En el curso del tratamiento, por la transferencia, el analista se convierte en el objeto amoroso central y el centro de la conflictiva depresiva. Esta puede aumentar durante el curso del tratamiento con periodos de regresión prolongados y llevar a una reacción terapéutica negativa con la que el paciente debe ser confrontado.

Este tipo de adolescentes, estando en tratamiento, sienten cualquier experiencia de separación del analista como un abandono, por lo tanto, este último debe sentir como situaciones de peligro latente las vacaciones, los fines de semana y días festivos, ya que en ellos se sentirán poco valorados y pensarán en dañarse a sí mismos y vuelven los pensamientos suicidas. Si hacemos saber al paciente que entendemos lo enojado que se siente por sentir que lo dejamos es probable que pueda transcurrir el fin de semana sin perpetuar ningún ataque a su cuerpo.

Nos dice Laufer, Moses y Eglé (1984) que muchos otros adolescentes presentan manifestaciones de trastornos psicossomáticos en la ausencia del analista. Otros se involucran en relaciones sexuales transitorias que pierden significado en cuanto el analista regresa. Estas observaciones confirman las suposiciones de que existe cierto deterioro en la habilidad de estos adolescentes de relacionarse de manera cuidadosa con sus cuerpos. Haber sido dejados se experimenta como un abandono físico que de no haber sido suplido por una pareja sexual hubiera llevado a la manifestación de los síntomas psicossomáticos de la depresión.

En muchos casos la imagen corporal se vuelve un indicador del nivel de devaluación del adolescente y del autodesprecio que se tiene. Phillips, K., McElroy, S. y Keck, P. (1993) encontraron que a los 15 años comienzan una serie de desórdenes dismórficos en algunos jóvenes, con desórdenes afectivos, que los conducen a percibirse muy feos al grado de aislarse socialmente, esconder su cuerpo, abandonar ocupaciones llegando a intentar suicidarse en un 20%.

El joven al hacerse consciente de sus nuevos impulsos sexuales y agresivos y de sus pensamientos acerca de los mismos se juzga a sí mismo como anormal y poco querido. Siente que merece ser castigado. "El cuerpo se vuelve el responsable de su incapacidad de regresar a la seguridad que sentían con sus anteriores formas de relacionarse pasivamente con los padres, maestros y, ahora, terapeuta. Tampoco están seguros de encontrar las satisfacciones que desean en los adultos. Todo lo que les evoque dependencia con el analista, como lo es el darse cuenta del alivio de la ansiedad que el tratamiento les puede ofrecer, es experimentado como algo vergonzoso que debe ser negado ante sí mismos y ante los demás ya que

representa sus deseos regresivos y pasivos de ser físicamente contenidos y gratificados" (Laufer, Moses y Eglé, 1984).

En la relación con el analista no solo esperan y temen ser dejados o rechazados, sino que inconscientemente necesitan provocar el rechazo a través de sus actos, como una forma de expresar el rechazo que sienten por ellos mismos.

Esto es reactuado constantemente en la relación con el analista como una repetición del significado dinámico del actual intento de suicidio.

La mayoría de los adolescentes han recibido algún tipo de ayuda después de un intento de suicidio, sin embargo esto ha sido contraproducente en muchas ocasiones, ya que quien ofrece su ayuda tiende a convertirse en el perseguidor debido a que se le responsabiliza por los sentimientos de vergüenza y fracaso que el joven tiene y lo convierte en el agresor atacado en la fantasía a través del acto suicida.

"Muchos adolescentes, por ejemplo, a los que se les ha ofrecido ayuda terapéutica en respuesta a sus intentos de suicidio, tratan de matarse por segunda vez ya que ven el ofrecimiento de ayuda terapéutica como una confirmación de que son anormales y de que lo que han hecho es algo vergonzoso (Ibid, pp 214).

Estos jóvenes tienen una pobre capacidad para tolerar los afectos. La rabia, ternura, envidia, frustración, soledad o cercanía son sentimientos que todos poseemos, pero algunos los toleran mejor que otros. En muchas ocasiones pensaron en la muerte para liberarse de esos afectos y resolver el problema. En la terapia tendrán que hablar de emociones y sentir de nuevo algunas, eso será necesario, pero no suficiente. Es importante que el

chico se da cuenta de los actos impulsivos que realiza debido a la debilidad yolca que hace difícil tolerar sus afectos para que pueda manejarlos (Jacobs, D., 1989).

La inhabilidad del adolescente de experimentar cualquier sentimiento doloroso y su necesidad de localizar en el mundo externo la procedencia de dichos sentimientos, dañan seriamente su capacidad de formar y mantener relaciones duraderas. Su única defensa contra la expectativa de ser rechazados o abandonados es adelantarse al ataque siendo ellos mismos quienes provoquen sentimientos dolorosos a las otras personas. Por ejemplo, no pueden esperar a que el analista se vaya de vacaciones, por lo tanto deciden ellos salir antes de vacaciones o programan sus salidas justo cuando debiera regresar el analista. También hay pacientes que se quedan callados por largos periodos haciendo que el analista se sienta solo y sin respuesta, en vez de sentir ellos mismos esta sensación. Inconscientemente ellos experimentan el silencio del analista como una prueba de que éste ya no se interesa por ellos y que incluso desearía que estuvieran muertos (Zinberg, N, 1987).

Si se considera al intento de suicidio como un episodio psicótico agudo en la vida del adolescente, constituye una experiencia traumática en la que la angustia experimentada se salió de los límites soportables para la capacidad defensiva del Yo. El efecto de este trauma le crea al adolescente la necesidad de repetir y reactuar situaciones que dinámicamente equivalen a un acto suicida. Al permitirle al adolescente reexperimentar y aliviar el trauma por medio de la transferencia, el poder destructivo de la experiencia traumática puede ser disminuido (Laufer, Moses y Eglé, 1984).

Se pueden definir ciertos criterios terapéuticos que son esenciales para que el tratamiento se lleve a cabo y surja un cambio efectivo:

1. Establecer un setting con límites claros que permitan ofrecer la ayuda requerida. Es recomendable establecer un buen rapport desde el inicio y preguntar al paciente como se está sintiendo en la entrevista. Los pacientes depresivos tienden a establecer una inmediata e intensa transferencia o negarse a la relación.

Jacobson, E., (1974) recomienda una frecuencia de tratamiento de tres sesiones por semana, ya que esto permite una cercanía suficiente donde exista una calidad emocional en la relación terapéutica y a la vez se da la oportunidad al paciente de poner distancia (en términos de tiempo y espacio) entre él y el analista que le permita reducir la ambivalencia. En los momentos en que los pensamientos suicidas se hacen más fuerte, entonces se debe incrementar el número de sesiones. Cualquier incremento en sesiones o en minutos de la sesión debe ser debidamente analizado ya que favorece la dependencia del paciente y lo hace sentir demandante.

Mientras los pacientes se encuentren inhibidos o retardados en sus pensamientos debido al trauma sufrido ellos no podrán asociar libremente ni asimilar las interpretaciones. Incluso teniendo la capacidad de establecer contacto con el analista, podrán estar tan absorbidos por su angustia, sentimientos de culpa y sus pensamientos obsesivos que necesitarán al terapeuta principalmente como un paciente escucha con quien podrán quejarse. Esta situación podrá durar semanas o meses en lo que se podrá comenzar a trabajar la transferencia.

2. El tratamiento debe ser pensado a largo plazo y debe ser consistente.

Jacobson, E, (1974) dice que estos pacientes muestran distorsiones en el Yo y defectos en el Superyó, trastornos en las relaciones objetales junto con una severa patología de los afectos. Por esta razón necesitan muchos años de análisis con un trabajo constante y paciente en el área de funciones yoicas y superyoicas con gran atención sobre los mecanismos de defensa y las respuestas afectivas.

"Es común que estos pacientes sientan que las respuestas e interpretaciones del analista son muy lentas y torpes o rápidas e impulsivas. Esto es producto de las proyecciones del propio paciente. Sin embargo se recomienda que el ritmo del tratamiento sea continuo, empático, sutil, que una al analista con los núcleos depresivos del paciente. Se debe tener cuidado en no permitir que los silencios empáticos se prolonguen o de hablar demasiado o muy pronto. En resumen nunca dar ni mucho ni muy poco" (Ibid, pp 255).

En los periodos del tratamiento donde se observe un aislamiento narcisista del mundo, el analista deberá mostrar una actitud activa de interés y participación en sus actividades cotidianas y especialmente en sus sublimaciones. Se requiere una atmósfera cálida y acogedora que no llegue al extremo de ser sobreprotectora y seduzca.

En momentos críticos el analista debe estar preparado para responder tanto con gesto espontáneo y amable como con una breve expresión de enojo, que pueda sacar adelante al adolescente de un peligroso periodo depresivo.

Como estos pacientes son muy provocativos y exasperantes, cualquier demostración de las emociones del analista debe ser cuidadosamente pensada y el analista nunca debe perder el control.

3. Debe vencer las resistencias que pudieran llevar al adolescente a buscar otras alternativas falsas de sentirse mejor. El analista debe estar muy atento a las decisiones de cambios que en apariencia son positivos pero cuyo trasfondo es una huida debida a la resistencia al cambio (Laufer, Moses y Eglé, 1984).

En los periodos en que el adolescente está en estados maníacos o hipomaniacos carece de *insight* y abandona por intervalos el tratamiento por sentirse totalmente "sano". Normalmente inician tratamiento en un estado depresivo.

4. Se debe luchar constantemente en contra de la negación. Tanto el paciente adolescente como el analista se sienten inclinados a minimizar y negar la experiencia, por lo que deben tener siempre en mente el acto suicida, el riesgo que corre el paciente y la posibilidad de la repetición como constantes en su pensamiento.

Es común observar que cuando se recomienda tratamiento a un adolescente que ha realizado un intento de suicidio se encuentre oposición tanto del paciente, la familia y otros profesionales involucrados en el caso (doctores, maestros, etc.). Frecuentemente existe resistencia en aceptar la seriedad del incidente. El deseo más evidente del adolescente y sus padres es de olvidar el evento lo más pronto posible y volver a su "vida normal" como si esto le quitara al joven de forma "mágica" el deseo de morir. El analista debe entender estas afirmaciones como de la angustia y temores de la familia que los lleva a minimizar la presencia de un núcleo de patología y un riesgo latente de muerte o autodestrucción que sólo puede ser contenido y resuelto a través de un tratamiento (Ibid, pp 218).

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Durante el análisis de un paciente suicida es común cometer una serie de errores relacionados con el manejo del mismo. Maltzberger, J. y Buie, D. (1989) realizaron algunas contribuciones al respecto. Por ejemplo, destacan la importancia de la contratransferencia como fuente de decisiones equívocas.

Es común que los pacientes suicidas despierten en el terapeuta y en la gente que los rodea sentimientos de culpa y elevados niveles de tensión que podrían provocar cierta aversión hacia el tratamiento y que de no ser entendidos pueden llevar a actuaciones contra el paciente.

En ocasiones los terapeutas invadidos de angustia por las actuaciones de alto riesgo que llevaban a cabo sus pacientes llegaron a ponerles ultimátums diciendo que si volvían a realizar la conducta autodestructiva se terminaría el tratamiento. Los pacientes no pueden resistir a este desafío y ponen a prueba al terapeuta hasta dar la terapia por terminada. Poner un ultimátum a un paciente es decirle que una parte enferma de sí mismo es intolerable y debe ser suprimida o controlada antes de ser entendida.

También existen errores basados en creencias falsas como el pensar que el adolescente solo se suicidará si está profundamente deprimido, si ha bajado de peso o sus movimientos son retardados. Es importante recordar que los pacientes esquizofrénicos y fronterizos también se suicidan si manifiestan estos signos. Las primeras mejorías en el tratamiento no deben ser tan alentadoras como para darlo por terminado. En muchas ocasiones es sólo una fuga hacia la salud y no una verdadera recuperación.

La experiencia terapéutica ha mostrado que la mayor parte de los resultados terapéuticos exitosos han sido obtenidos en los casos donde el material profundo de fantasías inconscientes ha sido completamente revivido, entendido y elaborado a través de las interpretaciones.

Cuando los pacientes han sido cuidadosamente preparados para el material del análisis de su Yo, Superyó y conflictos en transferencia pueden tolerar las interpretaciones sobre impulso y fantasías preedípicas de manera exitosa (Jacobson, E., 1974).

La concepción de la psicoterapia se ha basado ampliamente en la habilidad del Yo para la auto observación. El Yo tiene además una capacidad de adaptación y plasticidad que permite que se den los cambios, dentro de ciertos límites, sobre todo cuando no se ha conformado totalmente la personalidad como en el caso de la adolescencia. La meta de la terapia será permitir al paciente adquirir consciencia de su forma de actuar y los valores y actitudes que lo mueven a responder de cierta forma. Solo reconociendo y elaborando las racionalizaciones y autodecepciones que determinan sus respuestas habituales que actúan a su favor o en su contra, es cuando el adolescente podrá ser libre de encontrar alternativas de cambio.

La meta de la psicoterapia será encontrar y hacer ver al paciente la forma repetitiva en que se percibe a sí mismo y su entorno y dejar en él un verdadero autoconocimiento y su resultante habilidad para tomar decisiones responsables donde antes existiera el propósito de la autodestrucción.

Ayudando al adolescente a descubrir que fue lo que lo hizo sentir la necesidad de atacar a su propio cuerpo podemos ayudarlo a sentirse de nuevo capaz de controlar, un poco más, su vida y su futuro.

CAPITULO 3

METODOLOGIA

3.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El suicidio es un fenómeno individual y social que durante la historia de la humanidad ha simbolizado la última alternativa que una persona desesperada encontró para a su vida. Hemos conocido a través de las investigaciones, que este acto lleva consigo un sinnúmero de factores tanto predisponentes como precipitantes que permiten su ejecución. Sabemos también que es en la adolescencia cuando este fenómeno comienza a adquirir importancia por su magnitud y frecuencia. El conocer cada uno de estos factores hará que aquellas personas profesionales de la salud mental en especial, que estén en contacto con pacientes que implican un riesgo suicida, puedan ser capaces de detectar y utilizar todos los recursos terapéuticos necesarios y adecuados para evitar la tendencia autodestructiva del adolescente.

Es por ello que se presenta un estudio de caso, en el cual damos respuesta a varias interrogantes que nos hemos planteado: ¿Cuáles son los factores psicodinámicos que motivan una ideación suicida?, ¿Qué papel juegan las fantasías de muerte en el adolescente? y ¿Cómo incidió la Intervención terapéutica, a través de la interpretación, en la disminución del riesgo suicida en el caso del adolescente estudiado?.

3.2. OBJETIVOS

Objetivo general

Conocer la dinámica de un paciente adolescente con ideación e intento suicida, así como las alternativas de intervención en el proceso psicoterapéutico en un año de tratamiento.

Objetivos específicos

- Detectar las ideas y fantasías acerca del suicidio que aparecen en el discurso del paciente durante el tratamiento, así como los actos suicidas evidentes o disfrazados.
- Buscar en la historia clínica del paciente los hechos y sucesos que la llevaron a intentar suicidarse (de forma consciente o inconsciente) y a mantener en su mente la idea de morirse.
- Puntualizar alternativas de intervención psicoterapéuticas para el manejo del paciente, con la finalidad de comprender el significado de su comportamiento y evitar su repetición.
- Confirmar las hipótesis, acerca del suicidio en la adolescencia, planteadas por autores diversos, expertos en el tema.

3.3. HIPÓTESIS

Al detectar e interpretar las fantasías inconscientes relacionadas con ideas suicidas del paciente, éste irá haciendo consciente su problemática y resolviendo los aspectos de su vida que lo han llevado a intentar suicidarse.

Hipótesis de trabajo

- El suicidio está motivado por una serie de fantasías que van más allá de la idea de la muerte
- Los deseos de morir corresponden a una identificación del propio cuerpo con el agresor fantaseado que debe ser castigado.
- En el paciente suicida existe una necesidad de autocastigo por sentimientos inconscientes de culpa.
- Las pérdidas, reales o fantaseadas, son desencadenantes de intentos de suicidio
- Al revivir en la psicoterapia la situación dinámica del trauma que originó el intento de suicidio, se disminuye el efecto experimentado por el mismo y así el riesgo de un nuevo intento.

3.4. VARIABLES

Variable independiente

Manejo psicoterapéutico

Variable dependiente

Actos e intentos suicidas. Fantasías e ideación suicida.

Definición de variables

Manejo psicoterapéutico: Técnicas psicoterapéuticas de corte psicoanalítico que permiten el curso del proceso psicoterapéutico (Bleger, J., 1971).

Psicoterapia analítica: "Forma de psicoterapia basada en los principios teóricos y técnicos del psicoanálisis, aunque sin realizar las condiciones de una cura psicoanalítica rigurosa" (Laplanche y Potalis, 1968, pp. 337).

Suicidio: Acto o conducta que daña o destruye al propio sujeto con fines de quitarle la vida (Stengel, E: 1965).

Intento de suicidio: Es cualquier acto no fatal de autoperjuicio, infringido con la intención consciente - aunque vaga y ambigua - de autodestruirse (Stengel, E. 1965).

Ideación suicida: Pensamientos obsesivos acerca del suicidio que incluyen la forma y el momento en que el acto será realizado (Gazzano, A., 1973).

Fantasmas acerca del suicidio: Son ideas acerca de la propia muerte y sus consecuencias, tanto para el individuo como para los objetos (Gazzano, A., 1973).

3.5. POBLACION

Se trata de una mujer adolescente de 19 años de edad, soltera, con escolaridad de tercer año de secundaria, trabaja en un club deportivo. El

contacto con la paciente se realiza en una clínica de adicciones a la cual es llevada por los padres por sospecha de ingestión de alcohol y alguna droga.

3.6. DISEÑO DE LA INVESTIGACION

Se trata de un diseño preexperimental de una sola medición, tipo Expostfacto (Campbell y Stanley, 1987).

3.7. NIVEL DE LA INVESTIGACION

Se empleó un nivel de investigación descriptivo cuyo propósito es resaltar los aspectos más relevantes de un fenómeno determinado

3.8. PROCEDIMIENTO

El procedimiento que se llevó a cabo en esta investigación es una psicoterapia psicoanalíticamente orientada, la cual se basa en el método psicoanalítico aceptando sus principios teóricos y técnicos.

Las sesiones terapéuticas se realizaron con una frecuencia de dos veces por semana con una duración de 45 minutos cada una manteniendo la posición cara a cara. El registro del material obtenido en la sesión se realizó al finalizar la misma y se recopiló en forma anecdótica. Se presentan 31 sesiones seleccionadas de la siguiente manera; la 4, 7, 10, 13, 16, 19, 22, 25, 28, 31, 34, 37, 40, 43, 46, 49, 52, 55, 58, 61, 64, 67, 70, 73, 76, 79, 82, 85, 88, 91 y 94 con el fin de registrar en las mismas los objetivos.

3.9. ANALISIS DE DATOS

Para alcanzar los objetivos planteados en la investigación se recabaron los datos bajo el procedimiento de análisis de casos cuyo principal propósito es resaltar los aspectos relevantes que el fenómeno observado manifiesta.

3.10. PRESENTACION DEL CASO

HISTORIA CLINICA

FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre	Robin (ficticio)
Edad	19 años
Sexo	Femenino
Estado civil	Soltera
Nivel socioeconómico	Medio alto
Escolaridad	Secundaria
Ocupación	Entrenadora de caballos de salto
Lugar de nacimiento	México DF
Referida por	Clinica de tratamiento de adicciones
Inicio de tratamiento	Agosto de 1993

BREVE DESCRIPCIÓN DE LA PACIENTE

Robin es una joven que aparenta una edad menor a la cronológica; parece como de 14 años. Mide 1.56 m de estatura y pesa alrededor de 57 kilos. Es de complexión robusta, tez morena clara, cabello chino corto, nariz pequeña, recta y boca chica con labios ligeramente anchos. Usa lentes de armazón cuadrado y negro que cubren parte de su cara e impiden hacer contacto fácilmente con sus ojos, los cuales son negros y grandes. Es muy velluda.

Normalmente viste ropa informal; pantalón, chamarra de mezclilla y botines. No se maquilla y rara vez usa aretes. Al hablar parece forzar la voz para hacerla más ronca mientras que su risa es muy aguda.

La primera impresión que tuve de ella el día de su ingreso a la clínica fue de haber visto pasar a un "muchacho adolescente" y me sorprendí mucho al descubrir que era mujer. Al parecer ella está consciente de su aspecto masculino y lejos de disgustarla la tranquiliza.

Se encuentra orientada en las tres esferas; espacio, tiempo y persona. Su discurso es coherente y congruente con el contenido y curso del pensamiento, expresando el afecto correspondiente, el cual es principalmente de tristeza y en ocasiones de extrema alegría.

MOTIVO DE CONSULTA

Robin acude a tratamiento a una clínica de adicciones con la intención de permanecer internada durante 28 días debido a una problemática de abuso de alcohol y drogas.

Fue la madre quien le sugirió buscar ayuda y la paciente manifestó también su deseo de dejar de usar sustancias como alcohol y drogas. Ella reconoce haberse sentido muy mal últimamente al estar drogada gran parte del tiempo y comenta al respecto: "Estaba como muerta, nunca sabía lo que había hecho el día anterior, me deprimía mucho y sentía ganas de realmente morir".

PADECIMIENTO ACTUAL

Desde la edad de 10 años Robin había ingerido bebidas alcohólicas en fiestas familiares tomando las sobras de las copas y vasos. A los 12 años incrementa el consumo de alcohol emborrachándose con frecuencia y empezando a beber a solas.

A los 14 años fuma por primera vez marihuana, usándola habitualmente de forma progresiva. A partir de esa edad comienza a tener contacto con muchas otras drogas como cocaína, thinner, hongos y pastillas. Robin pensaba que "todo el mundo usaba drogas, pero algunos no lo reconocían porque es ilegal". Sin embargo ese año acudió, por recomendación de su madre, a algunas sesiones de Narcóticos Anónimos sin ningún resultado. Es a esta edad cuando intenta suicidarse por primera vez "para acabar con su sufrimiento", lo hace tomando un Alka Seltzer sin agua con la intención de ahogarse. La segunda ocasión fue a los 16 años ingiriendo pastillas para dormir, acetona y productos de limpieza, es descubierta y hospitalizada para un lavado de estómago.

Durante muchos años ha pensado en morirse como una "solución a sus problemas", pero considera que no es "muy valiente como para matarse".

Reporta que en el último año había pasado la mayor parte del tiempo encerrada en su habitación, acostada, escuchando música o escribiendo. Sólo salía para ir a montar. "Estaba muy deprimida, siempre atontada", con un fuerte sentimiento de soledad, sin importar quien la acompañara.

Cinco meses antes de su ingreso a la clínica termina una relación de pareja con el único novio a quien dice haber querido. Una semana más tarde se accidenta montando caballo, lastimándose la columna vertebral teniendo que permanecer inmóvil durante un mes. En ese tiempo aumenta su uso adictivo al igual que su sentimiento de soledad.

Se recuperó físicamente pero comenzó a tener dificultades en su trabajo por su apatía y falta de concentración. Pasaba varias horas sentada en el establo observando a su caballo, a quien consideraba su único amigo sincero.

La gente que la rodeaba empieza a preocuparse por su estado y ella también. Intenta dejar la droga pero fracasa. Siempre que fracasaba en sus intentos pensaba en hacerse mucho daño o provocarse algún sufrimiento mayor "para ver si así entendía".

Los padres de Robin se encuentran separados, en el último año ella había vivido con el padre, pero dos semanas antes de su internamiento en la clínica la había enviado a vivir con la madre, con quien Robin tiene muy mala relación. La paciente decide no salir de su habitación porque sentía que iba a "estorbarle" a su madre.

La madre al darse cuenta de la adicción de Robin, le sugiere asistir nuevamente a juntas de Narcóticos Anónimos y le plantea la posibilidad de internarla en una clínica. Robin accede al internamiento.

HISTORIA FAMILIAR

PADRE: De 58 años. Comerciante. Proviene de una familia humilde, pero al casarse logra con éxito sacar adelante una empresa. En el momento del internamiento de Robin atraviesa por una crisis económica que considera pasajera.

Robin lleva buena relación con el padre, lo considera cariñoso y consentidor con ella. Siempre tuvo poca autoridad en la casa y soportaba todas las demandas de la madre, situación que molestaba mucho a la hija.

Los padres están separados desde que Robin tenía 10 años, pero continuaron viviendo en la misma casa (haciendo cada quien su vida) hasta un año antes del internamiento. Cuando el padre se va, Robin decide irse a vivir con él. En cuanto al motivo de la separación, Robin comenta que su madre siempre "despreció" al padre ya que "se creía de otra categoría mejor", y a pesar de todo lo que el padre le daba nunca estuvo conforme.

El padre tiene una novia que Robin creyó haberle presentado y promovido que saliera, sin embargo se enteró después que esa relación había comenzado 8 años atrás. Se sintió decepcionada al enterarse por lo que "me cae mal esa chava".

La relación entre los padres era conflictiva mientras estuvieron casados y muy distante después de su separación. Actualmente es cordial.

El padre dice nunca haberse dado cuenta que su hija tomaba o se drogaba.

MADRE: De 49 años, estudia cursos de sexualidad. Es hija de madre alcohólica, con quien tenía muy mala relación. Robin nunca conoció a la

abuela pero guarda un retrato suyo y piensa que si hubiera sido su hija habría tenido buena relación. Una tía que se dedica a la cartomanía le ha dicho a Robin que posiblemente sea la reencarnación de la abuela por el parecido físico entre ambas. La madre le dice que la abuela hubiera deseado que ella tuviera el carácter que tiene Robin, es decir, que se rebelara más.

Robin lleva muy mala relación con la madre "nos vemos y discutimos, ¡no la soporto!". Robin resiente con amargura que de niña su madre nunca la cuidó, la dejaba mucho tiempo sola y le pegaba. Describe a su madre como "pseudoliberal", es decir, como una mujer educada a la antigua con prejuicios, pero que ahora intenta ser todo lo contrario. En alguna ocasión encontró fotografías de fiestas en que la madre aparecía desnuda con el cuerpo pintado, lo cual la irritó mucho. Sospecha que su madre es alcohólica y que ha usado drogas en alguna ocasión.

También piensa que la madre compite con ella, "quiere estar en mis fiestas, salir con mis amigos, etc.". Desde hace 4 años la madre sale con muchos novíos, aunque tiene una pareja en especial.

Robin se siente muy culpable por el desprecio que siente hacia su madre, ya que en ocasiones siente que la quiere y la necesita, sin embargo no deja de pensar que todas las cosas malas que le suceden si no son culpa suya, son culpa de su madre.

Robin pasa largos periodos de tiempo sin hablarle a su madre. Siempre discuten cuando se ven y en alguna ocasión llegaron a golpearse.

HERMANO ALAN: De 29 años de edad, estudió hasta preparatoria y "a pesar de ello tiene éxito en su trabajo". Es casado, tiene una niña de 4

años y su esposa se encuentra embarazada. Robin considera que su hermano tiene un matrimonio "modelo" y lo describe como la "única familia funcional" que conoce.

Robin tiene buena relación con Alan y en alguna época lo consideró como un papá ya que la llevaba y la recogía de la escuela. En ocasiones duerme en casa de Alan cuando sale de viaje su esposa.

HERMANO BETO: Tiene 28 años de edad. Profesionista, soltero. Es el único que vive con la madre. De chicos se llevaban mal. "El era muy serio y formal". Cuando Robin tenía 6 años soñó que Beto se moría y estaba en un ataúd de cristal con velos de novia, y por mucho tiempo se sintió muy culpable por haberlo soñado. Actualmente se volvió "muy fachoso" y ya se llevan bien.

HERMANO DAVID: De 27 años. Profesionista. es homosexual y vive en pareja desde hace 4 años. Es el "hermano consentido" de Robin, con el que mejor se lleva y en quien más confía. admira "su vida sana (sin vicios y deportista), ordenada y recta, así como el valor con el cual enfrentó su homosexualidad". Se siente más cercana a él desde que conoce "su secreto", aunque nunca han hablado sobre el tema.

TÍA: De 45 años. Casada. Es la mejor amiga de la madre (no son hermanas). Tiene muy buena relación con Robin y por temporadas esta última ha vivido en su casa. La tía fue quien presentó a los padres, a lo cual Robin le dice que fue muy mala idea y que mejor ella se debió haber casado con el padre "y así todos hubiéramos sido muy felices".

HISTORIA PERSONAL

Fue producto del cuarto embarazo de la madre. Debido a la diferencia de edades entre Robin y su hermano David (9 años), piensa que ella no fue planeada, a pesar de que los padres le aseguran que sí ya que buscaban a la niña. Ante esta respuesta la paciente cuestiona "¿cómo sabían que iba a ser niña?, y si tanto la querían ¿por qué nunca me cuidaron?".

Desconoce datos sobre los cuidados perinatales y su desarrollo psicomotor temprano, pero supone que fue normal.

Cuando Robin tenía un año la madre entra a estudiar sexología y pasa poco tiempo en casa. Es cuidada por una nana, quien estuvo en la casa desde antes del nacimiento hasta que la paciente tenía 5 años. Recuerda el día que se despidió de ella así como una ocasión en que volvió a visitarla estando embarazada.

Su primer recuerdo de la infancia es ir en coche con su padre para llevar a los hermanos a la escuela. Ella ingresa a estudiar a los 6 años y recuerda que lloró mucho el primer día.

A los 6 años presentó enuresis, durante dos meses, sólo cuando dormía con los padres en la cama.

A los 7 años de edad muere su mejor amiga en un accidente. Fue informada por la maestra. Recuerda que ese día llegó a contarlo a su casa "como si nada", evitando demostrar sus sentimientos de tristeza, pero después empezó a sentirse muy mal; se sentía muy triste cuando pensaba en ella.

A los 8 años fue abusada sexualmente por un carpintero que trabajaba en su casa y con quien ella se llevaba bien. La primera ocasión, con el pretexto de limpiarla la penetró por la vagina dejándola seriamente lastimada. Posteriormente continuó siendo forzada a una serie de actividades sexuales, principalmente caricias y sexo oral, durante un periodo de año y medio. Esta etapa de su vida la recuerda con mucho miedo, vergüenza e impotencia. Robin pasaba gran parte del tiempo sola con la muchacha de servicio y el carpintero. Le pedía angustiada, a la madre que no la dejara, pero ésta última, quien nunca supo del abuso, trataba de tranquilizarla diciéndole que "no pasaba nada y que pronto volvería". La paciente le guarda mucho resentimiento a su madre por ello.

A esa misma edad, en tercero de primaria es expulsada de la escuela por pelearse con una niña a golpes y fracturarle la nariz

A los 9 años la madre comienza a decirle a Robin que ella estaba dispuesta a instruirle en caso de que quisiera tener algún tipo de actividad sexual. Robin no entendía por qué su madre le decía esas cosas y su fantasía era que de seguro sabía acerca del abuso y le proponía tener relaciones sexuales para vengarse de la misma forma en que la habían dañado.

A los 10 años reprueba 5o. de primaria. La principal queja de la escuela era la mala conducta y las ausencias a clase. Es a esta edad cuando comienza a ingerir bebidas alcohólicas. Estas las obtenía en las fiestas en su casa en las cuales acostumbraba beber el fondo de las copas que dejaban los invitados.

A los 12 años comienza a montar a caballo. Siempre quiso dejar por completo la escuela y dedicarse a montar, pero no se lo permitían sus padres.

En esta misma edad presenta la menarca, resultándole algo muy desagradable. Dice haber estado informada previamente, pero no dejó de sentir miedo a la sangre y asco de estar "sucia".

Su primera relación sexual fue a los 12 años. No la recuerda ya que estaba muy tomada. Siempre que ha tenido relaciones sexuales ha estado bajo el efecto de alguna droga y no han sido satisfactorias.

Robin menciona que, durante su desarrollo, su madre entraba al baño mientras se bañaba y la observaba por largo rato, lo cual la desconcertaba. Otras ocasiones se metía a bañar con ella y "con el pretexto de tallarme la espalda me seguía frotando". Cuando Robin se molestaba, la madre respondía que "no se había dado cuenta que ya crecía".

La paciente dice que no soporta que sus padres la toquen ni se acerquen a ella. Con la madre nunca le ha gustado, pero con el padre, antes del abuso sexual era muy afectuosa. Después, "sentía al carpintero como muy parecido a mi padre y tenía miedo de que me pasara lo mismo con él".

A los 13 años Robin encuentra un libro de posiciones sexuales de las lesbianas. Una noche, estando tomada incita a dos amigas a ver el libro e intentar acariciarse entre sí de esa manera. Este recuerdo la llena de vergüenza y dejó de ver por mucho tiempo a esas amigas por lo mal que se sentía.

Robin comenzaba a tener muchos problemas tanto en su casa como en la escuela. Sus padres, aunque estaban separados vivían en la misma casa y la madre comenzaba a tener muchos amantes. El padre se daba cuenta y no decía nada "A mí me daba mucho coraje con mi mamá, cómo podía hacerle eso a él". Robin salía en las noches por la ventana de su

cuarto y se reunía con sus amigos a tomar, por lo cual faltaba constantemente a la escuela y su rendimiento disminuía. Tenía muchos compañeros de fiestas, pero se sentía muy sola a pesar de eso y por temporadas se aislaba de la gente.

A los 14 años se tomó un Alka Seltzer sin agua "para que se me atore en la garganta y me ahogue". Fue descubierta por la muchacha del servicio quien se lo impidió. En esa época se sentía muy "harta de la vida". Ya consumía alcohol (vodka y cerveza), thiner y pastillas (Lexotán, Qual y "reinas").

En esta época, estando drogada, llegó a jugar con una amiga a hacerse "crucesitas de sangre", es decir que una a la otra se cortaban la piel de la espalda o pecho para hacerse tres formas de cruces por las que corría una gota de sangre.

En 1o. de preparatoria se da de baja en la escuela por saber que iba a ser suspendida por indisciplina y faltas y se dedica por completo a la equitación. Los padres lo aceptan sin mayor dificultad.

A los 16 años, estando en casa de una amiga, mientras ésta última se bañaba, Robin decide repentinamente entrar en la regadera, golpear a la muchacha hasta quedar sobre ella en el piso y decirle "ahora sí vas a sentir lo que yo he sufrido", pensando en el abuso sexual. La amiga logra zafarse y se va corriendo y no se vuelven a ver. Robin se siente muy culpable cuando se acuerda del incidente y se pregunta una y otra vez cómo pudo hacer eso y si le habrá causado algún trauma a la amiga que no pueda superar.

Desde ese momento empieza a creer que los homosexuales son personas que habían sido violadas y buscaban como vengarse, aunque ella

no se considera homosexual. Cuando descubrió que su hermano David era homosexual pensó que el carpintero le había hecho lo mismo que a ella y por eso se volvió homosexual: para vengarse.

En esta época intenta suicidarse en casa de una amiga ingiriendo pastillas para dormir, acetona y productos de limpieza. Es descubierta por la amiga quien la lleva al hospital para un lavado de estómago.

En cuanto a su vida social Robin comenta que le cuesta trabajo integrarse a grupos, pero cuando entabla una amistad suele ser duradera. Sus amigos la consideran simpática y "buena onda". En los primeros años de adolescencia solía organizar gran número de fiestas y asistir a otras tantas. Muchas veces se salía por la ventana de su cuarto, sin permiso y volvía a la mañana siguiente. Algunas llegaban a durar una semana. Mentía mucho a sus padres diciéndoles que estaba en casa de alguna amiga. A pesar de los regaños lo volvía a hacer. Muchos de sus amigos son drogadictos.

En la época en que el consumo de drogas aumentó considerablemente comenzó a apartarse de sus amistades y ocupaba su tiempo libre con los animales. Robin tenía un gran cariño a su caballo "Hassan", al que llegó a considerar "su amigo más fiel". También se sentía muy acompañada por su perro "Bobby".

Robin ha tenido más de 50 novios con una duración de entre 2 semanas y dos meses. Con 8 de ellos ha tenido relaciones sexuales. A los 18 años comienza un noviazgo con Nestor, única persona ha quien reconoce haber querido. Duran 8 meses y él nunca se enteró de que ella usaba drogas. Robin lo consideraba "muy fresca" y cree que la hubiera dejado de querer de haber sabido que era drogadicta. Por eso decidió terminar

5 meses antes de iniciar tratamiento, porque ya no podía ocultar su estado por más tiempo. Él era la única persona que podía acariciar a la paciente sin que ella se sintiera lastimada o usada.

A decir de la paciente es buena entrenadora de caballos y ha ganado varios premios de equitación. Sin embargo se ha accidentado en varias ocasiones, la mayoría de las veces durante concursos y en muchos casos bajo el efecto de alcohol o marihuana. A los 14 años se fractura la rodilla, a los 15 años el tobillo, a los 16 años la otra rodilla, a los 17 años se le "zafaron" los huesos del cuello, a los 18 años se lastima la columna vertebral y a los 19 años se disloca la clavícula.

En ocasiones piensa en morirse como solución a sus problemas, pero considera que "no es muy valiente como para matarse".

Su fantasía acerca de cómo piensa morir es la siguiente:

"Estoy en mi cuarto, deprimida fumando mota. Huyo de mi casa sin dejar huella, compro pastillas y me voy al bosque. Preparo un círculo de rocas, de unos 6 metros de diámetro, enciendo una fogata en una parte del círculo y empiezo a tomar pastillas, una por una, pensando con cada una en una parte de mi pasado y veo cómo mientras mi cuerpo se va aflojando y mi mente se va alejando, el fuego se va expandiendo dentro del círculo y al caer mi cuerpo ya inerte, el fuego lo va consumiendo hasta dejar solo cenizas, sin que nadie sepa que fue de mí".

SESIONES

Después de haber permanecido la semana reglamentaria en desintoxicación la paciente comenzó a asistir a las sesiones de psicoterapia dentro de la clínica. Fijamos nuestros horarios para las sesiones y comencé por preguntar los datos necesarios para elaborar la historia clínica.

Al terminar la segunda entrevista hicimos un contrato terapéutico considerando los siguientes aspectos: Horarios; serían sesiones de 45 minutos, dos veces a la semana dentro de la clínica mientras ella permaneciera internada. Después acordamos que se presentaría en mi consultorio con los mismos parámetros. Se acordaron honorarios, los cuales había de cubrir a fin de mes de acuerdo al número de sesiones del mismo. Se le comunicó que su hora era exclusivamente para ella asistiera o no debería pagarla, se le explicó que durante las sesiones debería hablar de todo aquello que pasara por su mente evitando seleccionar o censurar material. Me comprometí a estar respetar los parámetros y de interpretar cualquier material que considerara necesario y oportuno para su tratamiento. Hablando aclarado todas las dudas comenzó el tratamiento.

Sesión No. 4. En la clínica

Acude puntual a nuestra cita y me dice que pensando en su infancia había escrito en su cuaderno lo siguiente:

P.- "Una niña que veía la vida linda, aunque no la entendía, le gustaba la naturaleza y los pájaros cantaban cuando ella jugaba. Ella era sincera y sensible, una niña inocente.

Con el tiempo conoció el dolor y la decepción, aprendió a perder esa sinceridad, aprendió a odiar con su sensibilidad y se

encerró en su soledad. Buscó el mundo de su infancia, pero éste cada vez era más distinto; los árboles se volvieron ramas secas, los pájaros ya no se reían y su canto salía distorsionado de los autos. Esa niña quiso cambiar el mundo y siempre se topó con pared.

Aprendió a no sentir, a ser liberal, a usar esas máscaras que impuso la sociedad.

Quiso salir al mundo, pero era sólo una niña, y solo salía al dolor. Perdió su dulzura y se volvió a encerrar quedando sin energía.

Creo que si ahora esa niña abriera un poco la cortina y la luz le diera una esperanza, dejaría salir la energía y encontraría que el amor que gira a su alrededor le puede devolver la dulzura, la sinceridad y sensibilidad que tenía cuando era pura y más niña".

Lo leo en voz alta y le digo que seguramente hubo cosas muy dolorosas en su niñez que la hacen sentir tan mal, pero que esa luz que le traería esperanza es su terapia y que juntas encontraríamos todo eso que perdió cuando era niña para devolverle a esa niña, ahora mujer, su "dulzura, sinceridad y sensibilidad".

Sonríe, guarda su cuaderno y continuamos con la historia clínica.

Sesión No. 7. En la Clínica

Dos días antes de esta sesión, Memo, otro paciente drogadicto de la clínica con serias fallas en la represión y amigo de Robin, se acercó a mí en su presencia a platicar y comenzó a contar de un abuso sexual que había

sufrido a los 11 años en manos de un chofer de su casa y el daño que le había causado esa experiencia.

Robin acude puntual a la cita con urgencia por empezar a hablar.

P.- "... Te conté que el lunes estuve platicando con Memo. Me identifico mucho con ese chaco (Silencio, se quita los lentes, baja la mirada y comienza a jalar su pantalón mostrándose sumamente angustiada).

Cuando tenía 8 años, habla un carpintero trabajando en la casa. Yo estaba viendo la tele, comiendo papas con salsa y me había manchado toda la ropa. Estaba batida. Yo sólo llevaba calzón y camiseta.

El carpintero fue por papel de baño y lo mojó y me dijo que me iba a limpiar... me quitó la ropa... me acostó en el sillón... con una mano agarró mis dos manos... me empezó a limpiar con la boca... se bajó el cierre del pantalón... con la otra mano me abrió las piernas... Traté de zafarme pero no pude... sentí un dolor espantoso y empecé a gritar. Se quitó, subió la muchacha y él le dijo que no pasaba nada, que estaba viendo una película de terror.

Me dijo que no le dijera a nadie porque la única perjudicada iba a ser yo, que se iban a reír de mí y además que eso era normal.

El carpintero me encerraba en mi cuarto con llave... (silencio) me metía adentro del closet... pero siempre podía abrir... se metía en mi cuarto... me acostaba en mi cama... me miraba... me tocaba... yo tenía mucho miedo... sentía que no podía hacer nada le pedía a mi mamá que no me dejara sola... ella se iba a sus cursos y me decía que no pasaba nada, que pronto volvería... me obligaba a abrir la boca...

estuvo viniendo por año y medio... esto me pasaba como 2 veces al mes.

Nunca le había contado esto a nadie. Cuando escuché a Memo, en la noche le dije que a mí me había pasado algo parecido y él me dijo que te lo contara. Cuando pienso en eso me siento muy mal, pero me siento mejor de haberlo podido decir, creí que no podría.

- T.- Siento mucho lo que te pasó. Debes haberte sentido muy sola, asustada y lastimada por alguien en quien confiabas y querías. Ahora entiendo por que te cuesta tanto trabajo creer en la gente. Igual te ha de dar miedo ahora que empiezas a confiar en mí. No vaya a ser que también te traicione.
- P.- Siempre me ha dado miedo la gente, pero necesito creer en alguien y pensé en decírtelo. No me arrepiento. Aunque me siento mal, sé que me va a ayudar.

Sesión No. 10

No acude a la cita pero me manda la siguiente nota:

"Perdón si no quise hablar contigo, no es que me caigas mal, como te dije que cuando me cayeras mal no te iba a hablar, no quiero que pienses eso, me caes muy bien y me has ayudado mucho. Si estoy un poco molesta, pero es algo que no tiene sentido, y mi actitud no tiene nada que ver con eso, pero traigo cosas en la cabeza, que ni yo entiendo, ni se por qué están ahí, pero eso no tiene nada que ver contigo, además ya no se ni como expresarlo, si me deprimó, a nadie le gusta y si me río,

me callan, ya encontraré el momento de sacarlo. Por lo pronto estoy segura de que me caes MUY BIEN, y te quiero". ROBIN

En la siguiente sesión se le interpreta la resistencia al tratamiento. Le señale cómo últimamente hemos hablado de cosas muy dolorosas y que teme seguir enfrentando al venir conmigo. También se le confronta con el temor a depender de mí, ahora que se estaba encariñando conmigo, y sentirse después abandonada o rechazada, por lo que primero me deja ella.

Sesión No. 13

P.- "Supiste lo que pasó ayer. Se murió mi caballo... (llora)".

T.- ¿Qué le pasó?

P.- "Parece que le dio una indigestión. Me dijo el caballerango que se puso muy mal, que empezó a convulsionar y que lo tuvieron que subir al camión para llevarlo al veterinario, pero que no llegó y se murió en el camino...si yo hubiera estado con él a lo mejor no le hubiera sucedido eso".

T.- ¿Cómo lo hubieras podido evitar?

P.- "No lo se, a lo mejor sólo estando cerca de él. Es que esos caballos son muy delicados, no se les puede dar cualquier cosa. Mi papá lo quería vender y yo no lo dejé porque lo quería mucho. Juntos ganamos muchos premios... cuando me sentía triste me iba junto a él, lo cepillaba y le platicaba. Era muy inteligente.

Además, ni siquiera lo pude enterrar, ¡mi mamá en vez de enterrarlo decidió venderlo por kilo!, no sabes como me enojé con ella. Mugre

vieja, cuando se muera también la voy a vender por kilo, a ver que siente... Era mi caballo y ella sabía cuanto lo quería".

T.- Siento mucho que se haya muerto tu caballo. Estoy segura que hiciste por él lo mejor, y que los que lo cuidaban trataron de hacer lo mismo. De cualquier modo sé que te duele mucho y estás enojada por haberlo perdido y porque sientes que con él muere una parte de ti.

P.- "Sí. Ayer en la noche traté de tranquilizarme. Me dijeron que estaba con Dios y que lo buscara en alguna estrella y desde ahí me vería. Escribí esta carta:

CARTA A UN PODER SUPERIOR

Dios:

Soy Robin, nunca antes había hecho esto, aunque me habían dicho que lo hiciera, ahora me dieron ganas de hacerlo, puede que sea un descaro, pero quisiera pedirte muchas cosas; quisiera que me ayudes en mi sobriedad y me des fuerzas para seguir, cuida con amor a "Hassan", si ya me lo quitaste, cuidalo y quiérello mucho, lo merece, además fuiste muy agresivo al llevártelo, ¿no?. Yo lo voy a extrañar muchísimo. Pero confío en que lo vas a tener bien. Cuida a "Bobby", mi perro, me da pánico poder perderlo también.

Ayúdame a acercarme a ti y a salir adelante. Gracias por los días que me ayudaste a no recaer, trataré de ponerme más viva, con eso me ayudaste a creer en ti, aunque reconozco que con lo de "Hassan" dudé grueso de tu apoyo. Espero que por lo menos lo tengas cerca y puedas disfrutarlo y quererlo mucho, como yo lo hice, cuidalo a él y a "Bobby".

Gracias por escucharme y por favor no te olvides de mí y ayúdame a no olvidarme de ti". ROBIN

Sesión No. 16

Robin concluyó su periodo de internamiento, pero como aun no sabía donde vivir, se le ofreció la opción de seguir durmiendo en la clínica en lo que encontraba una mejor alternativa y salir durante el día a trabajar y a psicoterapia conmigo. Dos noches a la semana asistía a sesiones de post-tratamiento en la clínica y comenzaba a integrarse a un grupo de Narcóticos Anónimos. Durante este periodo se comienza a trabajar la separación de la clínica y los temores y fantasías que esto conlleva.

Llega 15 min. tarde.

- P.- "Hola, llegué tarde porque estuve platicando con la terapeuta familiar. Quedamos en que iba a tener una entrevista con mis hermanos y mi mamá. ¡Ya que sea, ahora sí!. Porque nos vemos mi mamá y yo y no sabemos ni que onda. Se lo voy a decir rápido (refiriéndose a lo del abuso sexual) y salir corriendo (se ríe)".
- T.- Eso de salir corriendo para no enfrentarte a lo que te da miedo lo has hecho por muchos años y no te ha funcionado. Sería importante que empieces a hacerte responsable de tus cosas, más ahora que ya vas a salir de la clínica.
- P.- "Si verdad. Me siento bien, yo creo que estoy lista. Me voy el viernes. No se... ya estaba acostumbrada a la clínica. A llegar y que siempre haya alguien, aunque no les platicara, con estar ahí sentados viendo la tele...Además, esta semana ya me levantaba diario a los aerobics. Todavía no se donde voy a vivir. si me aceptan en casa de mi tía no

hay problema porque siempre hay alguien, pero si voy a casa de mi papá, ahí sí me da miedo. En ese cuarto siempre me dan ganas de encerrarme. ¿Te conté que ya no hay alcohol en esa casa?. El otro día que fui la estuve revisando toda. Estaba muy nerviosa. además ahí vive Omar y los fines de semana siempre me invitaba a fiestas o a salir después de ir a montar. Ya no quiero hacer eso los fines de semana".

T.- Se acaba tu internamiento pero tú y yo nos seguiremos viendo, también tienes a tus amigos de Narcóticos Anónimos y puedes volver a la clínica de visita cuando lo necesites.

P.- "Sí, ahí me voy a vivir. Voy a ir al post-tratamiento y los fines de semana. Sí no me voy a visitar a mis hermanos. Con los de Narcóticos Anónimos me llevo bien, pero apenas los voy conociendo. Me da miedo, pero creo que me va a ir bien".

T.- Igual que aquí que apenas vas conociendo el consultorio y a mí.

P.- "Sí, me siento en un lugar diferente y no se si aquí tú vas a ser la misma. Pero ¿sí, verdad?. Bueno, nos vemos la próxima semana".

Sesión No. 19

P.- "Mirella, ¿Cuándo me vas a hacer pruebas psicológicas?

T.- ¿Para qué quieres que te las haga?

P.- "Me gustaría saber que pudieron haber visto en mí los psicólogos de las escuelas donde me examinaron para que no me aceptaran. Me acuerdo que otro amigo y yo hicimos examen y él también tenía muy

mala conducta y lo aceptaron y a mí me rechazaron por las pruebas psicológicas".

- T.- Lo que tú quisieras saber es si yo te voy a aceptar y te van a aceptar en las casas a donde quieres irte a vivir saliendo de aquí, y no pasar la prueba sería estar tan mal que tienes que quedarte en la clínica más tiempo.
- P.- "A lo mejor. En Diciembre me quiero ir de vacaciones a ver a mi tío y mis primos. Siempre que los veo me recuerdan un incidente que tuve en la playa. Estábamos mi prima y yo muy tomadas y fumadas en el mar de noche. La marea subió mucho y mi primo vino a sacarnos del mar y yo le dije: 'Qué no ves que queremos encontrarnos a solas con el mar'. No sabes cómo se rieron de mí".
- T.- Sí, ahora te tendrás que enfrentar "a solas" con muchas cosas; ya no estarás en la clínica sino aquí, tú y yo "a solas", quizá hablarás con tus papás "a solas" y serás responsable de ti misma sin que alguien más te cuide de las "mareas". Pero ahora te tienes a ti misma en los cinco sentidos y tienes tu terapia para sobrevivir a "las olas" que se te vienen sin ahogarte.

Sesión No. 22

- P.- "No sé que me pasa estoy muy enojada con todo el mundo. Ya no soporto a Omar, mi compañero de trabajo y el que vive con mi papá. Cualquier broma que me hace me cae mal. Hoy yo le estaba dando clases a un niño y Omar le grita "échale ganas si quieres que te salga bien". Me enojé y le grité que cuando él le de clases, entonces que le diga, si no que ni se meta. Después unas niñas tenían fiesta en el club

y estuvieron corriendo y gritando. Yo ya no las soportaba. No sé que tengo todo me cae mal".

T.- Debe ser que estas muy sensible, enojada y con miedo, porque falta poco para que dejes la clínica.

P.- "Debe ser eso, porque ayer estaba haciendo un ejercicio de relajación y me imaginaba que estaba flotando sobre una balsa, pero no quise voltear al agua para no ver mi cara, mejor miraba el cielo. En una piedra se paraba un águila, y del otro lado de la isla vi como volaban zopilotes. Cuando les conté a mis amigos se asustaron y me dijeron que sólo había zopilotes cuando alguien se muere.

Estoy muy sacada de onda por eso y porque me dijeron cosas sobre mis dibujos (Ver Anexo 1). Yo dibujo como me va saliendo, nunca me fijo en lo que quieren decir. Mis compañeros me dijeron que yo dibujaba una monja sin cara porque yo siempre usaba una máscara para tapar que detrás de ella no hay nada. Además me dijeron que el elefante era yo que me encerraba sola y que el caballo soy yo y la víbora mi mamá.

La cruz la empecé a dibujar desde la primera vez que me intenté suicidar. Siempre he querido que me incineren cuando me muera y así me gustaría que me pusieran en la caja. En esos momentos estaba harta y tenía miedo de la vida".

T.- Igual que ahora, que te imaginas que estarás de nuevo sola "del otro lado de la isla" y tienes miedo de sufrir, ganas de no enfrentarlo, y de nuevo piensas en la muerte.

P.- "Sí, no se por qué me da tanto miedo, pero tengo que hacerlo".

Sesión No. 25

- P.- "Fui a hablar con mi tía pero no la encontré, pero hoy la voy a ver, ya le dije que quería hablar con ella de algo especial. Así ya no me puedo hacer tonta".
- T.- Es importante que pienses en alternativas si te dice que no puedes vivir en su casa.
- P.- "Pues me voy con mi papá, aunque ahí sí me va a dar miedo. Por lo único que me gustaría es porque ahí está mi perro. Es que ese cuarto me invita a encerrarme. Me pongo a ver la tele o a oír música. En casa de mi mamá también me encerraba, pero por lo menos me salía a caminar o me subía al techo a ver la ciudad. En casa de mi papá no me puedo ir al techo porque hay cuartos de servicio. Y ¡no sabes cómo sufro con esas idas a caminar!. Me doy cuenta de que me conoce gente a la que nunca he visto, que he ido a lugares que no recuerdo y todos los taqueros de la zona me conocen por mi nombre. A veces caminaba tanto que me perdía, siempre drogada, muchas ocasiones no sabía ni como regresar. La muchacha me trae recados de los taqueros que ni recuerdo, y me dice de lugares que fui con ella y que según yo no conocía. No sé que pasa con ese cuarto del que no me gusta salir cuando estoy en casa de mi papá".
- T.- Te da miedo estar a solas con un hombre y la muchacha...
- P.- "No me gusta hablar de eso... prefiero ya no hablar hoy".

Sesión No. 28

Llega 20 min. tarde.

- P.- "Ayer que salí con mi papá y su novia, primero me enojé porque mi papá llegó tarde por mí..."
- T.- Como crees que yo me enojo cuando llegas tarde.
- P.- "Si verdad, ya tengo que ser puntual porque a todos lados llego tarde, hasta al trabajo... pero te decía, fuimos a un videobar y a un centro comercial. Yo entré a ver una tienda de discos. Empecé a apilar los que me gustaban, sólo tenía dinero para uno, pero los quería todos. Me emberrinché y los quería tener todos. Le pedí dinero a mi papá y sólo tenía para comprar uno. Pensé, ¡me salgo a lavar coches o a ver como le hago pero quiero los discos!. Entonces pensé en robármelos. Me acerqué a la puerta, agarré los discos, pensé en salir corriendo y subirme al primer camión que pasara, fuera a donde fuera. Cogí los discos y me empecé a sentir muy nerviosa. Nunca me había pasado. Antes lo hacía varias veces cuando estaba drogada, pero no me sentía mal como ahora. Estuve a punto de hacerlo, pero me dio miedo. Pensé que me iba a poner mal y dejé los discos.

Llegué muy nerviosa a la cafetería con mi papá y su novia. Saqué sin darme cuenta el papel de la cajetilla de cigarros y le empecé a quitar el metal. La novia de mi papá me vio y se rió y en ese momento me di cuenta de lo que estaba haciendo y me puse muy nerviosa. Mi papá, pobre, es tan bueno, que ni en cuenta, no sabía de qué nos reíamos. Le expliqué a medias: "este papel lo puedes rellenar de tabaco y tienes un cigarro de tabaco y si no lo rellenas de tabaco no es de tabaco"... y ya entendió.

Ese día llegué tarde a la sesión de Narcóticos Anónimos y no hablé en toda la sesión. Lo comenté aparte y me dijeron que tuviera cuidado de volver a las actitudes de antes porque eso me podía hacer recaer".

Le comenté que de igual modo llegaba tarde a la sesión para no hablar de lo que le había sucedido. Así mismo se habló de su voracidad (necesidad de tenerlo todo para ella sin llenarse), cómo ponía a prueba el amor de los demás si cumplían sus demandas y su poca tolerancia a la frustración, pero con la diferencia de que ahora, con el tratamiento está pudiendo evitar actuar sus impulsos sin la necesidad de que sean los demás quienes la detengan.

Sesión No. 31

Pide una sesión extra y acude angustiada al consultorio.

- P.- "¿Qué crees?!, me habló por teléfono mi tía que estaba con ella mi mamá y que me escribió una carta y que quiere verme hoy. Estoy muy nerviosa...No se que hacer. Tengo que ir, pero ¿qué le digo?...Me siento muy mal con mi mamá por lo que le hice estando en la clínica... el día que la corrí porque tenía aliento alcohólico. Ella ya no sabía si ir a verme o no. Me siento mal de que ella está como niña asustada y no sabe como acercarse a mí por miedo a que la rechace".
- T.- En ese aspecto las dos son iguales, ambas quieren acercarse, pero no saben cómo y tienen miedo a ser rechazadas, como te ha pasado conmigo. Pero ahora ella está dando el primer paso que podrías aprovechar.
- P.- "Sí, pero me da miedo... todavía no leo la carta y me dan ganas de llorar... no quiero llorar delante de ella".

T.- No quieres que se entere de que tú también la quieres y la necesitas, sólo le demuestras lo enojada que estás con ella, ¿así como quieres que se te acerque?. Es probable que te pida que vayas a vivir con ella.

P.- "¡NO!".

T.- Bueno, cálmate, ¿podrías explicárselo tranquilamente?

P.- "Lo intentaré. Gracias por escucharme, adiós".

Sesión No. 34

No asiste a la cita. Llama por teléfono para decirme que está con sus padres en un restaurante y que más tarde iría con su mamá al aniversario de su grupo.

Sesión No. 37

P.- "Hola, hoy me fue muy mal. Fui a casa de mi tía y me dijeron definitivamente que no me podían tener en su casa porque el espacio es muy reducido... y que habían investigado de una casa de monjas en donde podía estar y que tienen permiso de llegar hasta las 9 de la noche, pero yo que voy a hacer con monjas. Voy a ver si le hablo a mi hermano David para ver si me recibe en su casa, si no tendré que ir con mi papá. También mi prima me ofreció un departamento que me presta para vivir con mi primo. ¿Cómo ves?"

T.- Que lástima que no se pudo con tu tía. De nuevo vuelves a sentirte rechazada...

P.- "Me da coraje porque me lo dijo hasta ahora. No se por qué me pasa esto hoy. Otra vez me vienen las ideas de morirme y destruirme. Ayer escribí algo sobre eso. Hoy traté de mencionarles a mis amigos mis ideas de empastillarme y morir quemada en el bosque, rodeada de árboles y de cómo pienso muy seguido en la muerte. Me oyeron y cambiaron de tema. Me dio coraje. Tanto trabajo que me costó expresarlo, esperaba que dijeran algo o que me hicieran sentir mejor. Me subí a mi cuarto, escribí una carta a Memo, mi amigo de la clínica, diciéndole que si no volvía, él se quedara con mi cuaderno de escritos. Después la quemé porque no se la pensaba dar.

Una vez dijo Toño que las manzanitas rojas de los árboles de abajo eran venenosas, más cuando estaban verdes. Antes de salir a ver a mi tía agarré un puño de las verdes y las metí en mi bolsa. Antes de llegar empecé a comer algunas, pero me acordé del plan de morir en el bosque y pensé que lo echaría a perder y las tiré en la calle. De regreso me arrepentí de habérmelas tirado y las empecé a buscar, pero no las encontré. Me las hubiera comido y ya hubiera acabado con todo.

¿Te enseñó lo que escribí ayer?

Me da la carta y yo la leo:

"Hoy sentí tristeza. Al oír la desgracia de otros me hago miles de preguntas ¿Por qué otros?, gente inocente, que queda destrozada en cuerpo y alma, cuando yo quisiera explotar así, y no lo he hecho. Puede que no merezca la muerte, que para mí es como la gloria aún sin haberla vivido, pero sé que no tiene boleto de regreso, y otra vez me pregunto ¿Por qué aquellas

personas y no yo?. Eso me hace pensar que debo ser buena. Dicen que Dios no es injusto y si morir fuera malo, El no se llevaría a quienes no lo merecen y creo que lo que merezco es seguir en este pinche purgatorio, donde no hay más que guerras, violencia y todos vivimos (o existimos), pero siempre haciendo cosas contra la naturaleza, de todo lo que Dios nos prestó y sólo sabemos echarlo a perder, matarlo poco a poco, desde árboles hasta humanos. Y llegan nuevas generaciones, se plantan nuevos árboles, ¿Para qué?, para volver a destruirlo todo lentamente, para agasajarnos viendo agonizar nuestro pobre mundo lentamente, como lo hacemos nosotros mismos con nuestros cuerpos y almas, pero sin damos cuenta, sin oír que la tierra pide ayuda, y en lugar de extenderle la mano, nos aliamos en contra y estamos en guerra constante con un final lejano y sin ganadores, porque al morir la tierra nos vamos con ella y la esencia de lo que somos quedará en un espacio contaminado y sucio. El sol apagará su fuego y sólo quedará la tristeza de saber que lo que alimentó desde siglos a la cobarde raza humana fue utilizada como instrumento para su propia destrucción.

Por eso pienso que son los inocentes aquellos que nos dejan antes de causar más daño que el que TODOS hemos ya causado".

T.- Quieres pagar con tu vida todas las culpas por lo destructiva que te sientes.

P.- "No lo había visto así... a lo mejor sí es cierto... pero no sólo me quiero morir por castigarme por mis culpas, también creo que morirse

no es tan malo, me da mucha curiosidad la muerte, creo que es como ascender de grado, es como pasar de año. Creo que es un lugar mucho mejor que aquí, y si Dios es bueno no te va a poner a sufrir en un lugar peor por toda la eternidad. También creo que puedo estar con gente que quiero como mi caballo y mi abuela".

T.- Eso es lo que te imaginas que es la muerte, pero realmente no lo sabemos; si sufres o no, si estas sola o hay alguien y es un costo muy alto averiguarlo.

P.- "No sé, no puedo dejar de pensarlo, estoy un 99% segura de que así debe ser. Por más que lo intento no puedo dejar de pensar en cosas destructivas. Me da coraje ver a la gente feliz, con su vida tranquila, sin preocupaciones, yo no puedo. No sé si un día voy a poder quererme un poco y dejar de destruirme... pero no te preocupes, hoy no me voy a suicidar".

Sesión No. 40

P.- "Acabo de tener una terapia familiar con mi mamá y mis hermanos. ¡Ay no, qué horror!. Entramos y mi hermano Alan dijo que si no dejábamos de hacernos tontos y hablábamos de cosas importantes él ya no volvía a ir. Entonces la terapeuta familiar me dijo "bueno, empieza tú Robin". Me puse nerviosísima, empecé a tartamudear y cuando pude hablar le dije a mi mamá que la verdad por más que me dijera todo el mundo que fui esperada, yo no lo creo. Creo que fui el pilón de la familia. ¡Cómo nueve años después de mi hermano David!. Por más que quieras una niña no esperas tanto tiempo para tenerla, y ni saben qué iba a ser.

La terapeuta le preguntó a mi mamá cómo se sentía cuando yo nací. Dijo que muy mal, porque ella había sido siempre 70% madre y 30% mujer, porque mi papá la descuidaba mucho. Cuando yo nací se dedicó 100% a ser madre y descuidó su parte de mujer, más al ver que mi papá se dedicaba a sus hijos y no a ella, por eso quiso realizarse como persona y se metió a estudiar.

También le dije que me había sentido muy abandonada al ver que siempre me dejaba con las muchachas y ella no jugaba conmigo, sino las chachas. La terapeuta le dijo que mal que bien mis hermanos son tres y se acompañaban, pero yo estaba muy sola. También le dijo que mientras estuve con las muchachas llegó un carpintero a la casa y me violó a los 8 años. Mi mamá se quedó de a cuatro y yo también. Me sentí avergonzada, no me gusta que mi mamá se entere de lo que me pasa.

Al salir nos quedamos platicando un rato más. Mi mamá empezó a preguntarme muchas cosas; que cómo fue, que le cuente más etc. siempre quiere saberlo todo, ya me estaba enojando hasta que mi hermano le hizo una seña de que ya se callara.

Ya no quiero volver a hablar del tema con ella porque empieza a hacerse la víctima que "Ay, ¡cómo no me di cuenta!, Yo tuve la culpa" y no entiende aunque le dije que no fue su culpa porque no se dio cuenta. Claro que si se hubiera dado cuenta ¡qué poca abuela de haberlo permitido!, pero no fue así. ¡Uch!, pero rápido a hacer drama y a sentirse mal. siempre ha sido así; cuando no le duele la cabeza, le duele la colitis o la gastritis, o porque recuerda la operación de los juanetes de hace 25 años, o sufre por lo que le dolió cuando se murió

su mamá, etc. Ya todo el mundo está harto de que sea hipocondriaca y lllore todo el tiempo. No soporto que se haga la víctima".

- T.- Te sientes culpable por lo que le pasa a ella y ambas compiten por ver quien enfermó a quien.
- P.- "Bueno, antes sí, yo decía chin, por lo que le hice le duele la cabeza. Además siempre tenía la suerte de que en cuanto hacía algo malo, empezaba a dolerle algo a tu mamá. Pero ahora ya no me siento culpable por eso, ¡Siempre sufre!".
- T.- Te sentías culpable porque una parte de ti está muy enojada con ella, y desea que le pasen esas cosas, pero como también la quieres no concibes tener esos pensamientos y te castigas a ti misma para no dañarla.

Sesión No. 43.

Llega 15 min. tarde.

- P.- "Vengo de ver a mi mamá, y pues sigue todavía con el tema de lo del carpintero de la casa. Le volví a decir que ella no tuvo la culpa, espero que ahora sí lo entienda... y luego, sus pinches términos que usa "cómo fui tan ciega para no ver que frente a mis ojos estaban masacrando a mi hija". ¡Masacrando!, que palabrita... Según los de su grupo de autoayuda que está siguiendo bien su programa... y si sufre a lo mejor es porque a ella le gusta sufrir, ¿no?"

También me enojé porque en cuanto puede le echa tierra a mi papá. Yo también estoy muy enojada con él porque siempre navega con la bandera de pendejo para no responsabilizarse de nada, y ya me di

cuenta que, de chica, me metía a defender a mi papá en los pleitos con mi jefa y él me dejaba sola, peleando con ella y se iba. Me tenía como pelota de tenis; de un lado a otro. Pero lo que sea de cada quien, mi papá nunca me ha hablado mal de mi mamá. Siempre me dice que no me enoje con ella, que me quiere mucho... pero mi mamá aprovecha cualquier oportunidad para hablar mal de él. Aunque si estoy enojada con él. ¡Cómo vivieron tanto tiempo juntos!, era ridículo. Incluso cuando se peleaban en la mesa yo les decía ¡ya divórciense!. Mi mamá siempre me dijo "por ustedes no me divorcié antes". A mi que no me venga con eso, no se divorció porque sabía que nos íbamos a ir con mi papá y se iba a quedar sola.

Cada quien dormía en su cuarto, separados. Pero mi mamá ¡no se midió!, trayendo a sus galanes a la casa y restregándoselos en la cara a mi papá. Si quería tener novio o coger, que fuera a otra parte. Mi papá puede que hubiera tenido novias o que anduviera con la de ahora, que eso me ha dicho mucha gente, pero por lo menos no las llevaba a la casa. Mejor que mi mamá ya se calle, ¿no crees?".

T.- ¡Qué mal debes sentirte de elegir entre estar con uno u otro de tus padres y pensar que al que traicionas te ha dejado de querer para desquitarse!

P.- "Sí, es difícil pero ni modo. Pasé todas las cartas y poemas a este cuaderno, y copié dos cartas que le había hecho hace mucho a mi mamá. No se si ya te las enseñé... pero cuando copié todo aquí me di cuenta de lo mal que me sentía cuando llegué a la clínica, ahora solo a veces me siento así, pero ya estoy mucho mejor. Lee las cartas, ya no pienso lo mismo de mi mamá. ahora han cambiado las cosas...

aunque hay veces me gustaría renunciar a todo y volver como antes, ¡pero no!, estoy mejor así.

Pero ya no le quiero decir nada de mi vida a mi mamá, me va a querer preguntar muchas cosas, y me apena que las sepa. Quisiera que creyera que lo sabe todo de mí aunque no lo sepa".

T.- Igual te pasa conmigo, te apena que me entere de tus cosas y temes que ya no te siga queriendo.

P.- "Cómo crees, a ti te cuento muchas cosas, pero ella se siente, dice que soy su hija, que debo tenerle confianza...".

T.- Y te sientes culpable de tenerme más confianza a mí que a ella que es tu mamá, como si la traicionaras de nuevo.

P.- "A veces... pero ¿esto es diferente verdad?, además me ayuda a llevarme mejor con ella. ahora ya hablamos"

Sesión No. 46

P.- "¡Me urgía vernos!. Ayer me levanté mal. No tenía ganas ni de trabajar. Monté mal. No quise asistir al post-tratamiento. Estuve en mi casa oyendo música... empecé a pensar en morirme. Tenía ganas de fumar un churro y sabía donde conseguirlo cerca de mi casa, pero como siempre he dicho que antes de volver a drogarme prefiero darme un balazo, entonces empecé a pensar en morirme. Cuando iba por la calle vi los tomalitos verdes y los iba arrancar, pero pensé que qué tal si no me muero y me vuelvo loca nada más y los dejé. En mi casa pensé en cortarme las venas, pero me imaginé tirada en el piso de mi cuarto desangrada, pero pensé en el pobre de mi padre, ¿Por

qué iba a verme así?. Luego me enojé conmigo ¡por qué me iba a matar y no darme la oportunidad como los demás!. Pero más tarde me dije que esos eran pretextos porque no me atrevía a matarme. Y para dejar de estar peleando con esas dos partes de mi mente (muérete y no te mueras), mejor me mato. Bajé a la cocina por el cuchillo más filoso y lo llevé a mi cuarto y escribí unas cosas. Pensé en hablarle a alguien, pero para qué y no lo hice. Me vi con el cuchillo en la mano y lo aventé y rompí lo que escribí. Dije, mejor me levanto y me voy al grupo de Narcóticos Anónimos. Me paré, llamé a un compañero a ver si estaba, pero ya se había ido y yo me fui sola. Todavía no sabía si ir o no, y cuando llegué a Narcóticos Anónimos no sabía si contario o no. Por fin lo dije, pero no me hizo sentir mejor hasta mucho más tarde. No sé que me pasaría. Salí antier con Memo, estuvimos viendo películas y escuchando música y nada más".

T.- ¿Te das cuenta qué fecha fue ayer?

P.- (Sorprendida) "¡Es cierto!... ayer cumplió dos meses de muerto mi caballo. En esos momentos no pensé en él, pero sí esa mañana. Fui a su caballeriza, estaba vacía, entré y me acordé de él. Pensaba en hablar con él y decirle lo que lo había extrañado y me quería imaginar que estaba detrás de mí... pero luego pensaba que ya está muerto. Ese sí es un resentimiento que tengo con Dios, me ha dolido mucho perderlo...".

T.- Te sientes igual de vacía como su caballeriza y sientes que una parte de ti se fue con él y todavía no encuentras con que llenarla, pero no te dejes vencer, ya la encontraremos.

P.- Se ríe. "Gracias, me siento mucho mejor hablando contigo".

Sesión No. 49

Llega 5 min. tarde.

P.- "Hola, vengo corriendo, estaba en el club. Estaba montando a caballo y se me acerca un cuate para decirme que porqué había dejado botado su caballo (antes de mi tratamiento) y estuvimos platicando y me pidió que lo tomara de nuevo para que lo concursara. Ese caballo es muy chico y hay que enseñarle a saltar porque no tiene experiencia. Lo bueno es que no le gusta tirar las barras porque hay otros que les vale, se cayó, ni modo.

Hay personas que les ponen unas bandas con corcholatas en la pletina para que les duela al tocar, o un alambre a 10 centímetros de la barra para que salten más alto, claro que si no se cae el alambre al tocarlo, entonces se enreda el caballo y se cae con todo y jinete. Incluso hay barras que dan toques y después de eso ves al caballo saltar como un metro sobre la barra. Pero a mí no me gustan esos métodos, prefiero que aprendan solos. aunque si funcionan las otras formas. Hay otra en la que le ponen aguarrás o thiner en los cascos y al rozar les duele horrible, hasta ves como se retuercen y sudan. Pero es mejor que aprendan solos sin sufrimiento".

T.- Es como conmigo, no es necesario tanto sufrimiento para crecer y aprender.

P.- "Sí, yo prefiero natural. Lo que me da coraje es que las piernas no me responden. Las trato de mantener pegadas al caballo y no se quedan. antes, cuando yo saltaba, nunca se me iban detrás del cinto, cosa que a los mejores jinetes les sucedía y yo podía mantener los pies

pegados y con los talones hacia abajo. además no puedo enderezar totalmente la espalda y eso es algo que siempre admiraban de mí; el saltar derecha. Eso lo aprendí hace mucho, a estar derecha. Estuve practicando horas y hasta me ponía tablas cruzadas en la espalda para la posición y hacía ejercicio hasta que me dolían las piernas y seguía diciéndome que no estaba cansada. Me gusta que me duela el cuerpo de cansancio, por eso me molesta que mis alumnos se quejen. Cuando empiezan a decir que les duele, los dejo 10 min. más, también a los caballos, me gusta que trabajen hasta que suden, lo que no sé es lo que me pasa a mí y que no me responden las piernas".

T.- ¿Hace cuanto tiempo que no montabas?

P.- "Hace mes y medio y antes ya llevaba tiempo sin hacerlo".

T.- Es el cuarto día que saltas, ya recuperarás tu condición. A menos que contigo si aceptes usar las torturas que no te gustan para los caballos.

P.- "Si verdad, (se ríe) la próxima ves me llevo mi fute y cada que me salga mal algo me fatigue, ¿no?".

T.- No me parece una buena idea, pero si crees que está bien... Antes de terminar, ¿cómo vas a pasar Navidad?.

P.- "En la tarde voy a hacer ejercicio como loca y en la noche voy a cenar en la clínica y mañana me vienen a visitar mis hermanos y mi mamá".

T.- Adiós, ¡Felicidades! (abrazo).

No hubo vacaciones. Las terapias continuaron normalmente ya que no coincidían con días festivos.

Sesión No. 52

Llega 30 min. antes.

P.- "Llegué muy temprano, es que no podía dormir y me levanté antes. Como a las cuatro de la mañana estaba despierta y no sabía que hacer. Le subo y le bajo a la música, trato de leer y no puedo concentrarme y mejor me pongo a dibujar. Los mismos dibujos que yo hago. Ya tengo un cuaderno especial de dibujo y escojo sólo uno para hacerlo, ya no pongo mil dibujitos juntos. No se si viste un dibujo de un hombre con la mitad del cuerpo dentro de un tubo, descubierto de la cintura para arriba con los brazos extendidos y la cabeza como un foco" (Ver Anexo 2-A).

T.- No lo he visto, pero ¿Qué piensas de él?

P.- "Pues un día soñé con ese dibujo. Hoy en la madrugada soñé que me iba con mi prima y mi primo a Inglaterra, pero que mi mamá me debía mandar el pasaporte y se iban también ella y mi papá a Inglaterra. De pronto yo oía que sonaba el teléfono y yo oía que era la voz de mi mamá y cuando contesto era mi papá y me hablaba para decirme que Bobby, mi perro, voló y yo entendía que alguno de mis hermanos había golpeado con el coche a Bobby y lo había volado y se mató. Entonces mi papá empezaba a decir que se iba a ensayar para la boda y que no sabía con quien iba a entrar acompañado. Yo me enojaba y le decía que cómo hablaba de boda si se había muerto Bobby, y él me decía que no se había muerto, que voló pero lo cacharon. En ese momento me desperté y abracé a Bobby".

T.- ¿Qué piensas de tu sueño?

- P.- "No se, no se me ocurre nada. Se me hace raro que sueñe con mi mamá y que luego aparezca mi papá y que hagan cosas juntos".
- T.- ¡Cómo te gustaría haberlos podido mantener unidos, verdad!, además de poderte comunicar con los dos y estar juntos. ¿Y que piensas de la boda?
- P.- "Creo que a lo mejor tiene que ver con la novia de mi papá que cada día me cae más mal y no me gustaría que se casen".
- T.- Por eso en el sueño no sabes de quién irá acompañado, preferirlas que eligiera quedarse contigo que con alguien más. Te preocupa quedarte sin tus seres queridos, ya que perdiste a tu caballo, que siga contigo Bobby y el resto de tu familia. Además, tu perro del sueño se parece a ti que siempre que piensas en matarte hay quien te "cache" y también sobrevives.
- P.- "Si verdad, por lo menos ya creo que los que quiero siguen vivos. Pues ayer estuve muy intolerante. Mi papá me dijo que iba a venir la mamá de su novia a la casa a las 2:00 p.m. y yo, aunque no me gusta hacer quehacer, me puse a limpiar y ordenar la casa y no llegaban. eran las 5 p.m. y yo histérica. En eso me llama una chava del grupo y le dije que me sentía mal y quedamos de vernos en un café, de regreso llego a mi casa y estaban mi papá, su novia, mi cuñada y mi hermano. Llegando me empieza a decir mi papá que donde estaba, le dije que mejor ni diga porque él no llegó cuando me dijo y yo no tenía nada que hacer en la casa. Entonces mi cuñada me dijo que si no tenía nada que hacer entonces que me bañe. Me enojé y me subí a mi cuarto y luego me fui al grupo de Narcóticos Anónimos.

El sábado también me había sentido mal. Estuve en un brindis de fin de año en el club y estaban sirviendo una bebida que me gusta mucho. Una señora le empieza a decir a mi papá que si ya se fijó en como me visto, que los hippies ya pasaron de moda, friegue y friegue todo el tiempo, y mi papá le decía que estaba peor antes y que así me gusta vestir y ni modo. Y yo me harté y me salí.

Ayer en el grupo de Narcóticos Anónimos llego y pido la palabra antes de que dijeran quién quería. Empecé a hablar de mi forma de vestir, que necesitaba cambiar algunas cosas de mí, que estaba muy intolerante, que tenía la copa y el "toque" melidos en la cabeza, etc. Después habló un cuate nuevo que dijo que él había descuidado mucho su persona y que había épocas en que no se bañaba y se destruía de esa forma. Yo me identifiqué grueso con él y me paré a lavar las manos, antes de cerrar la junta preguntan si alguien más quería hablar y alzo la mano otra vez, dije que me había identificado mucho con él porque yo estaba 4 días sin bañarme y mi ropa estaba muy sucia, y que me paré a lavar las manos mientras él hablaba, hay una chava nueva en el grupo que me cae muy mal. Nos paramos para agarrarnos de las manos y cerrar la junta y se voltea y me dice "ahora sí con las manos limpias nos agarramos". ¡Uta! no sabes, me enfureció la mugre vieja como no sabes. Después de la junta nos fuimos a tomar el café y me la pasé hablando de ella. Todos me dijeron que no me suba en su carrusel y tienen razón, lo importante es que yo quiero mejorar y lo demás no me debe importar".

Sesión No. 55

- P.- "Ayer estuve con un amigo, Matías, y me dijo que yo debería cambiar mi forma de vestir, que desde un kilómetro se veía que yo era drogadicta y que vestida así sólo iba a atraer gente enferma, además me dijo que mi forma de vestir aleja a la gente... ¡qué chistosol, si es cierto que a mí no me gusta que la gente se acerque mucho a mí, pero nunca pensé que tenía que ver con mi ropa. No es la primera persona que me dice de mi ropa, a nadie le gusta como me visto, me dicen que me debo vestir más femenina. Pero yo no me veo vestida de falda ni pintada, ¡Ni local. Matías me dijo que aunque sea con jeans, pero que los lave y que cuando cambie mi forma de vestir me voy a sentir mejor, ¿tú que crees?"
- T.- Creo que tienes ganas de verte diferente y atraer a la gente y no te atreves.
- P.- "No lo sé, a lo mejor, pero son muchos los que me dicen, pero nunca había pensado en que alejo a la gente por como me visto. Aunque sí, no me gusta que se acerquen demasiado, a veces tengo más confianza en la gente que acabo de conocer, que los que ya conozco desde hace tiempo, ¡qué tonta verdad!, pero así soy. Cuando llevo mucho de conocerlos, les tengo menos confianza".
- T.- Corres más riesgo de encariñarte y que después te dejen y te vas tú primero.
- P.- "Puede ser, pero así me pasa, ¡qué rara soy!. Pero a mí me gusta como me visto. No sé cómo me verán los demás. No sé si tengan

razón, me preocupa que tanta gente me diga que tengo que vestirme más femenina, hasta me da risa..."

T.- Pues más bien recuerdo que cuando Juan te lo dijo una vez en lugar de reír te hizo llorar.

P.- "Eso me preocupa. Matías ayer me preguntó si me gustaban las mujeres o los hombres. ¡Cómo las mujeres!. El otro día estaba diciendo que iban a ir por unas viejas y los hombres se juntaron por un lado. Yo estaba con Juan y él dijo "bueno, a Robin no creo que le importe venir con nosotros". ¡El idiota piensa que soy lesbiana!. Estuvimos un mes internados juntos y piensa eso de mí. Si me sacó de onda. ¡Yo no me visto así para atraer a las mujeres!".

T.- Sino para tapar todas tus partes femeninas y que no se te acerquen los hombres para no correr el peligro de que alguien quiera abusar de ti como cuando eras niña. Por eso a tus novios no los toleras más que de dos semanas a dos meses y después huyes.

P.- "(silencio prolongado)... pues sí".

Sesión No. 58

P.- "¿Cómo ves que vengo de niña mona? (con una sudadera de flores)"

T.- Te ves muy bien.

P.- "Matías y Pepe me estuvieron moliendo todo el sábado con que me tenía que vestir de mujer, pero de una vez, no poco a poco como yo le decía, porque dicen que así como yo dejé la droga de una vez, así debo de hacerle con la ropa. El jueves me vestí con unos jeans,

zapatos limpios y una sudadera de flores, una que me regaló la novia de mi papá y que yo no compraría nunca en un aparador, ¡me siento tan rara vestida de mujer!. Memo se la pasó burlándose de mí, pero al final me dijo que me veía bien. Yo no me vi al espejo, en mi casa, cuando me empecé a quitar mis colgijes me sentí tan mal que decidí tapar el espejo con una cobija, no me quise ver al espejo. En la noche fue nefasto. Una chava del Narcóticos Anónimos fue a vestirme a la casa para la cena. Sacó unos mallones beige y un suéter ¡escotado de los hombros!. Te imaginas ¡Yo escotada! y me prohibió ponerme un suéter hasta que tuviera frío. Todos en el grupo me voltearon a ver y empezaron a decir que qué bien me veía. Otros gritándome cosas de un extremo a otro ¡Horrible! (se ríe).

En la cena me puse el suéter encima y me tapé toda. Cuando llegué a casa de mi hermano todos se me quedaron viendo, casi ni me reconocen. Iba con Tony. Me sentí rara en la cena; vi a mi familia muy unida y me gustó, pero no me sentía parte de mi familia, me sentí que no pertenecía a ellos.

Con mi hermano Alan me sentí muy bien, me apoyó mucho, llegando me ofreció un refresco y a cada rato me llenaba el vaso para que no entrara a la cocina. Se me antojó mucho tomar y se lo dije a Tony y juntos rezamos la Oración de la serenidad. Alan me llevó a la cocina y me dijo que empezaba el año bien y que me quería muchísimo, pero que me quisiera más yo, eso sí me llegó. Mis otros hermanos estaban como más apartados".

- T.- Más bien tú te apartaste y no hiciste mucho por buscarlos.
- P.- "Igual y sí. debería aprender a disfrutarlos como un miembro más.

Sabes, vestirme como mujer cómo que me da miedo..."

T.- Miedo a que le gustes a alguien.

P.- "No se..., a ser provocativa, a que noten que soy mujer. Prefiero que me vean como algo indefinido, que no sepan si soy hombre o mujer. A veces cuando estoy nerviosa en la calle por ejemplo, y algún pordiosero me grita "joven o muchacho" como que me tranquilizo".

T.- ¿Qué pasa si eres mujer?

P.- "No se... a lo mejor no me pasa nada y no debería tener miedo... (silencio prolongado y se pone muy nerviosa)... tú ya sabes lo que es pero no se por qué quieres que lo diga"

T.- Te da miedo que se exciten contigo los hombres y provocar que te violen.

Robin asienta con la cabeza.

T.- La mayoría de los hombres no son como ese que conociste cuando tenías 8 años. Muchos de ellos no te van a lastimar si se acercan a ti y quizá hasta puedas disfrutar con ellos tu propia feminidad sin sentirte culpable.

Sesión No. 61

P.- "Hola, vengo llegando. Hoy me pasó de nuevo que no sabía si era jueves o viernes. Pero me acordé que era jueves y fui a ver a Memo y de ahí me vine.

Ya empiezan las clases que les damos a los niños, por eso hoy no fui a montar. Ayer nos mandó a llamar mi papá a Mary, Omar y a mí y nos regañó porque según nosotros estábamos ganando muy bien con las clases, pero mi papá nos hizo cuentas del desgaste de los caballos, del veterinario, etc. y nos dijo que salíamos perdiendo. Este mes ganamos 200 pesos y nos dijo que debíamos aumentar las cuotas porque así estábamos trabajando gratis”.

T.- ¿Cómo se siente trabajar sin que te paguen?

P.- "Pues feo. ¡Ya te voy a pagar!. Estoy apenada contigo, me siento muy incómoda de no pagarte, pero en 15 días me van a pagar por entrenar un caballo y te doy lo que gane.

Ayer fui a recoger unas fotos de Europa a casa de mi mamá. Según ella que no las tenía, pero ahí estaban. También rescaté un colguije que ella me había dado, y que por eso no lo tiró a la basura.

Le pregunté a mi mamá si ella había fumado mota en alguna época. Me dijo que no. No es cierto, le dije que no se haga, que nadie tiene un planta de marihuana en su casa ni seca hojas en un libro si no fuma. Además, una vez cuando yo tenía 7 años encontré unas semillas de marihuana en el coche y hasta me dijo "ah, los coquitos". Me dijo que la había probado alguna vez, pero que nunca había fumado un cigarro entero. Pero no le creo. En esa época se vestía más hippie y tenía una bola de amigos gays y otros muy raros. encontré una foto de ella y sus amigas desnudas y con el cuerpo pintado como una obra de arte y eso nadie lo hace mas que estando pacheca”.

- T.- Si acepta que fue drogadicta, tú tienes una justificación.
- P.- "No sé, pero es que por qué miente, yo sé que sí fumó en esa época y además lo dice como ¡ay, cómo crees!, como que es algo malísimo, de lo peor".
- T.- Lo que quisieras es que las dos fueran iguales para sentir que te puedes acercar a ella sin que te juzgue.
- P.- "Yo creo que para ella es más difícil aceptarlo porque es mi mamá".
- T.- Así es, pero lo importante es que ahora ninguna de las dos usa drogas. Y si alguna vez las usó, parece que eso la ayudó a entenderte y apoyarte en tu rehabilitación, y si no, de cualquier modo está dispuesta a hacer, a su manera, lo mejor que pueda para estés bien. Eso es más importante que saber si era o no pacheca.
- P.- "Si es cierto, tienes razón".

Sesión No. 64

- P.- "Hola. este fin de semana no me fue muy bien. El viernes volvió a ir a Narcóticos Anónimos la loca vagabunda del otro día y el portero la sacó a trancazos. Le dije que si volvía a llegar yo le ayudaba a sacarla, y me dijeron que estaba más loca yo que ella por querer enfrentármele".
- T.- Por tu propio temor a la locura te angustia tanto esa muchacha, no quieres pensar en poder estar como ella.
- P.- "Pues sí. Bueno, a lo mejor si la vuelvo a ver me da lástima y no le hago nada, de cualquier forma este fin de semana no fue bueno, ese

viernes fuimos al Zócalo a jugar freezbe y Matías se luxó el pié y lo llevamos al hospital. Al día siguiente estuve platicando con mi madrina, y es que en la junta de Narcóticos Anónimos una chava dijo que un cuate del grupo había tenido relaciones con ella. Que la sedujo y ella cayó. Yo me puse muy nerviosa. Luego mi madrina me dijo que había sido Fredy y que ese tipo siempre lo hacía con todas las nuevas. Al día siguiente le dije que lo había intentado conmigo también. Me dijo que no le haga caso, que era un homosexual que no se aceptaba y trataba de comprobarse a sí mismo que le gustaban las mujeres. ¡Me dio tanto coraje! Pero cómo no me di cuenta de la clase de hombre que era. Lo peor de todo es que yo le dije que no tuviéramos relaciones, por su bien, porque no quería lastimarlo. Ya sabes mi teoría, de que si tengo relaciones le hago daño. Que idiota, pero así pensaba. Creo que es diferente lo que pienso ahora, pero todavía no se como hacer que me sirva".

- T.- No quisiste tener relaciones sexuales con él porque sientes que cuando un hombre se te acerca te lastima y en lugar de disfrutarlo sufres. No todos los hombres son así, pero tú buscas a quienes si pueden dañarte para comprobarte que tienes razón.

Sesión No. 67

- P.- "Hola, te voy a enseñar algo que estuve dibujando ayer, (saca su cuaderno y me muestra un dibujo de un ataúd con una mujer cargando un bebé dentro). Lo estuve dibujando ayer, lo pinté con lápiz, pero no me gustó como se veía (Ver Anexo 2-B). Has visto que los ataúdes tienen como terciopelo rojo adentro, ¿no?, si los has visto ¿no?. Pues como no tenía colores en mi casa me corté aquí (muestra dos

pequeñas cortadas en el dedo pulgar) y con la sangre y un algodón empecé a dibujar y como me seguía saliendo sangre le puse a mi dibujo anterior, el de las cruces de sangre. (Silencio). ¿Qué?, ¿por qué me ves así?,... están bonitos, ¿no?... A nadie le gusta mi dibujo. Mi amiga Ana, debías conocerla, es igual que tú, se la pasa preguntándome que qué significa todo lo que hago".

T.- Ya que quieres que te pregunte eso ¿qué significa lo que hiciste?

P.- "Es que ayer estuve muy mal. Estuve resolviendo la parte de mi infancia del cuarto paso de Narcóticos Anónimos (en el que hay que hacer un inventario de nuestra vida) y las repercusiones en mi adicción. Me estuve acordando de muchas cosas y me deprimí. De hecho soñé con Rosa, la chava a la que tiré en el baño cuando era mas chica. Me acordé exactamente de todo y estuve llorando, y de cuando se metía a bañar conmigo mi mamá y me dolió mucho, pero ya no quiero saber más de eso...".

T.- Ahora te das cuenta que eso hacías con la droga y los intentos suicidas, tratar de "no saber más de eso" y salirte de la realidad.

P.- "Me siento muy mal al recordar las veces que mi mamá se metía a la regadera disque a tallarme la espalda, y cómo se me quedaba viendo, es que no sé ni que pensar de ella, son cosas muy locas, prefiero mejor creer que únicamente queria verme crecer y no se daba cuenta que no era una niña, en vez de creer otra cosa".

T.- ¿Qué otra cosa?

P.- "Que lo hacía por morbo, o no se... ¡pero cómo con su hijal. Hasta Ana me decía que con razón no soporto a mi mamá, pero no quiero pensar

eso de ella. En una época fue amiga de muchos gays y a veces pienso que ella es lesbiana, aunque sé que yo no podría preguntarle eso porque no tendría por qué contestarme. Pero no lo sé, hacía cosas tan raras... tenía vibradores entre su ropa, ¡para qué quería vibradores! Una vez una amiga me dijo que mi mamá le había confesado que ella estaba muy frustrada porque nunca había tenido un orgasmo y lo había probado todo con tal de tenerlo... No quiero pensar que yo fui parte de sus intentos. Por eso no quiero pensar más, prefiero olvidarlo. A mi hermano Alan a lo mejor también le pasó algo con mi mamá porque tampoco la soporta y cuando se va de vacaciones nunca le deja a la niña, sino que se la lleva a la suegra. Me parece increíble estar hablando esto de mi propia mamá".

T.- A veces habrás sentido que la odias tanto que hasta podrías matarla, pero tienes tanto de ella que prefieres matar esa parte en tí.

P.- "Prefiero morirme antes que ser como ella".

T.- Iremos analizando en lo que se parecen, como en la dificultad para sentir placer, el no terminar de definirse como mujeres y el no poderse acercar emocionalmente con nadie, y lo que las distingue, entre otras cosas, que tu buscas cambiar y tienen en el análisis un lugar donde hacerlo.

P.- "Eso espero".

Sesión No. 70

Llega 20 min. tarde.

T.- Parece que hoy no tenías muchas ganas de venir.

P.- "Hola, estoy muy preocupada porque mi papá está teniendo muchos problemas económicos. Parece que su negocio está muy mal y está a punto de perderlo por tantas deudas. ¡Que horror! Antes vivíamos muy bien de ese negocio, pero ahora está teniendo mucha competencia y no vende casi nada. Además tiene que pagarle a muchos empleados y yo con lo que gano apenas me alcanza y gasta muchas cosas más que podría ahorrarse si yo estuviera mejor".

T.- Como la terapia conmigo.

P.- "Pues sí, a veces me siento culpable de que me tenga que pagar la terapia cuando lo veo tan preocupado por el dinero. Si yo no hubiera estado mal no se habría echado la deuda de la clínica donde me interné, ni tendríamos la deuda contigo. A veces pienso que ya no debería seguir viniendo, pero sé que lo necesito y no sé que hacer..."

T.- ¿Qué has pensado para seguir viniendo y poder pagar?

P.- "Pues hoy te traje un poco del dinero que te debo, pero no es mucho. El jueves tengo una presentación especial en la que voy a hacer una exhibición de caballos y espero ganarme algo para irte trayendo dinero.

Soñé contigo, que eras muy desgraciada y me empezabas a gritar y a decir que iba a recaer, que estaba muy mal y que si recaía no me dabas más de un mes de vida. Que tú estabas muy grande y yo me asustaba mucho de verte enojada".

T.- Que me enoje porque no me has pagado.

- P.- "Si, ha de ser porque no te he pagado y falté la vez pasada, verdad, tenía miedo que te enojaras conmigo y de castigo iba a recaer".
- T.- Me sientes mala porque te cobro y te hago venir... así has de estar enojada tú conmigo y por eso no me pagas.
- P.- "Cómo crees, se que vengo por mi bien, pero aunque no viniera no tengo por qué recaer, ¿no?".
- T.- Pero qué mejor que pudieras dar algo a cambio de lo que recibes, sin sentir que con eso te quedas vacía otra vez.
- P.- (Silencio), "Si verdad... nada más pido y no doy nada..."

Sesión No. 73

Llega 15 min. tarde.

- P.- "Hola, venía por la calle y estaban dos perros, primero el perro seguía a la perrita y después al revés..."

Vengo de la oficina de la novia de mi papá porque estuve platicando con un muchacho que estudió en la Academia de San Carlos y le empecé a enseñar mis dibujos para ver si me da clases su novia que estudió lo mismo que él. Le gustaron mis dibujos y me dijo que empiece a copiar cosas para coordinar mano, ojo y mente. Le estaba enseñando todos hasta que llegué al último en que estaba empezando a dibujar unos ojos y quería ponerles un velo, pero no me salió, entonces los encerré en una caja y empecé a dibujar las drogas, el perfil de una cara, le puse aretes y vi que se parecía a mí. entonces le puse los colgijes, la rajadura de la cara que me hizo la gringa loca y

el final era la muerte. Claro que en la esquinita de arriba puse una ventana que era mi salvación gracias a la ayuda.

El fin de semana salí con Memo y Paco y fuimos a un concierto, el domingo también estuve con ellos, pero después me quise ir a mi casa y estar con mi familia un rato. Llamé a mi papá y no estaba, llamé a mis hermanos y creo que se habían ido a algún lado con mi mamá, llamé a mi amiga Ana y no estaba y finalmente encontré a Matías y nos fuimos a cenar, pero esa no era la idea que tenía del domingo. En la noche, a la luz de la vela hice este dibujo".

- T.- Cuando empiezas a sentirte sola piensas en la droga, como si fuera tu acompañante sustituto, como la mamá o el papá.
- P.- "No sé por qué no puedo estar sola. Me encantaría, ya tenía días que decía que iba a estar conmigo misma y no puedo, y me da coraje...".
- T.- Necesitas a la gente y eso te da coraje porque temes depender tanto de ellos que ya no los puedas dejar después y antes de que eso suceda te alejas tu primero. Como conmigo, que faltas a la sesión cuando más mal te sientes y después dices que estás sola.
- P.- "Pues sí, pero no se por qué lo hago. Ah, ayer estuve a punto de recoger a un perro. Estaba precioso y perdido. Cuando me acercaba a él, primero se alejó, pero después se acurrucaba para que lo sobe. El veterinario de mi casa no me cobra, y me dijo que si algún día recojo a un perrito callejero o perdido, él me lo vacuna y desparasita, voy a regresar por él. Pero primero voy a hablar con Bobby para explicarle lo que va a pasar. En mi cama hay lugar para dos perros, es que es precioso".

- T.- Es un perro que anda buscando cariño y mamá, como tú, y que le da miedo dejarse querer por alguien nuevo, porque antes lo abandonaron y quedó lastimado. Pero los dos tienen quien los cure y los ayude a sentir mejor, aunque te moleste que yo si te cobre por eso...
- P.- (Se ríe) "Ya vas a empezar a echar pedradas... Hubo una época en que yo buscaba mamá. Nada más me faltaba traer un letrero y a muchas señoras del Club les llamaba mamá y les platicaba cosas como si lo fueran".
- T.- Como conmigo, sólo que el hecho de que te cobre te hace recordar que en realidad no soy tu mamá, y eso no te gusta.
- P.- "Puede ser".

Sesión No. 76

- P.- "El sábado vi a Dora (una terapeuta de la clínica) en un videobar y pensé en no saludarla y hacerme como que estaba tomada para ver que hacía, pero mejor no y me acerqué a saludarla".
- T.- Querías ponerla a prueba, para comprobar si todavía le interesas.
- P.- "Me imagino que se habría sacado de onda. Lo que pasa es que ese día si me dieron ganas de tomar. Es que otros caballerangos se cayeron del caballo y cuando eso sucede les toca disparar los refrescos. Pero en vez de refresco trajeron cubas. Cesar lleva tres años sin tomar y le dio un trago a su cuba, de echo él se dedica a emborrachar a los demás y normalmente no toma y me sacó de onda verlo hacer eso y pensé, por qué él si y yo no".

T.- Igual te debe haber dado envidia ver a Dora tomando y tú no poder, o pensar que seguramente yo también tomo socialmente y tú no puedes.

P.- "Si lo he pensado, pero estando en el bar vi a unas chicas que estaban en la mesa de al lado y me acordé de cuando salíamos mis tres amigas y yo y nos poníamos hasta atrás. Hacíamos unos osos... Susy se paraba a bailar en la mesa y luego la seguía Ale, y cuando Mara ponía cara de aburrida yo me subía al escenario para hacerla reír, pero creo que hacía reír a todos los demás también. ¡Qué vergüenza me da nada más de acordarme! La verdad si me doy cuenta de por qué yo no puedo y los demás sí".

"Sabes que me pasa, que los fines de semana me siento muy sola. Por ejemplo el domingo me subí a mi cuarto y no salí, como estaba la final del fútbol no quise llamar a nadie porque pensé que todos iban a estar viéndolo y nadie tendría tiempo para mí y si iba a casa de alguien, como que no iba a venir al caso. Me da miedo que se vayan a hartar de mí".

T.- ¿También yo?

P.- "A veces, lo que pasa que a ti solo te veo entre semana y ni modo de llamarte el domingo... debes tener otras cosas que hacer".

T.- Tantas cosas que hacer que seguro no me acuerdo de ti y te sientes abandonada.

P.- "Así tiene que ser, además yo tengo que buscar a la gente con quien podría salir, y no encerrarme. Pero a pesar de todo, siento que ya no

me pongo tan triste como al principio. Ahora puedo estar sola, pero ya no me dan ganas de morirme como antes".

Sesión No. 79

Llega 15 min. tarde.

P.- "Hola, otra vez se me hizo tarde, lo que pasa es que estoy durmiendo mucho y me levanté muy tarde. Ayer, como era domingo, me dormí hasta las 12 del día y luego me desperté y volví a dormir hasta las tres y más tarde fui al cine con Matfas y después a cenar hamburguesas.

El sábado me fui al rancho a una casa con mis niños, los alumnos de equitación. Me dio coraje porque iba a haber una reunión nacional de Narcóticos Anónimos y yo quería ir, pero no pude. Omar y yo como sabemos más de caballos tuvimos que ir al rancho. El viernes Omar y yo preparamos pozole para la mamá de la novia de mi papá. Estuvo muy divertido, desde ir al super a comprar las cosas y aprender a hacerlo.

Omar y yo nos estamos llevando super bien, como hermanos. Mi papá se fue el miércoles de viaje y nos dejó solos en la casa sin problema".

T.- Ya no te da miedo quedarte a solas con un hombre...

P.- "No, ya no. Bueno, además Omar no es cualquier persona. Vive con nosotros desde hace más de un año porque su mamá está loca, se volvió a casar y Omar vivía sólo pero no podía pagar la renta y mi papá le ofreció que viviera con él. También porque sabe que entre él y yo ya no hay nada, alguna vez anduvimos, pero ya no. De hecho, cuando Omar y yo fuimos novios fue cuando peor nos llevábamos. No

nos hablábamos casi y él me ponía el cuerno con dos chavas del club y yo también a él, pero no se daba cuenta y yo sí. Tronábamos y volvíamos mil veces hasta que ¡ya! y ahora nos llevamos super. Te digo, el viernes haciendo pozole nos divertimos muchísimo, él tenía su olla y yo la mía y a ver a quién le salla mejor".

T.- Cuando cada quién está por su lado y con sus cosas no hay problema, el problema es acercarse demasiado...

P.- "Si verdad, mejor de lejitos". (se ríe)

Sesión No. 82

P.- "Ay Mirella, hoy estoy muy angustiada, es que mañana voy a concursar. Hace mucho que no concurso y estoy muy nerviosa. ¡Por si fuera poco, el caballo con el que iba a saltar y al que ya conocía muy bien se lastimó y ahora voy a tener que saltar con uno que apenas conozco.

No sé qué hacer. Yo creo que no sirvo para esto de montar, mejor me voy a ir a estudiar la prepa, a hacer una carrera y me meto a trabajar en una oficina encerrada como cualquier persona normal, aunque me muera de la aburrición y sufra mucho por no estar con los caballos".

T.- Y quedarte en un trabajo encerrada como yo...¿no?. Esta decisión me suena a que estás muy asustada de cómo te va a ir en el concurso, y si podrás demostrar de nuevo que eres capaz para tu trabajo.

P.- "Es que hoy me pasó algo horrible... Fuimos Omar, Cesar y yo, junto con otro chavo que lleva apenas 8 meses montando, a la barranca. Cuando me acerqué me dio mucho miedo bajar. Antes no me daba

miedo, es una barranca a la que ya había ido varias veces, pero fumando mota. Pensé que con dos tequilas me iba a dar valor, pero es una estupidez.

Cómo es posible que un chavo que lleva apenas 8 meses pueda y yo no. Lo peor es que insistí para que regresáramos y otra vez me dio miedo y no bajé". (Llora).

T.- Parece que ahora sí te está empezando a preocupar tu vida, y por eso no bajaste. Antes no te importaba bajar y romperte el cuello o la columna y ahora piensas en el riesgo y te da miedo.

P.- "No lo había visto así. ¿De veras crees que sea eso y que no estoy peor que antes?"

T.- ¿Tú qué opinas?

P.- "La verdad es que peor no estoy, al contrario. En mi trabajo la hago bien. Ya estoy a nivel de competencia y no es tanto el tiempo que he competido. Pero va a ir mi papá a verme y también va a estar Omar y varios de mis alumnos. Quisiera que todos vieran que estoy mejor que antes, pero de pensarlo se me enchina la piel. Deséame suerte por favor. Ojalá un día fueras a verme también tú, pero mañana no porque voy a estar muy nerviosa".

T.- Suerte, te va a ir muy bien, no te lo echas a perder, disfrútalo.

Sesión No. 85

Llega 15 min. tarde.

P.- "Hola, para variar llego tarde. Mi papá pasó a despertarme, me dijo que hoy en la noche quería ir a la junta de aniversario de mi grupo de N.A. y que además va a llevar a su novia. Yo no me quiero sentar junto a ellos si van. Además yo no los invité y si van es porque quieren".

T.- Porque quieren compartir contigo actividades e interesarse en tus cosas

P.- "Me da mucho coraje con mi papá porque miles de veces le he dicho que él tiene que ir a grupo de familiares y siempre me dice que no tiene tiempo y ahora resulta que si tiene tiempo para ir a mi grupo, pero no al suyo. Es que se lo he pedido muchas veces y me dice que ya no es tan codependiente, que se le está quitando.

En la mañana que me dijo que iba a ir su novia yo le dije ¡uch!. Me preguntó si quería que ella fuera y le dije que no me importaba y me dijo que iba a ir.

Lo que pasa con su novia es que se quiere sentirse mi mamá, quiere que vaya con ellos a todas partes como si fuera mi obligación acompañarlos. Ya le dije a mi papá que ni soy novia de su novia ni era novia de él. Además, ella hace cosas como las que hacía mi mamá. Cuando estamos en público quiere aparentar que nos llevamos super bien, y me abraza y habla bien. Recuerdo que a mis papá siempre les gustaba aparentar que eran un matrimonio feliz. Incluso cuando se divorciaron, en el club nadie podía creerlo, decían que cómo si se llevaban tan bien y yo pensaba: si supieran...

La novia de mi papá es así, como que cuando hay más gente me está diciendo "Ay enana, que esto y que lo otro". Pero ella no es mi mamá. Hasta mi papá un día se lo dijo sin que yo le dijera nada. Yo sé que no me llevo bien con mi mamá, pero no por eso deja de ser mi mamá y nadie tiene por qué serlo si no doy mi autorización".

- T.- Y sientes que aceptar a la novia de tu papá es como traicionar a tu mamá y perder la esperanza de que un día se reúnan tus padres.
- P.- "A lo mejor es eso. No creo que se vuelvan a unir, pero me cuesta aceptarla a ella".
- T.- Si te costaba aceptar a tu mamá como pareja de tu papá, menos toleras que una desconocida te lo quite, ¿cómo lo quieres, para estar tan celosa!
- P.- "Lo quiero mucho. Si hasta a mi mamá a veces la quiero, a él que ha sido más buena onda, pues más".

Sesión No. 88

- P.- "Hola Mirella, nunca sé que contarte cuando llego... bueno sí (se ríe). Te acuerdas que te conté que estaba emocionadísima porque me volví a encontrar con Nestor, mi último novio que terminamos meses antes de ingresar a la clínica. Pues empezamos a salir de nuevo, pero según yo quería darme tiempo para conocerlo ahora que estoy en mis cinco sentidos. ¿Pues qué crees?, ya regresé con él. Yo que decía que íbamos a durar un mes de amigos. El sólo por hoy no funciona en esos casos". (se ríe)
- T.- ¿Cómo fue?

P.- "Fue por mí a casa de mi cuñada y mi hermano, fuimos a la tienda y me abrazó de ida y de vuelta. En el coche, para llevarme a mi casa, en 2 semáforos me dio un beso en la mejilla y yo pensaba ¡qué hago, lo dejo o le paro! Pero ya no podía más y al siguiente semáforo le di un beso en la boca. Llegando me preguntó si eso significaba que volvíamos y le dije que Sí.

¡Ay no sé, estoy emocionadísima! Aunque ahora me tengo que cuidar de no tener relaciones con él por el momento. Me da miedo regarla, aunque me muero de ganas de hacerlo. La primera vez que anduvimos los primeros meses le decía que no tuviéramos relaciones y le dije que era virgen. Como él era fresa, yo no le decía lo que había hecho antes. Ahora quizá tenga que decirle muchas cosas de mí, pero no sé como. No quería que pensara que yo era "una cualquiera".

T.- Cuando empiezas a ejercer tu sexualidad sientes que pierdes el control y te conviertes en "una cualquiera".

P.- "Es que lo era, no es que me sienta. En una fiesta podía estar Ale con un galán y al rato yo besándolo y nos íbamos a acostar el mismo día que los conocíamos. Y cuando estaba hasta atrás empezaba a fajar con cualquier tipo. La verdad es que me ha costado tanto cambiar, que también en esto quiero ser diferente. No quiero hacer las mismas tonterías de antes y prefiero irme con calma"

T.- Estoy segura que sobria vas a hacer las cosas mucho mejor que antes, de cualquier modo felicidades por lo de Nestor.

P.- "Gracias, ya me voy porque me está esperando".

Sesión No. 91

Llega 20 min. tarde.

P.- "Hola Mirella, ¿cómo estas? No pasaba el pesero que viene de mi trabajo y hasta ahorita llegué. Te acuerdas que ayer concursaba con los militares. Pues me fue muy bien. Me gané el cuarto lugar entre 45 concursantes. Fue también mi mamá a verme y mi papá estaba feliz. Invité a Nestor. Hace mucho que no me veía concursar y nos la pasamos muy bien. Ya le dije que yo no tomo y que había estado en una clínica para dejar de hacerlo. Se quedó un poco desconcertado y me dijo que él no se había dado cuenta que yo tomara demasiado o que tuviera problemas. La verdad es que delante de él nunca lo hacía, y el día que me había fumado algo me echaba gotas en los ojos, me tomaba un café y hasta tenía un spray para el aliento y nunca se dio cuenta. Mejor, pues ayer estaba parado detrás de mí y puso su cerveza en mi hombro. Yo estaba nerviosa por el concurso y además me llegaba todo el olor de la cerveza. Le pedí que la quitara de ahí porque se me estaba antojando. Lo entendió muy bien y me dijo que si tampoco podía besarme con sabor a cerveza. Le dije que se tomara otra cosa de preferencia cuando estábamos juntos y así más tranquilos los dos. Lo aceptó sin bronca.

Lo que pasa es que la semana pasada si estuvo enojado conmigo, porque estábamos abrazados y besándonos y me propuso que tuviéramos relaciones. Yo le dije que no. Que yo había cambiado en muchas cosas y que quería que me conociera ahora como soy y que tratáramos de entendernos mejor antes de hacer nada. El se enojó y estuvo un buen tiempo sangrón y sin hablarme mucho. Después habló

conmigo y me dijo que me esperaba el tiempo que yo necesitara para estar segura. Me preguntó si de verdad lo quería y yo le dije que no tenía nada que ver con eso, que lo quería y que también quería que volviéramos a tener relaciones, pero estando segura. La verdad si quiero y a lo mejor en unos días le digo que sí.

Oye Mirella, no se si te habla dicho que las dos primeras semanas de agosto me voy a ir a un rancho de campamento con mis alumnos. Esos días no nos veríamos. Luego te aviso exactamente cuando va a ser. Con lo que gane te voy a pagar un poco de lo que te debo. Ya es muchísimo y mi papá cada vez está más mal económicamente. Nos vamos a cambiar a un departamento más chico porque ya no podemos con los gastos.

Sesión No. 94

P.- "El lunes que viene me voy de campamento, ya te habla dicho, no. Va a estar muy bien. Omar y yo lo organizamos y a lo mejor me alcanza Nestor unos días. Lo que pasa es que él no puede dejar su restaurante por mucho tiempo al encargado, pero me prometió visitarme. La verdad es que estoy muy contenta.

Sabes, el otro día estuve pensando en que en menos de un mes va a ser mi primer aniversario de sobriedad. Me lo van a festejar en la clínica y en el grupo de Narcóticos Anónimos. No pensé que iba a aguantar tanto, pero ahora espero poder hacerlo por mucho tiempo.

Ayer en la noche estuve pensando en cómo llegué ese día que me viste entrar, cómo ni siquiera me acordé al día siguiente que platicamos más de una hora, ¡cómo estarial. Según yo que nunca me

iba a poner algo de florecitas y ahora hasta me las compro yo, ¡qué loca, no!. Pues en la noche escribí esto y te lo quería leer:

Después de 7 años queriendo crecer, queriéndome engrandecer, sintiéndome casi mujer, sin darme cuenta de la vida tan detestable que llevaba, queriendo conocer el mundo, sin darme cuenta que sólo me alejaba de él, buscando la felicidad, cuando solo lograba lastimar.

Queriendo ser alguien y ser yo, pero todo lo hacía contra mi voluntad.

Buscando una razón para quererme, y sólo lograba quererme suicidar.

Me estaba matando lentamente, y agonizaba detrás de mi máscara de felicidad.

Hoy busco la forma de lograr lo bueno, algo agradable que pueda llenar el vacío de mi alma, trato de sentir, para saberme viva.

T.- Me da gusto que te sientas tan bien, aún quedan muchas cosas por analizar para que en tu vida se siga llenando ese vacío. Pero cumplir un año será un gran logro y vale la pena festejarlo.

P.- "Llegando te llamo para que vayas a mi aniversario. Tú no puedes faltar, ¡eh!".

T.- Ahí estaré.

Dos semanas después se festeja su primer aniversario y yo asisto a la celebración de la clínica. Me paga una parte de la deuda y me dice que no volverá hasta terminar de cubrir el resto del adeudo. No vuelve más a tratamiento y los pagos se fueron prolongando muchos meses. El padre se comunica conmigo y me dice que está en serios problemas económicos por la quiebra de su empresa y un año después termina de pagar lo que resta de los honorarios.

Hablo con Robin en su segundo aniversario de sobriedad y me dice haberse sentido muy bien. Hasta ese momento habían desaparecido los intentos suicidas y se encontraba muy motivada por sus logros. Segula trabajando con sus caballos y en cuanto a sus concursos de salto, había ganado un primer y un segundo lugar a nivel nacional que la llenaban de orgullo.

3. 11. ANALISIS DE RESULTADOS

A lo largo de este trabajo de investigación hemos podido conocer diferentes posturas teóricas acerca de la conflictiva subyacente a un intento de suicidio y a las ideas y pensamientos que lo preceden. Sabemos que toda persona que ha realizado un acto suicida encubre una patología muy severa que puede ser corroborada clínicamente.

Cumpliendo con uno de los objetivos propuestos en este trabajo, hemos presentado los datos clínicos del caso Robin que nos han servido para detectar las ideas y fantasías acerca del suicidio que aparecen en el discurso de esta paciente en el transcurso del tratamiento.

A continuación presentaremos el análisis de resultados que pretende profundizar en los diferentes aspectos de la personalidad de Robin, así como las circunstancias que la rodearon durante su desarrollo para descubrir las raíces de su padecimiento. De este modo comenzaremos mencionando la dinámica familiar, continuaremos con las raíces infantiles de la perturbación y la estructura de la personalidad de Robin, el análisis de la manifestación clínica de los intentos de suicidio y finalmente el tratamiento.

Estos aspectos serán entendidos a la luz de la teoría psicoanalítica y a través de los diferentes autores representantes de la misma. También se discutirá qué elementos de la literatura fueron válidos para este caso en particular y cuáles no, así como los nuevos hallazgos observados en la paciente, durante el tratamiento, que no tienen correlato teórico.

A) DINAMICA FAMILIAR

MADRE: La madre es percibida por Robin principalmente como una figura agresiva y abandonadora. Desde el nacimiento de la paciente (no planeado ni deseado), la madre ha mostrado una actitud de rechazo y alejamiento emocional hacia la hija. Robin se ha sentido muy sola con respecto a la madre y ha vivido anhelando su atención y cariño. Al no recibir más que respuestas intelectualizadas por parte de la madre, Robin se ha llenado de rencor y odio hacia la misma, sentimientos que le causan culpa y vergüenza, ya que a la vez la quiere y necesita de ella.

La abuela materna fue alcohólica, por lo que la madre identifica a la hija con la misma, y probablemente, repite la mala relación que llevaba con la primera.

Al parecer, la madre también usó alcohol y drogas en alguna época, por lo que Robin se identifica con ella en este aspecto, quizá como una manera inconsciente de acercarse a la madre y entenderla.

Robin sabe que la madre ha fracasado en mantener relaciones estables con los hombres. Sabe, también, que tiene problemas sexuales y sospecha que es lesbiana. Es por ello que resulta difícil para Robin escoger como modelo de identificación femenina a la madre, ya que si eso es ser mujer, ella prefiere no serlo.

PADRE: Aparentemente la relación de Robin con su padre es muy buena. Ella lo describe como un hombre noble y sencillo, que a base de esfuerzo ha logrado cierto éxito profesional. Su trato es agradable y él se ha mostrado cariñoso y complaciente con Robin.

Sin embargo, la imagen paterna la percibe, principalmente, como pasiva; "es débil" y refiere que tuvo poca autoridad en la casa: soportaba las demandas y humillaciones de la madre sin rebelarse. El que el padre nunca se hubiera dado cuenta de los problemas de adicción de la hija habla de cierto abandono hacia la misma, que amparado tras su "ingenuidad" resultó agresivo-pasivo con relación a las necesidades de afecto y atención de Robin.

Por ello, la relación con el padre también es ambivalente. Robin le tiene cariño y compasión, pero a la vez le reclama su incapacidad para ponerle límites y detener a tiempo sus conductas autodestructivas.

Existe un gran enojo por parte de la paciente por la imposibilidad de los padres de conservar una familia y darle un lugar dentro de la misma. Los padres nunca cubrieron en Robin la necesidad infantil de dependencia y de relaciones significativas. El coraje que ella siente por ello, suele volcarse contra sí misma ya que el padre es "tan débil" que sería destruido fácilmente y el monto de agresión hacia la madre es tan grande que siente que resulta peligroso expresarlo manifiestamente.

HERMANO ALAN: Debido a las diferencias de edades entre Robin y Alan, éste último representó para ella una figura parental. Cuando Robin era niña, su hermano mayor fue una figura acompañante que logró rescatarla parcialmente del descuido de los padres, pero al casarse, se volvió un poco más distante. Robin quiere a Alan, pero debido a la diferencia de edades no siente la confianza suficiente para compartir con él sus preocupaciones.

Probablemente Robin haya vivido el matrimonio de Alan en términos edípicos, donde ella resultó ser el tercero excluido, y es por ello que espera a que su cuñada salga de viaje para quedarse a dormir con Alan.

HERMANO BETO: Casi no hay relación con él. De niños hubo rivalidad, pero actualmente no se tratan con frecuencia. El hecho de que Beto viva con la madre provoca un sentimiento ambivalente en Robin. Por una parte siente que él es "del bando" de la madre y por lo tanto, opuesto al suyo, pero a la vez le disminuye la culpa pensar que la madre no quedó completamente sola después de que ella decidió vivir con el padre y eso se lo debe a Beto.

"Ahora que él es más fachoso nos llevamos más", puede significar que ya son más parecidos y corre menos riesgo de que él la rechace.

HERMANO DAVID: La relación con este hermano es predominantemente libidinal. Se identifica con él ya que supone que David también sufrió abuso sexual y Robin cree que esa fue la causa de su homosexualidad. Admira su "valor para definirse", ya que lo que la paciente más se le dificultaba en ese momento era definir su identidad. Desde el punto de vista de Robin, la vida de su hermano tenía estructura (profesionista, deportista, trabajador y con pareja estable), justamente todo aquello de lo que ella carece y anhela. David ha podido, también, separarse de la madre sin romper con ella y muchas veces ha servido como puente de comunicación entre madre e hija.

B) RAICES INFANTILES DE LA PERTURBACION Y ESTRUCTURA DE LA PERSONALIDAD ADOLESCENTE

Robin desde su concepción no fue planeada ni deseada por los padres, lo cual disminuyó su autoestima desde el principio de su vida. Sintió el descuido y las constantes separaciones de la madre como signos de

rechazo y actuó a partir de entonces, en consecuencia, rechazando a la madre.

Bowlby, J. (1960) dice que en la relación temprana madre-hijo se producen reacciones como consecuencia de la separación y las clasifica en tres fases: las reacciones de protesta que corresponden a la angustia de separación; la desesperación, expresión de pena y duelo; y la de desligamiento, que tanto puede implicar una defensa como una elaboración. Según dicho autor, si la ausencia de la madre es temporal, se evidencia sólo la angustia de separación, pero cuando la ausencia es continua, la consecuencia será experimentar dolor emocional y duelo, ya sea por la pérdida de toda la madre o de su amor.

Esta explicación se aplica a Robin y pudo haber creado en ella una predisposición temprana a la depresión.

En su infancia, Robin sufrió dos pérdidas también importantes. A los 5 años se fue de la casa la nana que la había atendido desde su nacimiento. A los 7 años muere su mejor amiga de la escuela en un accidente.

Grinberg, L. (1971) dice que los duelos en los niños implican un mayor uso de la negación y de la identificación proyectiva, explicable por la mayor labilidad del Yo del niño y su mayor angustia ante la muerte. Robin recuerda que el día que murió su amiga, ella llegó a contar la noticia a su familia "como si no le afectara nada". Sin embargo estuvo muy triste por un largo tiempo.

A los 8 años sufre un abuso sexual que afectó profundamente su vida. Muchos son los factores por los cuales una experiencia de abuso sexual resulta más traumática para algunos más que para otros (Abou Atme, M.,

1992) y en Robin se observaron los siguientes: el abuso duró un periodo prolongado de tiempo (año y medio); hubo penetración por parte del victimario causando daño físico, además del emocional; el agresor era una persona querida, por lo que la paciente se sintió culpable de acercarse a él y creer que con ello provocó que la violara; y por último, hubo engaños y amenazas que le causaron miedo y confusión.

Como primeras consecuencias del abuso sexual, Robin perdió la confianza en los adultos al sentirse traicionada por ellos. Comenzó a temer al contacto físico (no permitía que su padre la abrazara) y experimentar hondos sentimientos de culpa. Esto se debió a que muchos deseos, antes aceptables en la primera infancia, ahora adquirieron significado incestuoso y el cuerpo, antes pasivo, se convierte en ejecutante activo de los mismos. Los sentimientos de culpa, también pueden deberse a que Robin, en la fantasía, deseaba el acercamiento físico de la figura paterna (deseos edípicos inconscientes), lo cual se hizo realidad en una figura sustituta (el carpintero) y esto pudo haberle producido cierta satisfacción que resultaba inaceptable para el Superyó, que buscó como castigo la culpa.

Ese mismo año Robin comenzó a mostrarse agresiva y rebelde, siendo expulsada de la escuela por golpear a una compañera. El rendimiento escolar fue disminuyendo hasta reprobado 5o. de primaria. A partir de este momento comenzó a ingerir ocasionalmente alcohol "para olvidar", es decir, negar la ansiedad experimentada.

Finkelhor, D., (1984) señala que quienes son abusados sexualmente de niños presentan una serie de consecuencias a largo plazo entre las que se encuentran las siguientes:

- Baja autoestima

- Problema para establecer relaciones heterosexuales
- Devaluación de la propia identidad sexual
- Desconfianza, temor y suspicacia al crecer
- Alta probabilidad de repetir activamente la escena del abuso
- Melancolía y depresión que pueden llevar al suicidio.

En el caso de Robin, pudieron ser observadas todas estas consecuencias a partir de la adolescencia.

De acuerdo con Blos, P. (1971) en el periodo de Latencia el Yo debe desarrollarse y adquirir mayor resistencia a la regresión y la desintegración para preparar al niño para enfrentar el impacto de la vida cotidiana y el incremento de los impulsos de la pubertad. En esta fase deberían unirse los controles internos del niño a los paternos para regular la autoestima y adquirirse mayor estabilidad en el afecto y el estado de ánimo.

En el caso de Robin, los logros de la Latencia no pudieron ser consolidados ya que su Yo ocupaba todas sus fuerzas en defenderse de la constante ansiedad traumática producida por una serie de sucesos críticos, descritos anteriormente, que se acumularon a partir de su nacimiento. Su infancia transcurrió matizada por el abandono y la falta de límites por parte de los padres.

Robin llega a la adolescencia con una carencia de modelos adecuados para imitar y una serie de conflictos infantiles que no han sido elaborados, por lo que la paciente fracasa en sus intentos de adaptación y su búsqueda de identidad. Para Robin, los impulsos sexuales y agresivos que emergieron tras la pubertad, con un aparato yoico debilitado por los diversos traumas sufridos en los primeros años, le provocaron una ruptura

en el desarrollo y una imposibilidad de dominar completamente su realidad interna y externa.

Según Laufer, Moses y Egle, (1984) en los adolescentes la ruptura en el desarrollo se manifiesta en condiciones tales como: a) dificultades en las relaciones de objeto, b) ataques físicos sobre alguno de los padres, c) intentos de suicidio, d) compulsión a involucrarse en actividades que ponen en peligro sus vidas, e) promiscuidad o inhibiciones y f) dificultad para integrar la imagen corporal.

Robin presenta en su historia la mayor parte de las manifestaciones de ruptura descritas:

- a) Sus relaciones de objeto suelen ser parciales. Dentro del núcleo familiar se mantiene aislada. No ha podido desplazar los nexos libidinales afuera de los padres por lo que transforma por el contrario su necesidad de dependencia en rebellón.

Sus amigos son ocasionales y sólo se ven en actividades relacionadas con el alcohol y la droga. Dada su dificultad para relacionarse con las personas, Robin ha creado vínculos afectivos muy fuertes con los animales, en especial los caballos y perros, de quienes siente compañía y fidelidad.

- b) Durante la adolescencia, Robin llegó a pelearse a golpes con la madre. "Un signo de riesgo a considerarse en el suicidio es cuando un adolescente se siente incapaz de controlar sus impulsos de atacar a uno de los padres y desea matarse para aplacar su cuerpo" (Ibid, pp. 114).

- c) Robin tuvo dos intentos de suicidio durante la adolescencia. Uno fue realizado a los 14 años y el otro a la edad de 16. Más adelante en el análisis se profundizará sobre estos incidentes.
- d) Las conductas que ponen en peligro la vida de la paciente son principalmente de dos tipos; las drogas y los accidentes.

Robin utiliza las drogas con la esperanza de mitigar su estado de angustia y depresión. Sin embargo sólo logra agredirse y provocarse mayor sufrimiento. La paciente es una persona con muy baja tolerancia a la frustración, de ahí su constante cambio del tipo drogas, de las ligeras a cada vez más fuertes, como una forma de aliviar su dolor, disminuir sus inhibiciones y abandonar la realidad. Inconscientemente, la adicción era otra forma de buscar la muerte, ya sea por los efectos tóxicos de la droga en el organismo, o por los percances ocurrido bajo el influjo de la misma.

De los 14 a los 19 años, Robin sufrió una serie de accidentes a caballo que pudieron ocasionarle la muerte. Estos accidentes podrían interpretarse como la alternativa para buscar el autocastigo y huir de sus problemas sin tener que enfrentarse conscientemente a un intento de suicidio.

Otra conducta destructiva observada en Robin son las automutilaciones (hacerse "crucesitas de sangre" en la piel) que representan su deseo de destruirse y provocarse dolor. Las cruces simbolizan su propia muerte ya que las asocia con una fantasía consciente de cómo le gustaría que estuviera adornada su tumba al morir.

Abadi, M. (1973) señala que no hay diferencia entre suicidios conscientes e inconscientes, ya que los llamados "inconscientes" como accidentes, enfermedades, etc. son para el psicoanálisis tan voluntarios como los otros: "La intencionalidad de un acto es independiente de su toma de consciencia por parte del sujeto".

- e) Promiscuidad e inhibiciones. La sexualidad fue un aspecto hablado y actuado sin la menor represión en la casa de Robin, sobre todo por parte de la madre. Esto, junto con el hecho de que hubiera sufrido el abuso sexual en la Latencia, propició en ella una sobreestimulación temprana de su sexualidad con una percepción ambivalente hacia la misma. Robin confunde la cercanía física con el afecto. Siente necesidad de afecto, pero teme ser dañada por el contacto sexual, que considera predominantemente agresivo.

Su primera relación sexual fue muy prematura; a los 12 años; a partir de entonces ha tenido alrededor de 50 novios de los cuales sólo uno es considerado como verdadera pareja. Entre sus inhibiciones se encuentran la dificultad para tolerar la cercanía por mucho tiempo y la incapacidad de obtener satisfacción sexual de sus relaciones.

- f) Robin presenta problemas con su identidad de género. Su imagen corporal es introyectada y percibida como la de un joven adolescente tanto por su vestimenta masculina, rasgos físicos y la voz enronquecida. La paciente no ha logrado la unificación de la imagen corporal ni una definición última entre ser hombre o mujer. Llama la atención el hecho de que el hermano con el que más se identifica sea

homosexual, situación que da a pensar que la paciente posee una identidad difusa así como núcleos homosexuales.

De acuerdo con Ramírez, S. (1981) todo adolescente desea una identidad que le permita emplear las funciones ejecutoras del Yo para obtener seguridad, integración sexual, intelectual y económica. Para ello se da una lucha de independencia contra el medio y las propias tendencias a permanecer en lo establecido.

Es en este momento cuando el Yo debería realizar una síntesis gradual del pasado y el futuro. La falla en esta función sintética da origen a graves problemas en la identidad.

Robin enfrenta el desafío de la búsqueda de identidad, propia de la adolescencia, con las figuras primarias internalizadas ambivalentemente, donde la parte agresiva sobrepasa a la libidinal, haciendo muy amenazante la posibilidad de identificación. Al devaluar a sus objetos amorosos (padres) también disminuye su autoestima por una identificación defectuosa.

Debido a la confusión de identidad que presenta al tener que confrontar sus propias posibilidades y buscar un lugar dentro de la sociedad, la cual vive como hostil, es probable que Robin busque una identidad negativa (ser drogadicta y suicida) como una alternativa preferible a la falta de identidad.

El uso de alcohol y drogas también sería un signo más de varios elementos que nos hablan de fijaciones en la etapa Oral. La paciente muestra poca tolerancia a las frustraciones y una urgencia por satisfacer muchas de sus necesidades afectivas. Busca constantemente el

reconocimiento y su autoestima depende de los suministros externos narcisistas. Es sumamente sensible al rechazo y la crítica. Sin embargo, debido a la desilusión que sufrió en los primeros años de vida, su necesidad de reconocimiento y estimación es tan grande que hace que cualquier intento por gratificarla resulte insuficiente.

Klein, M. (1969) dice que el adolescente reedita vivencias con relación a patrones depresivos del primer año de vida. Robin, por medio de la droga, se niega a dejar su estado "narcisista omnipotente" y aceptar su desamparo y dependencia reales causadas por las frustraciones de su vida. Es así como cada golpe a su autoestima le produce una reacción depresiva.

Todo lo que sus padres no le brindaron, lo está queriendo encontrar a través de la ingesta de sustancias adictivas y múltiples relaciones de pareja, como una manera de sentirse segura, negar de manera omnipotente la realidad y conservar, así, su autoestima.

En el Ego de la paciente predominan los impulsos agresivos, manifestándose con connotaciones sádicas o masoquistas. Frente a la frustración o el dolor hay fallas en el control de la agresión, ya sea reaccionando con violencia hacia el mundo externo o a través de conductas autodestructivas. Robin se muestra agresiva en su relación con la madre, cuando golpeó a una compañera de su escuela o cuando acosó violentamente a una amiga "para que sintiera lo que era ser abusada". Las conductas autodestructivas se manifiestan principalmente a través de los intentos de suicidio, abuso de drogas, accidentes y automutilaciones.

El impulso libidinal se encuentra pervertido; la sexualidad en Robin ha adquirido connotaciones sádicas. Jugar el rol masculino es ser el activo, el agresor, mientras que ser mujer es ser la víctima pasiva de agresión.

Como el Yo de Robin, mediador entre el mundo externo y las urgentes necesidades instintivas, no ganó suficiente estabilidad durante la infancia y, sobre todo la Latencia, la paciente suele alternar entre periodos de conductas arrebatadas de tipo sexual o agresivo y repentinas conductas moralistas junto con sentimientos de culpa, vergüenza e inferioridad por los actos cometidos. De esta manera es que lleva a alternar entre estados depresivos y maníacos.

El Superyó es punitivo y persecutorio frente a un Yo débil que admite la culpa y se somete al castigo a través de autoreproches y autodesprecio por no haber alcanzado el Ideal que espera de sí misma. El ideal del Yo de la paciente está formado por la imagen de los padres idealizados de su infancia que premiarán todos sus logros y le reprochan sus fallas.

Una de las actividades desempeñadas por Robin que más han alimentado su autoestima son los logros alcanzados en la equitación. En ese aspecto, cualquier falla es motivo de severos autoreproches por haberse alejado de un Ideal de perfección difícil de alcanzar.

Fallarle a los ideales paternos introyectados provoca frecuentemente sentimientos de culpa. La necesidad de autocastigo por los sentimientos inconscientes de culpa es uno de los factores predisponentes para un intento suicida.

C) ANALISIS DE LOS INTENTOS DE SUICIDIO

Gazzano A. (1973) nos dice que la disposición suicida no es hereditaria, sino que depende principalmente de la constitución familiar del

paciente, especialmente en su periodo de formación y primeras etapas de desarrollo.

Robin ha sufrido una serie de pérdidas desde su infancia. Al parecer no fue deseada ni aceptada por la madre, quien la abandonó a manos de una nana desde pequeña. Este desamparo ha sido vivido por la paciente con un hondo sentimiento de tristeza y enojo. Dice Yampey, N. (1973) que "la culpa persecutoria que lleva al sujeto a maniobras de autoeliminación se relaciona con el odio contra un objeto que abandona y al cual no puede retener ni conquistar". Por otra parte, debido a los desengaños sufridos, el Yo de Robin quedó tan dañado que le ha sido difícil realizar un duelo normal por el objeto primario (la madre ausente) y reemplazarlo por otro.

a) Fantasías que motivaron los intentos de suicidio en el caso Robin

Las fantasías de suicidio que han motivado a Robin a morir, van más allá de la idea de la muerte. Más que un deseo de morir se observa en ella un intenso miedo a vivir. La muerte representa un escape del sufrimiento vivido en este mundo ("Dios sólo se lleva a los buenos, porque merecen descansar de este mundo").

También representa una forma de castigar a quienes la sobrevivan ("sabrán lo que es perderme y se arrepentirán de no haberme cuidado"), así como la necesidad de reencontrarse con seres queridos que han muerto antes (la abuela, el caballo y una amiga).

Abadi, M. (1973) menciona que todo paciente con tendencias suicidas es un individuo atemorizado, en el que predominaban vivencias persecutorias y ansiedades paranoides. Suicidarse representa, entonces,

huir mágicamente de un perseguidor del que se siente objeto o enfrentarlo maníacamente. El perseguidor para Robin es la imagen introyectada de la figura materna, ahora parte de su Superyó.

El suicidio es considerado por varios autores como la vuelta contra el sujeto mismo de una agresión dirigida a un ser ambivalentemente amado y odiado. Su fantasía inconsciente estaría ejerciendo la agresión contra un objeto internalizado, es decir, un ser perteneciente a su mundo interno.

En el caso de Robin, la madre sería típicamente ese ser amado y odiado de manera alternada, al cual ha internalizado y forma parte del Self de la paciente. Es por ello que toda rabia dirigida hacia la madre será volcada hacia sí misma por medio de los autoreproches y conductas destructivas.

La culpa que siente la paciente por haber dañado a la parte buena de sus objetos, surge de nuevo induciéndola a buscar la "absolución" a través de un "autocastigo expiatorio". La imposibilidad para reparar al objeto (en este caso la madre) hace de esta situación un blanco para la compulsión a la repetición.

Si dentro de las fantasías inconscientes de suicidio se encuentra aquella de retornar al seno materno, o a un estado anterior al nacimiento, cuya forma de vida es libre de frustraciones y amenazas externas, esta sería para Robin el segundo intento de renacer y con ello modificar su historia.

b) Factores desencadenantes del intento de suicidio del caso

Robin

Dentro de los factores desencadenantes de la conductas autodestructivas y fantasías suicidas, nombrados por Grinberg, L. (1971), observamos que en el caso estudiado se presentaron los siguientes:

- 1.- *Daño a las defensas yoicas y a sus funciones integrativas por las drogas, el alcohol y los barbitúricos.*

Los dos intentos de suicidio realizados antes del ingreso de la paciente a la clínica y su posterior tratamiento psicoanalítico, fueron realizados tras largos períodos de intoxicación por uso de drogas como marihuana, cocaína, thiner, barbitúricos y alcohol, los cuales habían debilitado el funcionamiento de aparato Yoico en aspectos vitales como la capacidad de juicio y prueba de realidad.

- 2.- *La pérdida de objetos amados.*

En el tiempo que precedió al primer intento de suicidio recuerda la separación definitiva de los padres, quienes empezaban a salir abiertamente con otras parejas. Esto representó para Robin la pérdida definitiva de la esperanza de reunir de nuevo a los padres para volver a ser una familia.

Seis meses antes de su internamiento, coincidiendo con la ruptura de su relación amorosa con Nestor, sufre un accidente a caballo que la paraliza por un mes. Este accidente es considerado como una conducta autodestructiva inconsciente, al igual que el resto de los accidentes que ha sufrido a caballo.

Durante el tratamiento psicoterapéutico surgieron los pensamientos suicidas en varias ocasiones relacionadas a pérdidas significativas. La primera ocasión fue ante la muerte del caballo, ser al cual amaba profundamente y quien había sido su única compañía por mucho tiempo. En la fecha en la cual cumplió dos meses de muerto el caballo, vuelven a presentarse ideas suicidas.

Otro momento en el cual la paciente pensó en la muerte fue al finalizar su periodo de internamiento en la clínica, que había sido por un tiempo un hogar sustituto que le daba compañía y contención. Las fantasías y angustias terroríficas relacionadas con una recaída por su salida le hicieron pensar en la muerte como un escape.

Cualquier intento suicida, en cuanto representa una salida mágica frente a la angustia, constituye un momento en que emergen núcleos psicóticos subyacentes. Esto se puede comprobar de varias formas: ansiedades psicóticas (de aniquilamiento) y mecanismos de defensa regresivos basados en la omnipotencia infantil como la negación maníaca de la verdadera muerte; y en la disociación entre una parte del Yo (identificada con el perseguidor) y la otra; la suicida.

3.- *Una Injuria narcisista del Yo determinada simbólicamente por un sentimiento de fracaso.*

Durante el tratamiento hubo dos momentos que representaron un duro golpe a su narcisismo e hicieron a Robín pensar en morirse. El primero fue al reincorporarse a su trabajo tras un largo período de ausencia y percatarse que había perdido una serie de habilidades y fuerza, que la ponían en desventaja ante sus compañeros de trabajo e

incluso ante principiantes. Esto fue un duro golpe a su autoestima y tardó un tiempo para elaborarlo.

La segunda ocasión fue cuando fue rechazada de casa de su tía donde tenía la intención de vivir saliendo de la clínica. Esto revivió en ella el sentimiento originario de desamparo y rechazo, que la remonta a la relación temprana con la madre.

Los momentos en los cuales el riesgo de suicidio se incrementaba era cuando la paciente se daba por vencida en su lucha durante el tratamiento y comenzaba a mostrar reacciones impulsivas, seguidas de fuertes sentimientos de culpa y a su vez la búsqueda del castigo.

D) TRATAMIENTO, TRANSFERENCIA Y CONTRATRANSFERENCIA

Durante el tratamiento, la paciente mostró conciencia de enfermedad. En un principio tenía dudas acerca de su carácter adictivo, pero más adelante aceptó su problemática y estuvo dispuesta a colaborar en el tratamiento. En cuanto a sus conductas autodestructivas, conscientes e inconscientes, éstas pudieron ser señaladas y aceptadas como tales sin dificultad. Sin embargo la parte más complicada fue romper la compulsión por repetir este tipo de actuaciones suicidas.

La presencia de un encuadre claramente definido y la implementación de los parámetros psicoanalíticos fueron el marco de seguridad y contención para un posterior trabajo terapéutico.

Uno de los elementos más importantes a analizar en este caso fueron las reacciones transferenciales de la paciente, así como las reacciones contratransferenciales que evocaba el caso en la terapeuta.

La mayor impresión que me causó Robin fue el descubrir que no era varón, sino mujer, en el primer encuentro. A partir de ese momento adquirió para mí un especial interés dicho caso.

La alianza terapéutica se estableció desde el primer momento, siendo Robin quien solicitara que yo fuera su terapeuta individual (quizá por ser la única mujer en la clínica). Contratransferencialmente me sentí muy complacida ya que Robin sería, prácticamente, mi primer paciente en psicoterapia.

La transferencia inicial fue positiva. Robin mostraba confianza y esperanza en el análisis (ver último párrafo del poema pp. 107).

Pronto (al mes de tratamiento), comenzó a mostrarse más dependiente de la terapeuta, a quien buscaba constantemente y esperaba que la rescatara en cada tropiezo. En otras palabras que me convirtiera en la madre que siempre deseó.

Contratransferencialmente surgió una intensa necesidad de reparar a la paciente; de protegerla e incluso adoptarla. Ante los episodios depresivos de Robin, surgían en la terapeuta sentimientos de tristeza y compasión, junto con una rabia ante el estado de abandono en que los padres tenían a Robin. Todos estos sentimientos fueron debidamente analizados y supervisados para evitar cualquier tipo de actuación contratransferencial. También fueron herramientas importantes para detectar los sentimientos de

se interpretó la agresión y los intentos de idealización del terapeuta. También fue interpretada su ambivalencia hacia sus objetos y el análisis.

En cuanto a las ideas y pensamientos suicidas, se fueron trabajando las fantasías y deseos subyacentes y se analizaron los mecanismos de defensa maníacos y regresivos como una forma de evitar su repetición (Sesiones 37, 40, 46, 49, 52, 67 y 69).

Poco a poco la paciente adquirió confianza en sí misma y en los demás. Mejoró su autoestima y su capacidad para relacionarse con el mundo. Adquirió mayor tolerancia a la frustración y aprendió a manejar los desafíos que se le presentaron de manera cotidiana.

Tres meses antes de la interrupción del tratamiento comenzaron a agudizarse los problemas económicos del padre. Se realizaron varios acuerdos con la paciente y posteriormente con el padre para facilitarle el cubrimiento de los honorarios. Ninguno de estos acuerdos fue respetado y la deuda de Robin comenzó a crecer y a convertirse en el principal elemento de resistencia (sesión 61). Le fue interpretado su enojo por pagar (Sesión 73) ya que de esta manera mi cariño hacia ella no era totalmente desinteresado (como el de una madre). También se le interpretó la culpa de que el padre pagara por ella y sus padecimientos (sesión 70).

El momento en que Robin decide dejar el tratamiento coincide con dos situaciones más que incrementaron sus resistencias y que no fueron suficientemente analizadas. En el tratamiento surgió de nuevo el tema de la sexualidad, del cual evitaba hablar, ya que la paciente reinició una relación de noviazgo y temía perder el control de sus impulsos sexuales y sentirse culpable por ello y así recaer. También se encontraba por celebrar su primer

la paciente y las movilizaciones que produce en quienes la rodean. Esto fue interpretado y elaborado a lo largo del tratamiento.

Al revivir en transferencia los diferentes elementos infantiles traumáticos e interpretar su psicodinamia, la paciente pudo elaborar muchos elementos no resueltos de su vida, liberando energía que ayudó al fortalecimiento de su Yo.

Las primeras resistencias no se dejaron esperar y se observaron ante el temor de Robin de confiar y ser traicionada, así como de depender y ser abandonada más tarde. Estas resistencias fueron también interpretadas (sesiones 7,10, 16, 19, 28).

La muerte de su caballo, la separación de la clínica y el rechazo de la tía a que viviera con ella, fueron tres hechos que produjeron en la paciente sentimientos regresivos de desamparo y temor al rechazo. Esto se manifestó a través de angustia y episodios depresivos donde surgía de nuevo la idea de muerte.

En la contratransferencia se dio un gran temor ante el hecho de que se llevaran a cabo los intentos de suicidio y surgía en mí el deseo de salvarle la vida y el sentimiento de impotencia cuando las ideas de muerte persistían. En ciertos momentos llegaba a experimentar enojo cuando percibía que la paciente usaba el tema de la muerte y la recaída como un medio de controlarme teniéndome preocupada por ella dentro y fuera de la sesión.

Debido a la intensidad de los mecanismos de identificación proyectiva que usaba la paciente, fue necesario estar muy alerta para evitar la confusión entre los propios sentimientos y los del paciente. En este sentido

aniversario de abstinencia total de alcohol y drogas, lo que la hizo sentirse "recuperada" y sin más necesidad de ayuda (fuga maníaca a la salud).

Jacobs, D. (1989) dice que para muchos adolescentes, el recibir ayuda es una confirmación de que son anormales y de que lo que han hecho es vergonzoso, por lo cual, el analista puede llegar a convertirse en el perseguidor. Es probable que esto también le haya ocurrido a Robin y se convirtiera en una resistencia importante.

También se sabe que Robin tenía una pobre capacidad para tolerar afectos, por lo que tuvo la necesidad de abandonar el tratamiento, huyendo de ellos, en lugar de aprender a manejarlos.

El análisis fue interrumpido prematuramente y no puede, por ningún motivo, considerarse concluido ya que quedaron muchos elementos sin analizar. Entre estos elementos se encuentran aspectos de su sexualidad, como inhibiciones y núcleos homosexuales, así como la elaboración de conflictos con el manejo de la agresión.

Sin embargo, a través del año en que Robin permaneció en tratamiento se obtuvieron varios logros:

- a) Hablar por primera vez del abuso sexual. Robin logró expresar los sentimientos de rabia, culpa y vergüenza relacionados con dicho suceso traumático así como la relación que tiene con varios temores conscientes hacia la sexualidad.
- b) Se comenzó a analizar su problemática de identidad de género. La paciente expresó de manera consciente su temor a ser mujer y se analizó la relación de lo femenino con lo pasivo-víctima, así como su

envidia hacia el poder y la fuerza masculina. Robin comenzó a vestir como mujer y a cuidar su aspecto y su cuerpo.

- c) Se analizaron sentimientos conscientes e inconscientes de culpa, enojo, vergüenza y autodevaluación que la han llevado a conductas autodestructivas. De esta manera, los pensamientos suicidas se fueron espaciando, hasta desaparecer casi en su totalidad al finalizar el tratamiento.
- d) Se logró la abstinencia total de alcohol y droga sin ningún tipo de recaída. Logró tener una red de ayuda con un grupo de Narcóticos Anónimos al cual se afilió.
- e) Sus relaciones objetales se incrementaron favorablemente. Logró integrarse a un grupo de amigos y recuperó a su última pareja. Robin logró además, un mayor acercamiento hacia la madre, con un menor grado de ambivalencia hacia la misma.

CONCLUSIONES Y DISCUSION

A través de la presente investigación hemos podido conocer más a fondo los aspectos relevantes del pensamiento suicida, en especial durante la adolescencia.

Consideramos que abordar el tema del suicidio es de suma importancia debido a que es uno de los problemas psicosociales de mayor incidencia en la actualidad. Su comprensión y entendimiento son fundamentales para poder detener el incremento en el número de casos, así como para crear métodos preventivos para la población, que garanticen seguridad a sus vidas y un nivel de salud mental que les permita funcionar adaptativamente en la sociedad.

A pesar de que ha aumentado el número de suicidios e intentos de suicidio en la última década en México, poca es la investigación desarrollada al respecto en nuestro país. Si bien es cierto que se ha aportado información sobre el problema, poco se ha hecho para explicarlo, ya que en su mayoría sólo se presentan datos de tipo descriptivo que lo único que nos permiten ver es que cada día el problema es mayor.

Si la información acerca del suicidio en general resulta escasa, es casi nula cuando buscamos investigaciones acerca de intentos de suicidio en la adolescencia. Es por ello que en este trabajo decidimos abordar este fenómeno buscando las consideraciones teóricas que nos explican las causas y factores precipitantes de un intento de suicidio ejemplificándolas con un caso clínico correspondiente a ese período de la vida.

La línea de investigación de dicho trabajo se basa en los conceptos psicoanalíticos, los cuales explican ampliamente las motivaciones conscientes e inconscientes de un acto suicida.

En el primer capítulo estudiamos a fondo las características de la adolescencia en sus diferentes etapas y sus implicaciones en el manejo de los desafíos propios de la edad. Concluimos que la adolescencia es un importante período de cambios y crecimiento emocional propiciado por la maduración del aparato reproductivo durante la pubertad. En la adolescencia, el individuo enfrenta una crisis de identidad, de la cual deberá obtener un concepto maduro de sí mismo y una capacidad para enfrentar adaptativamente las exigencias tanto del mundo externo como de su mundo interno.

Erikson, E. (1973) nos dice que en la adolescencia el Yo realiza una síntesis gradual del pasado y el futuro. Dicha síntesis es el problema esencial a superar antes de pasar a la adultez, ya que incluye el concepto de identidad sexual, vocacional y de roles de la edad que dará sentido a su existencia. "Al integrar todas sus identidades dará a luz a su identidad yoica".

Idealmente, estos objetivos deberán ser cumplidos al término de la adolescencia. Sin embargo, cuando han existido serias perturbaciones en el desarrollo infantil, y el Yo se encuentra debilitado, no es posible cumplir los logros esperados y el establecimiento de la identidad sexual final es seriamente afectada. A este hecho Laufer, Moses y Eglé (1984) le llaman "ruptura en el desarrollo" e implica una serie de disturbios en la conducta y el funcionamiento del adolescente que llegan a considerarse como una organización patológica con una serie de efectos acumulativos a través de la adolescencia con severas repercusiones para la normalidad o patología de la adultez.

Estos jóvenes buscan una solución inmediata y desesperada para terminar con su tensión interna y la confusión en que viven. Para muchos esta opción es un intento de suicidio.

En el segundo capítulo estudiamos a fondo todo lo relacionado con el suicidio. El término suicidio implica un tipo de homicidio en el que el criminal y la víctima son la misma persona.

Los intentos de suicidio son actos desesperados de huida de la realidad favorecidos por cargas impulsivas que avasallan a un Yo débil incapaz de frenarlas. Esto, junto con las fantasías, ansiedades y culpas que invaden al sujeto y unos mecanismos de defensa defectuosos pueden llevar a un trágico desenlace a la vida de un individuo.

Los pensamientos suicidas, intentos de suicidio y el suicidio mismo se consideran, en general, signos de trastornos psicológicos. El suicidio se asocia con fallas de la función yoica de ser orientador en el mundo externo y de controlar los impulsos peligrosos. Estas personas suelen tener baja autoestima, sentimientos depresivos y tendencia a la actuación. El momento en el cual se está buscando acabar con la vida, es considerado por la mayoría de los autores como un episodio psicótico de la personalidad.

Normalmente los intentos de suicidio se desencadenan ante eventos como pérdidas reales o fantaseadas de seres queridos o ante fracasos que representen una injuria narcisista al Yo. También se corre el riesgo de un suicidio ante sentimientos avasalladores de rabia, culpa, angustia o combinación de esos sentimientos, especialmente cuando el Yo está exhausto y sus defensas y funciones integrativas se encuentran dañadas. Esto es común que suceda mediante el consumo de sustancias tóxicas, es

por ello que el alcoholismo y la adicción a drogas tienen un elevado peligro de suicidio (Grinberg, L., 1971).

Muchas son las fantasías que acompañan un suicidio, Abadi, M. (1973) destaca las siguientes:

- La necesidad de autocastigo por los sentimientos inconscientes de culpa
- Huir mágicamente de un perseguidor del que se siente objeto
- La fantasía de reunirse con un ser querido después de la muerte
- Fantasía de volver a una forma de vida libre de frustraciones y amenazas externas.
- Fantasía inconsciente de estar ejerciendo la agresión contra un objeto internalizado, perteneciente al mundo interno.
- Idea de omnipotencia al disponer de la vida y de la muerte
- Una venganza contra el mundo
- Un "llamado de auxilio" dirigido a la familia
- Identificación del propio cuerpo con el agresor fantaseado que debe ser castigado.

En el caso Robin pudieron observarse los elementos descritos del suicidio en la adolescencia. La paciente presentaba una severa problemática en su desarrollo temprano, que la predispuso a padecer perturbaciones a partir de la pubertad que la llevaron a intentar suicidarse.

En este caso en particular pudieron observarse, de manera conjunta varias conductas autodestructivas, cuestión que difícilmente sucede con otros casos. El intento de suicidio es la manifestación más consciente del

deseo de morir en Robin, sin embargo, el alcoholismo, la drogadicción y los accidentes son manifestaciones inconscientes del mismo deseo.

Si bien es cierto que no todos los alcohólicos o drogadictos se suicidan, también lo es que quienes padecen de estas adicciones tienen un riesgo más elevado de matarse, sobre todo si se encuentran deprimidos y muestran cierto grado de aislamiento social. En el caso de Robin esto ocurría. Es común, también que quienes se intentan suicidar, vivan solos y hayan tenido un familiar que lo haya hecho anteriormente, en Robin no se observó esto.

Muchos adolescentes que buscan suicidarse son chicos que han fallado en sus intentos por separarse de la casa y las figuras paternas y se mantienen atados a ellas. Robin, en cambio, parecía funcionar lejos del cuidado y la supervisión de sus padres, quienes no ponían límites a ninguna de sus conductas autodestructivas. Probablemente sus actos eran una llamada de atención a los padres para lograr, además de descargar agresión, ser atendida por ellos. A pesar de ser una conducta psicótica cualquier intento de suicidio, en el caso de Robin no se observaron manifestaciones de delirios persecutorios ni venganzas conscientes contra el mundo, como en muchos casos.

Muchos son, como ya mencionamos antes, los factores predisponentes y precipitantes que hacen que una persona presente pensamientos y actos suicidas. En el caso de Robin deben destacarse muchas pérdidas y abandonos en la infancia que, junto con el abuso sexual, le crearon una fuerte tendencia a la depresión. Esto, junto con un Yo débil, incapaz de hacer frente a los impulsos y contenerlos, provocó una combinación altamente peligrosa: ideas autopunitivas y actuaciones

impulsivas. De no ser Robin tan impulsiva, posiblemente hubiera manifestado su necesidad de castigo a través de conductas autodestructivas pasivas.

Muchas adolescentes con historias similares a la de Robin no manifiestan su patología a través del suicidio, ya sea porque poseen un Yo más fuerte que detiene conductas impulsivas o porque proyectan la agresión hacia el exterior en vez de volcarla contra el sí mismo.

Es importante tomar en cuenta todos los factores de riesgo mencionados en el capítulo de suicidio para poder detectar a tiempo a un paciente en riesgo. Según la atención que reciba el paciente será su pronóstico. En los casos de suicidas dicha atención debe ser oportuna, por lo general de inmediato, debe contemplar el mayor número posible de causas y prolongarse todo el tiempo necesario para la recuperación del paciente.

"Hablar de terapéutica en el paciente suicida es sinónimo de prevención del suicidio" (Gazzano, A., 1973., pp 9). Esto significa que es tarea de los profesionales detectar a los pacientes de alto riesgo y procurarles asistencia. Muchas instituciones han logrado realizar campañas a nivel masivo para informar acerca de los riesgos del suicidio, pero uno de los medios más eficaces ha sido la atención telefónica para pacientes en crisis. Por este medio, las personas que llaman en un momento de desesperación logran disminuir su ansiedad, sentirse contenidas y buscar posteriormente tratamiento psicoterapéutico.

Muchas veces se detecta al paciente suicida después de haber cometido algún intento, ya sea en un hospital o porque asisten a psicoterapia por otro motivo de consulta. Es muy importante, en esos

momentos hacer consciencia de que no se ha dado ninguna recuperación, y quien ha buscado el suicidio en una ocasión, seguirá siendo un paciente de alto riesgo, mientras no resuelva su conflictiva original.

Es a través del tratamiento psicoanalítico en que el paciente podrá profundizar en estas fantasías conscientes e inconscientes hasta ir disminuyendo la tendencia a la actuación suicida. Elaborar los traumas que han provocado fijaciones en el desarrollo, permitirá al sujeto hacer frente a su problemática para un avance progresivo hacia su madurez en la vida adulta.

Para conocer la dinámica de un paciente adolescente con ideación e intento suicida hemos presentado el análisis de un caso clínico, durante un año de tratamiento. A través de este diseño preexperimental tipo ex post facto hemos podido detectar las fantasías inconscientes del paciente con el propósito de resaltar los aspectos más relevantes del fenómeno del suicidio.

De esta manera hemos cumplido con los objetivos de nuestro estudio, los cuales esperamos ampliar y seguir profundizando para posteriores investigaciones referentes a esta terrible realidad del suicidio de adolescentes.

BIBLIOGRAFIA

Abadi, M. (1973) El Suicidio. Enfoque psicoanalítico. publicado en Abadi, M. et al. La Fascinación de la muerte. Panorama dinamismo y prevención del suicidio, ed. Paidós, Buenos Aires 1973.

Aberastury, A. (1991) La adolescencia normal, Paidós Educador, México.

Abou Atme, M. (1992) Elaboración de un folleto informativo sobre Abuso Sexual de los niños. Tesis para obtener el grado de Lic. en Psicología de la conducta social por la Universidad de las Américas A.C. México D.F.

Achté, K. (1980), "The Psychopathology of Indirect Self-Destruction", en Farberow, N. The Many Faces of Suicide, Mc. Graw Hill Co. US.

Adams, D., Overholser, J. y Lehnert, K. (1994), "Perceived family functioning and adolescent suicidal behavior", Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry; 1994 May Vol. 33(4) 498-507, US

Arieti, S y Bemporad, J. (1978) Severe and Mild Depression. The Psychotherapeutic Approach. Basic Books, Inc., Publishers, New York.

Beiser, H. (1978), "De los 11 a los 14 años", en Greenspen, S., Pollock, G Eds. The Course of life, Voi IV Adolescence, International University Press, Inc. Connecticut.

Bleger, J. (1971) Temas de psicología, Entrevista y grupos. Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires.

Blos, P.,(1971) Psicoanálisis de la adolescencia, Ed Joaquín Mortiz, México

Bowlby, J. (1960), "Grief and Mourning in Infancy", The Psychoanalytic Study of the Child, XV, 1960

Brent, D, Johnson, B; Bartie, S.; Bridge, J.; et-al (1993); "Personality disorder, tendency to impulsive violence, and suicidal behavior in adolescents"; Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry; 1993 Jan Vol. 32(1) 69-75, US.

Brent, D., Perper, J. Moritz, G., Baugher, M., et-al (1993), "Suicide in adolescents with no apparent psychopathology", Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1993 May Vol. 32 (3) 495-500, PA, US.

Burns, M. (1980), "Alcohol Abuse among Women as Indirect Self-Destructive Behavior" en Farberow, N., *The Many faces of Suicide*, Mc Graw Hill Co. US.

Campbell y Stanley (1979) *Diseños experimentales y cuasi-experimentales*. Ed. Trillas, México.

Delk, J. (1980) *High Risk Sports as Indirect Self Destructive Behavior*, en Farberow, N. *The Many Faces of Suicide*; Mc Graw Hill Co., US.

Eguiluz, L., Espinoza, M. y González, S. (1991) "Las familias rígidas con hijos adolescentes". Congreso Bienal de la Federación Mundial de Salud Mental, México, DF., Agosto 1991.

Erikson, E. (1989) *Forewords*, en Jacobs, D. y Brown, H.; *Suicide, Understanding and Responding*, International Universities Press, Inc., Connecticut, US.

Erikson, E.; (1973) *Infancia y Sociedad*, Ed. Porrúa, México.

Farberow, N., (1980) *The Many Faces of Suicide*, Mc. Graw Hill Co., US.

Farberow, GL., (1969) *Necesito ayuda*, Ed. Prensa Médica Mexicana S.A., México,

Fawcet, J, Clark, K y Busch, K. (1993), "Assessing and treating the patient at risk for suicide", *Giornale Italiano di Suicidologia*, 1993 Apr. Vol. 3 (1) 9-23. Italia.

Fawcet, J., Clark, K y Busc, K. (1993) *Treating and Assessing the patient at risk for suicide*" *Psychiatric Annals*; 1993 May Vol 23 (5) 244-255 Chicago, IL.

Finkelhor, D.(1984) *Child Sexual Abuse; New Theory and Research*. Free Press, New York.

Frederick, C. (1980), "Drug Abuse as Indirect Self-Destructive Behavior", en Farberow, N., *The Many Faces of Suicide*, Mc Graw Hill Co., US.

Freud, A. (1939) *El Yo y los mecanismos de defensa*, Ed. paidós, México.

Freud, A. (1979) *El desarrollo del adolescente*, Paidós.

Freud, S. (1913), "Duelo y Melancolía", Obras Completas, Amorrortu editores, Buenos Aires

Freud, S. (1920), "Más allá del principio del placer", Obras Completas, Amorrortu editores, Buenos Aires

Garma, A. (1937) "Los suicidios". Revista de Psicoanálisis No. 3 Tomo XXXVII, pag. 569 Editado por la Asociación Psicoanalítica Argentina, Buenos Aires, 1980.

Garma A. (1952) "Los suicidios" en Sadismo y masoquismo en la conducta. Buenos Aires, Nova, Biblioteca de Psicología.

Gazzano, A. en Abadi, M, Garma, A., Garma, E. et al, La fascinación de la muerte, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1973.

González Núñez, J (1993). Teoría y práctica de la terapia psicoanalítica de adolescentes, Ed. Trillas, México

González-Forteza, (1995), Factores socioculturales y suicidio. Ponencia del IMP presentada en el VII Congreso Mexicano de Psicología Febrero 1995.

Grinberg, L., (1971) Culpa y depresión, Ed. AUT/69, Buenos Aires.

Guamer, E. (1984) Psicopatología clínica y tratamiento analítico, 2a. ed. Ed. Porrúa, México.

Hankoff, L. y Einsidler, B. (1976), "Drug Abuse among Suicide Attempters"; International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 20:26-32, US.

Hartmann, H. (1958) Ego Psychology and the Problem of Adaptation, International Universities Press, New York.

Heman, A. Percepción semántica y contenido del pensamiento en sujetos con intento de suicidio. Tesis para obtener la Maestría en Psicología general experimental, UNAM, México, 1987.

INEGI, anuario Estadístico de la República Mexicana, 1990.

Isaias López, M. La encrucijada de la adolescencia, Ed. Hispánicas, México, 1988.

Isometsa, E. y Henriksson, M. (1994) "Suicide in Major depression", American Journal of Psychiatry; 1994 Apr. Vol. 151 (4) 530-536

Jacobs, D. (1989), "Psychotherapy with Suicidal Patients: The Empathic Method"; Jacobs, D y Brown, D, Suicide, Understanding and Responding, International Universities Press, Connecticut, US.

Jacobson, E. (1974) Depression. Comparative Studies of Normal, Neurotic, and Psychotic Conditions. International Universities Press, Inc. New York.

Josselyn, I., (1971) Adolescence. Harper and Row, New York.

Kahne, M. (1968), Suicide among patients in mental hospitals: A study of psychiatrists who conducted their psychotherapy". Psychiatry, 31:32-43.

Klein, M. (1969) Envidia y Gratiitud, Hormes, Psicología de Hoy, Buenos Aires.

Kolb, L. Noyes (1983) Psiquiatría Clínica Moderna, 6a. ed, Ed. prensa médica mexicana S.A., México.

Laufer, Moses y Eglé.(1984) Developmental Breakdown, Yale, Univ. Press, New Haven and London.

Litman, R.E. (1965) "Suicide. A Clinical Manifestation of Acting-Out", en Acting Out, comp. por Abt, L y Weissman. Grune & Stratton, New York.

Litman, R. E.(1966) "Sigmund Freud on Suicide". The Psycho-Anal. Forum, 1, 2.

Litman, R.E. y Tabachnik, N. (1968) "Psychoanalytic Theories of Suicide" en Resnik H, Suicidal Behavior, Little, Brown & Co., New York.

Litman, R.E. (1980); "Psychodynamics of Indirect Self-Destructive Behavior" en Farberow, N.; The Many Faces of Suicide, Mc Graw Hill Co., US.

Mack, J. (1989), Adolescent Suicide., en Jacobs, D. y Brown, H.; Suicide, understanding and responding. International Universities Press, Inc. Connecticut, US.

Maltsberger, J. Y Buie, D. (1989) Common Errors in the Management of Suicidal Patients, en Jacobs, D. y Brown, H.; Suicide, Understanding and responding, International University Press Inc., CC. US.

Medina-Mora y cols, (1994) citados por Ramos, Lara et al en Psicología y Salud Pública, ponencia del VII Congreso Mexicano de Psicología, Febrero 1995.

Medina, V. y González, B.,(1995) El significado psicologico del suicidio para un grupo de adolescentes, ponencia del VII Congreso Mexicano de Psicología, Febrero.

Menninger, K.(1938) Man against himself. Harcourt Brace, New York.

Morano, C., Cisler, R. y Lemond, J. (1993), "Risk factors for adolescent suicidal behavior: Loss, insufficient familiar support, and hopelessness"; Adolescence; 1993 Win Vol. 28(112) 851-865, US.

Peck, M.L.(1968) "Suicide Motivations in Adolescents". Adolescence, III, 9, Libra Publishers, New York.

Phillips, K., McElroy, S., Keck, P., Pope, H., et-al.(1993); Body dysmorphic disorder: 30 cases of Imagined ugliness 144th Annual Meeting of American Psychiatric Association. American Journal of Psychiatry; 1993 Feb. Vol. 150(2) 302-308, US.

Piaget, J. (1947), Psicología de la inteligencia, Paterson, N. J, Nueva visión, 1960.

Postelnek, J., Allas, J. (1993) "Treatment of an Identity diffused adolescent on an acute Inpatient unit", Psychological Reports Dic., Vol. 73 (3, pt 2) 1299-1306, NY US.

Ramírez, S. (1981). "¿Existe la adolescencia? Un intento interdisciplinario de definición. Gradiva. Revista de la Sociedad Psicoanalítica de México, No.2, Vol 1 Año 1981, México, DF.

Ramos, L., Lara, M. et al. (1995) Psicología y salud pública. ponencia del IMP presentada en el VII Congreso Mexicano de Psicología, 1995.

Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. Tomo 6, Madrid, 1970.

Rolla, E. H. (1971) Una teoría sobre suicidio, Buenos Aires, inédito.

Rossi, L. (1987), "Aborto y Adolescencia", Gradiva, Vol. V, No. 1, México, 1991.

Rouse, B. y Ewing, J. (1973) "Marihuana and other drug use by women college students: Associated risk-taking and coping activities". American Journal of Psychiatry, 130:486-491, US

Rueda, T., (1991), "Prevención del suicidio en los adolescentes". Congreso Bienal de la Federación Mundial de Salud Mental, México, DF. Agosto 1991.

Selzer, M., (1980) The Accident Process and Drunken Driving as Indirect Self-Destructive Activity en Farberow, N. The Many Faces of Suicide, Mc Graw Hill Co. US.

Schrut, A.,(1964) "Suicidal Adolescents and Children". Journal of the American Medical Association, CLXXXVIII.

Smart, R.(1980) "Drug Abuse Among Adolescents and Self-Destructive Behavior", en Farberow, N., Mc Graw Hill Co. US.

Stangel, E. Psicología del suicidio y los intentos de suicidio. Ed Horme, Buenos Aires 1965.

Steimberg, G. (1989), "La agresión en el adolescente", Gradiva, No. 1, Vol III Año 1989, México.

Taragano, F.(1962) "Psicodinamismo del suicidio diurno y nocturno en el arterioescleroso cerebral" Acta Psiquiátrica y psicológica Argentina, VIII.

Velamoor, V. y Cemovsky, Z (1992); "Suicide with the motive "to die" or "not to die" and its socioanamnestic correlates."; Social behavior and Personality; 1992 Vol. 20(3) 193-198, Canada.

Volterra, V. (1993) "Masochismo e narcisismo, senso di colpa e senso di vergogna nel tentato suicidio negli adolescenti", Giornale Italiano di Suicidologia, Vol 3 (1) pg 53-56 Italia.

Weisman, A. (1967) "The Psychological Autopsy and a Potential Suicide". Bulletin of Suicidology, Department of Health Education and Welfare, EUA, Public Health Service.

Weiss, J. (1974) The suicidal patient. American Hand of Psychiatry, Ed Arieti, S. Basic Book, Vol. III.

Winnicott, D. (1972) Realidad y juego, Ed. Granica, Buenos Aires.

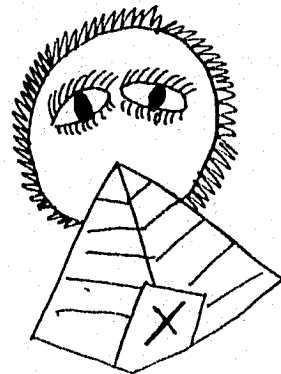
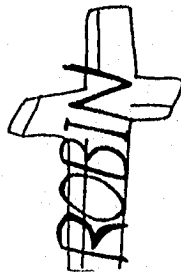
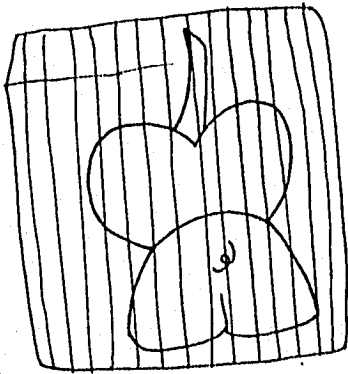
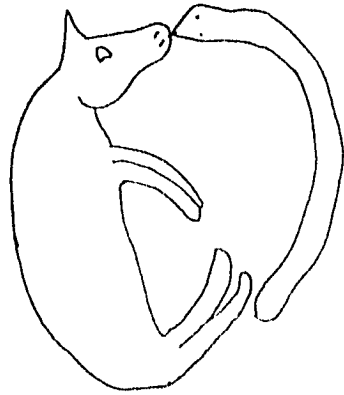
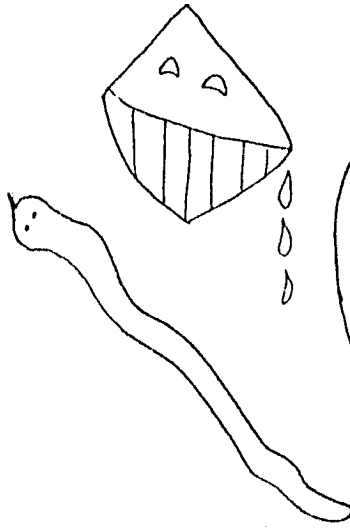
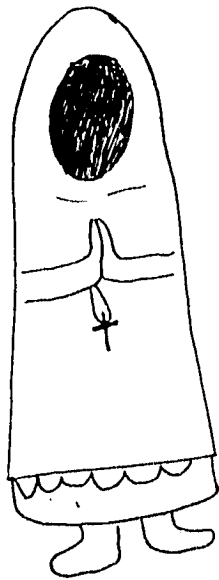
Yampey, N (1973) "Suicidio en Buenos Aires" citado en Abadi, M. et al. La fascinación de la muerte, Paidós, Buenos Aires, 1973.

Zinberg, N. (1987), "Elements of the private therapeutic interview". American Journal of Psychiatry, 144: 1527-1533, US.

Zinberg, N. (1989). The Treat of Suicide in Psychotherapy, en Jacobs, D. y Brown, H.; Suicide, Understanding and Responding; International Universities Press, Inc., Connecticut, US.

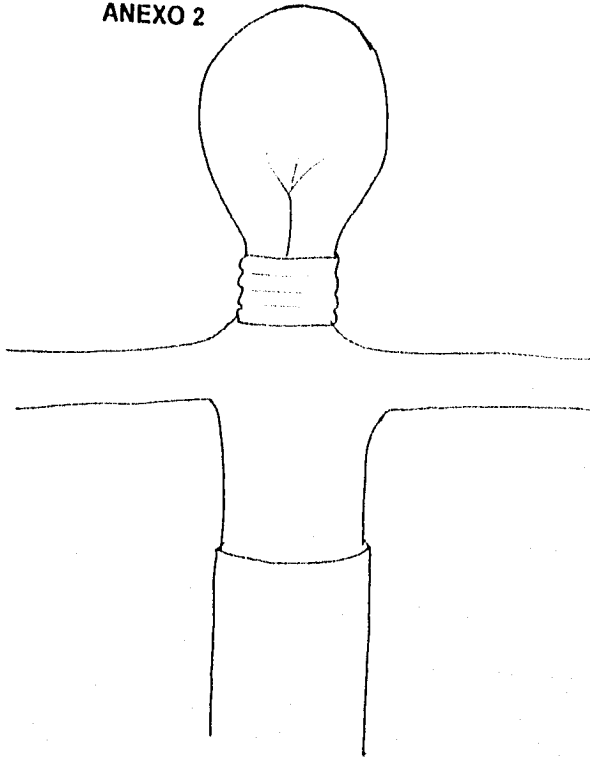
ANEXO

ANEXO 1

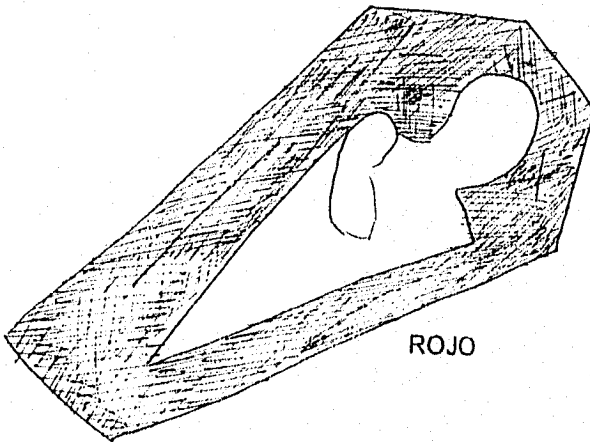


ANEXO 2

A



B



ROJO