



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

RESIDENCIA EN PSICOTERAPIA INFANTIL

INTERVENCIÓN EN NIÑOS Y ADOLESCENTES
CON TENTATIVAS SUICIDAS

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

P A R A O B T E N E R E L G R A D O D E

M A E S T R A E N P S I C O L O G Í A

P R E S E N T A :

LAURA PATRICIA BARRERA MÉNDEZ

DRA. MARÍA EMILIA LUCIO GÓMEZ MAQUEO

MTRA. MARÍA CRISTINA HEREDIA ANCONA

MTRA. BLANCA ESTELA BARCELATA EGUIARTE

MTRA. BLANCA ELENA MANCILLA GÓMEZ

MTRA. FAYNE ESQUIVEL Y ANCONA



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

La realización de este trabajo fue posible gracias al apoyo de varias personas e instituciones que participaron a lo largo de este proceso. Personas comprometidas con el trabajo e instituciones comprometidas con su país.

De las cuales, me gustaría destacar el apoyo de CONACyT, que me otorgó la oportunidad de realizar la maestría con el apoyo de una beca académica.

La UNAM, con sus destacados profesores que me dieron la oportunidad y el orgullo de pertenecer a esta generación de psicoterapeutas infantiles. Dentro de esta misma, el apoyo a la Dra. Emilia Lucio, como tutora incondicional en mi formación. Y por su aliento y confianza para invitarme a ser parte de su Proyecto de Investigación PAPIIT IN302206, al cual agradezco también su apoyo.

En cuanto a las personas que intervinieron directamente en este trabajo, a mi coterapeuta de dos años, Francisco, quien participó activamente en la realización de este trabajo. A la Mtra. Blanca Mancilla por la supervisión y sus pertinentes observaciones. A Laura, Sara, Paulina y Diana, compañeras y observadoras, cuyos atinados comentarios contribuyeron a la mejora de estos niños. A Consuelo Durán por el apoyo técnico.

Y muy especialmente a todos mis seres queridos que estuvieron ahí de manera indirecta apoyando con su paciencia y entendimiento en noches de desvelo y días de estrés.

Índice

INTRODUCCIÓN	I-II
DEFINICIÓN DE SUICIDIO Y COMPORTAMIENTOS SUICIDAS	1-17
EPIDEMIOLOGÍA DE LOS COMPORTAMIENTOS SUICIDAS	18-24
EL SUICIDIO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES	25-41
PERSPECTIVAS TEÓRICAS SOBRE EL SUICIDIO	42-52
MODELOS DE INTERVENCIÓN EN PACIENTES SUICIDAS	53-62
METODOLOGÍA	63-65
CASO CARLOS	66-92
CASO ORLANDO	93-114
CASO ROBERTO	115-145
RESULTADOS	146-165
DISCUSIÓN	166-173
CONCLUSIONES	174-175

Introducción

Son variadas las problemáticas que se presentan en el trabajo terapéutico con niños y adolescentes, todas ellas de atención, pero hoy nos centraremos en al trabajo terapéutico con niños y adolescentes que presentan comportamientos suicidas.

Es importante señalar, que el suicidio aunque ha estado presente a lo largo de la historia de la humanidad, día con día se ha convertido en un problema grave de salud mundial, razón para voltear la mirada y trabajar en torno a ello. En particular en los adolescentes y niños, ya que los datos reflejan que la edad en que se presentan el mayor número de suicidios está disminuyendo, viéndose ya afectadas estas poblaciones de manera importante.

Como veremos más adelante, este fenómeno, es algo que compete a varias disciplinas, en este trabajo nos enfocaremos en un enfoque psicológico, a partir del trabajo realizado como parte de la Maestría en Psicología con Residencia en Psicoterapia Infantil y como parte del Proyecto de Investigación PAPIIT IN302206.

Describiremos el trabajo realizado con tres menores que presentaron comportamientos suicidas, en los que se realizó intervención terapéutica desde un enfoque integrativo, humanista y colaborativo, desarrollado por la doctora Emilia Lucio y Quetzalcóatl Hernández para el trabajo con adolescentes en riesgo suicida.

Teniendo como objetivo mostrar formas de intervención terapéutica con pacientes niños y adolescentes que presentan tentativas suicidas partiendo de dicho modelo. Esto se llevará a cabo mediante la presentación de casos clínicos, de los cuales

se hará una breve descripción de las historias clínicas y las intervenciones y se concluirá con un breve análisis de los mismos.

En el primer capítulo se hará una breve reseña del fenómeno suicida a lo largo de la historia y se hablará acerca de los conceptos que se tiene acerca del suicidio y las principales definiciones. El capítulo dos mostrará la epidemiología de los comportamientos suicidas, para tener un panorama del fenómeno de manera general. Seguido del capítulo tres donde se ahondará sobre el fenómeno suicida en niños y adolescentes, sus principales características y factores predisponentes. Posteriormente se revisarán en el capítulo cuatro y cinco respectivamente, los modelos teóricos y de intervención con pacientes suicidas. Para dar paso a la metodología del presente trabajo y la presentación de los casos. Posterior a ello se incluye un apartado en donde se resaltan los resultados obtenidos mediante esta forma de intervención. Y se discuten la pertinencia y dificultades que se tuvieron en la realización del trabajo.

Definición de suicidio y comportamientos suicidas

A lo largo de la historia de la humanidad hemos podido observar la presencia del fenómeno suicida (Buendía, Riquelme, y Ruíz, 2004; Sarro y De la Cruz, 1991; Serrano y Flores, 2005). Desde que se considera al hombre como ser social (Guibert, 2002), el suicidio ha estado presente, dentro de las diferentes culturas y épocas (Sarro y De la Cruz, 1991; Serrano y Flores, 2005), considerándose un fenómeno que merece atención. Desde los inicios, dicho fenómeno ha generado preocupación en la sociedad, al mismo tiempo que interés por conocer las motivaciones y las causas de dicho fenómeno.

En un principio el suicidio fue abordado desde la religión y la filosofía (Quintanar, 2007), la religión católica lo percibía como una forma de mal morir y se consideraba un pecado, mientras que la filosofía argumentaba cuestiones de tipo social. Posteriormente la psiquiatría intentó dar una explicación, considerando al suicidio como una enfermedad (Quintanar, 2007). Más adelante los trabajos de Durkheim vinieron a cambiar la historia del suicidio al ofrecer una visión diferente del fenómeno, analizándolo desde la sociología, como parte de un acontecer social. Por otra parte los trabajos de Freud y Menniger desde el psicoanálisis brindaban otra explicación a tal comportamiento (Peña, Casas, Padilla de la Cruz, Gómez y Gallardo, 2002).

Lo cierto es que el suicidio ha estado presente en todas las épocas y sociedades, y de acuerdo con Buendía et al. (2004, pág. 21) representa “una de las expresiones de sufrimiento, desesperación e impotencia del ser humano”. Motivo que ha generado interés en su estudio.

Por lo que el suicidio ha sido estudiado desde deferentes disciplinas como la religión, la filosofía, la antropología, la psicología, la sociología y la psiquiatría (Mardomingo, 1994; Mondragón, Borges, y Gutiérrez, 2001), dando cada una de estas disciplinas diversas explicaciones a porqué las personas se suicidan, desde su ideología o marco teórico.

Por ejemplo, desde la psicología, Casullo, Bonalde, y Fernández, (2000) consideran que el suicidio no es una entidad psicopatológica sino más bien un acontecimiento vital que engloba algunos componentes; Quintanar, (2007) comenta que el suicidio es consecuencia de diferentes factores; mientras que Almanza, Grain, Becerril, y Cuevas, (1997); Coronado, et al., (2004); y Kaplan, (1999), lo consideran un proceso o fenómeno complejo en el que intervienen varios factores.

Entre los componentes o factores que señalan estos autores como parte del fenómeno suicida se encuentran, los componentes psicológicos, biológicos, sociales, filosóficos, culturales, demográficos, ambientales, económicos, históricos y genéticos. Como puede verse, es una amplia gama de factores los que se consideran intervienen en el fenómeno suicida, lo que hace difícil su comprensión y estudio, ante lo que Quintanar (2007) señala, que el suicidio no se puede dejar de considera desde diferentes ángulos. Por lo que se requiere como señala Sarro y De la Cruz (1991) la colaboración multidisciplinaria para el estudio del suicidio, debido a la complejidad que representa su multicausalidad.

Muchos estudios señalan la presencia de dicho fenómeno en la actualidad a nivel mundial, por lo que se le ha considerado un problema de salud universal. Sin embargo, los factores que intervienen en dicha problemática no son iguales, aunque sí muy similares, dependiendo del país, la cultura, las creencias religiosas, los valores, entre otros (Clemente y González, 1996).

Actualmente la idea que se tiene acerca del suicidio es un concepto confuso que engloba distintas connotaciones como el pecado, la enfermedad, la irracionalidad, la irresponsabilidad, el prejuicio y la locura, ideas que dificultan más el estudio del suicidio. En general, se puede decir que la palabra suicidio presenta una connotación negativa socialmente (Quintanar, 2007).

En este aspecto social, Quintanar (2007, pág. 1) señala que “los patrones de la conducta suicida se han venido quebrantando: se ha incrementado su incidencia y prevalencia, su imagen se ha socializado más, se han debilitado diferentes estructuras sociales que servían de contención y soporte, la estructura familiar se ha diversificado y se han cambiado las condiciones de trabajo y la organización laboral”. Por lo que él considera se debe reevaluar las causas y condiciones del suicidio, aunque si algo es cierto, es que el suicidio es un tema que no se ha terminado de estudiar y día a día se van considerando diferentes causas considerando estos cambios sociales en los diferentes estudios de actualidad.

Sin embargo, un problema que atañe a estos estudios tiene que ver con la definición de los conceptos en torno al suicidio, ya que es verdad que existe literatura al respecto, pero también esta información no puede ser del todo fiable o generalizable debido a los múltiples términos que se utilizan para la definición de los comportamiento suicidas, se tornan en definiciones, términos o clasificaciones confusas que complican el estudio del suicidio al no poder comparar, contrastar, generalizar o extrapolar los resultados (Beck y col., 1973; Berman y Cohen-Sandler, 1982; Jenkins y Singh, 2000; Leenaars y col, 1997; Rudd y Joiner, 1998; Shneidman, 1985; Silverman, 2006; Linehan, 1997; Santa Mina y Gallop, 1998; Westefeld y col, 2000 en Silverman, Berman, Sanddal, O’Carroll, y Joiner, 2007).

Al respecto Quintanar (2007, pág. 5), señala: “Hemos caído en una tendencia por recolectar, comparar, relacionar, identificar y/o agrupar los determinantes del suicidio y le hemos dado el carácter de científico pero sin cambiar nada que afecte al suicidio”. En cierto modo, nos hemos interesado por encontrar causas, razones,

motivos, pero hemos dejado a un lado a la persona que sufre, que atraviesa por un momento difícil en su vida, quedándonos, a veces, en la parte de investigar y no de intervenir para modificar el problema.

Pero esta dificultad no es solo un problema que atañe a los investigadores, la sociedad también contribuye a que se haga más complicado el estudio del suicidio. Como ya se mencionó, se tienen ideas erróneas arraigadas con respecto al suicidio o a la persona que se suicida, convirtiéndose dichas ideas en mitos que afectan de forma importante no solo a las investigaciones sino también a las personas que piensan en el suicidio como una solución a sus problemas. Al respecto Pérez (2005), realiza un trabajo que lleva por nombre “Los mitos del suicidio. La importancia de conocerlos”, y Villardón (1993) cita algunos en su obra, siendo estos:

- ◆ La gente que comete suicidio siempre deja notas.
- ◆ La gente que comete suicidio es psicótica o enferma mental.
- ◆ La gente que habla sobre el suicidio sólo trata de llamar la atención.
- ◆ La gente que realmente comete suicidio no habla de ello.
- ◆ Si alguien ha decidido suicidarse, no hay nada que hacer para detenerlo.
- ◆ Una persona que ha sido suicida una vez, es suicida para siempre.
- ◆ Si una persona sobrevive a un intento de suicidio, probablemente no lo volverá a intentar.
- ◆ La mejora después de una crisis suicida significa que el riesgo de suicidio ha pasado.
- ◆ El suicidio es hereditario.
- ◆ El método de suicidio más común es la sobredosis.
- ◆ La mayoría de los suicidios ocurren por la noche.
- ◆ Los niños no cometen suicidio, especialmente por debajo de los 15 años.
- ◆ Todo el mundo que se suicida está deprimido.
- ◆ La gente que se suicida raramente acude en busca de ayuda médica.

- ◆ Las personas con enfermedad terminal son más propensas a cometer suicidio.
- ◆ Hablar con una persona deprimida sobre suicidio puede empujarlo al suicidio.
- ◆ Las personas que están acudiendo a un psiquiatra (psicólogo o consejero) raramente se suicidan.
- ◆ La medición del riesgo de suicidio es algo que se debería dejar en manos de los profesionales de la salud.

Como podemos ver, son muchas las ideas que se tienen con respecto a las personas que cometen suicidio, siendo estas equivocadas, por lo que sería necesario informar y concientizar a la sociedad para que todos contribuyan en la detección de personas en riesgo.

Ahora bien, si definir y comprender el suicidio de manera general ya es complicado, esta situación se dificulta más al hablar de niños y adolescentes donde las implicaciones sociales son aún mayores. Ya que se considera la niñez como una época en que se inicia la vida (Sánchez, 2003), por lo que se tiende a negar la existencia del suicidio en estas etapas, interviniendo, actitudes, creencias y prejuicios, no solo de la sociedad (Mardomingo, 1994), a veces también de profesionales que no aceptan la existencia del suicidio en estas etapas de la vida (Sánchez, 2003).

Comenta Páramo Castillo y Chávez (2007), que en una buena parte del siglo XX el suicidio infantil se entendía a partir de adaptaciones de las concepciones que se tenían sobre los adultos, pero al pasar del tiempo se empezaron a reconocer aspectos peculiares del suicidio infantil como por ejemplo:

- ◆ La relación entre el nivel de desarrollo cognoscitivo y el concepto de muerte (Orbanch y Gloubman, 1978)

- ◆ El deseo de unirse a una persona importante que murió (Bowlby, 1997 y Workmony Prior, 1997)
- ◆ La intencionalidad de las conductas suicidas en el niño
- ◆ La participación del ambiente familiar y
- ◆ Las experiencias traumáticas previas

Es importante destacar que se trate de niños, adolescentes o adultos, nunca debe considerarse sin trascendencia un hecho aislado que manifieste componente suicidas, ya que muchas de las personas que se suicidan o lo intentan muestran indicios con anterioridad, al hacer comentarios, escribir cartas, heredar en vida, despedirse de seres queridos, etc. Sea cual fuere el caso, se debe dar la pronta y oportuna atención para evitar un desenlace fatal que pueda costarle la vida.

Una vez realizada esta breve reseña del fenómeno suicida a lo largo del tiempo, nos disponemos a definir el concepto de suicidio y sus diferentes variaciones, no siendo tarea sencilla, ya que dicha conceptualización presenta sus complicaciones.

Para empezar, definir cualquier hecho psicológico ya es un problema complejo. Guibert (2002), señala que esto se debe a que “se pretende conceptualizar algo de lo que todavía no se tiene conocimiento acabado”, sin embargo señala “pero también se necesita definir el hecho hasta donde lo conocemos para poder generalizar y sistematizar lo que se va a investigar sobre este” (pág. 5). Ante lo cual Villardón (1993) comenta que el primer paso es tener claro que vamos a investigar y entonces definir los términos y delimitar los conceptos.

Al hablar de suicidio, nos referimos a un hecho dinámico, no un hecho aislado, estático, como apunta González Forteza, et al. (2002), en el cual intervienen muchos componentes psicológicos, biológicos y sociales, entre otros, como ya se mencionó. Por lo que denominaremos al fenómeno estudiado, “comportamiento suicida”, ya que como menciona Quintanar (2007), es un término que ha estado

ganando terreno y se entiende como una forma de comportamiento favorecida por la combinación de varios factores, Reinares et al. (2004) en Quintanar (2007), también se refiere a este concepto de “comportamiento suicida”, señalando que este incluye todo acto voluntario, cuya finalidad es terminar con la propia vida, y dicho comportamiento abarca desde los gestos o amenazas que no causan lesión al individuo hasta el suicidio consumado. Lo que nos lleva a hablar del problema de la intencionalidad del comportamiento suicida, que ha sido ampliamente discutido por diferentes autores (Bobes, Sáiz, García-Portilla, Bascarán, y Bousoño, 2004; Buendía et al., 2004; González Forteza et al., 2002; Villardón, 1993).

Buendía, Riquelme, y Ruíz, 2004 y Shneidman en Villardón, 1993, refieren que el aspecto clave en el tema del suicidio es el de la intencionalidad, ya que señalan que no siempre está presente el deseo de morir como fin primario, sino que subyacen otras intenciones inconscientes como el chantaje, la demanda de atención, el escapar de un peligro o amenaza o el agredir a otras personas psicológica y vengativamente al hacerlas responsables de su muerte. Comentando Buendía et al., que en los adolescentes esto se complica un poco más ya que al darse esto de manera impulsiva en un momento de crisis, se ha detectado que en un primer momento ni ellos mismo reconocen la intención de su acto.

El problema de la intencionalidad se complica aún más, cuando este comportamiento no da por resultado la muerte, pero que sin embargo, son provocados por el sujeto, como los intentos de suicidio (Villardón, 1993). Sea cual sea la intención como señala González Forteza et al. (2002) el hecho es que la persona pone en riesgo su vida, pudiendo morir aun sin la intención de hacerlo, situación que ya de inicio merece la atención de profesionales de la salud, sea o no la intención de la persona morir. Pensando en esto no se ahondara más en el punto y continuaremos con la revisión de las categorías que existen para clasificar los comportamientos suicidas.

Son muchos los autores que han intentado clasificar los comportamientos suicidas (Buendía et al., 2004; González Forteza et al., 2002; Gutiérrez, Contreras, y Orozco, 2006; Mardomingo, 1994; Quintanar, 2007; Villardón, 1993), esas categorías se resumen en la siguiente tabla:

Beck et al. 1976* Mann 2003*	Pokorny 1986**	Diekstra 1993***	Mardomingo 1994	Buendía et al. 2004	Quintanar 2007
Suicidio consumado	Suicidio consumado	Suicidio consumado	Suicidio consumado	Suicidio consumado	Suicidio
Intentos altamente letales con intento y planeación	Intento de suicidio	Intento de suicidio	Intento de suicidio	Tentativa o intento suicida	Intento suicida
Intentos baja letalidad					
	Ideas suicidas	Ideación	Ideación suicida	Ideación suicida	
			Amenazas		Gesto suicida

* (Gutiérrez, Contreras, y Orozco, 2006) ** (Villardón, 1993) *** (González Forteza, et al., 2002)

Como se puede observar en la tabla, en términos generales, el comportamiento suicida se puede dividir en tres grandes grupos:

- ◆ Suicidio consumado
- ◆ Intento o tentativa de suicidio
- ◆ Ideación suicida

Por otro lado Rich et al. (1992) refieren el suicidio como un proceso en el que intervienen una serie de etapas, las cuales pueden o no ser secuenciales y que el paso por una o varias de ellas no está condicionado al paso por las otras etapas (González Forteza, Ramos, Caballero, y Wagner, 2003), las etapas son:

- ◆ Ideación suicida pasiva
- ◆ Contemplación activa del propio suicidio
- ◆ Planeación y preparación
- ◆ Ejecución e intento suicida
- ◆ Suicidio consumado

En este mismo sentido Bouchard, 2000 (en Barón, 2000) refiere cinco momentos en el proceso suicida:

- ◆ Búsqueda de soluciones
- ◆ Ideación suicida
- ◆ Rumiación
- ◆ Cristalización
- ◆ Momento desencadenante

Bouchard comenta que el proceso suicida inicia cuando se presenta la crisis, refiriéndose a un problema ante el que se busca una solución y culmina cuando se pasa al acto y afirma que este proceso puede ser muy corto en los adolescentes (inclusiva de horas) y que se vuelve más corto aún cuando es el segundo intento.

Partiendo de los conceptos presentados hasta este momento por los diferentes autores, procederemos a definir algunos comportamientos suicidas, tomando como base, la clasificación más citada en la literatura que es la que involucra el suicidio consumado, la tentativa y la ideación suicida.

Suicidio

Etimológicamente hablando la palabra suicidio se refiere a “matarse a sí mismo” (Guibert, 2002), dicha palabra proviene del latín “sui” que significa “uno mismo” y “cidium” que es “matar”, lo que se traduciría en “el acto del individuo encaminado a la autodestrucción intencional” (Coronado et al. 2004, pág. 208) o “la acción y efecto de darse muerte” (Guibert, 2002, pág. 6). Sobre este término el Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia propone varios términos, se refiere a suicidio como la acción y efecto de suicidarse, suicida (como sustantivo) a la persona que se suicida, suicida (como adjetivo) dicese del acto o conducta que daña o destruye al propio agente y suicidarse se refiere a quitarse violenta o voluntariamente la vida (Bobes et al. 2004).

Como podemos observar estos conceptos aunque claros no definen todos los componentes que conlleva el acto suicida, ante lo cual se han propuesto muchas otras definiciones tratando de clarificar este punto.

En 1969 La organización Mundial de la Salud (OMS) en un intento por unificar la terminología propuso una serie de términos concretos (Bobes et al. 2004), definió un acto suicida como “el hecho por el que el sujeto se causa a sí mismo una lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos” y el suicidio como “la muerte que resulta de un acto suicida” (Buendía et al. 2004, pág. 22). Para 1996, define “al acto suicida como la lesión a sí mismo con diversos grados de intención mortal y de conciencia del motivo. Suicidio es entonces una autoagresión con resultados mortales” (Baquedano, 2002 en Coronado et al. 2004 pág. 208)

Sin embargo, antes de esta definición, ya existía la dada por Durkheim en 1897 para definir el suicidio y que es quizá la más citada en la literatura sobre suicidio,

dicha definición afirma que suicidio es “toda muerte que resulta mediata o inmediatamente de un acto positivo o negativo efectuado por la propia víctima a sabiendas de que habría de producir ese resultado” (Durkheim, 1897 en Guibert, 2002, pág. 6)

Más adelante, en 1985, Shneidman, propone la definición de suicidio que parece ser la más completa hasta el momento, él define el suicidio como “el acto humano de aniquilación autoinducida, mejor comprendido como un malestar multidimensional en un individuo necesitado que delimita un problema para el que el acto es percibido como la mejor solución” (Shneidman, 1985 en Guibert, 2002, pág. 7). Como podemos observar él además de hablar del acto y sus consecuencias hace referencia a otros aspectos relacionados con la psicología del individuo, viéndolo como una persona necesitada que no encuentra otras salidas a sus problemas salvo la muerte y habla de esta multidimensionalidad que se mencionaba al principio, viendo al suicidio como un comportamiento complejo del individuo más que un acto.

Existen mucha y muy variadas definiciones con respecto al suicidio, pero ninguna de las revisadas para este trabajo, engloba todos los aspectos considerados por Shneidman, a continuación se citan algunas a manera de ejemplo:

“Los términos suicidio y suicida se emplean para referirse a conductas “elegidas” que tienen como meta provocar la muerte propia en el corto plazo” (Diekstra, 1995 en Casullo et al. 2000, pág. 20).

El suicidio es una conducta autodestructiva, en la que hay una conciencia de que se busca como fin la muerte (Platas, Saucedo, Higuera, y Cuevas, 1998, pág. 51)

Acto de autolesión cometido deliberadamente, cualquiera que sea la consecuencia buscada (Kreitman, 1975 en Guibert, 2002, pág. 7)

Con respecto al suicidio en niños la OMS define el suicidio en la edad pediátrica como “la muerte autoprovocada que ocurre antes de los 15 años de edad” (Sauceda et al. 1998 y Vázquez, 1996 en Vázquez, González, Rojo, y Figueroa, 1996, pág. 78)

Resumiendo se puede decir que el suicidio es acto humano en el que el individuo se causa a sí mismo una lesión que puede llevar a la muerte, independientemente de sus motivaciones o intenciones conscientes o inconscientes, a sabiendas que dicho acto puede producirle la muerte de manera mediata o inmediata, todo esto a consecuencia de un malestar multidimensional, que aflige al individuo, quien ve el acto suicida como la mejor solución a sus problemas.

Intento o tentativa suicida

Al igual que en el suicidio, la OMS se dio a la tarea de definir el intento o tentativa suicida refiriéndolo como “un acto con una consecuencia no fatal en la cual el individuo realiza deliberadamente una conducta no habitual con amenaza de muerte, que sin la intervención de otros le causará autodaño, o ingiere una sustancia superior a la dosis terapéuticas generalmente reconocidas y cuyo objetivo es producir cambios que él o ella desean a través de las consecuencias físicas y psíquicas reales o esperadas cercanas a la muerte” (Guilbert y Torres, 2001 en Castro, Orbegoso, y Rosales, 2006, pág. 293)

Otros autores también han contribuido a la definición de este comportamiento, algunos de ellos lo definen de la siguiente manera:

“El intento de suicidio consiste en cualquier acto de autoperjuicio infringido con intención autodestructiva, aunque esta sea vaga o ambigua” (Vázquez et al. 1996, pág. 78)

“El intento de suicidio es un acto deliberado que lleva al individuo a hacerse daño él mismo, sin resultados fatales” (Diekstra, 1995 en Mondragón et al. 2001, pág. 6)

“El intento de suicidio se define como cualquier acción que tenga el objetivo de quitarse la vida sin lograrlo” (García, 2003 en Monge, Cubillas, y Román, 2007, pág. 46)

“El intento suicida es el acto realizado con la intención de producirse la muerte a sí mismo pero que no se logra porque lo hecho no fue suficientemente letal o porque la ayuda oportuna evitó la muerte” (Quintanar, 2007, pág. 11)

Partiendo de estas ideas, una tentativa o intento de suicidio sería aquel acto deliberado con amenaza o intención de muerte que por la intervención de otros, la ayuda oportuna o la presencia de un hecho de baja letalidad impidieron se consumara la muerte del individuo que la provocó.

Un elemento que resalta en estas definiciones y que distingue a la tentativa suicida de otras definiciones es la intencionalidad de muerte, al no estar presente se le podría considerar gestos suicidas, generalmente a este tipo de actos se les considera actos fallidos.

También al hablar de intentos de suicido se hace referencia en algunos artículos como sinónimo de parasuicido, sin embargo, en este trabajo se definirá en un apartado diferente.

Ideación suicida

La ideación suicida, al contrario del suicidio y la tentativa de suicidio, no tiene que ver con actos sino con pensamientos en torno a la muerte propia, hace énfasis en aspectos cognitivos, como lo afirman los siguientes autores al definir el concepto.

“La ideación suicida incluye los deseos, planes, ideas o pensamientos del sujeto, relacionados con quitarse la vida, así como sus planes para llevarlo a cabo” (Beck y col. 1979 en Mondragón et al. 2001, pág. 6)

“Las ideas suicidas pueden abarcar desde pensamientos de falta de valor de la vida hasta la planificación de un acto letal, pasando por deseos más o menos intensos de muerte y, en algunos casos, una intensa preocupación autodestructiva de naturaleza delusiva” (Perales y Sogi, 2000 y Gradillas, 1998 en Muñoz, Pinto, Callata, Napa, y Perales, 2006, pág. 240)

“Se llama ideación suicida a los pensamientos relacionados con quitarse la vida o hacerse daño voluntariamente” (Vázquez et al. 1996, pág. 78)

De lo anterior podemos concluir que la ideación suicida involucra componentes cognoscitivos como ideas, pensamientos, deseos y planes del individuo para terminar con su propia vida o hacerse daño voluntariamente.

Mardomingo (1994), citando a Levy et al. (1989), comenta que los pensamientos relacionados con la propia muerte están presentes en todos los adolescentes en general, pero sin embargo, dicha ideación es inespecífica y toma relevancia al combinarse con otros factores de riesgo, que comprometen la vida del adolescente.

Otros términos relacionados

Como ya se pudo observar a lo largo de este capítulo, los comportamientos suicidas no solo involucran el suicidio, la tentativa y la ideación, sino que en la literatura y los diferentes estudios continuamente se hace referencia a más términos relacionados al comportamiento suicida, dichos términos abarcan desde los gestos suicidas hasta los suicidios colectivos, algunos de ellos se definirán en este momento.

Gesto suicida

“El gesto suicida es un acto de autolesión pero no tiene el propósito de autodestrucción; por lo general se usa como método de manipulación o para llamar la atención” (Sauceda e Higuera, 1997 en Platas et al. 1998, pág. 51)

Parasuicidio

“Comprende conductas variadas que incluyen desde gestos e intentos manipuladores hasta intentos fallidos de terminar con la vida propia. Se hace referencia a actos deliberados que no tienen un final fatal pero que provocan daños en el propio sujeto que los ejecuta; dichos actos deben ser poco habituales. Así, por ejemplo, el alcoholismo crónico o las adicciones graves no se ubican en este rubro (Casullo et al. 2000)

Amenaza suicida

“Amenaza verbal con expresiones autodestructivas” (Quintanar, 2007, pág. 18)

Suicidio colectivo

“La conducta autodestructiva la llevan a cabo varias personas a la vez. En este tipo de suicidios, lo normal es que una persona del grupo sea la inductora y el resto los dependientes” (Quintanar, 2007, pág. 18)

Equivalentes suicidas

“Automutilaciones que pueden hacerse una persona y que pueden poner en riesgo su vida” (Quintanar, 2007, pág. 18)

Suicidio oculto

“Actitud pasiva que se asume con la intención, reconocida o no, de terminar con la propia vida de una manera vedada” (Quintanar, 2007, pág. 18)

Suicidio racional

“Tras una larga enfermedad (por ejemplo, incapacitante), una persona llega a la conclusión de que lo mejor que puede hacer es suicidarse” (Quintanar, 2007, pág. 18)

Esta amplitud de terminología complica las investigaciones y estudios acerca del comportamiento suicida, siendo importante definir claramente cada uno de las variables a ser medidas. Sin embargo, en el ámbito de la clínica, la pregunta es, si dichas definiciones son de relevancia o el sólo hecho de que una persona exponga su vida es suficiente para ser una señal de alarma, lo que nos lleva a pensar, antes que nada, en la vida de las personas más que en nuestros intereses profesionales.

Epidemiología de los comportamientos suicidas

Epidemiología del suicido a nivel mundial

Por lo que respecta a los datos referentes a la epidemiología de los comportamientos suicidas, encontramos un gran número de publicaciones que escriben al respecto, sin embargo, muchas de ellas también, señalan que las cifras son subestimadas debido a una serie de complicaciones en la recolección de los datos, algunas de las dificultades son: los casos de suicidio que son disfrazados como accidentes, los intentos de suicidio que no se reportan, las diferentes organizaciones que recolectan esta información, las cuales utilizan criterios diferentes para clasificar los actos suicidas, la sociedad, en especial los familiares, que se esfuerzan en negar u ocultar los actos suicidas, entre otras. Sin embargo, aunque las cifras no pueden ser del todo exactas, los porcentajes y las proporciones nos dan un panorama de cómo se desenvuelve el fenómeno suicida.

A continuación se presentan algunos de estos datos, tomados de organizaciones nacionales e internacionales y datos que son constantes en diferentes publicaciones, que podemos considerar más fiables.

Al respecto Desjarlais et al. 1995 y Diekstra 1993 (Chávez, Macias, Palatto, y Ramírez, 2004), comentan que desde la perspectiva epidemiológica en la actualidad el suicido es considerado un problema de salud pública en el mundo,

debido al incremento que ha tenido en los últimos años. Chávez et al. (2004) señala que México ha sido el país con mayor incremento en los porcentajes de suicidio, seguido por la India, Brasil y la Federación Rusa.

Sánchez (2000), señala que al año se consuman un millón de suicidios y entre veinte y treinta millones lo intenta (Tuesca y Navarro, 2003). Por su parte la OMS, en el año 2000 reportó 800,000 suicidios consumados (Chávez et al. 2004), estimando que esta cifra podría duplicarse en 20 años según reporta Gutiérrez et al. (2006).

En lo que respecta a las tentativas de suicidio Jiménez et al. (2005), comentan que por cada suicidio consumado, se reportan tres intentos, lo que nos deja ver la diferencia en proporción que existe entre uno y otro.

En lo que respecta al género, se ha identificado que los hombres cometen más suicidio que las mujeres en una proporción de tres veces más (Kaplan, 1996 y González Forteza, 1996 en Almazan et al., 1997; González Forteza et al., 2002; Hawton y James, 2005; Rhyneycol, 1995 y Reifmanetal, 1995 en Sánchez, Guzmán, y Cáceres, 2005; Guilbert y Alonso, 2001 en Castro et al., 2006). Esto se explica, según Sánchez et al. (2005), debido a que los hombres utilizan métodos más letales al cometer suicidio.

En cuanto al intento de suicidio se ha observado que este predomina en las mujeres, ya que estas cometen entre tres y cuatro veces más tentativas de suicidio (Borges, Nock, Medina Mora, Benjet, Lara, Chiu, Kesster, 2007; Castro et al., 2006; González Forteza et al., 2002; Sánchez et al., 2005).

Con respecto a la ideación suicida, ésta, al igual que las tentativas predomina en las mujeres al presentar una mayor tasa en los diferentes estudios (Borges et al., 2007 y Castro et al., 2006).

También se ha podido notar que las mujeres planean más los actos suicidas que los hombres (Borges et al., 2007).

Los estudios también han reflejado aspectos como el estado civil, la ocupación y el nivel socioeconómico, reportando que los solteros tienen el doble de posibilidades de cometer suicidio que los casados con hijos, presentan mayor riesgo las personas con más alto nivel de escolaridad y el nivel socioeconómico bajo es el más afectado por el riesgo suicida (Almanza et al. 1997)

Así mismo el comportamiento suicida se ha asociado con diferentes trastorno psiquiátricos, entre los que sobresalen el de abuso de sustancias y los trastornos afectivos (Campo, et al. 2003)

Epidemiología del suicido en México

En lo que se refiere a México, la fuente principal de datos epidemiológicos es el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI), el que al ver el incremento alarmante en nuestro país ha publicado números especiales en el tema del suicidio, los últimos datos que se tienen, son los publicados en “Estadísticas de suicidio en los Estados Unidos Mexicanos 2006”.

Como ya se mencionó, el suicidio se ha incrementado en nuestro país considerablemente en los últimos treinta años (Espinosa, Almeida, Cortés, y Leo, 2003; González Forteza, Ramos, Vignau, y Ramirez, 2001; Mondragón et al., 2001 y Jiménez y González Forteza, 2003), este aumento ha sido del 215%, de acuerdo a lo reportado por Mondragón et al., (2001), siendo de 229% para los hombres y 165% en la mujeres en lo que respecta a suicidio consumado.

De acuerdo con los reportes de Santijeral y Terroba (Vázquez et al. 1996); los estados más afectados son los del norte y sur del país, señalando con mayor prevaencia los estados de Chihuahua, Nuevo León y Tabasco. Por otra parte en una publicación más reciente (Chávez et al. 2004) el INEGI (2000) reporta como estados con mayor prevalencia a Veracruz (9.1%), Distrito Federal (8.6%) y Guanajuato (6.0%).

Independientemente de los estados con mayor prevalencia, lo que sí es un hecho es que el suicidio es un fenómeno que se está incrementando de manera abrupta en nuestro país afectando principalmente al grupo de edad de 15 a 24 años.

Epidemiología del suicidio en niños y adolescentes a nivel mundial

En lo que respecta al suicidio en niños y adolescentes, este tipo de comportamientos ha tomado fuerza y se ha incrementado (Mardomingo, 1994; Martínez, Moracén, Madrigal, y Almenares, 1998; Martínez, Saltijeral, y Terroba, 1985; y Quintanar, 2007) de manera alarmante en los últimos años, siendo los adolescentes los que presentan más riesgo que la población en general. Dicho fenómeno se encuentra entre las primeras diez causas de muerte en la población joven (Desjarlais, Essenberg, Byron y Kleinman, 1995 en González Forteza et al. 2002). Siendo cada vez más los casos de niños y adolescentes que se suicidan (Chávez et al. 2004 y Terrones, Salvador, y Lechuga, 1999-2000).

En este sentido un estudio realizado en 1996 con 1612 adolescentes (Barón, 2000), reportó que 69% correspondía a el grupo de 15 a 17 años, mientras que el 31% eran niños de entre 5 y 14 años.

Sin embargo como apunta Mardomingo (1994), las estadísticas no son fiables, como ya se había mencionado, sin embargo, en el caso de niños y adolescentes, estas aún presentan mayores problemas de subestimación, atribuyéndolo a una serie de factores como son: que la familia y el niño o el adolescente tratan de ocultar el acto, también, a la dificultad de admitir conductas autoagresivas en los niños y no solo por parte de los padres sino también por parte de los profesionales, reportando este tipo de actos suicidas como accidentes.

A esta lista de dificultades Buendía et al. (2004) añaden una más, al señalar que muchos estudios no consideran el acto suicida como tal en niños, argumentando que aún carecen de un concepto de muerte claro que les permita valorar las consecuencias de sus actos. Sin embargo, otros estudios, se han esforzado por demostrar lo contrario, como los reportados por Buendía et al. Por ejemplo, en 1983, Gastaminza et al., encontraron que un 12.6% de niños de entre 5 y 12 años presentaban algún comportamiento suicida, al igual que Rosenthal (1984), quien señalo haber encontrado la existencia del suicidio en niños entre los dos años y medio hasta los cinco años de edad. Y que dichas poblaciones presentaban los mismos factores de riesgos que el resto de personas con comportamientos suicidas en otros grupos de edades.

Así mismo se ha identificado que las tasas de intento de suicidio también son más altas para la población de adolescentes (Buendía et al., 2004).

Con respecto al género de niños y adolescentes que se suicidan, encontramos que al igual que en otros grupos de edades, los varones consuman más el suicidio que las mujeres (Buendía et al. 2004; Dry 1990 y Spranger 1975 en Espinosa y Anzures, 1999; Borst 1993 y Carlay 1993 en Platas et al. 1998; Kaplan y Sadock 2000 y Queralt 1993 en Sánchez et al. 2005) a razón de 4 a 1 (Kaplan y Sadock 2000 y Queralt 1993 en Sánchez et al. 2005).

En referencia a la tentativa suicida se observa que en las adolescentes el sexo femenino presenta tres veces más tentativas que el sexo masculino (Buendía et al. 2004; Dry 1990 y Spranger 1975 en Espinosa y Anzures, 1999; Borst 1993 y Carlay 1993 en Platas et al. 1998).

Finalmente, con respecto a la ideación suicida, no hay un consenso en la información ya que hay quienes dice que las mujeres (ninas y adolescentes) presentan mayor ideación suicida como Kandel et al. (1991) y quienes afirman que no existen diferencias significativas como Ruud, (1990) (en Buendía et al. 2004).

Otros datos que se han dado al respecto de la epidemiología del suicido en niños y adolescentes, es que una cuarta parte de los chicos consumen drogas y/o alcohol, coincidiendo la mayoría de los autores en que el principal método de suicidio en esta edad es la sobredosis por ingesta de medicamentos (Barón, 2000; Bhugra et al. 2002; Bhugra, Thompson, Singh, y Fellow Smith, 2004; Garrido et al., 2000; Platas et al. 1998 y Saucedo et al., 1997). Otros métodos que se señalan con frecuencia son las lesiones con instrumentos cortantes, el ahorcamiento (Beautris, 2001), el envenenamiento y el uso de armas de fuego.

Epidemiología del suicido en niños y adolescentes en México

En México al igual que en otros países, los comportamiento suicidas se han incrementado en la población infantil y adolescentes, aunque el aumento no muestra una prevalencia elevada, lo que si llama la atención y preocupa es que en pocos años se ha incrementado considerablemente, tal vez en comparación a otros países tenemos tasas más bajas de comportamientos suicidas, sin embargo, el incremento que ha tenido nuestro país es de los más altos a nivel mundial

(Lucio y Hernández, en prensa; Quintanar, 2007; Medina et al. en Saucedo et al., 1997; Borges, 1996 en Tercero, 1999 y González et al. en Vázquez et al. 1996)

Sin embargo, esto no siempre ha sido de esta manera, ya que la literatura reporta que los primeros casos de suicidio en grupos infantiles y escolares, empezaron a aparecer alrededor de 1970 en niño y adolescentes entre 0 y 14 años (Quintanar, 2007).

Para el 2000 la Secretaría de Salud (SSA) ya reportaba el suicidio como la octava causa de muerte entre escolares de 5 a 14 años (Páramo y Chávez, 2007) y en el 2003 el INEGI refería que México ocupaba el cuarto lugar en América Latina en cuanto al suicidio en este grupo de edad (Monge et al. 2007)

En lo que respecta al género González Forteza y Jiménez, (1995), señalan que los varones cometen tres veces más suicidio que la mujeres mientras que las mujeres presentan cuatro veces más tentativas que los hombres, información que corresponde al lo reportado en otras partes del mundo.

En cambio, con respecto al método, un estudio (Celis, Gómez, y Armas, 2003) reportó que el método más utilizado para el suicidio es el ahorcamiento seguido por el uso de armas de fuego y el envenenamiento en los varones, y en las mujeres predominó el envenenamiento seguido del ahorcamiento y el uso de arma de fuego. Situación que no corresponde con lo reportado en otros países donde el método más usado es la intoxicación medicamentosa.

El suicidio en niños y adolescentes

El valorar o decidir que el comportamiento de un niño o un adolescente muestra un componente suicida, no es nada fácil, ya que se tiende a minimizar este tipo de comportamientos (Mardomingo, 1994) y no solo por los padres, sino también por maestros y profesionales de la salud, atribuyendo al acto el componente de ser un acto impulsivo, poco meditado, o que busca la manipulación. Sin embargo algo es cierto, en la práctica clínica podemos ver una amplia gama de comportamientos en niños y adolescentes, acciones manipulativas, impulsivas y que no son meditadas, sin embargo, no en todas ellos se pone en riesgo la vida.

Pensemos en un niño que se queja de malestares físicos para no asistir a la escuela o de monstruos en la cama para dormirse con los padres, es un comportamiento manipulativo, pero el niño no pone en juego su vida, o el chico adolescente que de manera impulsiva ante una injusticia responde de manera abrupta a sus padres o profesor, está siendo impulsivo pero nuevamente no está en juego su vida. Me parece que más, que si el menor desea morir o no, hay una elección de comportamientos que ponen en riesgo su vida, tenga o no la conciencia de muerte irreversible. Por lo que, de acuerdo con Mardomingo (1994), siempre debe tomarse en serio cualquier comportamiento en que el menor este comprometiendo su vida, sea cual sea su intención.

Ahora bien, es claro, que tampoco puede hablarse del suicidio infantil en los mismo términos que se habla al referirnos adultos, por ello hay que estudiar sus peculiaridades. Pawlak en 1995 (Rodríguez, García, y Ciriacos, 2005), señala que el suicidio en niños y adolescentes tiene sus propias características, tanto cualitativas como cuantitativas.

Al respecto el Ministerio de Salud Pública 2000, la American academy of child and adolescent psychiatry 2001, y Brent et al. 1988, comentan que es diferente el perfil de los niños y adolescentes que presentan suicidio, de los que lo intentan y de los que presentan ideación suicida (Rodríguez et al. 2005).

Facy et al. 1979 y Choquet et al. 1980; diferencian dos grupos de niños y adolescentes entre los que intentan suicidarse:

- ◆ Un grupo tendría más trastornos psiquiátricos y más factores familiares negativos; usaría métodos de más alta letalidad y tendría peor pronóstico en cuanto a probabilidad de consumir un suicidio en el futuro. Posiblemente serían aquellos en los que no se detecta un claro factor desencadenante y sí una situación mantenida adversa.
- ◆ El otro grupo lo constituirían aquellos en los que estas alteraciones psiquiátricas y de disrupción familiar están ausentes o no son tan importantes. El intento sería impulsivo y no premeditado; se detectaría un claro factor desencadenante; el método utilizado sería de menor letalidad y el intento pretendería una modificación en el ambiente.

Shaffer (1974) por su parte clasifica a estos menores en cuatro categorías (Mardomingo, 1994):

- ◆ Hipersensibles a la crítica
- ◆ Aislados con dificultades de comunicación
- ◆ Impulsivos
- ◆ Perfeccionistas, metódicos y autocríticos

Lo que nos da un panorama para empezar a entender las características psicológicas, sociales y familiares que presentan estos chicos. Empecemos hablando de los niños.

Suicidio en niños

Antes de comenzar a expresar las características de los niños que presentan comportamientos suicidas, es importante tocar un tema, que por diversos autores es considerado una dificultad al hablar de los comportamientos suicidas en niños, y me refiero al “concepto de muerte”, cómo es que el niño adquiere este concepto, en qué consiste y de qué manera interviene en los comportamientos suicidas ya que “algunos autores valoran que en la infancia no puede hablarse de actos de suicidio, pues falta la comprensión del significado total de la muerte” (Sarro y De la Cruz, 1991, pág. 78)

Concepto de muerte en el niño

Con respecto al concepto de muerte y siguiendo a Casullo et al. (2000), el niño desarrolla y reconoce primero el concepto referido al otro, esto es, en un primer momento el niño puede reconocer la muerte en los demás, tal vez de un ser cercano, tal vez una mascota. Otorgando a la muerte en este primer momento diversas significaciones, relacionadas con la ausencia, el abandono y la separación.

La primera significación que aparece es la de ausencia, entendiéndolo como algo perceptivo, el niño puede darse cuenta de la no presencia de algo o alguien en el campo visual, aunque aun no diferencia en tiempo y espacio. Posteriormente puede aparecer la significación de abandono o separación. El abandono se refiere al sentimiento de ser dejado por el otro y esto puede afectar en los sentimientos de seguridad y compañía del niño. La separación en cambio, se refiere a la pérdida de los contactos físicos con la persona que ha muerto, y aparece una

sensación de que el otro no está en ningún lado, aquí puede observarse ya una referencia espacial (Casullo et al. 2000).

Siempre la muerte de un ser próximo es algo que afecta al niño, y este puede manifestar reacciones de pánico o de una espera permanente, para el niño es difícil la construcción del concepto “nunca más”. Una forma de ayudar al niño en la comprensión de la muerte de otro es la presencia de este en el velorio o entierro de la persona cercana a él, ya que esto al igual que a los adultos, le ofrece referentes concretos para comprender la ausencia (Casullo et al. 2000)

Aún más difícil es la construcción de la idea de la muerte propia, ya que para esto se requiere la conformación de algunos conceptos relacionados a la noción de la propia muerte, dichos conceptos son de acuerdo con Casullo et al. 2000:

- ◆ Soy una persona con existencia personal
- ◆ Pertenezco a una clase de sujetos que son mortales
- ◆ Por deducción lógica puedo concluir que mi propia muerte es una certeza
- ◆ Existen diversas causas que pueden provocar la muerte
- ◆ Pueden evitarse algunas de esas causas, pero no todas
- ◆ La muerte se relaciona con un suceso futuro. El futuro hace referencia al tiempo que aún no he vivido
- ◆ No sé en qué momento de ese futuro se va a producir mi muerte. Tanto la forma como el momento son inciertos
- ◆ La muerte es un suceso final, implica el fin de mi vida aquí. Nunca más voy a pensar, a hacer algo con mis amigos
- ◆ La muerte es una separación última y definitiva de este mundo real y concreto

Además de adquisiciones psicológicas previas como el autoconcepto, las operaciones de razonamiento lógico, concepciones acerca de probabilidad,

necesidad y causalidad, nociones temporales (físicas y psicológicas), ideas sobre finalidad y separación, el concepto “negación de la vida” (Casullo et al. 2000).

Una vez que el niño adquiere estos elementos, se puede decir que el niño ha construido el concepto de muerte y entiende la irreversibilidad del acontecimiento y sus implicaciones.

La edad en que dicho concepto se ha adquirido en los niños varía de acuerdo con los diferentes autores, en un estudio realizado por Nagy en 1959, identifico tres etapas en los niños (Casullo et al. 2000 y Martínez et al. 1985):

Etapa	Características
Hasta los 5 años	<ul style="list-style-type: none">◆ No reconoce la muerte como un suceso final◆ Percibe la muerte como una continuación de la vida◆ Morirse es un tipo de acto de simulación◆ Se asocia con la partida
5-9 años	<ul style="list-style-type: none">◆ Tienden a personificar a la muerte◆ La pueden dibujar◆ En general la representan como un hombre◆ Reconocen que es algo exterior al sujeto
A partir de los 10 años	<ul style="list-style-type: none">◆ Pueden reconocer que es un hecho inevitable y final

Claro, que dichas etapas estarán mediadas por las experiencias individuales de cada niño y su contacto o cercanía con personas fallecidas, lo que brinda una visión diferente ante los niños que no han tenido pérdidas.

Sin embargo, a diferencia de Nagy, otros autores como Speece y Brent (1984) “dicen que el niño a partir de los 7 años, ya comprende el concepto de muerte” (Sarro y De la Cruz, 1991, pág. 78)

Por su parte Pfeffer (1986) “valora que la definición de la conducta suicida en el niño es similar a la del adulto, incorporando la idea de que no es necesario para el niño la comprensión de la realidad e irreversibilidad de la muerte, pero es preciso que tenga algún concepto de la muerte” (Sarro y De la Cruz, 1991, pág. 78)

A partir de esta visión que brinda Pfeffer, se puede comprender la presencia de comportamientos suicidas en el niño, tal vez la diferencia con los adolescentes y los adultos que tienen un concepto claro de muerte, radicaría en la visión que los menores tienen de la muerte.

Visión del niño ante la propia muerte

Guibert (2002), comenta que en los niños la muerte representa una paradoja, es querer matarse pero no morir, a partir de esta reversibilidad que aún le atribuyen a la muerte como parte de su nivel de desarrollo cognoscitivo, la consideran como algo de lo que se puede despertar o regresar. Realmente lo que el niño querría es escapar, huir de una situación insoportable o resolver una situación tensionante que parece inevitable. Es decir, el niño espera con la muerte cambiar o esperar que las circunstancias cambien y estar ahí posteriormente para ver los cambios.

Como sea, como un sueño, como una fantasía, como un juego, el niño pone en riesgo su vida aunque él no pueda comprenderlo. Y creo merece la pena considerarlo un acto suicida desde el momento que el niño elige la muerte con o sin conciencia de las consecuencias fatales, como un medio para modificar su entorno o resolver problemas.

Características de los niños con comportamientos suicidas

Son infrecuentes los casos de niños menores de 12 años que han presentado algún tipo de comportamiento suicida (Sarro y De la Cruz, 1991), pero sin embargo se ha visto que muchos niños que se suicidaron, no recibieron atención previa, y muchos niños que intentan quitarse la vida no reciben los cuidados referentes a salud mental necesarios (Brent y Peper, 1995 en Thompson et al., 2006). No obstante, se continúan haciendo esfuerzos por comprender el dinamismo de la conducta suicida en los niños.

Así, Toolan (1981), identificó varias dinámicas que precipitan este tipo de comportamientos, entre ellas se encuentran:

- ◆ La agresión hacia los padres (la cual es internalizada en forma de sentimientos de culpabilidad y depresión)
- ◆ La manipulación para ganar amor o para castigar a otros
- ◆ La angustia
- ◆ La reacción de sentimientos de desintegración interna
- ◆ El deseo de reunirse con un pariente fallecido

Añadiendo a estas otros factores Martínez et al. 1985:

- ◆ Una llamada de atención de los padres
- ◆ Un pleito con los compañeros
- ◆ Presenciar una fuerte discusión entre sus padres
- ◆ Un acontecimiento doloroso como la separación de los padres, el divorcio, o el abandono inevitable

Los cuales de acuerdo con Martínez et al., generan en el niño sentimientos de pérdida, culpa y soledad que lo orillan a intentar suicidarse. Aunado a estas situaciones precipitantes también intervienen, las experiencias personales, las

identificaciones, el nivel de desarrollo y los componentes inconscientes en los niños.

De acuerdo con este autor incluso el método que el niño elige depende de sus propias experiencias, sus identificaciones y las circunstancias en el momento. Por ejemplo es común en los niños saltar de las alturas, o atravesar las calles. Por lo que, para comprender el comportamiento suicida de un niño es necesario conocer su nivel de desarrollo y el concepto que tenga acerca de la muerte, independientemente de su edad.

Suicidio en adolescentes

La adolescencia es un periodo de intensos cambios, en muchos niveles, corporal, físico, afectivo, familiar, social, sexual y cognitivo. La vida del adolescente está en constante cambio, modificándose a partir de sus propios cambios, lo que resulta ya de por sí, en una época complicada en la vida (Barón, 2000).

El adolescente atraviesa por cambios corporales lo que altera su seguridad y confianza, el autoconcepto que tiene de sí mismo se ve afectado, puede sentirse torpe, poco atractivo, muy atractivo, en fin, sea cual sea la forma como se perciba, es distinta a la que tenía la ser un niño. Lo que también afecta su parte sexual, al tener que definir su identidad, lo que le permitirá relacionarse con los otros.

Su nivel cognitivo ha alcanzado un nivel más alto que le permite filosofar y cuestionarse sobre aspectos sobre la vida y su propia existencia. En lo social se encuentra en un ir y venir entre su vida de niño y su búsqueda de un lugar como adulto, los padres en ocasiones le exigen como un adulto pero no dejan de tratarlo como un niño. Su estado afectivo se ve afectado por estos cambios, sus

sentimientos hacia sus padres y hacia los otros están cambiando, empieza a experimentar nuevas formas de sentimientos.

A nivel psíquico, presenta características psicológicas muy peculiares, son impulsivos, impacientes, muy sensibles, susceptibles, apasionados, emotivos, elementos que los caracterizan. Todos estos elementos que lo modifican en búsqueda de su propia identidad.

Lo que genera que el adolescente se encuentre en un constante desequilibrio y conflicto (Barón, 2000) a causa de estos cambios constantes, lo que puede generarle cierto grado de angustia, el cual puede variar de un adolescente a otro. Siendo esta situación de cambios y desequilibrio la que lo vuelven vulnerable a manifestar comportamientos suicidas, muchas veces al no poder enfrentar las cargas de angustia.

Visión del adolescente ante la propia muerte

Al igual que el niño, el adolescente también tiene una forma peculiar de ver los comportamientos suicidas. El adolescente como refiere Barón (2000) y Espinosa y Anzures (1999), ve el acto suicida la solución a sus problemas existenciales, sean estos familiares o personales. Al mismo tiempo que buscan comunicar lo que les acontece (Vázquez et al. 1998 en Monge et al. 2007). Es una expresión de angustia, tristeza, enojo, frustración, la carencia de necesidades emocionales e incluso puede llegar a ser una expresión de venganza o de castigo hacia los otros.

En el adolescente al igual que en el niño, puede aparecer un pensamiento mágico, caracterizado por fantasías de reunión con alguna persona cercana que ha muerto, o la idea de un renacimiento (Barón, 2000).

De acuerdo con Barón (2000), el intento de suicidio del adolescente se traduce como:

- ◆ La expresión de un deseo de cambio
- ◆ El poner fin a una situación
- ◆ El dejar de sentir lo que está sintiendo
- ◆ Puede ser una forma de reacción ante la impotencia para cambiar una situación o hecho insoportable

Señala ella misma, que a nivel intrapsíquico, de fondo aparece un sentimiento de omnipotencia infantil, en el que el adolescente con su acto podrá modificar las circunstancias en su entorno.

Características de los adolescentes con comportamientos suicidas

De acuerdo con Saucedo (1997), el intento de suicidio en el adolescente es una mezcla entre componentes depresivos e impulsividad agresiva, lo que al combinarse pone al adolescente en un riesgo letal (Vázquez et al. 1996). Ya que al no poder controlar sus impulsos agresivos estos son llevados al acto y muchas veces promovidos por sentimientos depresivos que lo llevan a intentar terminar con su vida.

Al igual que los niños, el adolescente elige el método de acuerdo a sus experiencias y circunstancias (Vázquez et al. 1996), siendo matizado, señala Spranger (1975) con un toque de “teatralidad” con el fin de provocar una impresión más alta. Se añade a esa intención de huir, el componente de causar un efecto en los otros, tal vez culpa o remordimientos.

Casullo et al. (2000 pág. 23), describe tres tipos básicos de comportamiento en los adolescentes con ideación o intento de suicidio:

- ◆ Depresivo perfeccionista. “hace referencia a personas con un Superyó muy rígido que se exigen altos rendimientos y se manejan con altas expectativas de logro. Evidencian necesitar mucho la aprobación social y tendencias a cumplir con las normas sociales vigentes. Son altamente vulnerables a situaciones de fracaso y de crítica. Tienden a idealizar a personas amadas que han fallecido y son altamente propensas a internalizar sentimientos agresivos y hostiles. Se muestran bastante solitarias. Es factible que se hayan criado en el núcleo de familias simbióticas muy conflictivas”
- ◆ Impulsivo. “caracteriza a personas con baja tolerancia a la frustración, incapaces de sentir afectos negativos, muy irritables, con marcadas tendencias a la actuación (acting-out) de sus conflictos. Son muy sensibles a las situaciones en las que se sienten rechazadas por otros, les cuesta resolver situaciones problemáticas de manera eficaz. Generalmente se han criado en el contexto de familias violentas”
- ◆ Desintegrado. “en las personas que pueden incluirse en esta categoría es factible encontrar estados severos de ansiedad con miedo a la pérdida de la identidad. Temen perder el auto-control e irritarse en forma desmedida, son poco asertivas y en general muy sumisas. Suelen padecer ataques de pánico o trastornos de tipo esquizofrénico”

Como puede verse no hay una estructura o un perfil común a todos los adolescentes con comportamientos suicidas, este está matizado por diferentes componentes personales, familiares y sociales. Sin embargo, si existen algunas características comunes tanto en niños como adolescentes que presentan este tipo de conductas.

Suicidio en niños y adolescentes: Características comunes

Entre los rasgos que se han asociado a los comportamientos suicidas en la niñez y la adolescencia, se encuentran los siguientes:

Borst et al. 1989* Mattsson et al. 1969* Pfeffer et al. 1979* Gispert et al 1985* Shaw y Schelkun 1965* Lucio, Loza y Durán 2000 Sourander et al 2001**	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Impulsividad ◆ Cólera ◆ Relaciones emocionales intensas ◆ Dificultades para tolerar la frustración y manejar la agresión ◆ Incapacidad de demorar las acciones ◆ Escasa autoestima ◆ Aislamiento social
Orbach et al 1985* Toro, 1988*	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Estilo cognitivo inflexible ◆ Escasa capacidad de elaborar actitudes o alternativas a los problemas
Paykel, 1975* Gispert et al 1985* Mardomingo y Catalina, 1987*	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Mayor número de acontecimientos generadores de estrés

*(Mardomingo, 1994) ** (Lucio y Hernández, en prensa).

Así mismo, se han detectado algunas experiencias tempranas que se relacionan altamente con los comportamientos suicidas, sobre las que se han hecho varios estudios y que se resumen en la siguiente tabla:

Stanley y Barter 1978*	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Separación del niño de sus padres en periodos clave de la vida
Pfeffer et al. 1984*	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Ser niños no deseados o aceptados ◆ Maltrato y negligencia en el cuidado
Mardomingo 1994	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Depresión en los padres: principalmente en la madre
Gastaminza et al. 1983* Tylor et al. 1984* Deykin et al. 1985* Margolin et al. 1968* McIntire et al. 1977* Mardomingo y Catalina 1992*	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Relaciones conflictivas entre los padres ◆ Relaciones conflictivas con los padres ◆ Falta de atención y desinterés en el niño ◆ Críticas persistentes ◆ Escaso rendimiento ◆ Castigos continuos (físicos o retiro de afecto) ◆ Falta de comunicación intrafamiliar ◆ Aislamiento social
Mattsson et al. 1969* Toolan 1975* Shaffer 1974* Shafii et al. 1985* Rutter 1972* Pfeffer et al. 1984 y 1986* Weissman et al. 1984* Mardomingo y Catalina 1992*	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Ausencia de uno de los padres, ya sea por muerte, separación o abandono
De Wilde et al. 1992**	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Separación de los padres ◆ Abuso físico ◆ Cambios en la situación de vida o del cuidador ◆ Abuso sexual ◆ Mayor presencia de problemas durante la infancia
Beautrais 2003***	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Separación de los padres y divorcio ◆ Psicopatología en los padres ◆ Historia de abuso físico y/o sexual en la infancia ◆ Daño o abandono por parte de los padres

*(Mardomingo, 1994) ** (De Wilde, Kienhorst, Diekstra y Wolters, 1992) *** (Beautrais, 2003)

Como podemos ver son muchos los componentes individuales, psicológicos, familiares y sociales que se encuentran altamente relacionados a las conductas suicidas. Existen experiencias de vida, que predisponen a este tipo de comportamientos. Pero no es, sino la combinación de estos factores, las características personales del individuo y las circunstancias del momento, lo que determinan un acto suicida. Como lo indican Hernández y Lucio (2006), al hablar de los sucesos estresantes en relación al riesgo suicida. De estas características citadas, se han desprendido una serie de factores de riesgo que predisponen la conducta suicida.

Factores de riesgo

Son muchos los que han escrito sobre estos factores, entre los que destacan factores individuales y familiares, apareciendo en menor grado, los sociales, escolares y cognitivos. Es larga la lista y muchos autores coinciden en estos hallazgos. Por lo que a manera de esquema se presentaran. Dichos factores fueron tomados de la revisión de la literatura (Agerbo, Nordentoft, y Bo Mortensen, 2002; Campo et al. 2003; Casullo et al. 2000; Hawton y James, 2005; Hernández, Rebastillo, Danauy, Bess, 1999; Hernández y Lucio, 2006; Johnson, Cohen, Gould, Kasen, Brown y Brook, 2002; Mardomingo, 1994; Martínez et al. 1985; Páramo y Chávez, 2007; Quintanar, 2007; Sánchez et al. 2005, Terronez et al. 1999-2000; Toth, Schwartz y Kurka, 2007; y Valadez, Quintanilla, González, y Amezcua, 2005) donde se citan los trabajos de Orbach y Glaubman 1971; Rohn et al. 1977; Pfeffer 1979; Lumsden Walker 1980; Roberts y Hawton 1980; Pfeffer et al. 1980; Hawton et al 1982; Cohen et al. 1982; Garfinkel et al. 1982; Pfeffer et al. 1983; Pfeffer et al. 1984; Queralat 1993; Bjarmason y Tharlindson 1994; Wagner y Cohen 1994; Maris 1995; Reifman et al. 1995; Woods et al. 1997; Bell y Clark 1998; Kaplan y Sdock 2000; Borowsky et al. 2001; Dubes et al. 2001 y Roy 2004.

Los factores señalados son los siguientes:

Personales	Familiares	Sociales				
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Atracción hacia la muerte ◆ Abuso de drogas ◆ Intentos previos de suicidio ◆ Depresión ◆ Conducta antisocial ◆ Conducta narcisista ◆ Trastornos emocionales ◆ Soledad ◆ Vergüenza ◆ Culpa ◆ Desesperanza ◆ Sentimientos de minusvalía ◆ Deseos de morir ◆ Rabia ◆ Hostilidad ◆ Irritabilidad ◆ Abuso físico y/o sexual ◆ Pérdida de un familiar o amigo por suicidio ◆ Fácil acceso a armas de fuego ◆ Trastornos de identidad sexual ◆ Trastornos de alimentación ◆ Pérdida de una persona significativa ◆ Problemas con la autoridad ◆ Conductas agresivas ◆ Conductas autodestructivas ◆ Pertenecer a pandillas ◆ Dificultad para hacer amigos ◆ Apatía ◆ Insomnio 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Padres o familiares con antecedentes de suicidio, tentativa o ideación ◆ Ausencia de afecto entre los miembros de la familia ◆ Discusiones y pleitos familiares ◆ Relaciones inadecuadas entre los padres ◆ Desintegración familiar ◆ Enfermedades psiquiátricas familiares ◆ Falta de soporte familiar ◆ Depresión en los padres ◆ Maltrato de los padres hacia los hijos ◆ Uno o ambos padres atraviesen por una crisis que no le permita estar al pendiente del hijo ◆ Falta de uno de los padres por muerte, abandono o separación ◆ Familias uniparentales ◆ Percepción de falta de apoyo de la familia ◆ Desempleo de uno o ambos padres ◆ Padres con una educación pobre ◆ Sobreprotección ◆ Padres castigadores ◆ Madres posesivas 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Pobreza ◆ Cambio de domicilio <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Escolares</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Fracaso escolar ◆ Fuertes presiones de los padres por obtener logros ◆ Violencia escolar </td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Cognitivos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Alteraciones neurpsicológicas (Déficit en funciones ejecutivas, fluidez verbal, razonamiento lógico y lenguaje) ◆ Problemas de aprendizaje ◆ Pobres habilidades para resolver problemas ◆ Rigidez cognitiva </td> </tr> </tbody> </table>	Escolares	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Fracaso escolar ◆ Fuertes presiones de los padres por obtener logros ◆ Violencia escolar 	Cognitivos	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Alteraciones neurpsicológicas (Déficit en funciones ejecutivas, fluidez verbal, razonamiento lógico y lenguaje) ◆ Problemas de aprendizaje ◆ Pobres habilidades para resolver problemas ◆ Rigidez cognitiva
Escolares						
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Fracaso escolar ◆ Fuertes presiones de los padres por obtener logros ◆ Violencia escolar 						
Cognitivos						
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Alteraciones neurpsicológicas (Déficit en funciones ejecutivas, fluidez verbal, razonamiento lógico y lenguaje) ◆ Problemas de aprendizaje ◆ Pobres habilidades para resolver problemas ◆ Rigidez cognitiva 						

Como se puede ver en la tabla, son muchos los factores que se han relacionado al suicidio, sin embargo, unos solo por sí mismo, no es determinante de nada, más

bien la conjunción de varios de ellos aumenta el riesgo de cometer suicidio o tentativas.

Llama la atención la presencia de altos indicadores familiares, que aunque la familia es un núcleo importante para el niño y el adolescente, en este fenómeno intervienen una serie de componentes familiares importantes, por lo que al tratar niños o adolescentes con comportamientos suicidas es importante valorar la historia familiar del menor, ya que ahí puede haber información valiosa que permita entender los comportamientos en el chico.

Así mismo, se han estudiado algunos factores que pueden servir de protección ante estos eventos.

Factores protectores

Muchas veces ponemos atención en el problema, lo que lo desencadena, todos aquellos componentes que intervienen, y tratamos de entenderlo, pero pocas veces, nos damos a la tarea de mirar desde otro ángulo, de ver qué aspectos pueden proteger al niño o al adolescente ante momentos adversos.

Buendía et al. (2004), en su obra, señala algunos aspectos que puede servir de protección ante las conductas suicidas. Entre ellos se encuentran en primer plano el apoyo social y comenta Blumenthal y Kupfer, 1990 y LaFrombase y Howard-Pitney, 1995, que este apoyo debe ser de calidad y consistente. Dentro de este, se incluiría el apoyo de la familia, de los amigos y los pares, y de las personas cercanas al individuo como puede ser un maestro u orientador.

Al haber un buen apoyo social, esto permitirá que el chico desarrolle adecuadas habilidades sociales, que le permitirán hacer frente de una manera más funcional a sus problemas. Al mismo tiempo se busca que este apoyo provea al niño o adolescente de elementos para desarrollar un adecuado autoconcepto y autoestima que propiciará una mayor confianza y expectativas de autoeficacia.

También es importante que el menor cuente con estrategias adecuadas de afrontamiento y habilidad para la resolución de problemas, lo que le ayudará a evitar la visión de túnel, que generalmente se presenta en chicos con comportamientos suicidas. Siendo todos estos, factores que protegen al niño o al adolescente ante un acto suicida y le permiten buscar y enfrentar de una manera diferente las adversidades.

Como puede verse en este apartado, el comportamiento suicida en niños y adolescentes, es algo que ha sido estudiado ya por varios autores a lo largo del tiempo, pudiendo diferenciar características propias de esta población, así como posibles eventos que pueden ser desencadenantes o favorecer este comportamiento. Sin embargo antes de concluir este apartado, es importante retomar un aspecto, que aunque para algunos parece obvio, para otros que no están involucrados de lleno en este tema, resulta confuso.

Este aspecto es el referente a la aceptación del comportamiento suicida en el niño y el adolescente, ya que a veces tendemos a negar o a no dar la importancia necesaria a lo que el niño está manifestando con su comportamiento, en este caso el deseo de morir, o como ya vimos, el deseo de evadir, de huir a una situación que lo ha rebasado y le parece insoportable. Independientemente de cuáles sean los motivos del menor para expresar verbal o conductualmente este deseo, o cuales sean sus intenciones, es importante, en todo caso evaluar la situación y tomar las medidas pertinentes para salvaguardar la vida del menor, ya que como se mencionó el no ve otra salida, pero nuestro trabajo justamente consiste en eso, en permitirle ver otras formas de hacer frente a sus problemas.

Perspectivas teóricas sobre el suicidio

Sobre el tema del suicidio se han desarrollado algunas perspectivas teóricas que trata de explicar dicho fenómeno, fundamentadas en teorías más generales. Las primeras teorías que aparecieron fueron las psiquiátricas y las sociológicas, para después incorporarse las psicodinámicas. De acuerdo con Villardón, (1993), las perspectivas teóricas sobre el suicidio se dividen en dos vertientes, las que se interesan por factores sociales y las que se enfocan en características personales del individuo y estas se clasifican de la siguiente manera:

Sociales: Sociológicas

Personales: Psiquiátricas
 Psicológicas
 Psicoanalíticas

De acuerdo con Villardón (1993), las teorías sociológicas tienen como fundamento datos estadísticos, mientras que las que evalúan las características personales, generalmente se presentan a manera de estudio de caso (s). Sin embargo, en este apartado veremos, que no siempre es así, ya que las teorías psiquiátricas modernas, por ejemplo, retoman también algunos datos cuantitativos en sus estudios, y algunas teorías sociales modernas empiezan a integrar componentes individuales a su estudio. A continuación haremos un breve recorrido por algunas de ellas, para dar un panorama general de cómo se encuentra el nivel teórico

acerca del suicidio, deteniéndonos un poco más en las psicoanalíticas, que servirán de referencia para el análisis de algunos casos más adelante.

Sociológica

La teoría sociológica, tiene su fundamento en los trabajos de Durkheim (1951), como ya se mencionó anteriormente, los trabajos de Durkheim, vinieron a cambiar la historia del suicidio al introducir el componente sociológico al fenómeno suicida, lo que brindo la pauta para ver el suicidio desde diferentes puntos de vista. Esta teoría explica el suicidio como resultado de aspectos propios de la sociedad, de su estructura y sus características. Se da a partir de una perspectiva sociológica y su objetivo es conocer las tasas de suicidio en las sociedades y no el suicidio de manera individual. Desde esta perspectiva se considera que cada grupo social tiene una tendencia propia hacia el suicidio y que este depende de causas sociales y es el resultado de esos factores. Durkheim en su obra, clasifica los suicidios en cuatro grandes categorías: El egoísta, que se presenta a partir y como consecuencia de una falta de integración social. El altruista, en donde al contrario del egoísta, existe una integración social demasiado fuerte. El anómico, que se presenta cuando la sociedad atraviesa por transformaciones que perturban al individuo. Y el fatalista, que al contrario del anómico, este se da a causa de una excesiva regulación social (Villardón, 1993).

Como puede observarse, dicha teoría hace énfasis en aspectos sociales, como su nombre lo indica, pero también, como puede verse, descuida aspectos individuales, que también son importantes en los comportamientos suicidas, como ya hemos visto en apartados anteriores.

Psiquiátrica

Dentro de la perspectiva psiquiátrica, podemos observar dos vertientes, la psiquiatría clásica y la epidemiológica.

La perspectiva clásica, explica el suicidio desde el concepto de enfermedad, refieren que el suicidio es consecuencia de alteraciones psicológicas que se encuentran presentes en ciertos trastornos psiquiátricos como la depresión o el consumo de sustancias. Uno de los representantes de esta postura es Esquirol (1838), quien hablaba del componente patológico del suicidio, años más tarde Ladame (1987) continua asociando las tentativas suicidas con la patología. Desde esta perspectiva se consideran las características individuales de las personas y se basa principalmente en el análisis de casos (Sarro y De la Cruz, 1991 y Villardón, 1993). Entre las principales críticas que se hacen a esta postura, está el hecho de que son estudios a posteriori y no evalúan al sujeto antes del intento.

Dentro de la postura psiquiátrica epidemiológica, ya se intentan integrar aspectos individuales y sociales, a manera de renovar y ampliar la perspectiva clásica. Esta postura se ha dado a la tarea de identificar grupos de riesgo y describir sus características. Se han enfocado en aspectos sociodemográficos, psicopatológicos y sociales. Aportando valiosa e interesante información sobre estas poblaciones. Entre las críticas que se hace a esta postura es que no la importancia que dan a aspectos psicológicos es mínima (Villardón, 1993).

Como podemos observar la perspectiva psiquiátrica, aunque ha aportado valiosos hallazgos al estudio del fenómeno suicida, aún deja cosas de lado y continua brindando una gran importancia al componente psicopatológico, que como hemos podido ver en otros estudios, no siempre el comportamiento suicida viene acompañado de una psicopatología previa.

Psicológica

Son varias las posturas psicológicas, con respecto al fenómeno del suicidio, sin duda entre lo más citado, están los trabajos de Shneidman y Beck. Pero también, existen otras propuestas desde la psicología que pretenden explicar el comportamiento suicida. A continuación se revisarán algunas de ella.

Shneidman

Esta teoría parte de los trabajos de Shneidman (1976) con su trabajo “Teoría Psicológica del suicidio”, donde habla de cuatro componentes de la conducta suicida, siendo estos: la hostilidad, la perturbación, la constricción y el cese. Refiriéndose a la hostilidad como la agresión hacia sí mismo, la cual aumenta momentos antes del suicidio; la perturbación estaría matizada por estados emocionales negativos, como puede ser malestar, pena o culpa; la construcción estaría caracterizada por una manera muy peculiar de percibir de la realidad, solo aquellos aspectos negativos en la vida, algo que denomina “visión de túnel”, a la vez que aparece un pensamiento dicotómico; finalmente el cese se presentaría al estar aumentados los tres componentes ya descritos, donde aparecería la idea de cese, de terminar con la vida como una posible solución (Villardón, 1993).

Más adelante completaría su trabajo, describiendo diez características que se observan en el suicidio (Villardón, 1993):

- ◆ El propósito común del suicidio es buscar una solución.
- ◆ El objetivo común es el cese de la conciencia
- ◆ El estresor común en el suicidio son las necesidades psicológicas frustradas.

- ◆ La emoción común en el suicidio es la indefensión-desesperanza.
- ◆ El estado cognitivo común es la ambivalencia.
- ◆ El estado perceptual común en el suicidio es la constricción
- ◆ La acción común es el escape.
- ◆ El acto interpersonal común es la comunicación de la intención.
- ◆ El acto suicida es coherente con los patrones de afrontamiento que ha tenido el sujeto a lo largo de la vida.

Beck

La propuesta de Beck, parte de su trabajo realizado con pacientes deprimidos. Pone mayor énfasis en aspectos cognitivos y sus principales objetivos son reconstruir el aparato cognitivo del sujeto, de acuerdo con su realidad y proporcionarle habilidades sociales que aseguren una mayor integración social y una proyección en el futuro (Clemete y González, 1996).

Kelly

La teoría de Kelly (1955), parte de su teoría del constructo personal, en la que plantea que los sujetos tienen una particular forma de adaptarse al ambiente y con ello el sujeto construye e interpreta la realidad, convirtiéndola en su realidad. Dando explicación al suicidio desde dos razones que considera fundamentales: la primera razón es, que el futuro es obvio para la persona y por tanto no le motiva y la segunda razón señala que el futuro es completamente impredecible para el sujeto y por ello renuncia a él. Y añade, que el sujeto no tiene la intención de destruirse sino más bien desea prolongar la vida y darle significado (Clemente y González, 1996).

Neimeyer

La postura de Neimeyer (1983) parte del lo expuesto por Kelly, aplicando los conceptos de la teoría del constructo personal a la depresión y el suicidio, y señala que los sistemas de los constructos personales se caracterizan por cuatro aspectos: 1) Anticipación de fracaso. Esta variable está íntimamente relacionada con la desesperanza con respecto al futuro. 2) Autoconstrucción negativa. Se refiere a una visión negativa de sí mismo, lo que tiene mucho que ver con una baja autoestima. 3) Construcción polarizada o, de otra forma, pensamiento dicotómico. Se caracteriza por un modo de razonar que prescinde de las posibilidades intermedias y se ciñe solamente a las posibilidades extremas. Y 4) Aislamiento interpersonal. Y añade que en el caso de suicidio se suman otros cuatro aspectos: constrictión en el contenido y aplicación de constructos y desorganización del sistema de constructos (Villardón, 1993).

Rotter

Esta postura teórica, plantea una teoría del aprendizaje social, compaginada con la teoría psicológica del refuerzo social y la teoría psicológica cognitiva. Desde aquí se explica que al tener una vida con experiencias continuas de ineficiencia esto provoca un estancamiento en el individuo y se absorben las limitaciones impuestas por el ambiente tomándolas como propias. Explican el suicidio a partir de dos supuestos, uno es, al no poder realizar las expectativas propias y percibirse como incapaz de controlar su vida deviene el suicidio. Y la otra es, como una alternativa aprendida como plausible, al no poder cumplir con las expectativas, que a su vez le sirven como refuerzo vital (Clemente y González, 1996)

Teorías de personalidad

Estas teorías evalúan las características de personalidad de los individuos que cometen suicidio frente a los que no lo hacen, son varios los que han estudiado al respecto y han designado con varios términos a las características encontradas, por ejemplo: algunos hablan de personalidades borderline (Waldinger, 1986), otros refieren desórdenes de personalidad (Perdomo, 1987), unos más hablan de neuroticismo (Mattisson, 1988), algunos más de excitabilidad (Mehrobian y Weinstein, 1985), otros se refieren a perfeccionismo (Weisse, 1990) y finalmente los que hablan de egocentrismo (Hafen y Frandsen, 1986 y Hoppe, 1987). Sin embargo, ninguno de estos hallazgos son concluyentes, por lo que no se puede hablar de una personalidad suicida (Villardón, 1993)

Psicoanalíticas

Dentro del psicoanálisis se han creado distintas posturas considerando principios básicos, en el tema del suicidio, no se ha hecho la excepción, y podemos encontrar varios trabajos al respecto. Pero de manera general, estos coinciden en que en el suicidio se presentan ciertos estados afectivos que se caracterizan por cólera, desesperanza, desesperación y culpa, y describen que los suicidas llega a contemplar la muerte como una forma de abandono, desquite, renacimiento, reunión o castigo (Villardón, 1993). Hendín (1991), señala al respecto, la presencia de ciertos factores psicológicos causales de estos comportamientos, entre ellos habla de la presencia de conflictos, las pérdidas y la presencia de cambios en las relaciones (Campo et al. 2003).

Freud

Como todos sabemos, la teoría psicoanalítica parte de los trabajos de Freud, quien con respecto al suicidio, tocó algunos puntos, primeramente en su escrito “Duelo y melancolía”, refiere que el origen del suicidio es un deseo reprimido de matar a alguien, dicha agresión es autodirigida y dirigida hacia un objeto introyectado, el cual ha sido cargado libidinalmente de forma ambivalente, por lo que se convierte en un objeto de amor y de odio (Almanza et al. 1997; Kaplan, 1999 y Sarro y De la Cruz, 1991).

Más adelante en su escrito “Más allá del principio del placer”, describe el Eros y Thanatos (el instinto de vida y muerte). Refiriéndose al thanatos como la total ausencia de placer más que como una específica tendencia hacia la muerte. Señala que el thanatos es dirigido hacia el exterior mediante ciertos mecanismos que lo regulan. Pero sin embargo esto no siempre ocurre, como en el caso del suicidio. Donde el suicidio aparece como resultado de una oposición entre los instintos de vida y de muerte, con prevalencia de instinto de muerte y a la par la persona presenta imposibilidad para dirigirlo hacia fuera, hacia los otros. Utilizando mecanismos de defensa como la proyección, sublimación e introyección dirige la agresión hacia sí mismo, en donde el superyó punitivo permite que esa agresión y hostilidad se dirijan hacia sí mismo, deviniendo la depresión y posteriormente la autoagresividad (Clemente y González, 1996; Mardomingo, 1994; y Villardón, 1993).

Meninger

Menniger fue discípulo de Freud, y trabajó más ampliamente el tema del suicidio, en su obra “El hombre contra sí mismo” (1972). Algunos autores como Estruch y Cardús (1982), consideran que su trabajo es la “teorización psicoanalítica clásica del suicidio”. Menniger concebía al suicidio como un homicidio invertido, en el cual,

la cólera del paciente no podía ser dirigida hacia otra persona, resultando en la autoagresión. El distinguía tres dimensiones en los suicidios: el deseo de morir, el deseo de matar y el deseo de ser matado (Kaplan, 1999 y Villardón, 1993).

Ana Freud

Ana Freud en 1965, refiere que es posible que se presenten deseos de suicidio, y que dichos deseos nacen de la inversión del odio hacia los padres (Mardomingo, 1994).

Schrut

En 1964, Schrut, señala que en el suicidio se observa un trastorno en la relación con los padres, de manera específica, con la madre, quien inconscientemente manifiesta sentimientos hacia su hijo de ser una carga. En respuesta a estas manifestaciones inconscientes, los actos autoagresivos del hijo son entendidos, como una satisfacción parcial, hacia el deseo de la madre de que el hijo no exista (Mardomingo, 1994).

Abadí

Otras propuesta es la expresada por Abadí (1973), en su trabajo "La fascinación de la muerte: Panorama, dinamismos y prevención del suicidio". Donde señala una relación del suicidio con las vivencias persecutorias y las ansiedades paranoides, que sugiere son elementos de toda fantasía suicida.

Él refiere, con respecto al tema de la intencionalidad del acto, que tanto el suicidio consumado, como el suicidio deseado, imaginado, o frustrado, tienen las mismas

connotaciones y psicodinamismos. Por lo que para él, es igual si el suicidio se realizó, fue un acto fallido o simulado. Su trabajo parte de ciertas nociones nucleares acerca del suicidio, las cuales son:

- ◆ El predominio de las ansiedades paranoides y vivencias persecutorias. Abadi señala que todo individuo con tendencias suicidas es un ser atemorizado, presa del pánico y con delirios de persecución inconscientes la mayoría de las veces. Comenta que aunque aparenta síntomas de depresión, apatía o introversión, siempre en el fondo podemos ver a un ser que se siente perseguido. En este caso, el suicidio vendría a ser una forma de defensa, basada en la fantasía mágica de huir del perseguidor.
- ◆ La noción de que el suicidio es la resultante de mecanismos de defensa del yo. Señala, que con respecto a esta forma mágica de huir del sujeto, como una defensa a la persecución, aparece el suicidio como un mecanismo de defensa del yo, como una forma desesperada de escapar o de burlar a su perseguidor. Aunque dicho mecanismo resulta paradójico, al intentar contra la propia vida.
- ◆ Su carácter de actuación psicótica. Da el calificativo de actuación psicótica, al acto suicida, partiendo de dos razones, una por tratarse de ansiedades psicóticas y dos al hacer uso de mecanismos regresivo de defensa, basados en la omnipotencia infantil.
- ◆ La intensa condición masoquista subyacente. Señala la presencia de componentes masoquistas, a los que denomina “seudomasoquismo”,
- ◆ La postulación del valor mágico del acto suicida. Refiere que en toda fantasía inconsciente, el suicidio es un acto de magia. Señala que aunque suena paradójico, todo acto suicida no busca la muerte sino la supervivencia y resurrección y la forma de lograrlo en mediante una muerte mágica que en su fantasía no lo mata.

- ◆ El nivel profundo de regresión. Todo intento de suicidio presenta un profundo nivel de regresión y señala dos aspectos, el primero supone la regresión a la posición esquizoparanoide, caracterizada por ansiedades paranoides, primitivos mecanismos de defensa y pensamiento mágico y la segunda porque en la fantasía inconsciente el suicidio es un medio para lograr la regresión al vientre materno considerado como un refugio ideal contra la frustración y persecución.

En su obra, refiere también la presencia de tres fantasías inconscientes, el suicidio como fantasía de agresión, el suicidio como fantasía de castigo y el suicidio como fantasía de retorno al seno materno y renacimiento.

Y señala algunas de las motivaciones del suicidio, siendo estas: La idea de omnipotencia en el suicidio de disponer (al igual que Dios) de su vida y de su muerte; la burla del mundo; la fantasía de adquirir un bien mayor; la idea de una salida desesperada de un callejón sin salida; la huida de la realidad perseguidora o frustrante; una forma extrema y masiva de negación o represión de la realidad externa e interna; un paroxismo masoquista, una expiración profunda de toda culpa; una promesa de renacimiento; una venganza contra el mundo; una estrategia destinada a jaquear la persecución a través de una actuación maniaca; una identificación con el perseguidor; un escapar del sentimiento de soledad. Abadí, integra todos estos elementos e intenta explicar el dinamismo de los comportamientos suicidas.

Como podemos ver, es mucho lo que se ha dicho con respecto al suicidio, desde las distintas perspectivas teóricas, información que nos brinda un amplio panorama acerca de las personas que cometen o intentan terminar con su vida. Información que a su vez, sirve para diseñar planes estratégicos de prevención e intervención ante los comportamientos suicidas.

Modelos de intervención en pacientes suicidas

Son varios los modelos teóricos empleados en la psicoterapia, así como sus técnicas que determinan sus formas de intervención, antes de hablar acerca del trabajo terapéutico con pacientes suicidas es importante tener un panorama general de las diferentes técnicas empleadas por los diferentes modelos teóricos. Técnicas que se basan en supuestos teóricos y que han sido implementadas en variadas poblaciones.

Dentro de los modelos más empleados se encuentran:

	Técnicas utilizadas
Psicoanálisis	<ul style="list-style-type: none">◆ Interpretación◆ Aclaración◆ Confrontación◆ Alianza de Terapéutica◆ Transferencia◆ Contratransferencia

	Técnicas utilizadas
Cognitivo conductual	<ul style="list-style-type: none">◆ Técnicas cognitivas<ul style="list-style-type: none">• Terapia Racional Emotiva• Terapia Cognitiva de Beck• Reestructuración Cognitiva◆ Técnicas de afrontamiento<ul style="list-style-type: none">• Inoculación de Estrés• Solución de Problemas

	Técnicas utilizadas
Modificación conductual	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Técnicas de exposición <ul style="list-style-type: none"> • Desensibilización Sistemática • Inundación • Implosión • Exposición guiada • Autoexposición ◆ Técnicas basadas en el Condicionamiento Operante <ul style="list-style-type: none"> • Reforzamiento positivo y negativo • Control estimular • Extinción operante • Tiempo fuera de reforzamiento • Costo de Respuesta • Saciación • Sobrecorrección • Refuerzo diferencial de otras conductas • Programas de Economía de Fichas • Contratos conductuales ◆ Técnicas aversivas <ul style="list-style-type: none"> • Castigo • Procedimientos de escape y evitación • Condicionamiento clásico con estímulos aversivos ◆ Técnicas de condicionamiento encubierto <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilización Encubierta • Modelado Encubierto ◆ Técnicas de autocontrol ◆ Técnicas de adquisición de habilidades <ul style="list-style-type: none"> • Juego de Roles • Modelado • Ensayo de conducta ◆ Técnicas de relajación

	Técnicas utilizadas
Centrada en la persona	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Técnicas de Terapia centrada en el cliente ◆ Técnicas de Psicoterapia experiencial ◆ Técnicas de Psicoterapia de proceso experiencial ◆ Técnicas de Terapia bioenergética ◆ Psicodrama

	Técnicas utilizadas
Gestalt	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Supresivas <ul style="list-style-type: none"> • Experimentar la nada o el vacío • Evitar "hablar acerca de" • Detectar los "deberías" • Detectar las diversas formas de manipulación y los juegos o roles "como si" ◆ Expresivas <ul style="list-style-type: none"> • Expresar lo no expresado <ul style="list-style-type: none"> ▪ Maximizar la expresión ▪ Pedir al cliente que exprese lo que está sintiendo ▪ Hacer la ronda • Terminar o completar la expresión • Buscar la dirección y hacer la expresión directa <ul style="list-style-type: none"> ▪ Repetición ▪ Exageración y desarrollo ▪ Traducir ▪ Actuación e identificación • Técnicas Integrativas

Desde las diferentes perspectivas teóricas, se han desarrollado modelos de intervención con pacientes suicidas, el psicoanálisis, la terapia cognitiva, la terapia centrada en la persona, la conductual y la gestalt, entre otras, has brindado técnicas terapéuticas con este tipo de pacientes.

Antes de hablar de este tipo de intervenciones, es importante señalar lo que comenta Almanza et al. (1997). De acuerdo con estos autores; el terapeuta debe tener claro su propio sentir hacia la muerte, hacia la propia muerte y hacia el

fenómeno suicida. Ya que esto permitirá abordar la situación de manera serena y disminuirá la ansiedad.

Ya que como reporta Toth, Schwartz y Kurka, (2007), el tema del suicidio en general, despierta en los terapeutas ansiedad y temor, por lo que en estos casos el terapeuta requiere realizar un mayor esfuerzo ya que se encuentra frente a una situación desafiante.

Al respecto Almanza et al., (1997), señalan que la indagación sobre el comportamiento suicida se debe hacer de manera directa y en un clima de apoyo emocional y respeto. Lo que ayudará al paciente a poder expresar sus sentimientos en torno a su comportamiento suicida y a su sufrimiento. Dentro de este indagatorio se deberán identificar las ideas del paciente acerca de la muerte, de la muerte propia, planes suicidas y actos específicos que sugieran intenciones suicidas.

Para hacer la valoración del riesgo suicida se deben considerar los siguientes puntos (Kaplan, 1996 y Slaikeu, 1988 en Almanza et al., 1997):

- ◆ Efectuar una evaluación médica orientada a considerar el estado físico del paciente.
- ◆ No dejar solo al paciente nunca, en tanto no se establezca claramente el riesgo suicida.
- ◆ Efectuar una intervención en crisis.
- ◆ Explorar las características del intento suicida.
- ◆ Establecer el diagnóstico psiquiátrico presuntivo.
- ◆ Explorar con cuidado la red social de apoyo existente.
- ◆ De no estar indicada la hospitalización, es indispensable clarificar con la familia o el grupo de apoyo, las posibilidades de riesgo existentes y las acciones a implementar en el curso de que suceda otro intento de autodaño.

- ◆ En caso de hospitalización, deberá plantearse claramente al enfermo el tiempo promedio de estancia y el plan de manejo hospitalario, y el modo en que éste coadyuvará a su recuperación.

Y señalan que la intervención en crisis es de utilidad en el momento agudo, donde la terapia sirve de apoyo. Posterior a esto se deberá implementar una intervención terapéutica, haciendo un análisis más profundo de la situación (Almanza et al., 1997)

Sin embargo, otros autores como Toth, Schwartz y Kurka (2007), refieren que muchos terapeutas se centran en la recolección de datos, identificando los riesgos y no exploran la narrativa de la historia del paciente para entender el significado del suicidio para la persona (Rogers y Soyka, 2004 en Toth, Schwartz y Kurka, 2007)

En lo que respecta al tratamiento de niños se considera que este debe darse en consulta externa (Hawton, 1982; Mattson y col., 1969; Orbach y col., 1981 y Pfeffer, 1979 en Martínez et al., 1985), y se deben observar los juegos ya que de esta manera el menor manifiesta sus ideas suicidas, las ideas en torno a la muerte y la agresión (Martínez et al., 1985), elementos que nos permitirán comprender los comportamientos suicidas del niño.

Al mismo tiempo se debe trabajar con los padres y analizar la historia familiar ya que esto puede proporcionar claves importantes para el análisis del caso (Hawton, 1982, en Martínez, 1985).

En los adolescentes se busca encontrar el sentido del acto suicida, para ello el objetivo de la terapia será establecer una buena alianza de trabajo para terminar con el aislamiento del adolescente, lo que le permitirá reflexionar acerca de sí mismo, de sus deseos, buscando restablecer la autoestima y disminuir su impotencia y desesperanza (Barón, 2000).

Volviendo al tema de los modelos de intervención, Lester (2005), señala que estos están basados en las teorías clásicas del comportamiento humano, con lo que se justifican las técnicas terapéuticas empleadas. Lester revisó la literatura sobre los modelos en psicoterapia y encontró que en su mayoría suelen ignorar el tema del suicidio, ya que son pocos los trabajos que encontró en que se hiciera referencia a casos de suicidio. Y señala que los trabajos encontrados son de índole psicoanalítica y cognitiva, siendo la gestalt la que proporciona menos casos.

En lo que respecta a los trabajos basados en la terapia cognitivo conductual, encontramos como ejemplo, el trabajo de Brown, Ten Have, Henriques, Xie, Hollander y Beck, (2005), donde encontraron resultados favorables al implementar un tratamiento con enfoque cognitivo conductual, logrando disminuir las tentativas suicidas con pacientes que habían tenido intentos previos.

Dentro del psicoanálisis se encuentran trabajos de Berman y Jobes, (2002) y Bott, (1999), donde se describe el trabajo terapéutico desde un enfoque psicoanalítico.

Lester (2005) señala que los terapeutas que trabajan con pacientes suicidas necesitan examinar tres elementos. El primero, referente a si todos los modelos en psicoterapia pueden usarse de manera segura en pacientes suicidas. El segundo elemento es considerar si el objetivo principal de la terapia es el comportamiento suicida o el problema subyacente, llámese depresión o aislamiento social, lo que lleva a dilucidar si se trata de un problema agudo o crónico. Y el tercer punto es considerar si el modelo terapéutico es el adecuado para cada tipo de pacientes ya que cada persona tiene sus características propias.

Dentro de los modelos que se reportan para el trabajo con pacientes suicidas se encuentran los siguientes (Lester, 2005):

	Técnicas utilizadas
Psicoanálisis	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Asociación libre ◆ Transferencia ◆ Interpretación
Terapia cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Enseñar a distanciarse de sus cogniciones. ◆ Aprender a examinar sus cogniciones objetivamente ◆ Evaluar críticamente y distinguir entre sus evaluaciones y realidad ◆ Enseñar a corregir las distorsiones cognitivas
Terapia conductual	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Desarrollo de habilidades sociales ◆ Reforzamiento positivo de conductas apropiadas ◆ Reforzamiento negativo de los comportamientos suicidas ◆ Paradoja ◆ Contratos
Gestalt	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Silla vacía ◆ Psicodrama
Centrada en la persona	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Escucha empática ◆ Metáforas

Cómo puede verse son varias las técnicas que se han empleado en el trabajo con pacientes suicidas desde las diferentes teorías, obteniendo con ellas resultados favorables para la persona. Sin embargo, la literatura reporta una serie de complicaciones para algunos modelos, por ejemplo, en el psicoanálisis se critica la duración del tratamiento ya que en pacientes suicidas se debe actuar de manera inmediata, ante lo que se sugiere realizar una intervención breve focalizada en el comportamiento suicida y posteriormente iniciar un proceso psicoanalítico profundo. A la terapia gestalt, se le critica que puede ser muy confrontativa para los pacientes suicidas, y la centrada en la persona refieren que la escucha empática no es suficiente por sí misma en estos casos.

En el caso de niños y adolescentes suicidas, no se reporta muchos datos referentes a la intervención terapéutica, ya que la literatura al respecto es escasa. Sin embargo, encontramos el trabajo de Hernández (2007), quién trabajó con un grupo de adolescentes mexicanos con riesgo suicida mediante un modelo humanista colaborativo.

Aunque los trabajos antes mencionados, aportan un panorama sobre las intervenciones terapéuticas que han funcionado con pacientes suicidas, no hay que dejar de lado, las técnicas proporcionadas por los diferentes marcos teóricos para el trabajo específico con niño, las cuales en algunos casos son las mismas que las empleadas con adultos. Sin embargo, al ser este un trabajo referente a niños y adolescentes, es importante tenerlas presentes. Por lo que a continuación se hará una breve reseña de las técnicas terapéuticas empleadas con niños y que pueden servir en algunos casos para el trabajo con adolescentes.

Teoría	Metas	Técnica
Psicoanálisis	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Aspiran a generar un cambio no sólo conductual o sintomatológico, sino de aspectos más amplios, profundos y esenciales del niño, y sus formas de enfrentar la vida y sus duras pruebas. ◆ El menor sienta lo que realmente siente, piensa y hace. ◆ Mediante el juego permitir que el niño lleve sus conflictos a un ámbito simbólico 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Juego simbólico / Asociación libre ◆ Confrontaciones ◆ Interpretaciones ◆ Señalamientos ◆ Escucha empática
Centrada en la persona	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Desarrollar un autoconcepto más positivo ◆ Asumir una mayor responsabilidad personal ◆ Aceptarse cada vez más a sí mismo ◆ Volverse más independiente ◆ Confiar más en sí mismo 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Juego / Lenguaje ◆ Reflejos
Gestalt	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Fortalecimiento del sí mismo ◆ Ofrecer experiencias que estimulen e intensifiquen el uso de los sentidos ◆ Ofrecer experiencias para ayudar a que el menor cobre más conciencia de su cuerpo ◆ Ayudar a descubrir y expresar emociones bloqueadas 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Juego / expresión ◆ Metáforas ◆ Proyecciones ◆ Traducciones ◆ Conjeturas
Cognitivo conductual	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Establecer metas y trabajar en la consecución de ellas 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Juego / modificación conductual ◆ Desensibilización sistemática ◆ Modelamiento ◆ Modelos de afrontamiento ◆ Role playing ◆ Reforzamiento positivo ◆ Tiempo fuera ◆ Programación de actividades

Schaefer, 2005

Como puede observarse en esta tabla, son muchas las herramientas que se tienen para el trabajo con niños, partiendo de los diferentes enfoques, se puede

enfrentar la problemática de diversas maneras. No se puede decir que una sea mejor que otra, o que funcione mejor, la elección del marco teórico y de las técnicas empleadas dependerá del terapeuta, de su manejo y dominio y de la pertinencia para cada caso.

Antes de concluir este apartado es importante señalar el trabajo realizado por Hendin, Pollinger Haas, Maltzberger, Koestner, y Szanto, 2006 sobre los problemas presentes en la terapia con pacientes suicidas. Ellos señalan 6 dificultades que pueden surgir en el trabajo con estos pacientes. Dichas dificultades son:

- ◆ Falta de comunicación entre terapeutas. Ya que refieren se ha observado que en ocasiones la persona ya se había estado en tratamiento y al no tener contacto con el anterior terapeuta propicia que se pierdan o no se consideren elementos que ya emergieron anteriormente y que podían haber evitado el suicidio.
- ◆ Permitir a los pacientes o sus familiares el control de la terapia. Señalan así mismo, que es frecuente encontrar pacientes suicidas que buscan controlar la terapia amenazando con quitarse la vida, al igual que familiares que quieren tener el control, lo cual genera dificultades en lo referente al encuadre y puede resultar en la muerte del paciente.
- ◆ Evitar situaciones relacionada con la sexualidad. En el caso de adultos se ha observado la presencia de conflictos sexuales en relación al comportamiento suicida, por lo que es importante no pasar de largo el tema.
- ◆ Acciones ineficaces derivadas de la ansiedad del terapeuta. Es común observar que la ansiedad que genera en los terapeutas la amenaza de muerte del paciente, afecte de manera importante en su desempeño, en ocasiones tomando malas decisiones movidas por la ansiedad.

- ◆ No reconocer el significado de lo que comunican los pacientes. En ocasiones el tomar el discurso del paciente de manera literal o hacer interpretaciones tan complejas que se alejan de la comprensión del paciente, puede derivar en una falta de comunicación, donde los significados manifestados no están claros para terapeuta y paciente.
- ◆ Los síntomas poco tratados o no tratados. En ocasiones el dar mayor importancia al comportamiento suicida, nos aleja de mirar otros síntomas en el individuo.

Como puede verse, el trabajo terapéutico con pacientes suicidas, no es tarea fácil y requiere además del entrenamiento adecuado, el manejo y el reconocimiento de las propias emociones con respecto a la muerte y al suicidio, la ansiedad es un componente constante que el terapeuta debe aprender a tolerar y tomar las mejores decisiones en pro del bienestar del paciente.

Metodología

Objetivo

El objetivo del presente trabajo es describir algunas formas de intervención terapéutica basada en un modelo integrativo, desde una perspectiva humanista colaborativa, en niños y adolescentes que han presentado tentativas suicidas, mediante la presentación de casos clínicos.

Participantes

Se presentarán tres casos:

El primero, un niño de 8 años, quien pertenece a un nivel socioeconómico bajo, que fue referido debido a problemas en el estado de ánimo y que presentó ideación suicida durante el proceso terapéutico.

El segundo, unos gemelos idénticos, preadolescentes de 11 años, quienes pertenece a un nivel socioeconómico medio. El menor que presentó tentativa suicidas fue llevado a consulta con un diagnóstico presuntivo de TDAH, presentando los comportamientos suicidas en el transcurso del tratamiento.

El tercero, un adolescente de 12 años, quien pertenece a un nivel socioeconómico medio, el cual fue referido debido a que intento suicidarse.

Escenario

Los casos fueron trabajados en dos escenarios diferentes.

El primero de ellos, recibió atención en el Centro Integral de Salud Mental (CISAME), el cual pertenece al sector público y donde acude población de escasos recursos. El tratamiento se realizó en un consultorio de la Institución, el cual era un lugar amplio, iluminado y adaptado para el trabajo con niños. Dentro del consultorio se tenían diferentes materiales como juguetes de varios tipos, juegos de mesa, masa, arenero, y materiales didácticos (papel, tijeras, colores, plumones, etc.)

Los otros dos casos fueron atendidos en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” de la UNAM, uno de los casos como parte del Proyecto de Investigación PAPIIT IN302206.

El tratamiento en ambos casos se realizó en cámara de Gesell, en espacios amplios con iluminación adecuada.

En el caso del preadolescente se trabajó con distintos materiales como juguetes de varios tipos, juegos de mesa, masa y materiales didácticos.

En el caso del adolescente se trabajó con colores, pinturas para grafiti, papel bond y craft.

Procedimiento

Se realizó valoración psicológica en los tres casos, posterior a eso se inició la intervención psicológica mediante un modelo integrativo colaborativo, retomando aspectos humanistas. En dos de los casos se partió de una demanda inicial diferente a la tentativa suicida y en el tercero se inició el trabajo a partir del intento de suicidio como motivo de consulta. El número de sesiones varió para cada uno de los casos. En el caso del pre y el adolescente se trabajó mediante la modalidad de coterapia.

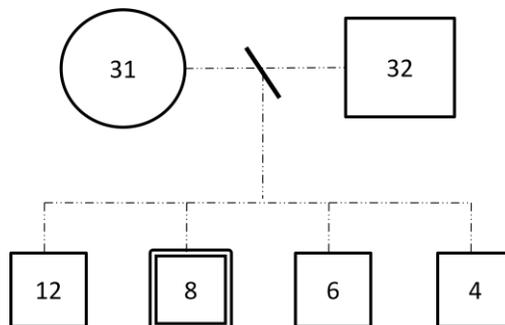
En los casos que acudieron por un motivo de consulta diferente, se trabajaron los elementos suicidas cuando estos emergieron en la terapia. Se realizó un trabajo focalizado, centrando el trabajo en la disminución de los factores de riesgo y en el fortalecimiento de los factores de protección.

En dos de los casos se realizó una valoración posterior. Los tres casos fueron dados de alta una vez que se consideró que el riesgo había disminuido y los síntomas principales habían remitido.

Caso Carlos

Historia personal y familiar

Carlos es un niño de ocho años de edad al momento de la primera entrevista, cursa el segundo grado de primaria (repite), es un niño cuya edad cronológica no corresponde a la que aparenta, ya que parece más pequeño. Carlos pertenece a una familia disfuncional conformada de la siguiente manera:



Carlos ingresa al servicio de Psicología en el Centro Integral de Salud Mental (CISAME), referido por el servicio de psiquiatría para realizar evaluación psicológica e iniciar psicoterapia individual. El menor es traído a CISAME al ser referido por la escuela por problemas de aprendizaje y emocionales, reportando la madre que Carlos se había vuelto muy inseguro, sentimental, lloraba al quedarse en la escuela, cuando se separaba de ella y por todo, además de que la mayor parte del tiempo lo observaba triste y se ponía agresivo fácilmente (sic. madre). Entre los problemas de aprendizaje que se reportaban en ese momento, eran la

falta de concentración y aparentemente había olvidado lo que ya había aprendido como leer y escribir.

De los datos que sobresalen en la historia clínica, se encuentra que Carlos es la segunda gesta de cuatro, siendo todos los hermanos varones. El parto fue normal, a término sin complicaciones. Recibe alimento materno hasta los 6 meses, desde el primer mes duerme solo, controla esfínteres a los dos años. Sus primeras palabras las muestra al año, y lenguaje estructurado a los cuatro aunque no pronunciaba bien la “r”. Gateo a los ocho meses y caminó al año un mes.

Cuando Carlos tiene tres años, aparentemente empiezan a tener problemas los padres, teniendo una primera separación cuando Carlos tenía cuatro años, debido a que el señor amenazó a la madre con un cuchillo y se cortó él las muñecas. La madre en este momento llama al hijo mayor para que presencie el acto, ya que dice para tener testigos si le pasaba algo, después de un tiempo volvieron a vivir juntos.

Al año nuevamente se separan por violencia intrafamiliar y la madre inicia una nueva relación con otro hombre del cual queda embarazada, el padre al enterarse que salía con alguien más la golpea y amenaza con un cuchillo “si no es para él, no es para nadie” (sic. madre). La madre ante esto decide regresar con él, aceptando este último al hijo del otro hombre.

Los niños presenciaron violencia intrafamiliar, el ambiente era de gritos, discusiones y maltrato por parte de la madre, ella comenta que los observaba angustiados más aún cuando estaba por llegar el papá.

Carlos ingresa a kinder a los cuatro años, comenta la madre que “no lloró, se adaptó bien” refiere que en esta etapa el niño aprendió algunas palabras y las vocales, podía leerlas y escribirlas y nunca reportaron dificultad alguna en la escuela.

Cuando ingresa a primaria a los seis años esta situación cambia ya que Carlos ya no leía ni escribía nada y empezó a tener problemas con la lectoescritura, cursa el primer año sin adquirir la lectoescritura. Al momento de la evaluación repite el segundo grado.

Antecedentes de riesgo

La madre reporta que el estado de ánimo de Carlos es en general triste, menciona que es muy inseguro y sentimental. Cuando se enoja sus reacciones son agresivas hacia las personas y las cosas, comenta la mamá “le pega a todo o a todos, lo que tenga cerca”. Ante las situaciones o personas extrañas se muestra cohibido de inicio, cambiando su interacción al “agarrar confianza” (sic. madre). En cuanto a su relación con las figuras de autoridad comenta la madre que “no respeta, se pone al tú por tú, y reta mucho a la gente”. En general se relaciona con las personas de forma agresiva.

Con respecto a las intervenciones

En un primer momento se hizo uso de técnicas psicométricas para realizar la valoración psicológica, aunado al juego diagnóstico y la entrevista semiestructurada. Con Carlos, el proceso terapéutico tuvo como base la asociación libre mediante el juego simbólico, donde lograba proyectar muchas de sus emociones conscientes e inconscientes.

Cada una de las sesiones se iniciaba permitiendo a él elegir los juegos y las temáticas a tratar, posterior a ello, una vez concluido su juego, se utilizaban algunas técnicas de la entrevista abierta para explorar más acerca de lo expresado en el juego.

Como parte de los materiales disponibles se encontraban, juguetes de varios tipos: miniaturas, soldados, personas, naturaleza, animales, piezas de ensamble, carritos, ciudades, personajes de acción, luchadores, muñecas, bebés, artículos de bebé, juegos de té, casita de muñecas, títeres, etc. También estaban presentes materiales didácticos como plastilina, pegamento, hojas de colores, telas, plumones, colores, acuarelas, pinturas digitales, arcilla, palitos de madera, tijeras, crayolas, etc. Y se hacía uso del arenero y juegos de mesa.

Entre los principales materiales que utilizó Carlos se encontraban la plastilina, personas en miniatura, animales, dominó, dibujo, títeres y luchadores.

Entre las principales técnicas terapéuticas se retomaron de la teoría psicoanalítica la asociación libre mediante el juego simbólico, los señalamientos, la transferencia, las confrontaciones e interpretaciones. Tomando de la gestalt, técnicas expresivas. De la terapia cognitivo conductual la reestructuración cognitiva para la modificación de ideas irracionales. Y de la conductual los reforzamientos. Todo en un ambiente de empatía y contención.

Los objetivos del trabajo eran fortalecer las funciones yoicas de Carlos y fomentar la expresión de sus conflictivas, motivando actividades placenteras y gratificantes que contrarrestaran la apatía y la falta de deseo.

El primer contacto con Carlos

Carlos entra solo al consultorio despidiéndose de su papá, toma asiento y en cuanto se cierra la puerta comienza a llorar de forma silenciosa, al acercarme lo noto

T: ¿Qué pasa?

No contesta

T: ¿no querías venir?

C: no

T: ¿ya habías venido antes?

C: sí, con la doctora

Continúa llorando

T: ¿porque no querías venir?

C: no quería

T: ¿tienes sueño?

C: no

Tomó un pañuelo desechable y seco sus ojos. Ya más calmado:

T: ¿sabes a qué vienes o porque te trajeron?

C: no me dijeron nada mis papás

T: tú mamá ya había venido, me contó que tenías algunos problemas en la escuela, porque te cuestan trabajo las tareas y me dice que te ve triste

C: (asiente con la cabeza) me cuestan trabajo las letras y leer

T: ¿es cierto que estás triste?

C: sí

T: ¿por qué?

C: no sé

T: ¿desde cuándo estas triste, desde kinder o primero o apenas ahora?

C: desde que entré a la primaria a primero

T: ¿qué pasa cuando estás triste?

C: me dan ganas de llorar, no quiero ir a la escuela y me siento mal, me duele el estómago y me aburre

Para este momento ha dejado de llorar, levanta el rostro y se sienta frente a mí, anteriormente se encontraba sentado de lado con su rostro hacia la salida y la cabeza agachada.

En esta primera sesión se pudo notar un niño que aparenta tristeza en su rostro, una lágrima constante sale de sus ojos, se le nota tímido e inhibido, temeroso e inseguro, preocupado por la situación de sus padres y de lo que le sucede en la escuela. Él cual no puede disfrutar de los juegos.

Primera evaluación

A Carlos se le aplicó una batería psicológica compuesta por pruebas psicométricas y proyectivas, en un lapso de nueve sesiones de una hora. La cual estuvo compuesta de la siguiente manera:

- ◆ Entrevista
- ◆ Juego diagnóstico
- ◆ Test Gestáltico Visomotor de L. Bender
- ◆ Escala de inteligencia revisada para el nivel escolar WISC-R-ESPAÑOL de Wechsler
- ◆ Escala de inteligencia RAVEN coloreada
- ◆ Método de evaluación de la percepción visual de Frostig (2da edición)

- ◆ Test proyectivo gráfico de la figura humana de Koppitz y Machover
- ◆ Test proyectivo gráfico de la familia de Corman
- ◆ Test proyectivo gráfico HTP de Buck
- ◆ Test de Apercepción Temática para niños CATH

Durante la aplicación se pudo observar que el rendimiento de Carlos era bajo, aunque por su manera de expresar y de comprender, se podía ver que sus capacidades intelectuales no eran limitadas. Su trabajo era lento y en los momentos de ansiedad presentaba desestructuración cognitiva.

En esta primera evaluación se pudo observar que en el área perceptomotora Carlos mostraba inmadurez perceptomotora ya que ésta correspondía a la de un niño de 6 años, lo cual afectaba de manera importante su desempeño escolar. En cuanto a lo intelectual se pudo notar que Carlos mostraba un coeficiente intelectual por debajo de lo esperado para su edad cronológica, lo cual se consideró podía ser a causa de la inmadurez neurológica, a factores socioculturales, familiares y educativos; y a los problemas emocionales que presentaba en ese momento el menor.

Con respecto a lo emocional se detectó que Carlos atravesaba por un momento de inestabilidad emocional, caracterizado por sentimientos de minusvalía e inseguridad. Esto podía deberse a factores como sus dificultades académicas y a la situación familiar, en la que destacaba el sentimiento de abandono y la separación de los padres. Se observaban importantes indicadores de impulsividad, lo cual podía ser en respuesta a su inmadurez neurológica. Mostrando también indicadores que sugerían un comportamiento agresivo, el cual parecía una respuesta refleja a la situación por la que atravesaba, a la frustración intelectual y al abandono de los padres.

En la esfera social mostraba dificultades para relacionarse a causa de su comportamiento agresivo e impulsivo, percibiendo el ambiente que lo rodeaba

como hostil, en el que se sentía atacado y criticado, respondiendo con un comportamiento opositorista.

El ambiente familiar también era percibido como hostil, poco seguro e incluso peligroso, ya que sus historias narraban diversos actos de violencia, cometidos por el padre principalmente. Siendo este un personaje con el que se identificaba pero que al mismo tiempo temía. Encontrando también que no se sentía parte de la familia a la que visualizaba como un gran todo en el que no estaba incluido. Resaltaba también en esta parte, negligencia en el cuidado por parte de los padres, quienes no satisfacían las necesidades del menor, quien tenía como idea, la fuga de casa, en respuesta a esta falta de atención.

Finalmente destacaban importantes indicadores que sugerían una depresión grave con presencia de ideación suicida. Mostrando como principales mecanismos de defensa, el aislamiento y la negación.

El intento de suicidio en el proceso terapéutico

A manera de resumen, es importante señalar que con Carlos se tuvieron 9 sesiones de evaluación. Posterior a ello se inició el proceso terapéutico, el cual constó de 58 sesiones. A continuación se reseñaran algunas sesiones tanto de la evaluación como del proceso terapéutico que arrojan datos importantes para la comprensión del comportamiento suicida.

El día que lo iban a atropellar (Sesión 2 de evaluación)

Posterior a la aplicación de pruebas conversé un poco con Carlos y él narra un evento en el que lo iban a atropellar, comenta que lo enviaron a la tienda y que al cruzar la calle no se fijó, señala que su papá estaba al otro lado de la calle y le gritó, pero él no lo escuchó, refiere que se dio cuenta ya que el carro estaba cerca de él, y que este lo esquivo para no lastimarlo.

Las siguientes sesiones de evaluación se continuó con la aplicación de pruebas psicométricas y proyectivas.

La hermanita muerta (Sesión 6 de evaluación)

En esta ocasión se realiza juego diagnóstico. Lo invito a jugar y noto su dificultad para elegir un juego, finalmente elige la plastilina, toma dos barras la negra y la gris y dice que hará el techo de una casa, las coloca formando un triángulo ^ y comenta ya está listo.

T: ¿quién vive en la casa?

C: unos niños de la calle

T: ¿quieres que hagamos a los niños?

C: no sé

T: si quieres te enseño



Hacemos unos niños con plastilina (dos hombres y una mujer “es la niña chiquita”) y los mete a la casa y pone más barras simulando barrotes.

T: ¿qué hacen ahí los niños?

C: un señor se los robó y los encerró en otra casa

T: ¿dónde está el señor?

C: No lo hicimos

T: porque no buscas en los juguetes uno que pueda ser el señor

Se levanta a buscar

C: solo hay soldados

T: podemos imaginar que un soldado era el señor

C: está bien

Lo toma y lo lleva a donde jugamos

En ese momento cambia el juego:

C: llega el señor y entonces entra a la casa y no ve a los niños, luego ellos salen y les dispara, el otro hermano sale y dice que los deje y se escapa el señor. Luego llegan los papás y ven a sus hijos y se ponen a llorar, los llevan al hospital y están ahí un año y luego se mueren, los entierran, los meten en una caja y los entierran, los llevan al panteón y les hacen sus misas y le dan de comer a la gente.

T: ¿cómo se sienten los papás?

C: tristes

T: ¿qué pasó con el hermano mayor?

C: él no se murió, se quedó con los papás y estaba triste

T: ¿y el señor?

C: lo agarraron y lo metieron a la cárcel, y que ya iba a salir y como los papás supieron, se pusieron afuera de la cárcel a esperar que saliera y lo mataron. Los papás iban a ver a los niños al panteón y le llevaban flores.

Aquí termina el juego.

T: ¿has estado en un entierro?

C: sí, cuando murió mi hermanita

T: ¿tenías una hermanita que murió?

C: sí

T: ¿la conociste?

C: no, murió al nacer

T: ¿tú ya habías nacido?

C: sí, tenía como tres años y jugaba con ella, le hacía cosquillitas

T: ¿de qué murió?

C: del corazón, un día se enfermó y se murió y luego la metieron en su cajita y la llevaron al panteón y la enterraron. Al otro día murió mi tía y la enterraron también y luego vamos a verlas y a llevarle flores

T: ¿con quién vas?

C: con mi abuelita o mi mamá, me llevan

T: ¿de qué murió tu tía?

C: de un infarto

T: también del corazón

C: sí. Cuando te portas mal o dices algo feo a tus papás viene (la muerte) y te jala las patas

T: a ti te las ha jalado

C: no, a mi abuelito sí, que se asustó

T: a ti no le da miedo

C: no, en el panteón sale la muerte, una vez mi abuelito me contó que andaba arriba de su casa y que él subió y la tiró y le pegó y le dio con el hacha y dice que sus piernas eran de madera y mi abuelo le dijo a mi abuela que lleve la sierra y le corta las piernas y lo mata

T: has visto a la muerte

C: sí

T: pláticame como es, que yo nunca la he visto

C: viste de negro con falda y pantalón y su capa

T: ¿cuándo la viste?

C: un día que fuimos al panteón yo y mi abuelo a ver a alguien de la familia de mi abuelo, y mi abuelo le dijo una grosería a la persona muerta y por eso vino la muerte, cuando veníamos de regreso estaba en el techo de la camioneta y la vi.

Concluida la sesión pregunto al papá que en esa ocasión lo acompañaba, en relación con la hermana y la tía muerta, a lo que él comenta que no hay una hermanita muerta.

La madre habla de la hermanita muerta (Sesión 7 de evaluación)

Al concluir la sesión la madre pide hablar conmigo, por lo que pido a Carlos nos espere un momentito afuera del consultorio y me dice que su esposo le comentó lo ocurrido dos sesiones atrás sobre la hermanita y que si hay algo que decir.

Ella refiere que antes de que Carlos naciera ella tuvo un aborto por complicaciones. Y que en alguna ocasión la abuela materna estaba comentando con ella que si no hubiera perdido a su bebé, ahorita tendría una niña. Esto lo escucha el hermano mayor y se lo comenta a Carlos, quien al preguntar a la madre, esta le afirma la situación. Comentando la madre que efectivamente lo lleva al panteón cuando visitan a la tía y que en alguna ocasión Carlos preguntó dónde estaba su hermanita y ella le indicó una lapida falsa, por lo que el menor creyó que ahí estaba su hermanita y ahí dejaba flores.

¿Qué harías si tuvieras polvos mágicos? (Sesión 8 de evaluación)

Al llegar, la madre me dice que si me puede enseñar algo. Le pido a la mamá que pase y a Carlos que nos espere un momentito afuera. Me muestra un libro de Carlos y me comenta que la maestra le pidió me lo mostrara.

El libro refiere una actividad en la que debe escribir que haría si tuviera polvos mágicos, a lo que Carlos respondió:

Matar a Carlos

Matar a Rita

Matar a Lalo

Jugar pistolas

Jugar a la comidita

Jugar a la rama

La mamá comenta que está preocupada por esta situación y que al preguntar a Carlos porque escribió eso, el no dijo nada y empezó a llorar.

Le comento a la mamá que es importante que esté al pendiente de Carlos y trate de no dejarlo solo.

Entra Carlos al consultorio, mientras ve los juguetes que hay, le pregunto si sabe de qué quería hablar su mamá conmigo y no responde, agacha la mirada como apenado y sus ojos se llenan de lágrimas.

Lo invito a jugar y toma una casa que dice es una escuela, toma varios personajes y los sienta, toma una mesa y una muñequita y la pone como maestra. Me da la maestra y él maneja los niños, uno de ellos es él y otra yo. Los muñecos hacen tarea, salen a recreo, van a sus casas y hacen una fiesta, la maestra es ignorada durante todo el juego.

Intento abordar mediante el juego lo ocurrido en la escuela pero no lo permite, de inmediato enmudece y pierde interés en el juego. Finalmente logró hablar de lo ocurrido y comenta:

T: sabes lo que quería decirme tu mamá

C: sí, del libro

T: puedes contarme que pasó

C: estaba trabajando y en mi mente escuchaba algo que me decía matar a Carlos, matar a Lalo y así y no podía dejar de pensar en eso, por eso lo escribí

T: ¿y qué pasó?

C: la maestra me regañó, me dijo que porque había escrito eso y le dijo a mi mamá

T: ¿y tu mamá qué dijo?

C: me pregunto que por qué había escrito eso

T: ¿y tú qué le dijiste?

C: nada, y me dijo que le iba a decir a usted

T: yo veo que estás muy enojado por cosas que te han pasado y te están pasando y por eso están esas ideas en tu cabeza, te parece si hablamos de eso

C: sí

Este día se concluye la valoración psicológica y se cita a los padres para la entrega de resultados. Posterior a ello se inicia el proceso terapéutico de manera individual en modalidad de terapia de juego con un modelo integrativo, colaborativo humanista. Donde se observó un interés y compromiso por parte de los padres y el menor.

Al inicio de la terapia, Carlos mostraba un semblante triste, decaído, inseguro y con falta de interés ante cualquier actividad. Se podía ver que Carlos no disfrutaba el juego y le era difícil proponer un juego por él mismo, así como integrarse a los juegos propuestos, se mostraba apático a la mayoría de las actividades, como dibujar, jugar, modelar o hablar. Además de eso se notaba dificultad para actuar por sí mismo, ya que no podía sentarse, levantarse o quitarse el suéter si no se le indicaba, aunque estuviera sudando por el calor, no se quitaba el suéter sin la instrucción.

Una vez que empezaron a emerger juegos propios y por iniciativa de él se empezaron a manifestar dos temas centrales, la violencia y la muerte. Todos sus juegos estaban relacionados con la muerte.

Se inició trabajando sobre la violencia, que parecía era lo más importante en ese momento, ya que Carlos sufría maltrato por parte de los padres, principalmente de la madre que era con quien vivía. A la par, se trabajó con la madre para que dejara de golpear a Carlos. También se eligió iniciar con este tema, ya que parecía era lo que podía expresar Carlos más fácilmente y podía ya hablar de ello.

Una vez que Carlos logró verbalizar su miedo al abandono cambia la temática de las sesiones, tornándose estas más cargadas de sus necesidades afectivas y sus demandas de cuidado hacia la terapeuta. El juego principal ahora es el de la casita donde por momentos tomaba el papel del padre trabajador y por momentos el del bebé que demandaba ser cuidado por la terapeuta, en estas sesiones se observan regresiones importantes ya que al entrar en el juego Carlos realmente empezaba a actuar como bebé incluso haciendo ruidos guturales y colocándose en posición fetal.

En sesiones posteriores apareció el juego de la competencia, en el cual se observaba sus dificultad para ganar, aunque no por falta de capacidad sino por inseguridad, por quedar bien, por dejar ganar, por evitar la culpa que le generaba ganar a otros, como si él debiera perder siempre. Sus juegos preferidos era el fútbol con muñecos y el domino.

Una vez que se logró que Carlos ganara y sin culpa, se empezó a notar en él un disfrute por el juego que no había demostrado antes, con mucha más seguridad de sus actos y sus palabras, en este momento se empezó a hablar de sus padres y del enojo que sentía hacia ellos, como si el ganar le diera la fortaleza para enfrentar eso que tanto le angustiaba, era como reafirmarse en el juego y tomar fuerza para enfrentar a los padres. Empezó a hablar de los maltratos que había sufrido, aunque reconocía que ya no los sufría más, pero el dolor aún estaba presente. Empezó a hablar de la separación de los padres y su necesidad de verlos juntos. Para estas sesiones su semblante había cambiado completamente,

ahora se mostraba como un niño alegre, más seguro y confiado en él mismo, en la escuela se empezaban a manifestar cambios positivos.

Después de varias sesiones de triunfo, Carlos elige cambiar de actividad y le propongo pensando en el tema de los padres, realizar títeres para representar a su familia, nos llevamos un par de sesiones en hacerlos, mostrando él mucho interés por jugar con ellos.

Los títeres (Sesión 21)

En esta ocasión elige jugar con los títeres que habíamos elaborado en sesiones anteriores, cada títere representa a un miembro de su familia.



Al iniciar el juego los coloca a todos sentados, viendo la tele, de repente llegan unas visitas y se sientan a comer, Carlos relata la historia y mueve los personajes, yo solo le ayudo a moverlos a donde él me dice.

Llegan las visitas y se sientan todos a la mesa a comer, al terminar el títere que representa a Carlos es enviado a la tienda. Carlos trae unos carritos y los acomoda afuera de lo que representa la casa, me pide que yo los mueva. El

maneja el títere que lo representa, cuando va caminando por la calle hacia la tienda, se mete entre los carros y yo trato de esquivarlo, aunque él continua haciéndolo, me quita uno de los carros y me dice y Carlos iba caminando por aquí y lo atropellan, en seguida yo tomo una muñequita y le digo y esta mujer iba pasando por ahí y lo aventaba para que no le pasara nada, entonces muevo el títere de Carlos y dice él, pero de todos modos alcanzaba a atropellarle una pierna.

Yo en el papel de la señora, le digo niño que te pasó, te voy a llevar a tu casa y lo llevo. Toco a la puerta y abre la mamá (el títere que maneja Carlos), le digo señora, atropellaron a su hijo, está mal, la mamá responde, no me importa y me cierra la puerta, vuelvo a tocar y la mamá nuevamente dice no me importa y llama al papá, quien dice lo mismo, no me importa, en ese momento Carlos deja los títeres a un lado y se pone a gritar, no me importa, no me importa, no me importa, y llora al hacerlo. Se calma y deja de gritar y se recuesta sobre el tapete, agitado, como cansado. Empiezo a hablar con él.

T: ¿eso fue lo que pasó cuando te iban a atropellar?

C: sí

T: ¿y cómo te sentiste?

C: mal

T: veo que crees que no les importas a tus papás

C: sí

T: como te hace sentir eso

C: enojado y triste

T: ese día, ¿fue un accidente o que pasó?

C: yo me aventé al carro

T: ¿por qué?

C: no me hacían caso

T: creo que tus papás están muy preocupados por sus problemas que no se dan cuenta lo que te pasa. Tal vez no escuchan lo que les quieres decir, pero yo te voy a ayudar para que te escuchen

C: estoy cansado

Cierra los ojos, simulando dormir y así permanece hasta que concluye la sesión.

En sesiones posteriores se continúa trabajando con el tema de los padres; donde se pasa por un momento catártico en el que Carlos manifiesta todo el enojo hacia los padres pero ya de forma verbal y directa, y se empiezan a rescatar los aspectos positivos de los padres.

Por cuestiones de la escuela a Carlos se le dificulta asistir a sus terapias por lo que estas se espacian a una cada dos semanas. Nuevamente regresa a los juegos de competencia, donde ya disfruta abiertamente el ganar, su estado de ánimo ya es estable, sin cambios abruptos, las últimas entrevistas con psiquiatría manifiestan cambios favorables. Se realiza valoración psicológica, concluyendo que los síntomas que presentaba en un inicio han remitido por lo que se decide dar de alta.

Análisis del caso

Como se puede observar en la descripción de las sesiones, desde la segunda sesión de evaluación que se tuvo con Carlos, él manifestó su motivo de consulta, narrando que lo iban a atropellar, lo cual, no toma sentido, sino en el final de la terapia, cuando se comprende el significado de ello, pero más adelante hablaremos de este aspecto.

Como ya se mencionó, Carlos se presenta como un niño tímido, temeroso, e inseguro, todos ellos indicadores de un niño maltratado, lo que no tardó en hacerse evidente en sus juegos, ya que para la sesión seis de la evaluación, Carlos mostraba juegos relacionados con la agresión y la violencia.

En esa sesión inicia con la construcción de una casa, donde, en el juego se da muerte a los niños. Lo que nos deja ver, que en ese momento, Carlos identificaba el hogar como un sitio hostil, cargado de agresividad y donde se sentía en peligro. También se puede observar, la negligencia de los padres, ya que recordemos, los niños se encontraban solos en casa y por ello fueron atacados, con ello nos deja ver sus sentimientos de abandono, soledad y falta de cuidado por parte de los padres.

Esa misma sesión pudimos notar que Carlos, narra detalles acerca de la muerte, como lo que menciona “estuvieron en el hospital, luego murieron, los llevaron al panteón, lo enterraron, etc.”, todo en un orden cronológico y dando temporalidad a los hechos, lo que nos muestra que Carlos ha adquirido el concepto de muerte a partir de sus propias experiencias tempranas.

En esa ocasión habla de la muerte de la hermanita y de la tía. Pero llama la atención lo referente a la hermanita. Ya que según reporta el padre en esa ocasión, dicha hermanita no existió, cambiando la versión la madre en la siguiente sesión.

Sin embargo, esta hermanita real o fantaseada, nos deja ver el temor de Carlos a morir, a correr la misma suerte de la hermanita con estos padres negligentes y agresivos.

Lo que Dorothy Bloch (1985) llama “miedo al infanticidio”, haciendo referencia al temor de los niños a ser asesinados por sus propios padres. De acuerdo con ella, en la infancia el pensamiento mágico nos lleva a culparnos de cualquier hecho

desafortunado que ocurra alrededor, apareciendo la culpa de manera anticipada al castigo.

Situación observada muy claramente en las fantasías de Carlos en torno a la muerte (promovidas por los abuelos). Como cuando señala “si te portas mal o dices cosas feas”, la muerte te “jala las patas”. Donde vemos claramente la culpa por un mal comportamiento que merece castigo. Otro dato importante, es cuando Carlos señala que la muerte viste falda y pantalón, representando lo femenino y masculino en la misma figura de la muerte, tal vez refiriéndose al padre y la madre como quienes pueden dar muerte.

Para la sesión ocho de la evaluación, podemos ver como estos componentes en torno a la muerte empiezan a tornarse en ideación suicida. Nuevamente aparece el elemento “pensamiento mágico”, en donde a partir de la instrucción ¿qué harías si tuvieras polvos mágicos? Carlos responde “matar a...” iniciando por su propio nombre. Al preguntar a Carlos, él señala que escucha una voz en su mente que le decía: matar a Carlos y que no podía dejar de pensar en ello. Lo que nos permite observar, como sus cogniciones empezaban a verse afectadas por este pensamiento recurrente de dar muerte a sí mismo. Donde podemos hablar ya, de una ideación suicida como tal, ya que están fuera del control de Carlos estos pensamientos en torno a la muerte propia.

Varias sesiones después, posteriores a trabajar el enojo, las carencias afectivas y el fortalecimiento del yo de Carlos. Podemos ver una sesión en la que toma sentido el motivo de consulta de Carlos, al dramatizar él, en el juego, la escena del día que casi lo atropellan. Donde podemos ver, que no fue un accidente, como parecía al principio, sino un deseo llevado al acto (acting out). El deseo de su propia muerte. Donde emerge también la percepción que tiene Carlos de sus padres con respecto a él, donde esos grito de “¡no me importa, no me importa, no me importa!” se traducían en “no les importo”. Desde luego, que con un yo más fortalecido, se hacía más soportable el reconocer esta situación.

Todo esto nos lleva a hablar de la teoría de Schrut, mencionada anteriormente, la cual nos permite explicar la situación de Carlos. Schrut, habla acerca de deseos inconscientes de la madre con respecto a la muerte del hijo, los cuales desencadenan en conductas o actos autoagresivos por parte del hijo logrando con ello, una satisfacción parcial del deseo de la madre de que el hijo no exista. O bien lo expuesto por Anna Freud (siguiendo los trabajos de su padre), quien señalaba la existencia de un odio del hijo hacia los padres, el cual se tornaba insoportable y por ello era revertido a la persona misma.

Como podemos ver en el caso de Carlos, ambos elementos estaban presentes, ambas teorías se aplican para explicar la situación de Carlos, es más, se puede decir que se complementan.

Ya que como se observa, al nacimiento de Carlos se ve matizado por la falta de planeación y deseos de los padres, ya que las características de la madre nos muestran una falta de conciencia de su situación real y los embarazos se dan por mero accidente al no haber una planificación familiar. Por otro lado es importante considerar, los deseos de la madre por una niña, los cuales no son satisfechos con el nacimiento de Carlos. Lo que nos muestra esta falta de deseo de que el hijo viva señalada por Schrut. Posterior a ello, aparecen los maltratos y descuidos por parte de los padres, lo que a la larga se transforma en resentimientos y enojo de Carlos hacia ellos, lo que Anna llamaría el odio hacia los padres, que al causar culpa se invierte en la figura de Carlos, mostrando estos comportamientos autoagresivos, que de alguna manera satisfacen de manera parcial en la fantasía, los deseos de los padres por la muerte del hijo, señalados por Schrut.

Sin embargo, dentro de la literatura sobre comportamientos suicidas, se consideran algunos otros aspectos relevantes en este tipo de conductas, los cuales se tocarán a continuación de manera breve.

El concepto de muerte

En el caso de Carlos, es oportuno que discutamos un poco acerca de la instauración del concepto de muerte, ya que como hemos visto, es un punto fundamental al hablar de comportamientos suicidas en la infancia.

Como se pudo observar en la descripción de las sesiones, en un primer momento los juegos de Carlos estuvieron centrados en la violencia y la muerte, lo que nos permitió explorar que tan claro tenía el concepto de muerte, como se puede observar en la sesión seis de la evaluación. Donde precisamente habla del fallecimiento de su hermanita y de una tía, señalando detalles que sugieren que si ha tenido pérdidas importantes, tal vez la muerte de la hermanita se creó en su fantasía promovida por la madre y la abuela, pero la muerte de la tía si fue real y el estuvo presente en los funerales.

También recordemos, que esa misma sesión habló de la muerte y de haberla visto, mucho de ello promovido por la ideología de los abuelos que fomentaban estas creencias en Carlos. Al parecer tiene claros muchos detalles con respecto a la muerte y recordemos que en sus juegos, los personajes que mueren no son revividos, como se observa en el juego de los hermanos muertos, donde además aparece la temporalidad de los hechos, al señalar datos, como “están en el hospital un año y luego mueren y los entierran y luego les llevan flores”. Lo que nos deja pensar que Carlos ha adquirido el concepto de muerte a través de sus propias circunstancias de vida y que a este le atribuye el componente de irreversibilidad.

El nacimiento y la dinámica familiar

Empecemos hablando de las condiciones en que nace Carlos. Como la misma madre refiere, antes del nacimiento de Carlos la madre había estado embarazada,

mostrando complicaciones y teniendo como desenlace un aborto, del cual al parecer las expectativas estaban puestas en el nacimiento de una niña, ya que la madre ya tenía un varón.

Aunque la madre no lo refiere, esta situación hace pensar que el aborto sufrido estuvo matizado por la violencia en casa o surge la sospecha de una infidelidad de la madre, ya que el padre nunca se enteró de esta situación. Cualquiera de las dos opciones, lo que nos deja ver, es una falta de planeación y de espera de este hijo, el cual por un lado vino a retribuir a la madre por la pérdida anterior, pero por otro lado, nuevamente a desilusionarla con el nacimiento de un varón.

En cuanto a la dinámica familiar, se puede ver que Carlos vive en un ambiente pobre, hostil y agresivo, donde ambos padres cuentan con poca educación y problemas emocionales importantes. Dándose el desarrollo de Carlos en un clima de violencia, maltrato físico, psicológico y emocional, por parte de los padres. Además de que se observan componentes de negligencia y abandono del menor.

La madre una mujer con limitaciones intelectuales y dependiente de su esposo, se muestra como una mujer sumisa ante el padre y agresiva con los hijos, desquitando en ellos su frustración y enojo por la propia violencia de que es víctima. Además carente de conciencia de su propia situación.

El padre, un hombre violento, manipulador, quien aunque no se valoró, debe presentar serios problemas emocionales, ya que recordemos intento atentar contra la vida de la madre y la propia.

Por parte de los abuelos, las creencias acerca de la muerte, determinan componentes importantes, en el desarrollo de la ideación suicida en Carlos, quien al convivir en este ambiente, empieza a adquirir creencias, ideas y fantasías en torno a la muerte, lo que aunado a su propia problemática, desencadena componentes suicidas.

Las pérdidas importantes

La separación de los padres jugó un papel determinante en la situación de Carlos, ya que fue el detonador de múltiples problemas emocionales. Pudiendo ver la dificultad de Carlos de separarse de su padre, viviéndolo como una pérdida. Aunado al hecho de que la separación se da posterior a que el padre se corta las venas, dejando en Carlos el temor ante la muerte del padre.

Así mismo, la muerte de la hermanita, la cual Carlos vivió como una pérdida, jugó un papel importante en el desarrollo de componentes suicidas, ya que se puede sugerir el temor a la muerte propia dada por estos padres poco afectuosos y que inconscientemente manifestaban los deseos de muerte del hijo.

Los factores de riesgo predisponentes para la conducta suicida

En Carlos podemos enlistar ampliamente los factores predisponentes para el acto suicida, ya que como vemos en su historia, son muchos los elementos desfavorables en la vida de Carlos.

En lo familiar, la relación conflictiva entre los padres, la separación de estos, la ausencia del padre, la falta de soporte de los padres, las limitaciones intelectuales y emocionales de ellos, así como la pobreza, el maltrato, el abandono y la negligencia.

En lo académico, el bajo rendimiento, los problemas de aprendizaje, la falta de logros, también contribuyeron.

En lo personal, la depresión, la culpa, la irritabilidad, la agresividad, los sentimientos de minusvalía y la apatía, contribuyeron en conjunto a la manifestación de la ideación suicida en Carlos.

Las motivaciones y que busca con el acto

Como se pudo ver en la descripción de las sesiones, Carlos manifestó principalmente ideación suicida, la cual tuvo un paso al acto de forma impulsiva (acting out). Partiendo de estos dos elementos busquemos las motivaciones de Carlos para su actuar.

En el caso de Carlos se pueden considerar dos motivaciones principales, la primera que surge en los primeros momentos de la terapia, como un grito de auxilio ante una situación que se vuelve intolerable, como una forma de escapar. En Carlos mucho se daba en la fantasía a manera de ideación suicida, ya que cuando la angustia lo rebasaba evadía mediante la fantasía. En un segundo momento se pudo identificar como un castigo hacia los padres con quienes se encontraba muy enojado a causa de los maltratos sufridos por ellos.

Procurando Carlos en ambos momentos, llamar la atención de los padres, buscando el afecto y el reconocimiento de ellos. El ser mirado por ellos, ya que parecía no existir para esos padres cegados por sus propios problemas. Además de que con sus ideas en torno a la muerte, lograba un acercamiento hacia los abuelos, con quienes tenía mayor contacto afectivo, de lo que estaba carente.

El valor mágico del acto

El pensamiento mágico se ve reflejado en torno a la hermanita muerta, que aunque parte de un componente real proporcionado por la madre, se crea toda una fantasía en torno a ella. Y por otro lado cuando escribe en su libro acerca de los polvos mágicos, aunque también es promovido por una actividad dirigida, el expresa en ello, su deseo de dar muerte a su familia y a él mismo y si observamos, posterior a matar a..., continua, jugar a..., lo que nos deja ver este

aspecto mágico de cambio, con la muerte terminar con lo insoportable y aparece el deseo de vida expresado en el juego.

El pensamiento fatalista

Es difícil determinar, el aspecto fatalista de sus pensamientos, ya que mucho de lo expresado tenía fundamentos reales.

Como su temor al abandono, estaba fundamentado en abandonos reales, como cuando salía de consulta y la madre no estaba o cuando el padre lo dejaba en la puerta de la escuela aunque esta estuviera cerrada y el tenía que regresar solo a su casa.

Cuando los maltratos expresados eran reales y el deseo de los padres por deshacerse de los hijos también lo eran, pocos eran los recursos de los que Carlos podía sostenerse para hacer frente a las adversidades.

El más claro ejemplo de su forma de percibir las cosas a su alrededor, está expresado en la sesión de los títeres, donde él grita al representar a los padres: no me importa, no me importa, no me importa, al referirse a él.

En conclusión se puede decir que Carlos vivía en un ambiente desfavorable que favorecía los comportamientos suicidas, específicamente la ideación, aunado a sus propias características de personalidad. Donde vemos que la falta de deseo de los padres por el hijo, la agresión y los maltratos, así como las limitaciones intelectuales y afectivas, favorecieron la presencia de deseos de muerte en Carlos.

Segunda evaluación

Al concluir el tratamiento se realizó nuevamente una valoración psicológica. En esta evaluación se encontró que en el área cognitiva Carlos había tenido mejoras significativas, subiendo un nivel, de deficiente mental, paso a un rango limítrofe, en cuanto a lo cuantitativo. En lo que respecta a lo cualitativo sus respuestas se observaron muy superiores a las de la evaluación inicial y su pensamiento más lógico y coherente. Lo cual se podía observar también en la escuela donde mostró logros importantes adquiriendo la lectoescritura y mejoría en las operaciones matemáticas.

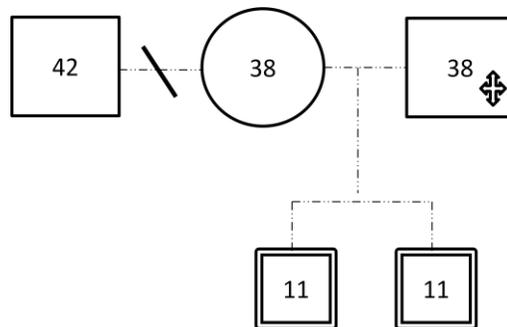
En lo emocional se encontró mayor seguridad y confianza en sí mismo, una mejor autoestima, los síntomas depresivos habían desaparecido y el estado emocional mejorado considerablemente, ya no estaba presente el tema de la muerte y las fantasías en torno a esta.

En la cuestión familiar representaba una familia más estructurada y no se observaban indicios de ansiedad, además que ya se percibía como un miembro más de la familia y ya no se devaluaba en sus grafismos.

Caso Orlando

Historia personal y familiar

Orlando y Homero son gemelos idénticos y pertenecen a una familia uniparental.



Antes del nacimiento, su padre padece una enfermedad terminal, por lo que se encuentra en constante tratamiento médico. Debido a esta situación, le hacen de su conocimiento que no podrá tener hijos, por lo que la pareja deja de tener control natal. Al poco tiempo la madre queda embarazada de los gemelos, quienes nacen prematuramente a causa de complicaciones en el embarazo, aunque no presentan problemas pre, peri ni post natales. Durante el embarazo y hasta los dos años de edad de los gemelos, el padre se encuentra estable en su enfermedad, conviviendo en un clima emocional favorable.

Cuando los gemelos tienen tres años de edad, la enfermedad del padre se complica y muere, en este tiempo, los menores viven con la abuela materna, viendo en contadas ocasiones a su padre enfermo. Los menores no presenciaron

los rituales funerarios, por lo que la madre les explicó posteriormente que “su papá se fue al cielo”. Acudiendo hasta la fecha una sola vez al panteón. La madre comenta que el más afectado con la muerte del padre fue Orlando.

Con la muerte del padre, la madre vive sola con sus hijos, ella trabaja, es profesionista y cuenta con pocas redes de apoyo. La madre es una mujer joven, quien se esmera por su arreglo personal y es muy activa. Dentro de las características de personalidad que sobresalen se encuentra un excesivo interés por la limpieza y el orden, un afán por mantener el control, tornándose manipuladora para que se cumplan sus demandas. Es muy dedicada a su trabajo y parece saturarse de él. Con los menores mantiene una relación poco afectiva, dirigiéndose a ellos la mayor parte del tiempo en lo que respecta a órdenes y deberes, estableciendo rutinas y horarios determinados para la realización de sus actividades. La comunicación es ambivalente y en función al deber ser, más que de las necesidades afectivas.

Tiempo después la madre entabla una nueva relación de pareja, con esta persona convivían los gemelos, teniendo un vínculo afectivo importante, durante un periodo de 4 años. La madre y su pareja se separan y en consecuencia se da un distanciamiento entre él y los gemelos, comenta la madre que los menores se ven afectados por la ausencia de él y le reclaman y culpan que se haya ido.

Cuando llegan a consulta cuentan con once años de edad y cursan el sexto grado de primaria. En la escuela muestran un adecuado desempeño académico aunque comentan que son distraídos y Orlando presenta problemas de comportamiento. Orlando y Homero son llevados a consulta por un supuesto diagnóstico de TDAH sugerido por otra institución. Homero, además presenta tricotilomanía.

En este trabajo se pondrá énfasis en el caso de Orlando que fue quien presentó conductas suicidas durante el proceso terapéutico.

Antecedentes de riesgo

Orlando recibe atención psicopedagógica en repetidas ocasiones antes de ingresar al centro, en todas ellas refieren la presencia de déficit de atención con hiperactividad, siendo medicado desde los 8 años. La madre lo describe como un niño inquieto. Otro aspecto que llama la atención en la forma en que se refiere a su padre muerto, ya que reporta la madre cuando le preguntan por él, Orlando dice que está trabajando y aunque la madre insista en que diga que está muerto Orlando se niega a hacerlo.

Con respecto a las intervenciones

Se utilizaron técnicas psicométricas para realizar la valoración psicológica, se tuvo una sesión de juego diagnóstico con ambos niños y se realizaron entrevistas a los niños y la madre. En el caso de los gemelos, el proceso terapéutico tuvo como base la asociación libre mediante el juego simbólico, donde lograban proyectar muchas de sus emociones conscientes e inconscientes. En cada una de las sesiones se permitía la expresión libre mediante el juego, de diversas temáticas con las que se trabajaba.

Como parte de los materiales disponibles se encontraban, juguetes de varios tipos: miniaturas, soldados, personas, naturaleza, animales, carritos, ciudades, personajes de acción, casita de muñecas, etc. También estaban presentes materiales didácticos como masa para modelar, pegamento, hojas de colores,

plumones, colores, acuarelas, pinturas digitales, tijeras, crayolas, etc. Y se hacía uso de juegos de mesa.

En el caso de los gemelos ellos hicieron uso de la mayoría de los materiales, aunado a aquellos materiales que ellos traían a las sesiones como juegos de mesa, carritos, casa de campaña, etc.

Entre las principales técnicas terapéuticas se retomaron de la teoría psicoanalítica la asociación libre mediante el juego simbólico, los señalamientos, la transferencia, la contratransferencia, las confrontaciones e interpretaciones. Tomando de la gestalt, técnicas expresivas. Todo en un ambiente de empatía y contención.

El primer contacto con los gemelos

En el caso de los gemelos, como ya se mencionó, se trabajó en modalidad de coterapia. Por lo que el primer contacto con ellos se tuvo por separado al momento de la evaluación. El equipo coterapéutico estaba conformado por un terapeuta varón y una mujer. El coterapeuta varón se encargó de la valoración de Orlando, describiendo al menor de la siguiente manera en ese primer contacto:

“La apariencia física de Orlando corresponde con su edad cronológica. Se presentó a las sesiones en adecuadas condiciones de higiene y aliño. En un inicio se mostró un tanto reservado durante las sesiones, pero con el transcurso de las mismas se mostró más relajado, expresivo y espontáneo. En función de sus movimientos y conducta, se le observó como un menor quien entiende las indicaciones y las realiza, logra participar y colaborar activamente cuando se establece una relación cercana. Se observó que en dichas circunstancias logra

trabajar con atención y concentración, realizando las actividades de forma organizada y eficiente.

Durante la aplicación de las pruebas psicológicas, se mostró participativo y dispuesto a realizar las actividades estructuradas y dirigidas. Se observó que es un niño muy sensible al reconocimiento del adulto y busca con frecuencia la interacción afectiva con éste, lo que refleja la importancia de satisfacer sus necesidades psicológicas como atención, aprobación, afecto y aceptación.

Adicionalmente a lo anteriormente expresado, ante las situaciones estresantes, ejercicios que implicaban un mayor nivel de dificultad, tiende a esforzarse más y a dar respuestas que aunque no sean las correctas muestran el esfuerzo intelectual y la necesidad de obtener aprobación de los demás”.

Una vez iniciado el proceso terapéutico fraterno, pude observar a Orlando como un niño, extrovertido, quien en comparación con su hermano era más expresivo y participativo, aunque se podía ver su dificultad para socializar con personas nuevas, ambos mostraban fuertes indicadores de ansiedad. Además de una cercanía tipo simbiótica, en la que requerían estar en contacto físico todo el tiempo, además de un lenguaje no verbal con el que se comunicaban entre ellos. Se turnaban para tomar ciertos roles, y en este juego de roles se complementaban, dando la apariencia de ser uno mismo.

Primera evaluación

Orlando fue valorado mediante una batería psicológica integrada por pruebas proyectivas y psicológicas durante siete sesiones, las pruebas empleadas fueron:

- ◆ Entrevista
- ◆ Test Gestáltico Visomotor de L. Bender
- ◆ Escala de inteligencia revisada para el nivel escolar WISC-R-ESPAÑOL de Wechsler
- ◆ Test proyectivo gráfico de la figura humana de Koppitz y Machover
- ◆ Test proyectivo gráfico de la familia de Corman
- ◆ Test proyectivo gráfico HTP de Buck
- ◆ Test de Apercepción temática para niños CATH
- ◆ Test proyectivo gráfico del animal
- ◆ Fábulas de Düss

Encontrando que Orlando en el área perceptomotora posee un nivel de maduración adecuado a su edad. En lo referente al aspecto intelectual se pudo notar que Orlando presenta un coeficiente intelectual normal.

Con respecto a lo emocional se pudo observar la presencia de componentes importantes de ansiedad, lo que se relacionó a sus dificultades de atención y concentración. Se detectó que Orlando es un chico que demanda afecto y busca gratificación constante, así mismo, se observó dificultad para expresar sus afectos positivos, lo cual, se consideró era a causa de que en su entorno las necesidades afectivas no eran satisfechas de forma adecuada. Mientras que el enojo y la frustración se manifestaban en arranques de agresividad y rebeldía. Observando una autoestima disminuida.

El ambiente era percibido como hostil, en un clima tenso, por lo que mostraba dificultades para adaptarse a su entorno. En lo familiar se pudo observar que Orlando percibía el ambiente familiar como hostil, sintiéndose propenso a las demandas de la madre, a quien percibían como fría y rígida. Con el hermano se percibía una falta de individuación, percibiéndolo como una sombra. Con respecto al padre se observaron dificultades para hablar de él.

El intento de suicidio en el proceso terapéutico

El proceso terapéutico tuvo una duración de 52 sesiones, de las cuales se describen las referentes al comportamiento suicida.

El ataque a las torres gemelas (Sesión 1)

En esta ocasión se establece el encuadre con los menores, se les invita a conocer el lugar y los materiales con los que se trabajará. La relación con los terapeutas aún es uno a uno, a causa de la forma de evaluación, ya que para este momento ya había alianzas establecidas Orlando con el terapeuta y Homero con la terapeuta. Al observar los materiales deciden jugar con unos aviones que había y unos muñecos (personajes de escuela, obreros, indios), crean una escenografía donde cada uno de los gemelos va participando y modificando lo establecido por el otro hasta que construyen algo juntos.

Es importante mencionar que existe una comunicación no verbal muy peculiar entre ellos, incluso imperceptible para los demás, es como si uno supiera lo que el otro hará pero sin decir nada, sin gestos. Como terapeutas nos sentimos por momentos fuera de esa comunicación.

El juego consiste en el ataque a las torres gemelas, se encuentran dos torres de pie juntas y son atacadas por los aviones, en un primer momento Orlando es quien decide atacar mientras Homero defiende, pero al final ambos participan de la destrucción. Todos mueren.

Las cartas (Sesión 2)

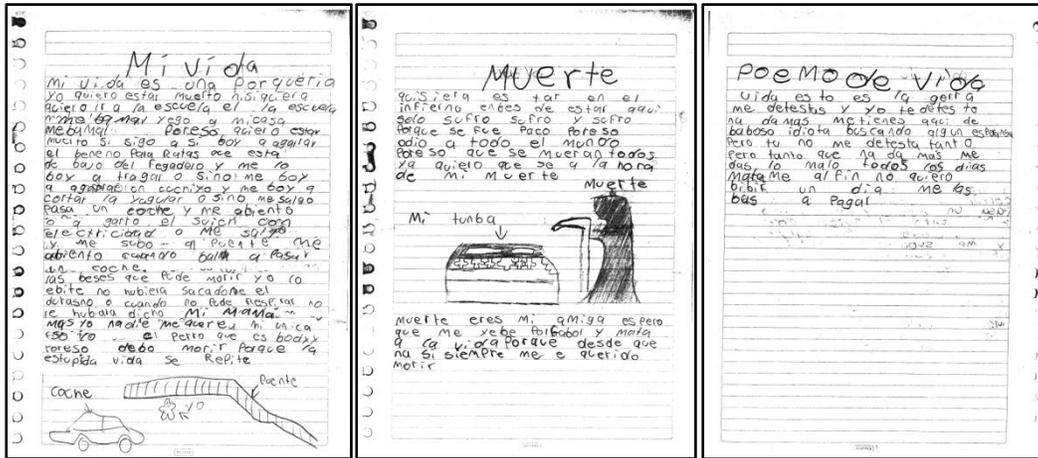
En esta ocasión la primera parte de la sesión la dedican a armar una casa de muñecas colocando los muebles y decorando a su gusto, nuevamente se observa esta comunicación entre ellos para acomodar, pero que finalmente logran ponerse de acuerdo.

Resalta el hecho de que al acomodar la casa se hace énfasis en medidas de seguridad, como poner extintores en cada uno de las habitaciones, una bocina donde sonará una alarma en caso de que algo suceda, previendo un incendio del cual hablan constantemente.

Una vez que ponen todo en su sitio dentro de la casa, inicia el juego, el cual consiste en que la casa se incendia, se empieza a quemar todo, llegan los bomberos y mientras Orlando rescata a las personas, Homero rescata los muebles y bienes materiales, se da un juego paralelo, pero conectado en uno solo, nuevamente aparece el tema de destrucción, todos mueren y son sepultados por la casa después de un temblor.

Toman uno de los personajes (varón) y lo meten en una caja, lo ponen cerca de la pared y le colocan encima todas las partes de la casa, los muebles y demás juguetes que tenían a la mano.

Ese mismo día la madre comenta muy angustiada que Orlando escribió una carta (un aviso suicida), posterior a una discusión que tuvieron la madre y el menor. Las cartas refieren el deseo de ya no querer vivir, se perciben sentimientos de desesperanza y enojo, así como el aviso de que intentará suicidarse, narrando casi todas formas posibles de hacerlo.



Carta Mi vida. Mi vida es una porquería, yo quiero estar muerto, ni siquiera quiero ir a la escuela, en la escuela me va mal, llego a mi casa, me va mal, por eso quiero estar muerto, si sigo así voy a agarrar el veneno para ratas que está debajo del fregadero y me lo voy a tragar, y si no me voy a agarrar un cuchillo y me voy a cortar la yugular, o si no me salgo, pasa un coche y me aviento, o agarro el switch con electricidad, o me salgo y me subo al puente y me aviento cuando vaya a pasar un coche... las veces que pude morir yo lo evité, no hubiera sacándome el durazno o cuando no pude respirar no le hubiera dicho a mi mamá, más ya nadie me quiere, mi única... es el perro que es body, por eso debo morir porque la estúpida vida se repite.

Carta Muerte. Quisiera estar en el infierno en vez de estar aquí, solo sufro, sufro y sufro, porque se fue Paco, por eso odio a todo el mundo, por eso que se mueran todos, ya quiero que sea la hora de mi muerte. Muerte eres mi amiga espero que me lleve por favor y mata a la vida porque desde que nací, siempre me he querido morir.

Carta Poema de Vida. Vida esto es la guerra, me detestas y yo te detesto, tu nada más me tienes aquí de baboso, idiota, buscando alguna esperanza, pero tú no me detestas tanto, pero tanto que nada más me das lo malo todos los días, mántame al fin no quiero vivir, un día me las vas a pagar.

Se citó a la madre, para una entrevista, en esta se identificaron aspectos relacionados con la ideación suicida, a los que le no dio importancia, por lo cual no los reportó. En esa misma entrevista, la madre comenta que posterior a la discusión ella se encierra en su recamara a llorar, mientras que los menores se encontraban afuera preocupados y tocaban para ver que sucedía, pero la madre

no les abría la puerta. Posterior a ello Orlando escribe las cartas y se las deja en un sitio donde pueda verlas. El caso es evaluado por otros especialistas en Psicología y Psiquiatría y se considera la necesidad de tratamiento psiquiátrico. Cuestión que se le hace saber a la madre y es canalizado para atención psiquiátrica, mientras que el tratamiento psicológico se continuará en el mismo centro.

Evaden con los juegos de mesa (Sesión 3)

El propósito de esta sesión era hablar la temática de las cartas y explorar lo acontecido. Hablan poco acerca de lo que pasó, Homero prefiere no participar argumentando que el “no sabe nada” y a Orlando se le dificulta hablarlo. Ambos evaden el tema con los juegos de mesa. Se concluye la sesión sin abordar el tema como se había planeado.

Al ver la dificultad que representa hablar del tema, se planea abordarlo de forma no directa y esperando a que ellos lo expresen en el juego o de manera verbal.

La madre les responde con una carta (Sesión 5)

Al llegar los gemelos entran efusivos, con unos papeles en sus manos, como antorcha y uno de ellos comenta – ¡ya se los traje! –, preguntamos qué, responden –las cartas de mi mamá, ya las encontramos, estaban en el librero.

Las cartas a las que se refieren, son la respuesta de la madre ante la carta de Orlando, escribió una para cada gemelo. Los menores manifiestan ambivalencia con respecto a las cartas, por un lado las traen y por otro no quieren leerlas, Homero se rehúsa más. Se deja en pausa lo de las cartas debido a la resistencia tan significativa, mientras se decide si se leerán o no.



Modelado de Orlando

Mientras tanto, eligen modelar con pasta, se observan más espontáneos y creativos, disfrutan la actividad. Comentan sobre su próxima graduación de la primaria y los cambios que les esperan para secundaria. En esta ocasión, empiezan a invertir roles de manera oscilante, por lo que es difícil diferenciarlos.

Al término de la sesión, se leen las cartas de la madre, dichas cartas se guardan para continuar trabajando con ellas en próximas sesiones. Esta es la última sesión antes de vacaciones y se realiza un cierre parcial.

De regreso de vacaciones se tiene una entrevista con la madre para saber lo acontecido en ellas, a los gemelos no se les cita hasta una semana después ya que continúan en la casa de la abuela materna. La madre reporta que los ha visto tranquilos, que “se la están pasando bien”. Refiere no ha llevado a Orlando a consulta con el Psiquiatra, por lo que se le enfatiza la importancia de hacerlo.

¿Qué con la moto? (Sesión 8)

Al llegar en esta ocasión, comentan qué paso algo y discuten entre ellos, ya que Homero quiere contar y Orlando no. No logran ponerse de, solo nos dejan saber que tiene que ver con una moto.

Ellos traen un juego “tres loco” y nos invitan a jugar, el juego consiste en ir nombrando números omitiendo los múltiplos de tres, el que nombre alguno tiene un castigo. Podemos ver un comportamiento correspondiente a la pubertad,

empezamos a notar cambios en torno a ellos, hablan de niñas, y situaciones que acontecen en la secundaria.

La madre solicita una entrevista para hablar de los gemelos. Nos comenta que Orlando fue atropellado por una moto días antes. A consecuencia de lo anterior, lo llevaron a un hospital, donde fue revisado, pero no hubo lesiones de importancia, la moto solo alcanzó a tirarlo, sin embargo, la impresión como se puede deducir fue mayúscula.

La madre menciona que esta situación fue un accidente, porque Orlando es muy distraído y que seguido pasa las calles sin mirar. Orlando aún no ha recibido atención psiquiátrica, la madre no lo ha llevado.

Se considera importante abordar el tema de forma directa y ya no esperar más a que los gemelos expresen la necesidad de verbalizar el incidente, pues independientemente que se pueda interpretar como un acting-out, la opción de suicidio que en la carta se narró como ideación se convirtió en parte de su realidad.

La fantasía hecha realidad, se retoma la carta (Sesión 9)

Al llegar se les pregunta directamente qué pasó con la moto, comentando ellos lo acontecido, se le señala a Orlando que esa era una de las formas que había puesto en su carta para quitarse la vida.

Comenta que no recuerda, se le muestran las cartas, y aceptan que se lean en voz alta. Homero funge como portavoz de Orlando y como coterapeuta. Mientras se leen las cartas Orlando se observa ansioso, pellizca la mano de Homero y no la suelta, como si no quisieran separarse, como si necesitara fuerza y Homero se

la transmitiera de esta manera. Esta situación empezó a crear fricción entre los hermanos, lo que les permitía desviarse y evadir el tema.

Enseguida la terapeuta le toma la mano a Orlando supliendo la función de Homero y ambos se tornan más tranquilos, esto permitió hablar y abrir el acontecimiento que angustiaba tanto.

A Orlando se le dificulta expresar lo que siente, por lo que necesita de Homero para poder expresarlo, haciendo preguntas como ¿cómo te sentirías tu, si a ti te hubiera pasado? y luego se reflejaba en Orlando, (que tal vez el sintió lo mismo), se aprovecho este vínculo tan estrecho, donde el Yo auxiliar era Homero.

A la vez Homero se movía y se ponía como espectador, comentando cosas como ¿en qué estabas pensando?, “a todos nos pasan cosas, no siempre tenemos lo que queremos, pero no hay que buscar la salida fácil”, palabras que llegaban directo a Orlando y que significaban mucho para ambos, Homero acariciaba la cabeza de Orlando en un gesto comprensivo, empático; Orlando permaneció reflexivo.

Los terapeutas destacan los aspectos positivos de ambos, y se rescatan sus fortalezas. Mientras tanto, los gemelos empiezan a construir aviones y barcos con las cartas que Orlando escribió, y las respuestas escritas de la madre. Posteriormente, comentan “traeremos una alberca para ponerlos a nadar”.

Pudimos notar que pudieron construir y crear a partir de lo desfavorable que representaban las cartas.

La sesión nueve, en que se leyeron las cartas, fue la última sesión que se habló con respecto al suicidio, posterior a eso se continuo el trabajo con ellos dividido en dos momentos, el primero la diferenciación de los gemelos y un segundo momento en el que se trabajaron las pérdidas importantes en su vida,

específicamente, la muerte del padre y la separación de la pareja de la madre que fungió como figura paterna durante un largo tiempo.

Del primer momento de individuación, resulta muy significativo un juego que tuvieron con globos, en el que dos globos del mismo color estaban amarrados y jugábamos a lanzarlos por el aire sin que estos cayeran, notábamos que era muy difícil jugar con los globos amarrados, flotaban menos, uno jalaba al otro, cuestiones que se les señalaban a los gemelos, esperando que eligieran separarlos, pero no lo veían como opción.

Al hacer la pregunta directa ¿cómo flotarán mejor? Responden, si estuvieran separados ante lo que preguntamos, y ¿porque no los separamos?, respondiendo porque uno se tendría que romper, con cierta tristeza.

Les señalamos y si intentamos hacerlo con cuidado, Homero responde que está de acuerdo pero Orlando señala, como quieran pero estoy seguro que uno se romperá. Siempre en juegos conjuntos se trataba de que ambos estuvieran de acuerdo para no dar preferencia a alguno, por lo que se espero un momento, finalmente Orlando acepta que se separen.

Ambos toman un globo, arrebatándoselos para intentar separarlos, desencadenando en que ambos globos se rompieran. A ellos les causa mucha risa, comentando Orlando, yo sabía que se tenía que romper alguno. En ese momento se les señala, bueno ahora podemos tener dos nuevos globo que vivan separados. Se les da un globo nuevo a cada uno y ellos los inflan y luego decoran con su propio estilo, en este momento de la terapia, ya vestían diferentes y peinaban diferentes, se veían dos personalidades claramente distintivas.

En cuanto al trabajo de las pérdidas significativas también hubo dos tiempos que marcaron la terapia.

El primero de ellos, fue una sesión cercana al día de muertos, en la que se buscaba hablar de la muerte del padre a partir de la fecha próxima, por lo que se les sugirió la posibilidad de hacer una ofrenda para su papá. Situación que evadieron de inicio pero que finalmente termino por emocionarlos. Sin embargo, esta idea solo llegó a la planeación, pero arrojó elementos importantes.

En esa sesión al hablar de que les gustaría poner en la ofrenda comentaron que cigarros lo que permitió tocar su fantasía acerca de que su padre había muerto por fumar. Entre las cosas que destacaron, fue el querer poner un celular, comentando “para poder hablar con él” y un avión “para ir al cielo”. Mostrando sus deseos de reunión y comunicación con el padre muerto. Este fue el primer acercamiento real a hablar del padre. La ofrenda no se llevó a cabo en la terapia, ya que no asistirían esa semana, sin embargo, la realizaron en casa con la madre y según comentó ella, estaban muy entusiasmados.

Otro momento importante fue cuando se invitó a la madre a contarles la historia de su vida, desde que conoció al padre y hasta el momento actual, y a hablar de la muerte del padre, tema que estaba censurado en la familia. Fue una sesión muy emotiva, ya que se sensibilizó a la madre con anterioridad. Se trabajó con fotografías mediante las cuales la madre iba contando la historia de los chicos, ante lo cual ellos escuchaban atentos, aparentemente era la primera vez que escuchaban hablar de su padre, los afectos estuvieron a flor de piel y los niños pudieron presenciar una madre sensible y cálida que no conocían, fue como un conocimiento y despedida del padre, como darle sepulcro finalmente.

A partir de esta sesión, la relación con la madre empezó a cambiar, al percibirlos ella de una manera diferente.

Los chicos fueron dados de alta, al cubrirse estos dos objetivos la individuación y el duelo por las pérdidas.

Análisis del caso

Nuevamente al igual que en el caso de Carlos, el tema central de los juegos es la destrucción, solo que en este caso manifestada principalmente hacia objetos más que personas. Como pudimos observar en la sesión uno, con el juego de la destrucción de las torres gemelas, sin embargo, aunque no se manifiesta de manera directa, el ataque a las torres gemelas puede significar la destrucción de ellos mismos. Lo que nos habla de su sentimiento de sentirse vulnerables y atacados, estando desde su percepción, en peligro de muerte.

Si recordamos, quien promueve la destrucción, es Orlando, lo que nos deja ver sentimientos más fuertes en él. Sin embargo, el vínculo tan estrecho observado entre los hermanos, nos dejaría pensar que la muerte de uno significaría la muerte del otro¹.

En la sesión dos, podemos ver, nuevamente este comportamiento de construir para destruir, colocando extremas medidas de seguridad en la casa, previendo peligros. Lo que al igual que con Carlos, nos deja ver su percepción de peligro en el hogar, el temor a ser agredidos o destruidos por la madre.

Refiriéndonos nuevamente a la madre considerando el “miedo al infanticidio” descrito por Bloch (1985), el cual, en este caso se reflejaba en algunos comportamientos específicos de la madre, como: retirarles la comida una vez que se cumplía el horario para comer, aún cuando los chicos no terminaran de comer;

¹ Deteniéndonos en este punto, para hablar un poco acerca de Homero, ya que como se mencionó, el presentó tricotilomanía, dicha conducta señalada por otros autores como una forma de comportamiento suicida indirecto, ya que al tragar los vellos, estos pueden causar un tumor en el estómago y propiciar la muerte. Otros autores también, señalan que en el caso de gemelos, la muerte de uno generalmente viene seguida por la muerte del otro, debido a la cercanía entre hermanos, principalmente mostrándose en gemelos no diferenciados.

no darles más comida cuando pedían, cuando ya estaba fuera de tiempo; y la percepción que ellos tenían sobre su madre haciendo el comparativo con una computadora (fría y que solo seguía instrucciones).

Esa misma ocasión aparece un personaje varón, en el cual ponen esmero en sepultarlo, colocando todo lo que tienen a la mano sobre él. Lo que nos permite ver la presencia del padre y la necesidad de sepultarlo en lo simbólico, ya que como se vio, los chicos no habían resuelto el duelo por su muerte.

Siendo en esa misma sesión que la madre comenta acerca de las cartas escritas por Orlando, las cuales se dan posterior a una discusión que tienen con ella, después de lo cual, la madre se encierra en su cuarto, retirando el afecto a los menores. Lo que despierta en su fantasía fuertes temores por la muerte de la madre, ya que esta al estar incomunicada les dejaba ver eso, generándoles culpa.

Nuevamente como señala Schrut, existe un deseo de la madre de que los menores desaparezcan (al menos en el momento y en un plano simbólico), lo que se ve reflejado en su retraimiento. Posterior a ello viene la culpa de los menores por haber lastimado a la madre, aunado a que a lo largo del tiempo han acumulado enojo a causa de algunos comportamientos de la madre, el cual, en ese momento de crisis, se ve revertido hacia su propia persona, en el caso de Orlando, como señalaría Anna Freud.

En este caso, dichas cartas tendrían dos objetivos, por un lado llamar la atención de la madre y por otro como un castigo hacia esta. Sin embargo, la madre no atiende a esta llamada de auxilio y los terapeutas no prestan la debida importancia. Al no ser atendida esta alerta, se orilla a Orlando a pasar del pensamiento al acto, reflejado en el supuesto accidente con la moto.

Sin embargo, en el caso de Orlando, el principal elemento que explica el comportamiento suicida, parece ser el deseo de reunión con el padre muerto, al no

tener conocimiento de su enfermedad y su desaparición repentina, genera en Orlando el deseo de reunirse con él, manifestado en los aviones y el celular de las ofrendas. Por lo que fue necesario construir nuevamente la historia mediante la madre, para poder elaborar la muerte del padre.

A continuación se destacan otros puntos importantes del comportamiento suicida.

El nacimiento y la dinámica familiar

Empecemos destacando algunas de las peculiaridades del caso. Como ya se mencionó Orlando es producto de un embarazo gemelar, el cual no fue planeado ya que el padre estaba enfermo antes del nacimiento de los gemelos y no estaba en sus planes tener hijos, sin embargo cuando los padres reciben la noticia lo toman con mucho agrado. Al parecer, por lo que la madre cuenta, mantenían una buena relación ella y su esposo, así que el nacimiento de Orlando y Homero se dio en un clima de amor y cuidados, aún a pesar de la enfermedad del padre.

El padre aún en momentos de enfermedad, apoyaba a la madre en el cuidado de los menores, reportando ella y los chicos que mantenían una buena relación con él, aunque ellos tienen pocos recuerdos del padre, ya que murió cuando ellos eran muy pequeños.

La dinámica familiar se da en un juego de roles, donde Homero juega el papel de padre, es el hijo bueno de mamá, mientras Orlando juega el rol de hijo, pero un hijo cargado de muchos aspectos negativos a diferencia de su hermano. La madre los vive escindidos en partes buenas y malas, siendo Homero la parte buena y Orlando la mala.

Las pérdidas importantes

En el caso de los gemelos, fueron tres las pérdidas importantes. La primera corresponde a la muerte del padre, la segunda la de la madre afectuosa, quien con la muerte del padre se vuelve poco afectiva y la tercera, la segunda pareja de la madre con quien mantienen una relación cercana.

En torno a la muerte del padre es importante destacar, algunos puntos clave para el entendimiento del caso. El padre muere cuando los menores cuentan con tan solo tres años, ellos no sabían que su padre estaba enfermo, nunca se los dijeron, cuando el padre enfermaba y tenía que ir al hospital, los niños eran llevados con su abuela materna, así que nunca vieron al padre enfermo.

Cuando el padre muere, ocurre lo mismo los niños se encuentran en casa de la abuela y cuando regresan ya no está su papá, la madre agobiada por el dolor y la preocupación los envía nuevamente con la abuela unos meses. El día que va por ellos les dice que su papá se fue al cielo.

La madre poco expresiva retoma su vida, llenándose de trabajos para solventar los gastos de los niños y de cierto modo para evadir lo ocurrido. Así que los niños regresan a una casa en que su papá ya no está y su mamá ha cambiado drásticamente.

Conforme van creciendo y los niños preguntan, la madre les dice que su papá murió, teniendo pocas oportunidades para hablar de ello. Es un tema vetado, del que de manera implícita no se debe hablar. Siendo la negación tal, que incluso Orlando cuando le preguntan en la escuela por su papá, decía que estaba trabajando.

Posteriormente la madre establece una nueva relación con un hombre por varios años, pero donde el compromiso era afectivamente poco.

Sin embargo esta persona, jugó un papel importante en la vida de los niños, ya que ocupó el lugar de figura paterna, logrando establecer una buena relación con ellos. Sin embargo, a su partida, dejó nuevamente una pérdida en los niños que reactivó la del padre.

Los factores de riesgo predisponentes para la conducta suicida

En el caso de Orlando, son pocos los factores predisponentes relacionados al comportamiento suicida. Encontrando estos, principalmente en el ámbito familiar, con esta madre dominante, poco expresiva y poco afectiva. Sin embargo, se considera que el factor fundamental fue la muerte del padre y la pérdida de la figura paterna.

Las motivaciones y que busca con el acto

En este caso, también se observan dos momentos diferentes con respecto a las intenciones del acto. En un primer momento el motivo manifiesto estaba relacionado con una llamada de atención hacia la madre, según refiere Orlando en sus propias palabras, ya que decía que solo así lo escuchaba, también se entiende como una forma de castigo hacia la madre a quien culpa de que su figura paterna se haya ido. Y también como una forma de manipulación para obtener lo que quiere de la madre.

Sin embargo, más adelante en el proceso se manifestará un motivo inconsciente, relacionado a la muerte del padre. En la sesión que se realizó la ofrenda, se pudieron ver claramente sus deseos de reunión con el padre, al colocar elementos como el avión y el teléfono, señala, el avión para ir al cielo y teléfono para poder hablar con el papá.

El valor mágico del acto

El valor mágico otorgado, está relacionado nuevamente a esta fantasía de reunión con el padre muerto, lo podemos ver principalmente en los aviones que aparecen constantemente en sus juegos, recordando las palabras de la madre, que les dijo, “su papá está en el cielo”, ven los aviones como una forma de acercamiento a él, sin embargo, sin desprenderse totalmente de la vida, como si pudieran ir y venir.

El pensamiento fatalista

Este se puede observar muy claramente en sus cartas, en frases como: “mi vida es una porquería”, “en la escuela me va mal, llego a casa, me va mal”, “solo sufro, sufro, sufro...”, el mensaje es claro, y refleja la manera como se siente, percibiendo que en todos lados las cosas están mal, todo es sufrimiento, la esperanza se desvanece.

En conclusión se puede decir que la edad con que contaba Orlando a la muerte del padre aunado a las circunstancias en que se dio, no permitió la sana elaboración de la muerte del padre, lo cual aunado al papel que la madre le atribuye y a su poca capacidad afectiva, contribuyen a ser los desencadenantes del comportamiento suicida en Orlando.

Segunda evaluación

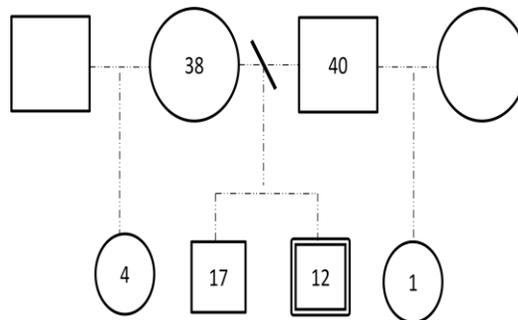
En el caso de Orlando no se realizó una segunda evaluación por cuestiones de tiempo, ya que se aproximaban vacaciones y se darían de alta antes de salir. Por lo que se consideró pertinente hacer un buen cierre de la terapia reforzando lo

trabajado en las sesiones. Sin embargo, en los datos clínicos se pudo notar una marcada disminución de la ansiedad, Orlando de ser un niño inquieto que no podía dejar de moverse, en las últimas sesiones pudo permanecer sentado, atento a la sesión, aunque los temas fueran angustiantes. Los temas acerca de destrucción y muerte empezaron a desaparecer y mucho de lo realizado al término de la terapia estaba encaminado a crear, construir, a hablar sobre sus emociones de manera más abierta. Trabajar el duelo con el padre permitió reducir sus fantasías y deseos de reunión con él, lo que permitió anclarlo más a la vida. Sobre las amenazas suicidas no se volvieron a presentar.

Caso Roberto

Historia personal y familiar

Roberto es un adolescente que cuenta con 12 años de edad al momento de la primera entrevista, cursa el primer grado de la educación secundaria, es un chico que aparenta su edad cronológica, parece ser un chico inteligente. Roberto pertenece a una familia reconstruida, él vive con su padre al momento del intento, la familia está estructurada de la siguiente manera:



Roberto es traído a consulta debido a que presentó una tentativa de suicidio dos semanas atrás de la primera entrevista. Él intentó ahorcarse en su casa, después de tener una discusión con su hermano, siendo encontrado por un primo quien lo baja y le retira el cordón.

En un primer momento Roberto fue llevado por su papá a un Hospital Psiquiátrico, donde recibió atención de emergencia, en el cual se sugiere a los padres que el menor sea internado mientras pasa la crisis, sin embargo los padres no aceptan,

por lo que les sugieren cambio de ambiente y deciden enviarlo a vivir con la madre. En ese momento Roberto recibe tratamiento farmacológico, siendo este, suspendido a los pocos días por los padres debido a inconsistencias en los medicamentos prescritos, ya que en tres citas diferentes les otorgaron recetas con medicamentos diferentes, lo que desconcertó al padre.

Al mismo tiempo es traído por su papá al Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”, donde se realiza una primera entrevista con el papá y el menor, para explorar el motivo de consulta, siendo este el intento de suicidio por ahorcamiento. Posterior a esta entrevista se inicia la valoración psicológica del menor. Aunado a una entrevista que se tuvo con ambos padres para recabar la historia clínica. Entre los elementos que vale la pena destacar de dicha entrevista y que dan un panorama de la situación familiar son los siguientes:

Al intentar contactar a la madre para que acudiera a la entrevista nos encontramos con que ella pone muchos pretextos para asistir, entre ellos que no tiene con quien dejar a su hija menor a quien debe llevar a su clase de ballet. Una vez que acepta asistir a la entrevista, acude acompañada de la menor a quien pone a hacer tarea mientras se realiza la entrevista. Esa ocasión acuden ambos padres quienes al acomodarse separan sus sillas para no quedar juntos, no se miran ni hablan entre ellos.

Al preguntar sobre la historia de desarrollo de Roberto y antecedentes importantes se observa que la madre desconoce la mayor parte de la información, argumentando que los niños estuvieron con su papá desde pequeños, el padre sabe un poco más, aunque también desconoce algunos datos, señalando que la que los cuidaba era su esposa (madrastra de Roberto). La madre cede la palabra y deja la responsabilidad al papá de responder a las preguntas. El padre muestra más interés y responde a los cuestionamientos que se le hacen.

La dinámica de esa sesión se da en un clima de desinterés de la madre y angustia del padre, se crea una fuerte confusión en torno a la información brindada por los padres, tornándose por momentos agresiva al tratar el tema de la separación de los padres, donde ambos padres se acusan. Ante esta situación no pudo recabarse mucha información por el desconocimiento de los padres.

Sin embargo, se sabe que Roberto fue concebido una vez que los padres se encontraban casados, no había planes de un nuevo embarazo, hasta que por sugerencia médica se le indica a la madre como posible solución a sus problemas ginecológicos. La madre no recuerda aspectos del embarazo. Sin embargo, señala que no pensaba tener otro hijo ya que el papá estaba estudiando y su hijo mayor "llenaba todo". La madre refiere que quería una niña, mientras que al padre le daba igual. En el momento del embarazo la madre no trabajaba y la situación era precaria, según reportan ellos. Finalmente el embarazo se da de manera natural, a término, sin complicaciones.

Cuando Roberto cuenta con poco más de un año, los padres se divorcian, yendo a vivir Roberto con su madre, el padre al percatarse de una serie de situaciones, como maltrato por parte de la familia de ella y mentiras de la madre, pide la custodia de los menores, obteniéndola al poco tiempo. Meses después el padre se casa nuevamente con la ahora madrastra de Roberto, comenta, él no podía hacerse cargo de todo y se casó para que le ayudaran.

Según refiere el padre el desarrollo de Roberto se da de manera adecuada. Refiere que Roberto fue amamantado por la madre hasta los cuatro meses, comenta ella que le dolía el pecho y por eso cambiaron al biberón que dejó de tomar al año de edad. Logró el control de esfínteres a los dos años y medio, gateó a los nueve meses y caminó al año un mes, presentando problemas de lenguaje por lo que recibió terapia de lenguaje al ser referido del kínder, presentaba dificultades en la pronunciación de la "r" y "s".

En lo que respecta a la escuela no había presentado problemas de aprendizaje ni de conducta, sino hasta su ingreso a secundaria.

Antecedentes de riesgo

Al preguntar acerca de algo que les indicara que Roberto estaba en riesgo o algo le estaba pasando, los padres no pudieron identificar indicadores, sin embargo al hacer preguntas más directas se obtuvieron datos importantes. El padre refiere que dormía más de lo normal, dejó de salir con sus amigos, se enojaba con facilidad y se ponía agresivo, en la escuela bajó su rendimiento y empezó a presentar problemas de conducta, no mantenía una buena relación con la madrastra con la que siempre peleaba, era muy sensible a las discusiones con los miembros de la familia. La madre en cambio refería que eso pasaba en casa del papá porque no estaba a gusto con la madrastra y señaló que la madrastra los maltrataba, refiere también, que los fines de semana que estaba en su casa, Roberto estaba bien y no presentaba problemas.

Con respecto a las intervenciones

Con Roberto, en un primer momento se utilizaron técnicas psicométricas para realizar la valoración psicológica. Posteriormente, el proceso terapéutico se realizó de manera focalizada, para abordar la problemática suicida. Retomando aspectos psicodinámicos como los señalamientos, las aclaraciones, las confrontaciones, la transferencia y contratransferencia. Se retomaron aspectos de la terapia cognitivo

conductual como la reestructuración cognitiva y las técnicas de afrontamiento. Se utilizó desde la terapia conductual el refuerzo diferencial de las conductas. Y se aplicaron técnicas expresivas de la gestalt.

Al inicio del proceso terapéutico no se hizo uso de materiales, solo el uso de la palabra, cambiando esta modalidad ya avanzado el proceso al ver las necesidades específicas de Roberto, donde fue necesario incluir técnicas definidas para la expresión de sus emociones, haciendo uso de los dibujos y el grafiti. Los materiales fueron, papel bond y craft, colores, pinturas en espray no toxicas. Y para el cierre se echo mano de distintas imágenes.

El primer contacto con Roberto

Después de tener una breve entrevista con el padre para conocer la razón porque Roberto es traído, se tiene una entrevista con el menor, de manera individual, donde se exploran algunos elementos importantes acerca del intento de suicidio.

Roberto ingresa con una actitud tímida, temerosa, se le observa angustiado. Es un chico que aparenta su edad cronológica, de complexión alta y delgada, a primera vista aparenta ser un chico inteligente y sociable.

Esa primera sesión nos saludamos, él en una actitud tímida y reservada. Me presenté y le explique a manera general que es lo que haríamos, le señaló que me gustaría saber algunas cosas y él accede a responder. Señala que lo traen ya que intento suicidarse, habla un poco al respecto, refiere algunos aspectos familiares, en especial sobre la madrastra y el hermano.

Durante esta primera sesión se observan tres momentos importantes, el primero referente al intento de suicidio, donde se le observa triste, desmotivado, sin esperanza. El segundo momento es al hablar de la situación familiar, principalmente de la madrastra, donde se observa mucho enojo y tristeza. Y el tercer momento en donde se habla del hermano y el vivir en casa de la madre, donde se le nota confundido y sin saber qué hacer.

En esta primera sesión se pudo observar un chico que sufre, donde las situaciones externas son hostiles, no sintiéndose aceptado ni perteneciente a ninguna de las dos familias (la del padre y la de la madre). Siendo su principal apoyo el hermano, quien al ser también un adolescente es poco el soporte que puede ofrecerle. Se puede ver un sentimiento de desesperanza en el que ya no ve alternativas a su situación. Con respecto a los padres, se confirma en el discurso de Roberto, la falta de interés y cuidado. Con respecto a la madrastra parece que sufre maltrato emocional de parte de ella.

La primera evaluación

Se realizó una primera evaluación que constó de las siguientes pruebas:

- ◆ Entrevista
- ◆ Test proyectivo gráfico de la figura humana de Machover
- ◆ Test proyectivo gráfico de la familia de Lluís y Porot
- ◆ Inventario multifásico de la personalidad Minnesota para adolescentes
- ◆ Inventario de Riesgo e Ideación Suicida de Hernández y Lucio
- ◆ Sucesos de vida de Durán y Lucio

En las que se encontró a Roberto como un adolescente extrovertido, poco asertivo, inquieto, con tendencia a preocuparse. Notando la presencia de infantilismo, dependencia y poca confianza en sí mismo. Observando un chico desconfiado y suspicaz, quien atravesaba por momentos de mucha tensión, temor y culpa. Se observaban fuertes indicadores de ansiedad, depresión y manía, lo que podía afectar el sueño. Al mismo tiempo se observaba una tendencia hacia conductas antisociales, como hacer trampa, mentir, robar, un comportamiento rebelde, con tendencia a correr riesgos y hostilidad. Así mismo se identificaban indicadores que sugieren una predisposición hacia el uso de alcohol y drogas en las pruebas, sin embargo, en los datos clínicos no se notaron indicadores de ello. Manifestaba preocupaciones con respecto a la salud y por problemas físicos.

En la parte social, se notaba un esfuerzo por ganar aprobación, estando en constante alerta a los detalles acerca de él por lo que tendía a interpretar las actitudes de los otros, siendo sensible a sus críticas. Presentaba problemas de conducta, siendo capaz de modificar rápidamente sus conductas en aras de satisfacer las expectativas y demandas sociales con el fin de obtener algo a cambio, lo que se tornaba en un comportamiento manipulador.

En lo que respecta a la escuela se observaban problemas de adaptación y escolares, ya que presentaba un pobre desempeño, problemas para concentrarse e incapacidad para mantenerse ocupado en una tarea de tipo escolar. Notando que estas dificultades no eran por falta de capacidad, ya que Roberto es un chico inteligente.

Dentro de la familia percibía un ambiente hostil y agresivo. Roberto valoraba al padre y al hermano y devalúa a la madrastra. Se observaba una mayor valoración de la familia del padre. Presentaba desacuerdos con los padres y la posibilidad de fugas de casa.

En cuanto al riesgo suicida, Roberto es un chico que había presentado intento de suicidio, lo que lo colocaba en una situación de riesgo. Al mismo tiempo se observó poca motivación a la terapia, pocos deseos de explorar sus sentimientos, y creía que sus dificultades eran insuperables.

El intento de suicidio en el proceso terapéutico

El papá narra el intento (Sesión 1 de evaluación)

Se presenta el padre de Roberto a la primera entrevista, refiriendo como motivo de consulta el intento de suicidio de su hijo, se le observa angustiado y preocupado por la situación de Roberto. Relata lo sucedido ese día, señalando que al regresar de desayunar, Roberto le pidió permiso salir a jugar fútbol, su hermano, dijo que no le dieran permiso por que no había hecho su cama, sin embargo, el padre le dio permiso y al regresar de jugar Roberto empezó a pelear con su hermano, por lo de la cama. En la tarde, el papá fue a una fiesta dejando a los hijos solos, quienes irían a casa de la madre. Mientras el hermano se bañaba, Roberto intentó ahorcarse colgándose con un cordón en su recámara. En seguida llegó su primo, quien lo vio y lo sostuvo, el primo llamó al hermano y entre los dos lo bajaron y le retiraron la cuerda. Llamaron enseguida al padre, quien llegó a ver qué pasaba. El padre consultó con la asesora de la escuela y esta los refirió al hospital donde recibió atención de emergencia.

Roberto narra el intento (Sesión 1 de evaluación)

Posterior a la entrevista con el padre, se realiza una pequeña entrevista con Roberto donde él relata lo acontecido:

T: ¿conoces la razón por la que te han traído?

R: Sí, es porque el... (Fecha del intento) ...me quise suicidar

T: ¿cómo fue que te quisiste suicidar?

R: Es que de repente siento que nadie me quiere, y ese día yo estaba en mi cuarto y junto esta el cuarto de lavado donde hay cuerdas para tender y corté una con unas tijeras y me colgué de mi cuarto

T: ¿y por qué te quisiste ahorcar?

R: Porque creí que sería menos doloroso que cortarme las venas

T: ¿y cuándo lo hiciste pensaste que te ibas a morir?

R: sí, y es que a veces me sentía solo

T: ¿qué haces comúnmente?

R: pues salgo de la escuela como a las doce, mi papá llega como a las tres, comemos y como a las cuatro y media terminamos, luego mi papá y su pareja se duermen y mi hermano se la pasa con su novia

R: ya estaba harto de mi madrastra, y es que es muy mala porque, por ejemplo, cuando mi mamá nos daba algo, ella revisaba todo y si encontraba algo que hizo mi mamá, nos lo rompía o lo tiraba a la basura, una vez mi mamá me dijo, mira puedo comprarte unos tenis de marca o tres de otras marcas no tan caras, y yo le dije sí y cuando llegué a la casa de mi papá me dijo (la madrastra) que qué feos tenis tan corrientes tenía y eso a mí me hizo sentir mal.

T: Entonces a veces sientes que no te quieren, que no te ponen atención, los problemas con tu madrastra y habrá algo más que te haya llevado a querer morirte

R: pues no sé

Habla un poco sobre la relación que lleva con su hermano, que siempre han estado juntos y lo apoya, señala que es como un padre más, y que le dolió mucho la discusión que tuvo con él, que por ello sintió que ya nadie lo quería ni su hermano y decidió quitarse la vida. Comenta que su hermano no puede estar en casa de la mamá porque tiene alergias y hay muchos árboles y que quiere estar con él.

T: ¿tú quieres regresar a vivir con tu papá para estar con tu hermano?

R: sí

T: ¿tú crees que tienes algún problema?

R: pues no sé

Ambos padres hablan de la manipulación de Roberto (Sesión 6 de evaluación)

A esta sesión se presentan ambos padres, como ya se comentó en la parte de antecedentes, ambos padres desconocen mucha información del hijo, recayendo la responsabilidad en el padre.

En cuanto al intento de suicidio, ambos padres hacen referencia de que Roberto los manipula a partir “de eso”, se quejan constantemente de la actitud que ha tomado Roberto como de reclamo y manipulación. Se puede observar que ninguno de los padres puede nombrar lo sucedido, refiriéndose al intento de suicidio como “lo que pasó” o “después de eso”

Una vez concluida la valoración con la entrevista con los padres, se prosiguió con el tratamiento psicoterapéutico.

Roberto habla de conductas de riesgo y sus consecuencias (Sesión 1)

Esa sesión trae un golpe en el brazo, al preguntarle lo que ocurrió comenta que se tiró sobre una tapa por una calle empinada que da a una avenida con mucho flujo vial, al señalarle el peligro de su acto comenta que su mamá también se aventó y el padrastro y su hermanita. A partir de estas conductas de riesgo se habla sobre las consecuencias del intento de suicidio, comentando él, que pudo perder

oxígeno, haber muerto o quedado inválido. Habla del intento de suicidio comentando que la familia se puso muy mal, habla de su sentir comentando que sintió mucha injusticia, pensó que si él faltaba ya no se tenía que preocupar por ser un inadaptado. Ese día inicia hablando de que el padre le ha dicho inadaptado después de una discusión que tuvieron. Al preguntarle si él se siente inadaptado responde que sí.

Posterior a esto hubo una sesión más de cierre por vacaciones de diciembre, al regreso de vacaciones los temas que emergen son el enojo hacia la madrastra a quien culpa de muchas de las situaciones que le ocurren. Por lo que comenta se puede ver que sufre maltrato físico y emocional de parte de ella. Al mismo tiempo se observan reclamos hacia el padre por darle la razón a la madrastra y no defenderlo a él ante las injusticias de ella. También empieza a hablar de las chicas, se nota interesado en ellas y parece darle gratificación el que las niñas se fijan en él, empieza a hacer referencia de que es guapo, situación que es una constante en la terapia. Así mismo, habla de aspectos de su hermano que no le gustan, un poco en relación a que este ha iniciado nuevas actividades y ya no convive tanto con él, por lo que se le ve enojado y manifiesta celos hacia su media hermana, hija de la madre, por los cuidados que la madre le da a ella y él no los tuvo.

La angustia del padre por temor a un nuevo intento (Sesión 7)

El padre manifiesta sus angustias y miedos sobre que Roberto intente nuevamente suicidarse, ya que comenta que en momentos Roberto actúa de tal manera que les insinúa que si lo molestan volverá a intentarlo. El padre al comentar esto se observa muy tenso y preocupado, con miedo ante las reacciones de Roberto. Al mismo tiempo, el padre se enteró por el psiquiatra, que Roberto había pensado nuevamente en quitarse la vida al tener una discusión con su madre, en los últimos días.

El papá habla de que pensó en quitarse la vida después del intento de Roberto (Sesión alterna)

En sesiones alternas que se tuvo con el padre, se pudo observar a éste muy angustiado por el temor a un nuevo intento. Habla de sus sentimientos en el momento del intento y refiere que posterior a lo acontecido con Roberto él se deprimió mucho y por un momento, sintió como un vacío en el que imaginaba la vida sin su hijo, y pensó por un instante que de haber muerto Roberto, él se habría quitado la vida.

A partir de este momento se continúa el trabajo en modalidad de coterapia, tomando de buena manera la inserción del nuevo terapeuta, en este momento se trabaja en reforzar los aspectos positivos y las cualidades de Roberto.

En sesiones siguientes empieza a manifestar el ya no querer asistir a terapia argumentando que no solo él es el problema y que toda su familia necesita terapia, sin embargo se logra disuadirlo y continúa en el tratamiento.

En sesiones posteriores aún está presente el enojo hacia el padre y la madrastra, señalando ahora su deseo de vivir con la madre. En sesiones siguientes puede ver a la madrastra desde otra mirada, al poder ver las situaciones negativas que ha vivido la madrastra y logrando ser empático, sin embargo se observa que el enojo es mayor y no logra integrar aspectos positivos de la madrastra. A la par empieza a identificar aspectos negativos de la madre, en la que siempre reconocía aspectos positivos, un tanto idealizados, habla de una madre que lo ilusiona y desilusiona.

Roberto comienza a concientizarse de sus comportamientos y a aceptar la responsabilidad de sus actos. Sin embargo nuevamente quiere dejar la terapia, en esta ocasión se ve que empieza hacer uso de esto como una defensa y como una

manera de manipular a su padre y los terapeutas, sin embargo se señala y se continúa el tratamiento.

Posteriormente, empieza a hablar de una novia y de las dificultades que le generó esto con su madre, ya que la madre o lo aceptó y generaba culpa en Roberto al decirle que la quería más a ella, poniéndose la madre en el mismo lugar de la novia, sin embargo aunque se trabajó y Roberto tenía claro la distinción en la relación con ambas, la madre terminó por convencerlo de dejarla. Aquí empezamos a observar una madre manipuladora y chantajista que manipula a Roberto por medio del afecto.

Posterior a esto, hay una sesión en la que Roberto señala que se perdió camino a casa de su madre, cuando iba a verla para festejar el cumpleaños de ella. Habla de su necesidad de un espacio propio en el que pueda hacer cosas que le gustan.

La pérdida de la confianza (Sesión 13)

Esta vez señala que siente que lo cuidan mucho y siempre están pendiente de él, desde el intento de suicidio, sin embargo estos cuidados son contradictorios con otras libertades que le dan como irse a los ensayos o a casa de la mamá solo, situación que parece confundirlo. Hace el comentario de que su papá le dice que no se quiere, ante lo que él comenta que tal vez antes sí era cierto, cuando estaba mal, pero ahora ya no, que sí se quiere y cuida su cuerpo, que no toma, ni se droga y hace ejercicio. Al mismo tiempo menciona que está bien la preocupación de sus padres, pero comenta que también debe haber confianza y parece eso es lo que pide él ahora.

La planeación y los motivos (Sesión 14)

En esta ocasión comenta que su mamá se molestó con él por no ir a los ensayos, le dijo que no cumple sus compromisos y nuevamente le dijo que se fuera de la casa. Roberto refiere que ese día que lo corrió el pensó sobre el intento de suicidio y comenta que cuando lo intento pensaba que su hermano, su mamá y su papá estaban enojados y pensó hacerlo para ya no lastimar a su familia, pensó que solo iban a sufrir unos meses pero que luego lo olvidarían y continuarían sus vidas. Comenta que a veces los hace enojar a propósito, para que se enojen con él y ya no lo perdonen, así ya no podrá lastimarlos. Refiere que ese día pensó nuevamente en la posibilidad de quitarse la vida pero que se dio cuenta que su vida vale mucho y no lo hizo.

Se continúa hablando del pleito con la madre y le cuesta reconocer que las palabra de la madre lo lastiman, ya que le dijo que se fuera de la casa y ya no le importaba si iba o no. El dice que le duele pero que solo es momentáneo y trata de no darle importancia. Al hablar de esto sus ojos se ponen rojos y aunque se le señala comenta que no está loco como los emos para llorar, se habla sobre los emos ya que el padre de Roberto había referido el interés de Roberto por convertirse en uno y Roberto responde diciendo que le gusta la forma que visten pero no lo que hacen, que se la pasan llorando y sufriendo y el no está de acuerdo en llorar por cualquier cosa.

Se vuelve al tema del intento de suicidio comentando Roberto que no quería matarse solo que su familia no sufriera por su causa, finalmente reconoce que lo hizo para llamar la atención de su papá ya que comenta el papá le da la razón a la madrastra y no le hace caso a él aunque tenga la razón. Relata cómo fue que sucedieron los hecho, describiendo una serie de detalles que hacen pensar que fue algo planeado, como el tener la ventana abierta, el estar pendiente de que llegara el primo, escribir las cartas, y considerar el tiempo justo para que el primo

lo encontrara al momento en que se colgaba. Al señalarle esto dice que no lo planeo mucho.

Comenta que nunca le había dicho a nadie que realmente no se quería matar, señala que no está loco y se puede controlar.

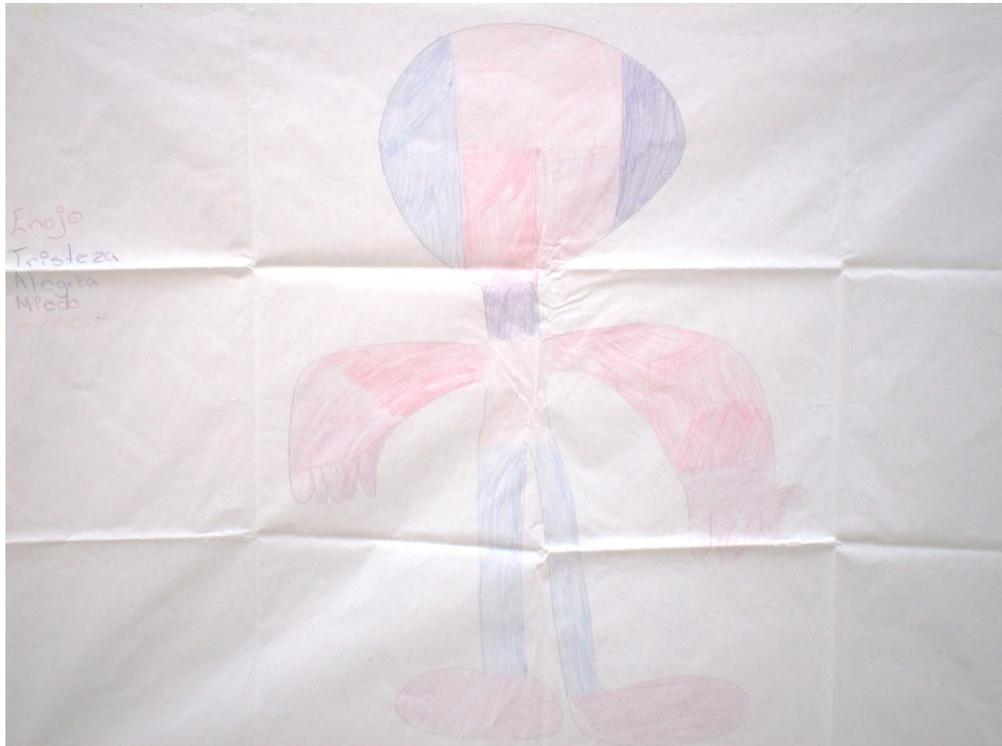
Vuelve al tema del intento comentando que después que lo descolgaron su hermano habló con él y le dijo que si él se hubiera matado, él también se habría colgado enseguida, al comentar esto se puso rojo y se le corto la voz. Comenta que le dolieron las palabras de su hermano y que no le hubiera gustado que las cosas pasaran así.

Inmediatamente cambia el tema y comenta que sus padres le perdieron la confianza desde ese momento y ya no lo dejan estar solo.

Nuevamente se cambia de tema para hablar de su rebeldía, el comenta que lo hace para que su papá vea que no necesita de él y que es independiente. Se señalan algunas actitudes en las que Roberto manifiesta esa rebeldía, como sacar malas calificaciones o no cumplir con sus deberes, Roberto llega a la conclusión de que se lastima él con estas actitudes.

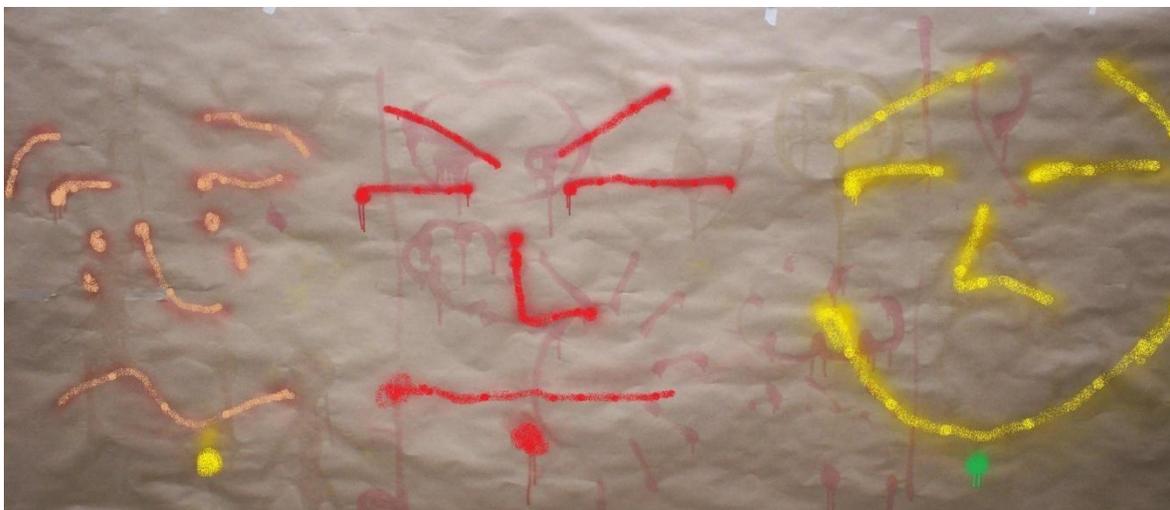
Reconocimiento de las emociones ante el intento (Sesión 15 y 17)

Al ver que las resistencias de Roberto aumentan, se le propone una actividad “La Silueta de las Emociones”. Donde va colocando las emociones en las partes del cuerpo donde las siente.



Al colocar la tristeza en el cuello, se le recuerda en intento de suicidio, cuando intento ahorcarse, que tal vez por ello estaba relacionado con la tristeza, situación que niega, se muestra molesto y comenta, "ah! ya todos hablan de eso, creen que todo es eso", notando enojo en él. No se toca más el tema en esa sesión.

En otra sesión se propone trabajar con "Grafitis". Se le pide que dibuje lo que él desee, ante lo que se resiste, mientras piensa que hacer en el papel, habla de que su mamá le vendió su x-box y está muy molesto, se le pide dibuje ese enojo y con resistencia lo hace, dibujando una cara enojada, posteriormente en el espacio libre dibuja una cara triste y al final una alegre, representando las emociones que siente en el momento. Luego hace una similitud con un semáforo y comenta que el enojo es la luz roja, la alegría la luz verde y la tristeza el amarillo. Se le pide se explique y comenta que el enojo rojo, así como alto, de detenerse, la alegría el verde como de sigue, todo está bien y la tristeza amarillo como la preventiva. Hace referencia a que cuando lo intento estaba en rojo.



Se le pregunta en qué color se encuentra en ese momento y dice que en amarillo, en preventiva por el enojo con su mamá. En esta ocasión se observó que Roberto pudo relajarse mediante el dibujo y expresarse más abiertamente, hablando de cosas importantes, disminuyeron las defensas.

En sesiones siguientes, el padre se enferma de parálisis fácil, lo que confronta a Roberto con sus sentimientos hacia el padre. Y se continúa trabajando con los grafitis.

Roberto se pregunta ¿si está loco? (Sesión 19)

En esta ocasión Roberto llega muy molesto ya que comenta que la madrastra le dijo a uno de sus primos que no se juntara con él porque está loco, el primo se lo dijo a Roberto y esta situación lo molestó mucho, además que se observaba que le había dolido, se observa confusión y duda con respecto a si realmente está loco. Empieza a contactar con otros sentimientos además del enojo, como la tristeza.

Roberto empieza a manifestar enojo hacia el terapeuta varón, dando la impresión por momentos que proyecta en él sentimientos hacia su padre, se continúan resaltando sus cualidades y aspectos positivos en su vida. Empiezan a emerger nuevos sentimientos, ya que hasta aquí, lo manifestado era enojo y ahora aparece tristeza, donde se toca el aspecto de llorar, relacionándolo él con una imagen de debilidad.

En sesiones siguiente Rodrigo decide ya no asistir a terapia de manera definitiva ya que siente que los terapeutas están a favor de su padre y en contra de su madre, lo que despierta un fuerte enojo hacia los terapeutas, defendiendo a la madre, aunque al indagar más, se puede observar que detrás de todo su discurso se encuentra la madre, que empieza a interferir en la mejora de Roberto y promueve el término de la terapia. Situación que se logra trabajar con el padre y Rodrigo, ya que como se mencionó anteriormente, la madre en la entrevista dijo que no iría más.

Finalmente a través del padre, se logra que establezca algunos puntos con la madre y se continúe el tratamiento, al menos, por un tiempo más para cerrar el proceso. En este periodo los padres logran ponerse de acuerdo en cuanto a Roberto.

Ahora tiene puesto el seguro (Sesión 24)

Es la última sesión antes del cierre por vacaciones, en esta ocasión se despide el terapeuta varón ya que no continuará, se trabaja con los grafitis, cada quien representará a los otros con un dibujo (terapeutas y Roberto), se da la actividad tomando turnos para dibujar. Roberto representa a la terapeuta en primer lugar con una sonrisa, argumenta que porque siempre está riendo, luego representa al terapeuta con una libreta, comentando que siempre tomaba notas y que escribía lo más importante para no olvidar, en ese momento se le señala que Paco lo

recordará aun sin la libreta que lo llevará en sus pensamientos y en su corazón, Roberto se ve complacido de lo que escucha.

Finalmente se representa a sí mismo con una bomba y argumenta que siempre estuvo muy explosivo. Se hace referencia a una granada que dibujó con su dedo sobre la paleta de la silla y comenta que “ahora tiene el seguro puesto, no va a explotar”.



Se sugiere hacer un último dibujo donde represente lo que fue la terapia.



Roberto dibuja su espacio, el espacio terapéutico, un cuadro en el que colocó una carita que representaba sus emociones y dos muñequitos que representaban a los terapeutas. Al explicarlo dijo que era su espacio donde conoció sus sentimientos y emociones y a dos personas que lo escucharon (los terapeutas). Se hacen algunos comentarios respecto a los dibujos, y Roberto comenta que si, al principio veía las cosas como rayos pero ahora las ve diferentes y reconoce los cambios que ha visto en él, se le rescata que ahora pudo habla y expresar sus emociones y que eso es un logro después de que le costaba trabajo hacerlo.

Finalmente llega el momento de despedirse de Paco, empieza Paco devolviendo todo lo que pudo ver en Roberto, como que lo ve más abierto, más expresivo, con más energía y le comenta que espera continúe trabajando para que este bien.

Roberto le da las gracias a Paco por haber llegado y comenta que estar con una mujer era diferente a cuando llegó él, como que se sintió acompañado, luego le pide perdón por las cosas que le hizo o dijo que lo pudieron haber molestado o lastimado.

Posterior a las vacaciones, se reevalúa a Roberto para considerar la pertinencia de darlo de alta, ante su demanda de ya no asistir. Sin embargo, se llega al acuerdo con él, de que si los resultados no son favorables tendrá que continuar el tratamiento y él acepta. Al concluir la valoración se determina que aunque aún hay temas por trabajar, el riesgo suicida ha desaparecido, por lo que se decide concluir el tratamiento y se realiza sesión de cierre.

Cambia su visión ante el suicidio como solución a sus problemas (Sesión 32)

Se planea una actividad que le permita hablar y expresar sus emociones y concluir el trabajo realizado en la terapia como parte del cierre. Así que se planea mostrar una selección de imágenes que evoquen los momentos de la terapia.



Una vez que se le pide hablar de las imágenes, se observa ansiedad ante la primer imagen que hace referencia al intento de suicidio, motivo por el que llegó, aunque al nombrarlo la ansiedad disminuye y puede hablar de ello, notando a Roberto reflexivo en cuanto a su propio comportamiento, con una visión diferente al acontecimiento que la que mostraba al inicio del tratamiento, al preguntar sobre los motivos, Roberto habla de la separación de los

padres, comentando que eso no le afectó, que siempre ha vivido así y es normal, considerándolo hasta cierto punto bueno para él, aunque parece un discurso racionalizado para evitar lo que realmente siente, sin embargo, puede identificar los motivos claramente que lo orillaron a esa decisión, como el problema con el hermano, el maltrato de la madrastra, que su papá tomaba partido, señalándole que aunque él nunca lo ha dicho, da la impresión que el estar lejos de su madre también le ha afectado, ante lo cual Roberto guarda silencio, sin debatir el punto asiente con la cabeza.

Se le señalan los riesgos de su comportamiento y que aunque su intención primaria no era la de privarse de la vida con su comportamiento si la puso en riesgo y que pudo morir realmente, ante lo cual señala nuevamente que sus padres hubieran sufrido unos meses y luego se olvidarían de él, señalando nuevamente que en ese momento creía que era él, al preguntarle qué piensa ahora acerca de eso, comenta que sigue creyendo que él causa los problemas pero que ahora ya no le hace caso, no le importa que así lo piensen, se le señala que todos contribuyen a los problemas y que aunque él no estuviera, sus padres tendrían problemas por otras causas y que eso no depende únicamente de él, que sus padres también tiene responsabilidad.

Se habla de las conductas de riesgo que por momentos tiene como aventarse de la barraca, ante lo cual menciona que siente la adrenalina y le gusta, ante lo que se le señala el riesgo que corre su vida con esas actitudes, haciéndole ver que puede sentir esa emoción en actividades más seguras como los juegos mecánicos, tratando de brindarle una alternativa menos riesgosa.

En una imagen le señaló que yo la elegí pensando en su hermano y se sorprende y dice ah si mi hermano, que estuvo siempre, se le hace ver este hablar de él en pasado, comentando que ahora ya no es así, dice si es importante para mí, pero si peleamos ya no me afecta tanto, se le hace ver que tal vez era



porque antes estaba frágil por lo que había vivido y ahora está más fortalecido para tolerar lo que se le dice y asiente.

La siguiente imagen le permite hablar de sus sentimientos en el momento del intento, comentando que se sentía solo, decepcionado, triste, desesperado, notando en su rostro el contacto con la emoción.



guapo.

En la siguiente habla de su egocentrismo, reconociendo esta parte que en sesiones anteriores no se había hablado, pareciera darse cuenta de que a veces solo piensa en él sin considerar a los demás, habla también de que es

Al mostrarle su primer grafiti recuerda el semáforo de las emociones. En el segundo grafiti se observa una expresión en su rostro de alegría. Al



preguntarle que ve

diferente en ambos comenta que en el segundo hay más color, más vida, se le señala que así como sus dibujos cambiaron así también él lo hizo.

Se llega al grafiti de la última sesión antes de vacaciones donde juntos recordamos lo que dibujamos, hablamos de Paco, comentando Roberto que no entiende lo que él dibujó, observando que al hablar de sus dibujos señala la sonrisa que en esa ocasión me había atribuido a mí, ahora se la atribuye a él mismo, diciendo que siempre estaba contento y en el dibujo que yo hice sobre él omite la lágrima comentando que era el que estaba feliz, lo que nos deja ver la visión cambiada que ahora tiene de sí mismo.



Análisis del Caso

El caso de Roberto, a diferencia de los otros dos, se dio de una manera diferente. Ya que Roberto solicita el servicio a partir de una tentativa suicida. La primera sesión de evaluación, nos deja ver mucho de su estado de emocional en el momento del intento, señalando que sentía que nadie lo quería, se sentía solo y ya estaba harto de la madrastra, dejando claro sus motivos conscientes que precipitaron el acto. En esta misma sesión se pudo observar que el objetivo del su comportamiento era la muerte, situación que cambiaría en las últimas sesiones. Se puede ver también, el momento de planeación por el que atravesó Roberto, al señalar él que cortarse las venas habría sido más doloroso, lo que nos permite intuir que lo había pensado con anterioridad al intento.

En esta primera entrevista, aparece el hermano mayor como una figura significativa en la vida de Roberto a quien visualizaba como un padre más, lo cual posterior a la discusión que tuvieron se vio afectado pensando Roberto que ya nadie lo quería. Al no tener más este apoyo emocional, su vida pierde sentido y deviene en la tentativa suicida.

La sesión seis de evaluación, en la que se entrevistó a ambos padres, nos brindó una visión clara de las circunstancias de vida de Roberto, así como de la dinámica familiar. Notando que Roberto no fue un niño deseado, ni planeado, quien fue solo un instrumento para la cura de la madre. Se pudo observar que los padres no se ponían de acuerdo y ambos desconocían antecedentes importantes de la vida de Roberto, lo que nos permite notar el lugar que jugaba en la familia. Observando también que el clima familiar era hostil y agresivo con el menor, donde él no sentía pertenencia a la familia de ninguno de los padres.

Dentro de la terapia de Roberto se pueden tocar tres temas centrales, el enojo hacia la madrastra, el enojo hacia el padre y la confusión y ambivalencia con la figura de la madre.

En la sesión uno podemos observar la negligencia de la madre en el cuidado de los hijos, al comentar Roberto que todos se lanzaban por la barranca sobre una tapa de tinaco, lo que nos habla de una madre con poco sentido común que no mide los peligros. A la par que emergen los sentimientos de enojo hacia la madrastra y el padre.

Posteriormente se puede ver, como Roberto focaliza su enojo en la figura de la madrastra a quien culpa de todo lo que le ocurre, mostrando resentimiento hacia el padre por no defenderlo. Con respecto a la madre se puede ver como empiezan a emerger sentimientos en Roberto de celos hacia la hermana, por los cuidados que la madre le da y él no tuvo. Hasta este momento, se puede ver que Roberto percibía escindida la figura de la madre, viendo en su madre biológica a la madre buena y en la madrastra a la madre mala. Con el hermano empieza a devaluarlo y señala aspectos negativos de él a partir de que el hermano empieza a distanciarse.

Para la sesión siete podemos ver como empiezan a emerger discusiones constantes con la madre, con la que aparentemente siempre había mantenido una buena relación, pero más bien velaba sus sentimientos en torno a ella.

En sesiones posteriores la situación empieza a cambiar a partir de que Roberto reconoce las circunstancias que han llevado a la madrastra a ser así y a las constantes discusiones con la madre. Lo que cambia su percepción y empieza a establecerse un equilibrio con respecto a esta figura ya que se percata que la madre no es del todo buena y la madrastra no es del todo mala.

A partir de este momento se empiezan a intensificar las dificultades con la madre, llegando esta a correrlo de su casa. Lo que despierta en Roberto sentimientos al parecer de tristeza e ira que no se atreve a reconocer, pero los traduce en actos, como el extraviarse el día del cumpleaños de la madre y no llegar a festejar con ella. Con el padre continúan los reclamos y resentimientos y el hermano cada vez figura menos en sus conversaciones.

En la sesión catorce podemos ver, como esta situación de la madre, comienza a interferir en los avances de Roberto, ya que empezamos a observar una madre manipuladora que genera en Roberto grandes cargas de culpa. Llegando incluso a llevar a Roberto a pensar nuevamente en quitarse la vida. El lograr que Roberto expresara más sus emociones y buscara nuevas soluciones, en ese momento le sirvió de protección contra un nuevo intento. Sin embargo, a pesar de los logros y los avances tenidos, las resistencias promovidas por la madre sabotean cada vez más el trabajo impidiendo que este continúe.

Sin embargo, a pesar del sabotaje de la madre, con Roberto se tuvieron avances significativos con respecto a la tentativa suicida, ya que como podemos ver, la visión con respecto al suicidio fue cambiando en Roberto, reconociendo para el final de las sesiones que realmente no quería morir sino cambiar las cosas.

Como podemos observar al igual que en los otros dos casos, aparece nuevamente el componente de la falta de deseo de los padres por el hijo, siendo un niño no solamente no deseado, sino abandonado por su madre. Está claro en todo momento el rechazo de la madre, incluso como ella misma lo pone en peligro en ese juego de la barranca. Se observa un cúmulo de enojo en Roberto con respecto a sus padres, de los cuales ha recibido constantes maltratos, rechazo y falta de apoyo. Y al ser Roberto incapaz de dirigir su agresión hacia el exterior esta se invierte en su persona, generando los comportamientos autolesivos, como una forma de satisfacer los deseos de muerte de la madre, como señalaría Schrut.

Sin embargo, a pesar de los deseos letales de la madre, dentro de la terapia se pudo reconocer y crear un deseo propio hacia la vida y a partir de ello generar expectativas a futuro, promovidas por sus propias cualidades y posibilidades.

Como en los otros casos, a continuación se revisarán algunos puntos importantes en el tema del suicidio.

El nacimiento y la dinámica familiar

El nacimiento de Roberto se ve matizado por una serie de componentes que jugaran un papel fundamental en su comportamiento suicida. Como ya se mencionó, los papás de Roberto no deseaban otro hijo, principalmente la madre y el embarazo de éste, se dio como una solución aparente a sus problemas ginecológicos. Lo que nos habla de la función que vino a hacer Roberto con respecto a la madre.

Roberto siempre fue un chico rechazado por la madre y finalmente fue abandonado por esta al dejarlo al cuidado del padre, quien hasta el momento ha sido el cuidador principal del chico.

La dinámica familiar tiene sus peculiaridades, ambos padres han reconstituido sus familias, y la interacción entre ellos se ha visto afectada por estas nuevas relaciones. Principalmente, estos cambios han afectado de manera importante a los primeros dos hijos del matrimonio, los que no se sienten pertenecientes a ninguna de las dos familias y han creado su propio núcleo familiar entre ellos dos.

Por un lado podemos ver una madre poco preocupada e interesada en sus hijos, con los que parece cumplir con un papel de madre, pero más por el deber ser que por un interés auténtico. Es una madre no contenedora que no puede establecer límites con los chicos y ella misma promueve conductas de riesgo y destructivas en los menores, como tirarse en la barranca o permitir las faltas a la escuela. Es una mujer poco afectiva, fría, a quien se le dificulta establecer contacto afectivo con sus hijos. Es una mujer manipuladora, dominante, que maneja la vida de sus hijos y su esposo de acuerdo a sus conveniencias.

El padre por su parte, es un hombre inseguro, sumiso, quien aunque mantiene una buena relación con el menor, no parece ser una figura fuerte de identificación. Es un hombre dependiente, quien se ve atrapado entre las demandas de la madre de Roberto, su actual esposa y las demandas de los hijos, dejando de lado su propia persona para cumplir las expectativas de los demás. Aunque se puede observar un afecto genuino hacia el menor, también por momento este resulta un estorbo en su nuevo matrimonio, generando conflictos con su actual pareja, lo que crea un clima familiar hostil para todos.

El hermano en un primer momento aparece como una figura de apoyo para Roberto, quien al parecer se hacía cargo de aspectos que los padres descuidaban, pero posterior a la tentativa de suicidio esta situación cambia, tornándose él más distante y empezando a manifestar sus propias conflictivas.

Del padrastro poco se habla y solo se dice que mantienen una buena relación, sin embargo, con la madrastra se manifiestan muchas dificultades ya que ella y

Roberto se la pasan discutiendo constantemente y se agreden de manera directa e indirecta.

Las pérdidas importantes

Se puede decir que la separación de la madre en una fase importante de su desarrollo afectó de manera importante a Roberto, y aunque él manifiesta muchas defensas al hablar de ello, queda claro que la separación de la madre fue vivida como un abandono, no teniendo claros los motivos por los que ella los deja y culpándose por ello.

Los factores de riesgo predisponentes para la conducta suicida

En el caso de Roberto al igual que con Carlos, los factores predisponentes son muchos y los cuales en conjunto favorecieron el comportamiento suicida. En lo familiar se puede considerar la separación de los padres, la ausencia de la madre en periodos críticos de la vida, los conflictos entre los padres, el maltrato sufrido por la madrastra, además de la percepción de falta de apoyo de los padres. En lo personal, sus propias características contribuyen también, como su impulsividad, su tendencia a las conductas antisociales, la irritabilidad, los problemas con la autoridad, la soledad y desesperanza, son elementos que en conjunto promovieron la falta de deseos de vivir.

Las motivaciones y que busca con el acto

En el caso específico de Roberto, la intención del acto suicida aparece como una llamada de atención a los padres durante todo el proceso terapéutico, como una forma de comunicar lo que le ocurría. Sin embargo las motivaciones expresadas

fueron cambiando a lo largo del proceso. En un primer momento correspondía a sentimientos de soledad, de no ser querido, cambiando esta en un segundo momento, donde lo refiere en función de los maltratos e injusticias sufridas por la madrastra y la indiferencia del padre ante ello, y en un tercer momento ante la desilusión de la madre, para finalmente reconocer, que era una llamada de atención para que supieran lo que le estaba pasando.

El valor mágico del acto

Este no se ve reflejado de manera directa, pero se puede suponer ante el hecho de la planeación del acto para ser encontrado y finalmente no quitarse la vida, como si con ello, las cosas fueran a cambiar a su favor a partir de ello y los padres cubrirían todas las carencias que presentaba.

El pensamiento fatalista

Con Roberto, este tipo de pensamiento se presentó a lo largo de toda la terapia, ya que uno de sus mecanismos principales era la racionalización, lo que promovía la emergencia de pensamientos fatalistas, que justificaban sus actos y ante los que no podía distinguir sus cualidades positivas, dando todo el peso a lo negativo. También se puede ver, al creer él que sus padres estarían mejor sin él, al asumir toda la culpa de los problemas de los padres, al devaluarse y considerar que es la causa de los problemas.

Segunda evaluación

Al concluir el tratamiento se realizó una segunda valoración para determinar si el riesgo suicida había disminuido, encontrando lo siguiente:

Roberto es un chico extrovertido, egocéntrico, demandante e impaciente, con poca tolerancia a la frustración, es impulsivo y muestra una fuerte necesidad de control, tornándose agresivo por momentos. Continúa mostrando comportamientos antisociales, predominando un comportamiento desafiante, opositor, provocativo y manipulador. Ante situaciones estresantes o dolorosas Roberto tiende a aislarse, a negar la situación, mostrando labilidad afectiva y tiende al acting out.

En el aspecto social percibe conflictos ambientales y resentimiento hacia las figuras de autoridad, por lo que actúa de forma rebelde en oposición a estas y aunque se da cuenta que esto lo afecta de manera directa continua con esta actitud, lo que le afecta en la escuela y el hogar.

En la escuela muestra una actitud negativa hacia los maestros, lo que lo lleva a suspensiones, en la escuela puede presentarse como un niño flojo que no le gusta estudiar, costándole trabajo empezar alguna actividad y desistiendo rápidamente cuando esta se le dificulta, lo que repercute directamente en sus calificaciones, siendo estas bajas, lo cual se ha observado no es una limitación intelectual, sino más bien una actitud de reto ante la autoridad. Afectando esta situación en la casa.

Dentro de la familia percibe un ambiente hostil y agresivo, en el que valoriza al padre al ser él quien se encarga de su educación y cuidado más directamente, en cuanto a la figura de la madre, se encuentra confundido, ya que están presentes la

figura de su madrastra y la de su madre, aunado a dificultades con la madre de la que percibe un descuido y abandono, pero a la vez presenta sentimientos de lealtad hacia esta, lo que le genera confusiones.

Como ya se mencionó Roberto tiene comportamientos desafiantes y opositoristas lo que lleva a conflictos con los padres y esto hace que la situación se vuelva más hostil. Roberto reporta su idea y deseos de una familia feliz donde la madre se encargue del cuidado y bienestar de los hijos al igual que el padre, quien además deberá trabajar para satisfacer las necesidades de esto y los hijos deberán ser libres y sanos, lo que refleja sus carencias y necesidades de ambiente familiar cálido, donde se sienta protegido y cuidado.

En cuanto al riesgo suicida este disminuyó considerablemente, ubicándose ahora en una situación de no riesgo, aunque esto no asegura que no intentará nuevamente, si señala que en este momento ha disminuido el riesgo.

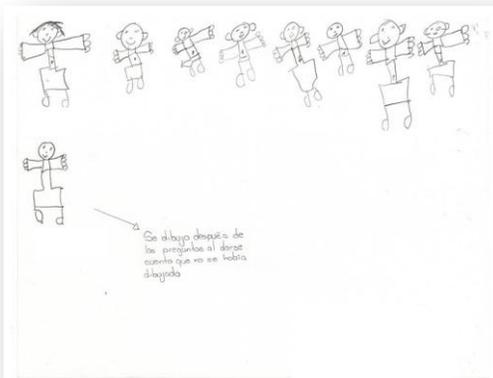
Resultados

A continuación se presentan los resultados obtenidos en cada uno de los casos, haciendo una comparación de la primera evaluación y la segunda en el caso de Carlos y Roberto. En el caso de Orlando, al no haber una post evaluación, se presentarán los avances obtenidos en el proceso, mediante la observación clínica.

Carlos

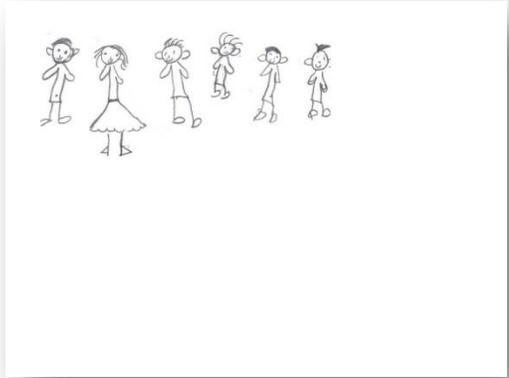
Comparación de ambas evaluaciones

WISC. Con respecto a la prueba de inteligencia se pudo observar que en Carlos aumento un nivel su coeficiente intelectual, pasando de un rango de deficiencia mental a un rango limítrofe, lo que nos deja ver que su estado emocional ha favorecido en procesos del pensamiento como concentración, memoria y atención.



Familia (Corman). En la prueba de la familia se pudo observar una mayor estructuración al realizar a su familia. Los personajes están más integrados y no se observa perseverancia. Los dibujos están más detallados y se puede observar la diferencia ya entre hombres y

mujeres, situación que la inicio no era evidente. En este dibujo Carlos ya se dibuja a sí mismo como parte de su familia y se coloca en la posición jerárquica adecuada, lo cual nos deja ver que Carlos se valoriza más y ahora tiene un lugar en la familia. También se puede observar a los personajes mejor parados lo que nos indica



seguridad y ya no se muestran los ombligos, que podría estar relacionado con dependencia, ya que ahora Carlos se muestra como un chico más independiente.

Análisis Pre y Post Test

Como se puede ver Carlos tuvo muchos avances no solo en el campo emocional, sino también en el cognitivo, ya que su situación emocional afectaba de forma importante sus capacidades cognitivas, viéndose estas disminuidas. En cuanto a lo emocional pudimos ver como Carlos después de ser un niño con incapacidad para disfrutar, pudo poco a poco involucrarse en actividades placenteras que fueron modificando su estado de ánimo, fortaleciendo así otros aspectos de su persona, como la seguridad, la independencia, la confianza en sí mismo y el disfrute por la vida en general.

En cuanto a lo familiar que parecía ser el motivo de su malestar emocional, se notaron cambios no solo en Carlos, sino en sus padres también, ya que el trabajo con ellos permitió concientizarlos sobre sus actos y con esto evitar que continuaran maltratando a Carlos. Lo que permitió a Carlos sentirse más seguro en su ambiente familiar y más confiado de la permanencia de sus padres, que recordemos en un inicio presentaba temor al abandono.

Con respecto a la ideación suicida, una vez terminado el tratamiento, Carlos ya no manifestaba preocupaciones en torno a la muerte, sus juegos se tornaron de destructivos a juegos llenos de logros y gratificaciones personales. Las fantasías en torno a la muerte dejaron de manifestarse, cambiando los temas a aspectos más cotidianos como el futbol, la escuela, sus hermanos.

Orlando

En el caso de Orlando, como ya se mencionó, no se realizó una segunda evaluación, sin embargo, los datos clínicos dejaron ver los avances con respecto al tratamiento.

Se pudo observar una disminución considerable de la ansiedad, lo cual se reflejaba en su capacidad ahora de no estarse moviendo todo el tiempo, en su forma de hablar que ahora era más clara y podía expresarse con mayor facilidad. Se logró la diferenciación de su hermano, notando, ya para el final de la terapia, intereses propios, incluso en la forma de vestir y el peinado, se notaba ya la diferencia.

En cuanto a la relación con su madre, el trabajo con ella, permitió sensibilizarla y ponerla en contacto con sus emociones y las de sus hijos, permitiendo así abordar con la familia el duelo no resuelto por el padre, situación que cambió la visión de los menores ante la madre, a quien percibían como insensible y dura de carácter, notando que ella también sentía y sufría por la muerte del padre. Lo que dio paso a contactar con las emociones de los chicos al respecto. Observando una madre con mayor capacidad de contención de las emociones de sus hijos, lo que les brindó seguridad y confianza.

En cuanto a los comportamientos suicidas, estos dejaron de presentarse una vez que se hizo ver a los chicos mediante el juego sus deseos de reunirse con su padre y que se pudo abordar el tema de la muerte del padre de manera más directa, dándole a él, un lugar que no tenía.

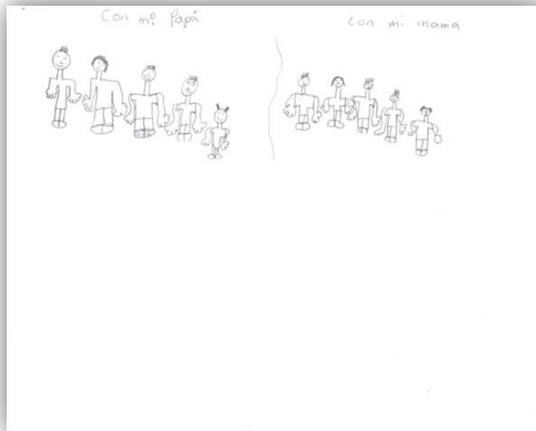
En cuanto a la escuela, aunque el rendimiento continuaba siendo bajo, se pudo notar una mayor adaptación escolar, notando que contaban ya con un mayor número de amigos e intereses propios de la adolescencia, lo que nos dejaba ver que los chicos se estaban desarrollando conforme a su edad, de manera adecuada.

La expresión de sus emociones se fue volviendo cada vez más abierta y asertiva y lograban verbalizar las cosas en lugar de actuarlas.

Roberto

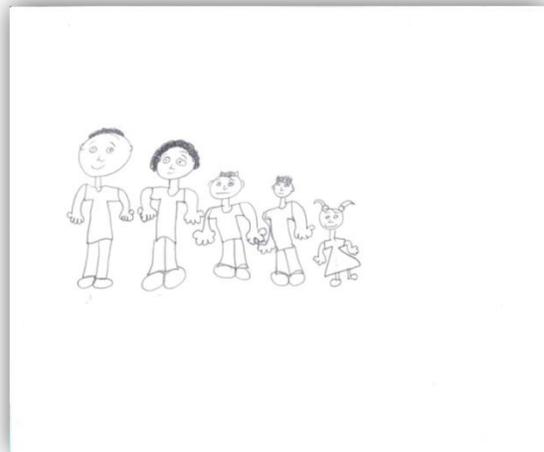
Comparación de ambas evaluaciones

Proyectivas (Machover y HTP). Podemos observar que de una evaluación a otra desaparecieron los indicadores de rigidez y tensión, así como el esfuerzo por ganar aprobación. Sin embargo en la post evaluación aparecieron indicadores de agresividad y oposición, así como necesidad de control, aislamiento, negación y poca tolerancia a la frustración.



Familia (Lluis y Porot y Corman). En comparación con la primera evaluación, se observa que en el segundo dibujo los dibujos son más grandes, más detallados y hay mayor estructura en la familia, lo cual puede deberse a la indicación de prueba, en la primera dibuja a tu familia,

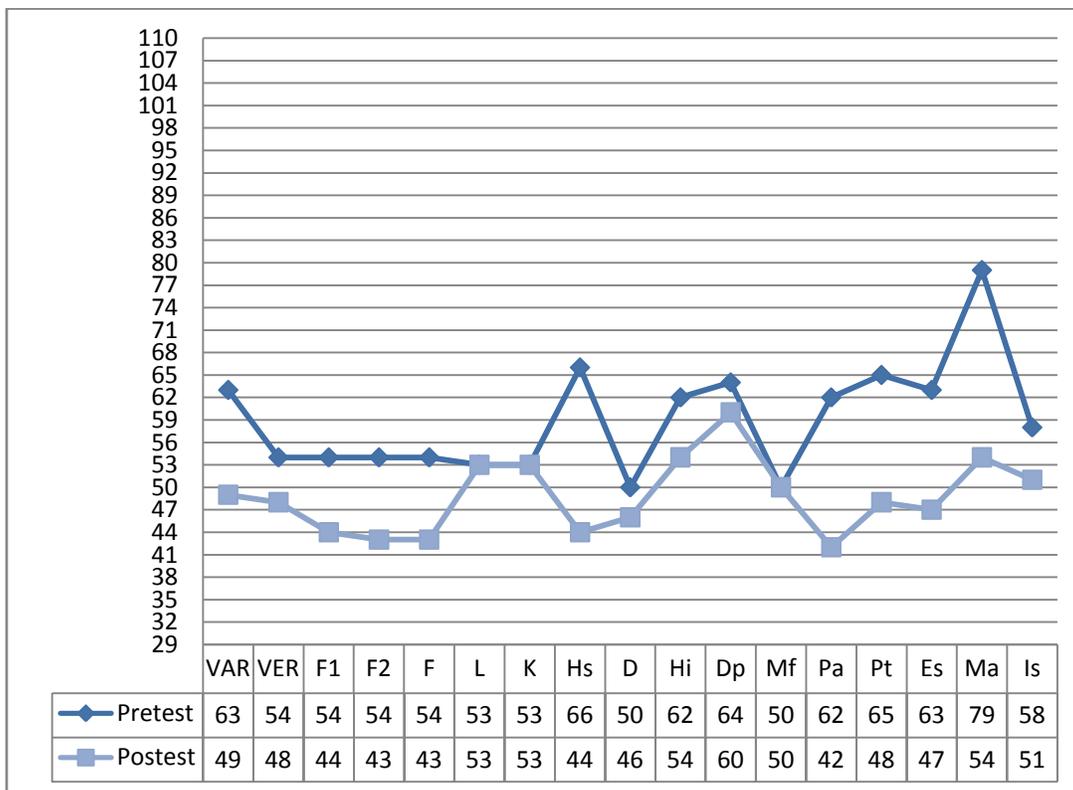
obviamente generando más ansiedad que en la segunda, dibuja una familia. Sin embargo en cuanto a contenido e interpretación de la prueba su puede percibir que Roberto continúa percibiendo el ambiente familiar como hostil y agresivo, ha dejado de valorizar al hermano como un padre más y ha devuelto ese valor total al padre y ya no aparecen indicadores de depresión.



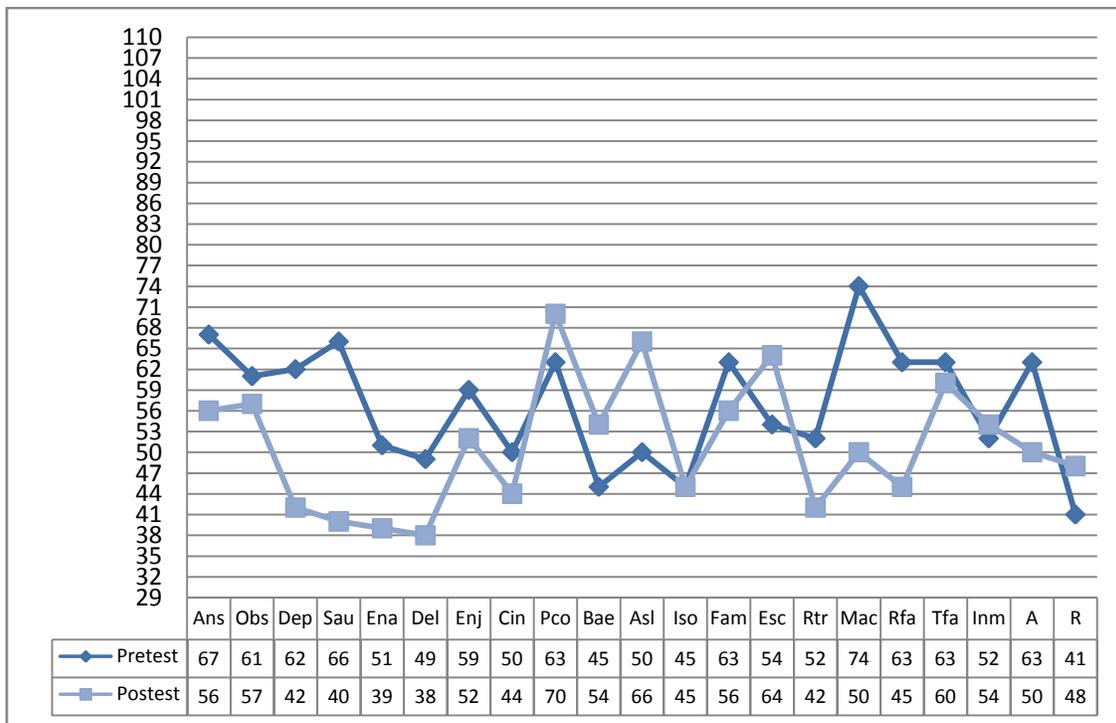
En cuanto a la figura materna, en la primera evaluación devaluaba a la madrastra y en esta ocasión existe una confusión en cuanto a la figura de la madre ya que se le dificulta ponerle un nombre, lo que no deja ver que esta figura de la madre no está presente en el o existen conflictos importantes con ella. Roberto ya habla de su familia ideal, pensando en un futuro, su futuro, en la que intenta compensar sus carencias afectivas.

MMPI-A. En cuanto a esta prueba se puede observar una disminución generalizada en todas las escalas clínicas. Las escalas que se presentaban altas (9, 1, y 7) en la primera evaluación, tuvieron una disminución considerable de poco más de 20 puntos en el puntaje T, pasando de ser elevadas a la normalidad. Las escalas moderadas (4, 8, 3 y 6) tuvieron disminuciones variadas que van de los 4

a los 20 puntos. En la segunda evaluación solo se encuentra un puntaje moderado de Dp con una T=60, el resto de las puntuaciones se encuentran por debajo de 60.



En las escalas de contenido y suplementarias se presentaron diferencias considerables. En la primera evaluación se encontró una elevación en las escalas Ans, Sau y Mac, las cuales disminuyeron por poco más de 20 puntos. Sin embargo, aparecieron nuevas escalas elevada en la segunda aplicación, como: Pco, Asl, con una diferencia por encima de los diez puntos. Con una elevación moderada se encontró la escala Esc, la cual también aumentó en comparación a la primera evaluación y la Tfa, que aunque se encuentra con una elevación moderada, disminuyó respecto a la primera evaluación.



Lo que quiere decir en término de conductas, que el comportamiento maniaco, la inquietud y la ansiedad disminuyeron considerablemente, ya no presenta preocupaciones por la salud, es más asertivo y confía más en sí mismo, así mismo ya no es tan dependiente. Sin embargo, se siguen manteniendo aunque en menor medida, los comportamiento antisociales, de conducta y escolares, mostrándose Roberto como rebelde, opositorista, desafiante y manipulador, por lo que continúan los desacuerdos con los padres, lo cual puede ser en respuesta a los problemas con las figuras de autoridad que presenta Roberto. Así mismo se mantuvo la predisposición al alcohol y drogas.

Análisis Pre y Post Test

Primero, es importante señalar que Roberto se comportó menos defensivo durante la segunda evaluación. Analizando la evaluación global se puede observar que hubo avances significativos en el proceso terapéutico de Roberto, se logró disminuir la ansiedad y la manía que eran factores importantes que ponían en

riesgo la vida de Roberto por sus tendencias suicidas, así mismo se disminuyó la tensión y la rigidez lo que pudo permitir explorar más a fondo sus emociones, aunque esto no siempre fue posible ya que sus resistencias y mecanismos de defensas eran fuertes, presentando aplanamiento afectivo, negación, silencio, evasión, ante situaciones estresantes o cargadas afectivamente.

En la situación familiar se puede ver que Roberto continúa percibiendo el ambiente hostil y agresivo, lo cual en realidad es así, ya que la dinámica familiar es muy agresiva. Sin embargo ha logrado dar a su papá mayor valor y aunque aun le cuesta trabajo, empieza a reconocer los aspectos positivos del padre. Al hermano lo ha quitado de ese lugar tan importante que antes tenía como un padre más y ha logrado establecer una relación de hermanos. Ahora comparte con él actividades más de juego y diversión, sin ser éste una figura más de autoridad. A diferencia de la primera evaluación, ahora aparecen conflictos con la figura materna, lo cual puede deberse a los contenidos tratados en la terapia en torno a este tema, donde se pudo señalar y reconocer el abandono de la madre y quitarla de ese lugar ideal en el que estaba para Roberto, justificando todas sus acciones, ahora puede ser más crítico de esta situación, aunque aún de manera indirecta ya que le genera ansiedad y dolor. En cuanto a la madrastra aunque aún muestra resentimiento hacia ella, éste ha disminuido y durante el proceso Roberto pudo reconocer su responsabilidad y darse cuenta de que algunos de sus comportamientos contribuyen también a las dificultades en esta relación.

Sin embargo, continúa manifestando comportamientos opositivos, desafiantes y manipuladores, lo que realmente refleja un reto a las figuras de autoridad primarias, un reclamo a la falta de interés y cuidado, como una llamada de atención o como su única forma de hacerles ver que existe. Esto se ve acrecentado por la etapa de desarrollo por la que atraviesa que se caracteriza por la rebeldía.

En cuanto al riesgo suicida se puede observar que ha disminuido considerablemente y que en este año de tratamiento no ha vuelto a intentar ni a manifestar ideas en alusión a la muerte, ahora Roberto puede nombrar y hablar más abiertamente del intento de suicidio, a diferencia de las primeras sesiones en las que no podía nombrarlo, se refería a ello como “eso que paso”. Se puede observar también que Roberto ha encontrado nuevas formas y más adecuadas de hacer frente a sus dificultades y a expresar su enojo y agresión hacia los otros y no dirigirlo a él mismo.

Ahora bien, como se mencionó al principio, mucho del trabajo realizado en los tres casos, estuvo enfocado en disminuir los factores de riesgo y promover los factores de protección, por lo que a continuación a manera de resumen se mostraran los avances obtenidos en cuanto a estos factores. Haciendo una comparación primero de la situación de los tres casos antes del tratamiento.

Factores de Riesgo	Carlos	Orlando	Roberto
PERSONALES			
Abuso de drogas	NO	NO	NO
Conducta narcisista	NO	NO	No
Vergüenza	SI	NO	NO
Abuso físico	SI	NO	NO
Abuso sexual	NO	NO	NO
Trastornos de identidad sexual	NO	NO	NO
Trastornos de alimentación	NO	NO	NO
Dificultad para hacer amigos	NO	NO	NO
Insomnio	NO	NO	NO
Rabia	SI	SI	SI
Hostilidad	SI	SI	SI
Irritabilidad	SI	SI	SI
Conductas agresivas	SI	SI	SI
Conducta antisocial	SI	NO	SI
Problemas con la autoridad	SI	SI	SI
Pertenecer a pandillas	NO	NO	NO
Depresión	SI	SI	SI

Soledad	SI	NO	SI
Culpa	SI	SI	SI
Desesperanza	SI	SI	SI
Sentimientos de minusvalía	SI	NO	NO
Apatía	SI	NO	SI
Atracción hacia la muerte	SI	NO	NO
Deseos de morir	SI	SI	SI
Intentos previos de suicidio	NO	NO	NO
Pérdida de un o amigo por suicidio	NO	NO	SI
Fácil acceso a armas de fuego	NO	NO	NO
Perdida de una persona significativa	SI	SI	SI
FAMILIARES			
Padres o familiares con antecedentes de suicidio	NO	NO	NO
Ausencia de afecto entre los miembros de la familia	SI	SI	SI
Discusiones y pleitos familiares	SI	SI	SI
Relaciones inadecuadas entre los padres	SI	SI	SI
Desintegración familiar	SI	SI	SI
Enfermedades psiquiátricas familiares	NO	NO	NO
Falta de soporte familiar	SI	SI	SI
Depresión en los padres	NO	NO	NO
Maltrato de los padres hacia los hijos	SI	NO	SI
Uno o ambos padres atraviesan por una crisis	NO	NO	NO
Falta de uno de los padres por muerte, abandono o separación	SI	SI	SI
Familias uniparentales	SI	SI	SI
Percepción de falta de apoyo de la familia	SI	SI	SI
Desempleo de uno o ambos padres	NO	NO	NO
Padres con una educación pobre	SI	NO	NO
Sobreprotección	NO	NO	NO
Padres castigadores	SI	SI	SI
Madres posesivas	NO	NO	NO
SOCIALES			
Pobreza	SI	NO	NO
Cambio de domicilio	NO	NO	SI
ESCOLARES			
Fracaso escolar	SI	SI	SI

Fuertes presiones de los padres por obtener logros	NO	SI	NO
Violencia escolar	SI	NO	NO
COGNITIVOS			
Problemas de aprendizaje	SI	NO	NO
Pobres habilidades para resolver problemas	SI	SI	SI

Como puede observarse en la tabla anterior, no todos los casos presentan todos los factores de riesgo, ni estos son los mismos para todos, se observan ligeras variaciones. Sin embargo, hay factores que estuvieron presentes en los tres casos.

En lo personal podemos observar que son chicos con sentimientos de rabia, hostiles, quienes son fácilmente irritables, agresivos y presentan problemas con las figuras de autoridad. Se encuentran deprimidos, mostrando desesperanza, deseos de morir y culpa. Y en todos ellos se puede ver la pérdida de una figura significativa en sus vidas.

Dentro de los factores de riesgo familiares, podemos notar que pertenecen a familias desintegradas, en la que está ausente uno de los padres, ya sea por abandono, separación o muerte. Las familias se caracterizan por la ausencia de afectos entre los miembros, discusiones y pleitos familiares, relaciones inadecuadas entre los padres, falta de soporte y apoyo familiar, y en general son padres castigadores.

En cuanto a lo escolar, notamos que son chicos que presentan fracasos escolares y con respecto a lo cognitivo se observa que cuentan con pobres habilidades para resolver problemas.

Ahora bien, en los tres casos pudimos ver que estos factores fueron desapareciendo a lo largo del tratamiento. Y a continuación se muestra a manera de resumen en las siguientes tablas. Siendo importante destacar, que solo se hará referencia a los factores que presentaron al inicio.

Carlos

Factores de Riesgo	Al inicio del tratamiento	Posterior al tratamiento
PERSONALES		
Vergüenza	La falta de contacto visual, voz baja y cabeza agachada todo el tiempo. A la vez que tendía a esconderse tras el escritorio.	Para el final del tratamiento, Carlos podía establecer contacto visual, manejaba un tono de voz adecuado, su mirada ahora era al frente, mirando al otro y dejó de esconderse.
Abuso físico	Maltrato sufrido por los padres, principalmente por la madre.	El trabajo con la madre permitió que esta dejara de golpearlos y encontrara nuevas formas de educar a los niños.
Rabia Hostilidad Irritabilidad Conductas agresivas	Refiere la madre que es agresivo, cuando se enoja y golpea lo que tenga cerca, personas o cosas.	Hacia el final del tratamiento, todos sus juegos eran en relación a la competencia y al ganar, ya no presentaba juegos agresivos. La madre refería observarlo más tranquilo y señalaba que ya no golpeaba a sus hermanos y dejó de romper y aventar cosas.
Problemas con la autoridad	La madre señala que reta a los maestros.	Con respecto a los maestros, Carlos mostraba ya una actitud de respeto y confianza con sus maestros, los cuales ya no daban quejas de él en cuanto a su conducta.
Depresión Soledad Culpa Desesperanza Apatía	La madre refiere que lo observa triste, inseguro y que lloraba por todo. Se percibe un niño solitario, que establece poco contacto social. Apático ante todo tipo de actividades, sin mostrar interés en algo, como si su vida hubiera perdido sentido. La manifestación de la culpa se observó en sus juegos, donde constantemente aparecía el castigo, y el no poder ganar por los sentimientos de culpa que esto les despertaba.	El estado emocional de Carlos fue el que sufrió un gran cambio, mostrándose la mayor parte del tiempo alegre, reía a carcajadas y disfrutaba los juegos, en especial cuando ganaba, ya se mostraba como propositivo y mostraba planes a futuro, como el seguir avanzando en la escuela para salir en la escolta.

Atracción hacia la muerte	Mostraba gran interés por el tema de la muerte, manifestado en sus juegos y temas de conversación.	Al igual que las conductas agresivas, el tema de la muerte fue desapareciendo y dejo de presentarse en sus juegos y verbalizaciones.
Deseos de morir	Se observa principalmente en la actividad escolar acerca de los polvos mágicos, donde habla de matarse a sí mismo.	Durante los últimos meses en tratamiento, ya no mostro manifestación alguna que indicara deseos de morir.
Perdida de una persona significativa	La muerte de la hermana puede resultar una pérdida significativa, así como la separación de su padre.	Se promovió la aclaración de la muerte de la hermanita, lo que permitió que desapareciera su fantasma y Carlos lo viviera de una manera más real y sana. Con respecto al padre, el promover que la madre les permitiera verlo hizo que Carlos se adaptara mejor a la situación.
FAMILIARES		
Ausencia de afecto entre los miembros de la familia	La violencia intrafamiliar permite ver esta falta de afectos positivos entre los miembros de la familia, en donde ninguno se percata de los sentimientos de los otros.	Con la ausencia del padre y el trabajo con la madre, la violencia intrafamiliar fue cediendo, brindando la madre un ambiente más cálido y confiable.
Discusiones y pleitos familiares	Constantes entre los padres.	Los pleitos cesaron, una vez que se manejo con la madre todo el enojo que le despertaba su situación.
Relaciones inadecuadas entre los padres	La relación está caracterizada por la violencia, la desconfianza y la infidelidad.	Al no poder trabajar con el padre, no se pudo realizar mucho en esta área, sin embargo, la madre empezó a cambiar algunas cosas en la medida de sus posibilidades.
Desintegración familiar Falta de uno de los padres por muerte, abandono o separación Familias uniparentales	Con la separación de los padres la familia queda desintegrada, siendo el padre el que se va, quedando la madre a cargo de los hijos.	Al final del tratamiento la madre decide dar una nueva oportunidad al padre para estar juntos nuevamente, aunque no se tiene el dato de lo que ocurrió después.
Falta de soporte familiar	Los padres ensimismados en sus problemas no sirven de soporte familiar para los hijos.	La madre se volvió más contenedora de las emociones de sus hijos y estaba cada vez más pendiente de sus necesidades.

Maltrato de los padres hacia los hijos	Principalmente de parte de la madre, aceptándolo ella misma, que es quien más los maltrata.	La madre dejó de maltratar a los niños
Percepción de falta de apoyo de la familia	Se puede observar en los comentarios de Carlos de dejarlo en la escuela, de sentirse abandonado al ir a terapia. Al no atender sus necesidades básicas de afecto.	Carlos mostraba mayor confianza en sus padres y los percibía como una fuente de apoyo.
Padres con una educación pobre	Ambos padres cuentan con una pobre educación.	Las condiciones siguieron siendo las mismas, ya que no se podía hacer nada al respecto.
Padres castigadores	Los padres ven el castigo como la única forma de corrección de los hijos.	La madre encontró nuevas formas de educar a los hijos.
SOCIALES		
Pobreza	Pertenecen a un nivel socioeconómico bajo, con carencias económicas importantes.	Las condiciones siguieron siendo las mismas, ya que no se podía hacer nada al respecto.
ESCOLARES		
Fracaso escolar	Al presentar problemas de aprendizaje y no poder adquirir la lectoescritura.	Su terapia de aprendizaje, le permitió tener avances importantes en esta área, por lo que en lo referente a la escuela, se fueron sumando logros.
Violencia escolar	Por parte de los maestros, quienes se desesperaban con el menor y daban malos tratos.	Al ya no presentar problemas serios de aprendizaje ni de conducta, los maestros dejaron de dar malos tratos al menor.
COGNITIVOS		
Problemas de aprendizaje	Principalmente con la lectoescritura.	Para el final del tratamiento Carlos había adquirido la lectoescritura, ya sumaba y restaba sin problema y se estaba poniendo al corriente en cuanto a conocimientos que debía tener para el grado que estaba.
Pobres habilidades para resolver problemas	Se detecta en varios momentos, por ejemplo su incapacidad para quitarse el suéter sin instrucción aunque este sudando por el calor.	Se observaba ya para el final en sus capacidad de utilizar un par de juguetes como porterías, en el juego del domino donde le gustaba apostar, encontraba la manera de siempre obtener más fichas. Cuando no llegaba la madre a tiempo volvía al consultorio pidiendo ayuda.

Orlando

Factores de Riesgo	Al inicio del tratamiento	Posterior al tratamiento
PERSONALES		
Rabia Hostilidad Irritabilidad Conductas agresivas	Se observó principalmente en sus juegos acerca de la destrucción y en la forma de relacionarse con su hermano, ya que se le observaba poco tolerante y reaccionaba de manera agresiva.	Para el final del tratamiento el juego cambio por las verbalizaciones y podían expresar de una manera más clara y asertiva sus emociones, disminuyendo las manifestaciones agresivas hacia su hermano.
Problemas con la autoridad	En la escuela, con los maestro, se reportaba una actitud de reto hacia ellos.	Los problemas con las figuras de autoridad disminuyeron, aunque no del todo, posiblemente por la etapa de desarrollo por la que atraviesa.
Depresión Culpa Desesperanza	En la evaluación se obtuvo como diagnóstico trastorno ansioso depresivo con predominio de la depresión. Manifestada principalmente en sus comportamientos suicidas.	Su estado de ánimo mejoro en cuanto a que dejo de sentirse desamparado y empezó a ver las formas de una manera diferente y encontrar nuevas soluciones.
Deseos de morir	Manifestados en sus cartas suicidas.	Ya no se volvieron a manifestar.
Perdida de una persona significativa	La pérdida del padre en una edad temprana por muerte. Y la separación de la segunda pareja de la madre a la que percibía como figura paterna.	Con respecto a ambas pérdidas, ambas fueron irreparables en lo real, pero se pudo trabajar un duelo para con.
FAMILIARES		
Ausencia de afecto entre los miembros de la familia	La madre era una persona fría afectivamente, que poco demostraba sus afectos a sus hijos. La relación entre ellos estaba en el deber ser.	El trabajo con la madre permitió sensibilizarla y que está cada vez fuera más calidad con los hijos, fomentando la expresión de afectos entre ellos.
Discusiones y pleitos familiares	Entre la madre y los hijos por no cumplir sus deberes impuestos por la madre.	También, el trabajo con la madre permitió que esta fuera más flexible en sus reglas lo que permitió que la situación se relajara y disminuyeran los problemas con los hijos.

<p>Desintegración familiar Falta de uno de los padres por muerte, abandono o separación Familias uniparentales</p>	<p>La familia queda desintegrada con la muerte del padre, la cual se vuelve a reestructurar con la presencia de la segunda pareja de la madre, pero nuevamente se vuelve a dar la ruptura.</p>	<p>En la familia al final del tratamiento no hubo cambios, continuo siendo una familia uniparental.</p>
<p>Falta de soporte familiar Percepción de falta de apoyo de la familia</p>	<p>La madre al ser la figura principal, no funge de soporte para los hijos, al estar tan envuelta en el trabajo, evadiendo sus emociones. Al estar la madre siempre en contra de los deseos de los hijos estos se sentían no apoyados por ella.</p>	<p>El trabajo familia permitió que los miembros se percataran del apoyo que podían tener los unos en los otros. Lo que favoreció que los hijos se sintieran apoyados por la madre.</p>
<p>Padres castigadores</p>	<p>Por parte de la madre, con el retiro de afecto.</p>	<p>Se oriento a la madre sobre nuevas y más adecuadas formas de controlar a los menores, sin necesidad de retirar el afecto.</p>
<p>ESCOLARES</p>		
<p>Fracaso escolar Fuertes presiones de los padres por obtener logros</p>	<p>En general presenta calificaciones promedio, pero las expectativas de la madre al ser más altas hacen que lo viva como un fracaso.</p>	<p>Nuevamente, el trabajo con la madre con respecto a sus exigencias y demandas hacia los hijos, permitió que dejara de presionarlos tanto con respecto a lo académico y reconociera los logros que los menores presentaban en esta área.</p>

Roberto

Factores de Riesgo	Al inicio del tratamiento	Posterior al tratamiento
PERSONALES		
Rabia Hostilidad Irritabilidad Conductas agresivas	En general su forma de relacionarse era de manera hostil, suspicaz, con manifestaciones de rebeldía, oposicionismo y arranques de ira.	Para las últimas sesiones se pudo observar como estas conductas fueron disminuyendo a partir de que pudo expresar su enojo hacia sus padres y la madrastra. Relacionándose de una manera más adecuada con su padre.
Conducta antisocial	Se observaba una tendencia hacia conductas antisociales, como hacer trampa, mentir, robar, un comportamiento rebelde, con tendencia a correr riesgos y hostilidad.	Están aunque las pruebas refieren que continuaron en la segunda evaluación, se noto una disminución de ellas en la valoración y en su comportamiento.
Problemas con la autoridad	Esta se manifestaba con todas las figuras de autoridad, llámese padres o maestros.	Continuaron manifestándose aunque de manera disminuida.
Depresión Soledad Culpa Desesperanza Apatía	Mostraba varios indicadores de depresión, como dormir demasiado, la tristeza, el mal humor y la agresividad. Era un chico muy solitario, aunque contaba con amigos empezó a alejarse de ellos posiblemente por la depresión. Constantemente se sentía responsable de la separación de los padres, de que no viera a su madre en un periodo de tiempo por testificar en su contra, por los problemas del padre con su pareja, por las discusiones con el hermano, sentía que estorbaba. Cuando empezó a manifestar los componentes suicidas, el mismo dice que sentía que las cosas no se podían arreglar. Su conducta apática se manifestó durante toda la evaluación.	El estado de ánimo mejoro, ya no era frecuente el mal humor, según reportó el padre, ni las conductas agresivas. Empezó a socializar nuevamente y a salir más con sus amigos y primos. Dejo de responsabilizarse de los problemas que ocurrían en casa en los que él no tenía injerencia. Ya se valoraba más y su vida y mostraba planes a futuro como el terminar una carrera y tener una familia.
Deseos de morir	Manifestados en la tentativa suicida.	Dejaron de manifestarse para las últimas sesiones. Y la evaluación mostró la ausencia de riesgo.

Pérdida de un o amigo por suicidio	Comenta el padre que un conocido de Roberto, se suicido meses atrás.	Situación fuera del control de la terapia.
Perdida de una persona significativa	La madre, con la separación.	Sobre el asunto de la madre, no se pudo trabajar a fondo, por los tiempos del tratamiento y por las resistencias de Roberto, muchas de ellas propiciadas por la madre.
FAMILIARES		
Ausencia de afecto entre los miembros de la familia	Entre todos los miembros de la familia, excepto el hermano.	Se logró una mayor cercanía del hijo con el padre.
Discusiones y pleitos familiares	Eran constantes entre los padres biológicos y la familia del padre.	Estos disminuyeron a partir de las sesiones que se tuvieron con el padre en él se buscaba que el padre tomara su lugar en la familia y se percatara de que era manipulado por su esposa y exesposa lo que propiciaba los conflictos, por lo que se le refirió a terapia.
Desintegración familiar Falta de uno de los padres por muerte, abandono o separación Familias uniparentales	La familia se desintegra con la separación de los padres, reconstituyéndose al poco tiempo por parte de ambos padres.	La situación familiar continuó igual, aunque para las últimas sesiones el padre estaba considerando separarse nuevamente de su esposa e irse a vivir solo con sus hijos, situación que no se tiene conocimiento en que termino.
Falta de soporte familiar Percepción de falta de apoyo de la familia	Este se observa de manera muy clara en los reclamos de Roberto hacia su padre por apoyar a la madrastra aunque esta fuera injusta con ellos.	Roberto empezó a percatarse de que su padre podía ser una fuente de apoyo, aunque aún débil. Pero se reforzó la presencia de sus propias cualidades y habilidades como apoyo para sí mismo.
Maltrato de los padres hacia los hijos	En este caso aunque el maltrato era de parte de los padres biológicos, un maltrato que también cobro importancia fue el sufrido por parte de la madrastra.	El maltrato por parte del padre disminuyó considerablemente, no siendo así en el caso de la madre y la madrastra, situación que estaba lejos del alcance del tratamiento. Pero se promovió con Roberto una actitud de evitar los problemas al disminuir su conducta provocativa hacia estas.
Padres castigadores	La madrastra principalmente, era la que castigaba a Roberto.	El padre retomo la autoridad sobre los hijos y esto evito los constantes castigos de la madrastra.

SOCIALES		
Cambio de domicilio	Cambio de domicilio cuando se separan los padres para vivir con la madre, luego regresa con el padre y finalmente se va a vivir a casa de la madrastra, donde nunca se sintió perteneciente.	La situación permaneció igual hasta el final del tratamiento.
ESCOLARES		
Fracaso escolar	En lo que respecta a la escuela se observaban problemas de adaptación y escolares, ya que presentaba un pobre desempeño, problemas para concentrarse e incapacidad para mantenerse ocupado en una tarea de tipo escolar. Notando que estas dificultades no eran por falta de capacidad, ya que Roberto es un chico inteligente.	Para el final de la terapia, Roberto había recuperado algunas de las materias reprobadas, lo que le daba seguridad en continuar con sus estudios.
COGNITIVOS		
Pobres habilidades para resolver problemas	Aunque en Roberto se observaba la habilidad para resolver problemas, en el momento del intento esta no ayudo a que encontrara una alternativa mejor.	Se vieron cada vez más fortalecidas, y puestas en práctica, como la vez que se perdió, o la manera para ponerse al corriente en la escuela y también al evitar problemas con la madrastra.

Como se puede observar en las tablas, en los tres casos, se observaron avances significativos en cuanto a los factores de riesgo, sin embargo, también podemos observar diferencias individuales con respecto a ello.

Si observamos, Carlos era quien más factores de riesgo presentaba, sin, embargo, fue quien mostró mayor disminución de los mismos, esto debido a la participación y cooperación de los padres en el tratamiento, aunado a que no había un tiempo fijo para concluir el tratamiento y esto dio la amplitud para trabajar varios aspectos que estaban influyendo.

Al contrario de Roberto, en el que la situación familiar, lejos de ayudar, entorpecía el tratamiento con el menor, notando cambios positivos en Roberto, distinto al ambiente familiar que sufría pocos cambios. Influyendo también la planeación de

un número determinado de sesiones, el objetivo focal que era disminuir el riesgo, y la renuencia de Roberto a continuar asistiendo. Sin embargo, a pesar de estas limitantes, se logró disminuir el riesgo y darle un nuevo panorama de vida a Roberto, quien finalmente tendrá que desenvolverse en ese ambiente familiar, por lo que, más que cambiar la situación se le dieron recursos para defenderse de ella.

Discusión

Como podemos observar el tema del suicidio es algo complejo que debe tratarse con el pertinente cuidado, ya que como pudimos ver, este se encuentra matizado por múltiples factores que intervienen para que este fenómeno se presente, por lo cual, es de vital importancia destacar, que cualquier señal de alarma en torno a componentes suicidas deber ser tratada con el debido respeto, se considere o no, que sea real o manipulativa. Hay que tener en cuenta que la visión que tienen los niños y adolescentes en general acerca de la muerte se ve matizada por fantasías e ideas erróneas en torno a la propia muerte, por lo que no podemos dar por hecho que el niño o el adolescente intentará preservar su vida como mera supervivencia, ya que sus cogniciones y emociones se encuentran afectadas.

Empecemos hablando de la connotación social que tienen los comportamientos suicidas en nuestra sociedad. Como pudimos notar en los casos, al igual que lo señalado por Quintanar, (2007), el fenómeno suicida es percibido con una connotación social negativa, encontrando referentes de locura como en el caso de Roberto, quien en algún momento llegó a dudar sobre si estaba loco, a causa de los comentarios en su entorno, principalmente de la madrastra, quien lo señalaba de esta manera.

Al mismo tiempo que vemos una imagen mayormente socializada del fenómeno como lo señala este mismo autor. En la vida cotidiana lo podemos observar en programas televisivos, revistas y noticieros, volviéndose el suicido un tema popular del cual las personas empiezan a desensibilizarse, percibiéndolo ahora como una alternativa más a sus problemas. Sin embargo, este es un evento desafortunado,

ya que se está popularizando la muerte de las personas en vez de brindar alternativas para enfrentar los eventos desafortunados.

También podemos ver como la estructura familiar se ha venido diversificando, y por lo tanto debilitando, brindando un menor soporte y contención a los miembros de la familia. Como lo pudimos notar en los tres casos, en los que las diferentes circunstancias influyeron en las estructuras familiares, observando familias desintegradas, disfuncionales, agresivas, reconstituidas, que brindaban un pobre apoyo a los hijos, y por tanto los dejan desprotegidos para hacer frente a circunstancias difíciles de la vida.

Continuando con el aspecto social de los componentes suicidas, podemos notar que en la sociedad, existen muchos mitos con respecto a estos tipos de comportamiento, como apuntan Villardón (1993) y Pérez (2005). Uno de estos mitos refiere que “los niños no cometen suicidio”, sin embargo como pudimos observar con Carlos, él estaba presentando componentes de ideación y conductas acting out, que aunque no llevaron al suicidio como tal, pudieron haber desencadenado en ello, por lo que es importante considerar cualquier comportamiento suicida como una llamada de atención, independientemente de la edad de la persona.

En la práctica clínica lo que pudimos observar es que al enfrentarse con un paciente suicida las angustias aumentan y aún entre profesionales de la salud mental se puede negar la situación. Como ocurrió en el caso de Orlando, donde al aumentar las angustias del equipo terapéutico, se dejó de ver la emergencia del caso y no se dio la oportuna atención al hecho. Dentro del equipo terapéutico se escuchaban voces de: “solo lo hizo para llamar la atención de su mamá”, “no lo va hacer”, “es un niño, tiene mucha vitalidad”, “hay que enfocarnos en los aspectos positivos”, “no debemos hablarlo con ellos hasta que ellos lo hablen”. Sin embargo, como pudimos ver, este tipo de aseveraciones solo condujeron a

descuidar los avisos del menor y a poner en riesgo su vida, como pudimos ver en el acting out que cometió.

Sobre este mismo punto Mardomingo (1994) y Sánchez (2003), refieren que muchos de los comportamientos suicidas que presentan los niños son encubiertos por la sociedad, los padres, maestros y profesionales, quienes encubren la situación haciéndolo ver como un mero accidente. Sin embargo, es importante destacar, aunque de manera reiterativa, que los comportamientos suicidas pueden estar presentes desde edades muy tempranas del desarrollo y que aunque en ocasiones aparecen como meros accidentes, como en el caso de Carlos, muchas veces si indagamos más a fondo podemos entender el verdadero significado del comportamiento del niño.

Uno de los aspectos señalados como influyente en los comportamientos suicidas, es la presencia de algunas experiencias tempranas como señalan De Wilde et. al (1992), Mardomingo (1994), y Beautrais (2003) entre las que se encuentran el ser niños no deseados o aceptados, el maltrato y negligencia, la falta de atención, el escaso rendimiento académico, el retiro de afecto como forma de castigo y la ausencia de uno de los padres en etapas tempranas del desarrollo.

Todas ellas, experiencias que pudimos constatar en los casos presentados. Ya que como vimos ningunos de los menores fue producto de un embarazo planeado y a reserva de Orlando, los otros dos casos daban fuertes indicadores de no ser deseados ni aceptados. Así mismo, pudimos ver la presencia de maltratos de diversos tipos, emocionales, psicológicos y físicos en los tres casos. Todos ellos carentes de atención de sus padres y con un bajo rendimiento escolar. Siendo también significativo, la ausencia de uno de los padres en todos los casos.

Ahora bien, como se ha venido mencionando a lo largo de este texto, los factores de riesgo juegan un papel predominante en este tipo de comportamientos. Factores a los cuales se han referido muchos autores en diversos textos como se

mencionó en el capítulo referente al suicidio en niños y adolescentes. Dentro de este trabajo, pudimos notar, que los factores que más se presentaron fueron la hostilidad, la irritabilidad, las conductas agresivas, los problemas de autoridad, la depresión, culpa, desesperanza, los deseos de morir, y la pérdida de una persona significativa. Así mismo, se identificó que en general los menores pertenecen a familias desintegradas, uniparentales o reconstituidas, donde la demostración de los afectos no está presente, sino más bien el tipo de relaciones esta matizado por pleitos y discusiones entre los padres y con los hijos, siendo los padres poco capaces de ser una fuente de apoyo o soporte para los chicos.

Sin embargo, estos datos no pueden ser generalizables, debido a que parten de tres casos únicamente y a que no se llevó a cabo una medida estandarizada que pudiera corroborar la información. De cualquier manera, los factores encontrados coinciden ampliamente con los hallazgos de otras investigaciones reportados en este trabajo. Añadiendo a lo expuesto por ellos, la presencia de una madre con características peculiares, en todos ellos madres poco cálidas y afectivas, de las cuales los menores temen ser abandonados, son madres poco contenedoras de los afectos de sus hijos y se encuentran ensimismadas en sus propios problemas. Así mismo, se pudo identificar la ausencia de una figura paterna firme que fungiera como fuente de identificación.

Lo que nos lleva a hablar sobre las teorías acerca del suicidio, coincidiendo con la corriente psicoanalítica para dar explicación a dicho fenómeno, ya que como se vio en los análisis de los casos, es la que explica de mejor manera el suicidio infantil y adolescente con las aportaciones de Anna Freud y Schrut. Ya que en todos los casos podemos notar la falta de deseos de la madre por el hijo, siendo esto motivo de constantes maltratos, lo que va desarrollando en el niño fuertes sentimientos de enojo hacia los padres, los cuales al generar culpa y al no poder ser dirigidos al exterior se introyectan dirigiendo estos sentimientos destructivos hacia sí mismos, reflejándose en sus conductas autodestructivas, que de alguna

manera, según expresa Schrut, satisfacen aunque de manera parcial el deseo de los padres por la no existencia del hijo.

Pero en la práctica, muchas veces estas teorías o modelos teóricos no son suficientes al momento de dar tratamiento a los menores, ya que permiten una mejor comprensión del caso pero no siempre proporcionan las herramientas o condiciones necesarias para el trabajo con este tipo de pacientes.

Como pudimos ver en los tres casos presentados, las circunstancias para cada uno de ellos fueron totalmente diferentes, por ejemplo en el caso de Roberto se debía hacer una intervención breve focalizada, debido a los tiempos con que se contaba para el tratamiento, por lo que no podía llevarse a cabo un análisis propiamente dicho, además que los terapeutas al frente del caso no contaban con la formación para ello.

Además que al ser pacientes en riesgo suicida, no se puede esperar a que el análisis tenga un efecto sobre el paciente, ya que su vida está en riesgo constante y el tiempo es el factor clave para atacar este tipo de problema.

Por lo que en la intervención con dichos pacientes se buscó el trabajo focalizado en las conductas suicidas, pero siempre partiendo de una comprensión psicoanalítica de los hechos. Buscando con el modelo integrativo colaborativo, tener una amplia comprensión de los casos pero a la vez buscando las herramientas más óptimas para el trabajo de cada caso en particular, partiendo de las propias necesidades de cada paciente.

En todos ellos se partió de una valoración psicológica haciendo uso de instrumentos psicométricos y proyectivos que nos dieron una panorámica del estado general del menor al ingreso a la institución, en específico, al servicio de psicología. Posterior a ello, se eligió la forma de intervención más oportuna para cada uno de los casos y las técnicas a utilizar, además considerando las

demandas de las respectivas instituciones en cada caso, la edad de los menores, sus capacidades cognitivas, su nivel de desarrollo y sus características de personalidad, para finalmente concluir con una evaluación clínica o psicométrica que nos permitiera confirmar los logros de la terapia.

Pero empecemos con la evaluación inicial. En el caso de Carlos pudimos ver que se aplicó una batería completa para valorar todas las áreas de su desarrollo, partiendo de las demandas iniciales de los padres en las que se observó que el desarrollo de Carlos mostraba deficiencias generales. Al mismo tiempo la institución demandaba la aplicación de una batería completa como parte de sus protocolos y el interés terapéutico sobre el caso llevó a que se tomara la decisión de aplicar varias pruebas para tener un panorama más amplio del caso.

En el caso de Orlando, como pudo verse el interés estaba puesto en la parte emocional, que aunque la demanda inicial de la madre era TDAH, se consideró más pertinente evaluar el aspecto emocional, ya que los antecedentes clínicos mostraban discrepancias en torno a el diagnóstico de TDAH, lo que hacía suponer que el problema podía estar en el aspecto emocional que no había sido evaluado.

Con respecto a Roberto, se puede notar que el aspecto cognitivo no fue valorado. Esto por dos razones, la primera porque el motivo de consulta era el intento de suicidio previo, lo que apremiaba cierta urgencia y segundo porque en la primera entrevista se pudo observa a un chico inteligente con buenas capacidades intelectuales. Sin embargo, como pudo observarse se aplicaron pruebas más específicas en torno al tema de suicidio y su historia personal.

En los tres casos la evaluación inicial fue pertinente ya que permitió identificar los aspectos claves a trabajar en el tratamiento, al mismo tiempo que brindó la oportunidad, de tener un primer contacto con el menor de manera paulatina, buscando su confianza y empatía para posteriormente realizar el trabajo terapéutico.

Hablando de la forma de intervención, podemos ver que también hubo cambios sutiles en la forma de intervenir. Ya que como podemos ver los tres menores son completamente diferentes.

Carlos es un niño, Orlando inicia la pubertad y oscila entre la niñez y la adolescencia y Roberto es completamente un adolescente. Por lo que sería difícil poner a todos a jugar o a todos a hablar.

Partiendo de esto se determinó trabajar mediante el juego con Carlos y mediante la palabra con Roberto. Sin embargo, una dificultad presente fue el determinar la forma de trabajo con Orlando y esto por dos razones, la primera que se trabajaría en modalidad de terapia fraterna y la segunda en que no podía determinarse si los chicos preferirían jugar o hablar, por lo que la elección fue dar las dos opciones y que ellos eligieran, notando que fue una combinación, ya que justo así como ellos estaban en ese transe de la niñez a la adolescencia sus actividades también, y pudimos notar que sus actividades oscilaban entre el juego y la palabra, notando una marcada predisposición por el juego al inicio pero invirtiendo esta relación para el final del tratamiento, iniciando con niños y concluyendo con adolescentes.

En el caso de Roberto en particular, se tuvieron algunos tropiezos en cuanto a la forma de intervención, ya que Roberto tenía unas características muy particulares, su oposicionismo y manipulación, lo que ponía limitaciones al trabajo realizado con él, por lo que, aunque en un inicio se decidió trabajar mediante la palabra esto fue cambiando en el transcurso del tratamiento ya que las propias circunstancias iban cambiando y debía adecuarse la intervención a los nuevos retos que ponía Roberto. Introduciendo así el trabajo con los dibujos, en especial con el grafiti, que fue de gran utilidad ya que le permitió el reconocimiento y la expresión de sus emociones, además que ayudó a que Roberto se relajara y estuviera más dispuesto al tratamiento.

En este mismo caso, otra de las dificultades presentadas, fue la intervención de los padres, en específico de la madre que sabotaba el trabajo realizado en consulta, favoreciendo las resistencias de Roberto al tratamiento. Sin embargo, el apoyo del padre y el trabajo con él, permitió que él estableciera un balance en cuanto a las demandas de la mamá de Rodrigo con respecto al tratamiento.

En general y partiendo de las formas de intervención ya descritas se puede decir que fueron oportunas y de utilidad para cada uno de los pacientes, sin embargo, es importante señalar, que el hecho de que hayan funcionado con ellos, no quiere decir que se puedan implementar exactamente con otros pacientes, aunque compartan características, ya que como se mencionó antes, la planeación del tratamiento debe ser algo individual y específico para cada uno de los pacientes. Ante lo cual pudimos observar que dicho modelo fue oportuno y eficaz para cada uno de los casos.

Conclusiones

En lo que respecta a mi trabajo profesional, es importante destacar que el trabajo con esta población no fue algo sencillo de realizar, ya que por momentos se vuelve confrontativo de las propias creencias, demandante en cuanto al trabajo y genera grandes cargas de ansiedad en los momentos críticos.

Fue difícil al principio, observar a niños con tal grado de sufrimiento, que simplemente prefieren desaparecer a tolerar lo que les está ocurriendo, cambia totalmente la imagen que se tiene de la infancia la cual nos han hecho creer debiera estar llena de dicha y felicidad, pero que a veces no es así y el trabajo con estos chicos es la muestra más clara de ello.

Uno se siente mayormente responsable que con otros casos, porque está en juego una vida, y uno debe aprender a desprenderse de eso, claro sin dejar de sentir. Creo que la clave fue encontrar el equilibrio entre estas dos cosas, porque creo, el desprendimiento total de los afectos, llevaría al fracaso del trabajo terapéutico, ya que pude notar, mucho de lo que estos chicos necesitan conocer es eso, una franco y abierto contacto afectivo, aclaro controlado y oportuno al tratamiento, no desbordado y cubriendo las demandas de uno mismo.

Recuerdo la cara de asombro de Roberto al verme a mí y a mi coterapeuta sentados juntos, atentos a él, hablando en torno a él, situación que él no había vivido nunca con sus padres. A eso me refiero, a hacer sentir al paciente, que es lo que en algunos casos han dejado de hacer.

En cuanto a mí como profesionalista, creo que este trabajo me permitió desarrollar muchas habilidades, el manejo de mis emociones, el trabajo en momentos de crisis, la capacidad de contención, principalmente creo que el encontrar el lado positivo de las cosas, porque estamos acostumbrados a ver lo que la familia o el niño tiene mal, en que están fallando, pero con estos niños era detectar todo aquello que estaba bien, lo que funcionaba para devolvérselos y darles una nueva imagen de sí mismos y de los que los rodean, pero bueno, esto no fue un descubrimiento mío, es de las cosas que me dejan mis profesora y la maestría. Podría enumerar muchas, pero creo que la más importante fue dejar a un lado la omnipotencia.

Referencias

Abadi, M., Garma, A., Garma, E., Gazzano, A., Rolla, E. H., & Yampey, N. (1973). *La fascinación de la muerte*. Buenos Aires: Paidós.

Agerbo, E., Nordentoft, M., & Bo Mortensen, P. (2002). Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: nested case-control study. *British Medical Journal*, *325*, 1-5.

Almanza Muñoz, J. d., Grain Jarquín, P., Becerril Monroy, J. R., & Cuevas Cuevas, C. (1997). Suicidio e intento suicida: Revisión actualizada. *Revista de Sanidad Militar*, *51* (6), 260-266.

Barón, O. P. (2000). Adolescencia y suicidio. *Psicología desde el Caribe* (6), 48-69.

Beautrais, A. (2003). Life course factors associated with suicidal behaviors in young people. *American Behavioral Scientist*, *46* (9), 1137-1156.

Berman, A., & Jobes, D. (2002). The treatment of the suicidal adolescent. En A. Berman, & D. Jobes, *Adolescent suicide. Assessment and Intervention* (págs. 163-225). Washington: American Psychological Association.

Bhugra, D., Singh, J., Fellow Smith, E., & Bayliss, C. (2002). Conductas autolíticas en los adolescentes. Estudio realizado a dos colectivos étnicos. *European Journal of Psychiatry*, *16* (3), 149-156.

Bhugra, D., Thompson, N., Singh, J., & Fellow Smith, E. (2004). Gestos autolíticos deliberados (GAD) en adolescentes en el oeste de Londres: Factores socio-culturales. *European Journal of Psychiatry*, *18* (2), 91-99.

Bloch, D. (1985). *Para que la bruja no me coma. Fantasía y miedo de los niños al infanticidio*. México: Siglo veintiuno.

Bobes García, J., Sáiz Martínez, P. A., García-Portilla González, M. P., Bascarán Fernández, M. T., & Bousoño García, M. (2004). *Comportamientos suicidas. Prevención y tratamiento*. Barcelona: Ars Medica.

Borges, G., Nock, M. K., Medina Mora, M. E., Benjet, C., Lara, C., Chiu, W. T., y otros. (2007). The epidemiology of suicide related outcomes in Mexico. *Suicide and Life Threatening Behavior* , 37 (6), 627-640.

Bott, E. (1999). *Psychoanalytic understanding of violence and suicide*. Gran Bretaña: Routledge.

Brown, G., Ten Have, T., Henriques, G., Xie, S., Hollander, J., & Beck, A. (2005). Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts. *Journal of the American Medical Association* , 294 (5), 563-570.

Buendía, J., Riquelme, A., & Ruíz, J. A. (2004). *El suicidio en adolescentes. Factores implicados en el comportamiento suicida*. España: Universidad de Murcia.

Campo, G., Roa, J. A., Pérez, A., Salazar, O., Piragauta, C., López, L., y otros. (2003). Intento de suicidio en niños menores de 14 años atendidos en el Hospital Universitario del Valle, Cali. *Colombia Médica* , 34 (1), 9-16.

Castro Paredes, P., Oswaldo Orbegoso, R., & Paul Rosales, T. (2006). Caracterización del paciente con intento de suicidio en un Hospital General de Lima, 1995-2004. *Rev Perú Med Exp Salud Pública* , 23 (4), 293-296.

Casullo, M. M., Bonalde, P. D., & Fernández, M. (2000). *Comportamientos suicidas en la adolescencia. Morir antes de la muerte*. Buenos Aires: Lugar Losada.

Celis, A., Gómez Lomelí, Z., & Armas, J. (2003). Tendencias de mortalidad por traumatismos y envenenamientos en adolescentes. *Salud Pública México* , 45 (Supl 1), 8-15.

Chávez Hernández, A. M., Macías García, L. F., Palatto Merino, H., & Ramírez, L. (2004). Epidemiología del suicidio en el estado de Guanajuato. *Salud Mental* , 27 (2), 15-20.

Clemente, M., & González, A. (1996). *Suicidio: Una alternativa social*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Coronado Santos, S., Díaz Cervera, I., Vargas Ancona, L., Rosado Franco, A., Zapata Peraza, A., & Díaz Talavera, S. (2004). Prevalencia del intento de suicidio en el servicio de urgencias del Hospital General "Dr. Agusín O'Horán", de enero de 1998 a diciembre de 2003. *Rev Biomed* , 15 (4), 207-213.

De Wilde, E., Kienhorst, I., Diekstra, R., & Wolters, W. (1992). The relationship between adolescent suicidal behavior and life events in childhood and adolescence. *American Journal of Psychiatry* , 149 (1), 45-51.

Espinosa Feregrino, L. F., Almeida Montes, L. G., Cortés, F., & Leo Amador, G. E. (2003). Análisis de muertes por suicidio en el estado de Querétaro. *Salud Mental* , 26 (6), 47-54.

Espinosa Morett, A., & Anzures López, B. (1999). Suicidio, homicidio y drogadicción en niños y adolescentes. *Revista médica del Hospital General de México* , 62 (3), 183-190.

Garrido Romero, R., García García, J. J., Carballo Ruano, E., Luaces Cubells, C., Alda Díez, J. A., & Pou Fernández, J. (2000). Intoxicaciones voluntarias como intento de suicidio. *Anales Españoles de Pediatría* , 53 (3), 213- 216.

González Forteza, C., & Jiménez Tapia, A. (1995). Alternativas en la prevención del suicidio en adolescentes. *Psicología y Salud* , 5, 105-110.

González Forteza, C., Ramos Lira, L., Caballero Gutiérrez, M. Á., & Wagner Echegarray, F. A. (2003). Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema* , 15 (4), 524-532.

González Forteza, C., Villatoro Velázquez, J., Alcántar Escalera, I., Medina Mora, M. E., Fleiz Bautista, C., Bermúdez Lozano, P., y otros. (2002). Prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes de la Ciudad de México: 1997 y 2000. *Salud Mental* , 25 (6), 1-12.

González-Forteza, C., Ramos Lira, L., Vignau Brambila, L. E., & Ramirez Villareal, C. (2001). El abuso sexual y el intento suicida asociado con el malestar depresivo y la ideación suicida de los adolescentes. *Salud Mental* , 24 (6), 16-25.

Guibert Reyes, W. (2002). *El suicidio, un tema complejo e íntimo*. La Habana: Científico - Técnica.

Gutiérrez García, A., Contreras, C., & Orozco Rodríguez, R. C. (2006). El suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental* , 29 (5), 66-74.

Hawton, K., & James, A. (2005). Suicide and deliberate self harm in young people. *British Medical Journal* , 330, 891-894.

Hendin, H., Pollinger Haas, A., Maltsberger, J. T., Koestner, B., & Szanto, K. (2006). Problems in psychotherapy with suicidal patients. *American Journal Of Psychiatry* , 163 (1), 67-72.

Hernández Trujillo, A., Rebastillo Escudero, G. T., Danauy Enamorado, M. d., & Bess Constanten, S. (1999). Influencia del medio familiar en un grupo de 5 a 19 años con riesgo suicida. *Rev Cubana Med Gen Integr* , 15 (4), 372-377.

Hernández, Q., & Lucio, E. (2006). Evaluación del riesgo suicida y estrés asociado en adolescentes estudiantes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología* , 23 (1), 45- 52.

Jiménez Saab, N. G., Lozano Nuevo, J. J., Rodríguez López, L., Vargas Ayala, G., Rubio Guerra, A. F., & López Islas, I. (2005). Consumo de alcohol y drogas como factor de riesgo de intento suicida. *Medicina Interna de México* , 21 (3), 183-187.

Jiménez Tapia, A., & González Forteza, C. (2003). Veinticinco años de investigación sobre suicidio en la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. *Salud Mental*, 26 (6), 35-46.

Johnson, J., Cohen, P., Gould, M., Kasen, S., Brown, J., & Brook, J. (2002). Childhood adversities, interpersonal difficulties and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 59, 741-749.

Kaplan, H. (1999). Urgencias en Psiquiatría. En H. Kaplan, *Sinopsis de Psiquiatría* (Octava edición ed., págs. 983-992). España: Panamericana.

Lester, D. (2005). The classic systems of psychotherapy and suicidal behavior. En R. Yufit, & D. Lester, *Assessment, treatment, and prevention of suicidal behavior* (págs. 145-161). New Jersey: Wiley.

Lucio, E., Hernández, Q. (en prensa). Personalidad y riesgo suicida en un grupo de adolescentes estudiantes mexicanos. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*.

Mardomingo, M. J. (1994). Suicidio e intentos de suicidio. En M. J. Mardomingo, *Psiquiatría del niño y del adolescente* (págs. 499-519). Madrid: Díaz de Santos.

Martínez Jiménez, A., Moracén Disotuar, I., Madrigal Silveira, M., & Almenares Aleaga, M. (1998). Comportamiento de la conducta suicida Infanto-Juvenil. *Revista Cubana Med Gen Integr*, 14 (6), 554-559.

Martínez Lanz, P., Saltijeral, M. T., & Terroba, G. (1985). Revisión del tema: "Intentos de suicidio en los niños: un fenómeno psicosocial". *Salud Mental*, 8 (2), 23-26.

Mondragón, L., Borges, G., & Gutiérrez, R. (2001). La medición de la conducta suicida en México: estimaciones y procedimientos. *Salud Mental*, 24 (6), 4-15.

Monge Holguin, J. A., Cubillas Rodríguez, M. J., & Román Pérez, R. (2007). Intentos de suicidio en adolescentes de educación media superior y su relación con la familia. *Psicología y Salud* , 17 (1), 45-51.

Muñoz, J., Pinto, V., Callata, H., Napa, N., & Perales, A. (2006). Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años, Lima 2005. *Rev Perú Med Exp Salud Pública* , 23 (4), 239-246.

Páramo Castillo, D., & Chávez Hernández, A. M. (2007). Maltrato y suicidio infantil en el estado de Guanajuato. *Salud Mental* , 30 (3), 59-67.

Peña Galbán, L. Y., Casas Rodríguez, L., Padilla de la Cruz, M., Gómez Arencibia, T., & Gallardo Álvarez, M. (2002). Comportamiento del intento suicida en un grupo de adolescentes jóvenes. *Revista Cubana Médica Militar* , 31 (3), 182-187.

Pérez Barrero, S. A. (2005). Los mitos sobre el suicidio. La importancia de conocerlos. *Revista Colombiana de Psiquiatría* , 34 (3), 386-394.

Platas Vargas, E. C., Saucedo García, J. M., Higuera Romero, F., & Cuevas Urióstegui, M. L. (1998). Funcionamiento psicosocial en menores que intentan el suicidio. *Psiquiatría* , 14 (2), 51-55.

Quintanar, F. (2007). *Comportamiento suicida. Perfil psicológico y posibilidades de tratamiento*. México: Pax.

Rodríguez Almada, H., García Maggi, I., & Ciriacos, C. (2005). Resultados de la aplicación de la autopsia psicológica al estudio del suicidio de niños y adolescentes en Uruguay. *Revista Médica Uruguay* , 21 (2), 141-150.

Sánchez Guerrero, O. (2003). Comprensión del suicidio del adolescente a través de conceptos del desarrollo. *Acta Pediátrica de México* , 24 (5), 312-316.

Sánchez Pedraza, R., Guzmán, Y., & Cáceres Rubio, H. (2005). Estudio de la imitación como factor de riesgo para ideación suicida en estudiantes universitarios adolescentes. *Revista Colombiana de Psiquiatría* . , 34 (1), 12-25.

- Sarro, B., & De la Cruz, C. (1991). *Los suicidios*. España: Editores Martínez Roca.
- Sauceda García, J. M., Montoya Cabrera, M. A., Higuera Romero, F. H., Maldonado Durán, J. M., Anaya Segura, A., & Escalante Galindo, P. (1997). Intento de suicidio en la niñez y la adolescencia. *Boletín Medico del Hospital Infantil de México* , 54 (4), 169-175.
- Schaefer, Ch. (2005). *Fundamentos de terapia de juego*. México: Manual Moderno.
- Serrano Pereira, M. G., & Flores Galaz, M. M. (2005). Estrés, respuestas de afrontamiento e ideación suicida en adolescentes. *Psicología y Salud* , 15 (2), 221-230.
- Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W., & Joiner, T. E. (2007). Rebuilding the tower of babel: a revised and suicidal behaviors. Part 1: background, rationale, and methodology. *Suicide and Life Threatening Behavior* , 37 (3), 248-263.
- Tercero Quintanilla, G. (1999). Perfil psicológico de adolescentes que intentaron suicidarse. *Revista Mexicana de Psiquiatría* , 66 (5), 197-202.
- Terrones González, A., Salvador Moysén, J., & Lechuga Quiñones, A. M. (1999-2000). Adolescentes sobrevivientes al intento de suicidio en el Hospital General de Durango: características psicosociales y adaptativas. *La Salud en Durango* , 1 (1), 9-15.
- Thompson, R., Dubowitz, H., English, D. J., Nooner, K. B., Wike, T., Bangdiwala, S. I., y otros. (2006). Parents' and teachers' concordance with children's self-ratings of suicidality: findings from a high-risk sample. *Suicide and Life Threatening Behavior* , 36 (2), 167-181.
- Toth, M., Schwartz, R., & Kurka, S. (Diciembre de 2007). Strategies for understanding and assessing suicide risk in psychotherapy. *Annals of the American Psychotherapy Association* .

Tuesca Molina, R., & Navarro Lechuga, E. (2003). Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio. *Salud Uninorte* , 17, 19-28.

Valadez Figueroa, I., Quintanilla Montoya, R., González Gallegos, N., & Amezcua Fernández, R. (2005). El papel de la familia en el intento suicida del adolescente. *Salud Pública México* , 47 (1), 1-2.

Vázquez Pizaña, E., González Velázquez, E. M., Rojo Quiñonez, A. R., & Figueroa Lugo, R. M. (1996). Intento de suicidio en adolescentes. *Boletín Clínico del Hospital Infantil del Estado de Sonora.* , 15 (2), 77-85.

Villardón Gallego, L. (1993). *El pensamiento de suicidio en la adolescencia*. Bilbao: Universidad de Deusto.