



Universidad Juárez del Estado de Durango
Facultad de Psicología y Terapia de la Comunicación
División de Estudios de Posgrado
Maestría en Psicología



**La violencia y la disfunción familiar como factores detonantes del
comportamiento suicida en una adolescente**

Tesis

Que para obtener el título de Maestra en Psicología con opción terminal en Psicoterapia

Presenta

Julieta Maltos Buendía

Directora de tesis

Mtra. Mireya Hernández Reyes

Director metodológico

Dr. Marco Antonio Vázquez Soto

Durango, Dgo.

Julio de 2022

Dedicatoria

A ti Beatriz que con tu muerte me enseñaste el significado del compromiso profesional y humano ante otro ser humano sufriente, y también mis limitaciones.

A nuestros gobernantes que han sabido ignorar la pobreza de las personas, la violencia y enfermedad que se desata sin que se comprometan realmente a trabajar para cambiar estas condiciones indignas de vida, ojalá cambien.

Agradecimientos

Como no agradecerte Señor la vida vivida, la familia, el conocimiento, la experiencia y ahora la ciencia que me permite servirte en mis hermanos con el mismo dolor, gracias Señor por tanto amor, no te cansas de darme a manos llenas, no hay nadie como Tú.

Gracias a mi Madre por darme la vida y hacer las veces de madre de mis hijos y que fue mi mayor respaldo para continuar con mis estudios, Mamy te amo gracias.

A la Universidad Juárez mi Alma Mater por la oferta educativa para Durango y pueblos circunvecinos, de donde vengo. Gracias por el trabajo invertido, por la ética y el compromiso, por creer en los estudiantes, por alentar el crecimiento personal, gracias por la sabiduría transmitida por todos y cada uno de los y las queridas Maestras que realmente me alimentaron con su saber, gracias.

A mis Asesores la Mtra. Mireya Hernández Reyes y al Dr. Marco Antonio Vázquez Soto también a la Doctora Patricia Lorena Martínez Martínez por su sabiduría que me rebasó y por la paciencia, su asesoría siempre pertinente, que pudieron lograr que mi mente se atara por momentos y aterrizará las ideas, gracias a todos por enseñarme el camino de la investigación.

Gracias a las pacientes participantes que me permitieron ser su acompañante en este proceso y a quien debo mi crecimiento.

Gracias a mis queridas amigas Norma Hernández y Liliana Romo que me alentaron con amor y su oración en los momentos más oscuros para la realización de este trabajo.

Índice

Introducción.....	5
Capítulo 1. Planteamiento del problema	8
1.1. Justificación.....	8
Tabla 1	9
Suicidios consumados en población adolescente en Durango, Dgo.....	9
Tabla 2	11
Tasa estandarizada de suicidios por entidad federativa 2017 por cada 100,000 habitantes.	11
• Propósito general de la investigación	14
1.3. Preguntas investigación	15
1.4. Propósitos de la investigación	15
1.2. Clarificación de términos	15
Capítulo 2. Estado del arte.....	21
Capítulo 3. Marco teórico.....	25
3.1. Violencia y disfunción familiar desde una perspectiva sistémica	25
3.1.1. Familia y violencia	27
3.1.2. Estilos de crianza promotores de vínculos enfermos.....	31
3.1.3. Familias heridas: una interrupción del flujo del amor y de la vida	34
3.1.4 Fenomenología del suicidio.....	39
3.1.5 La postura psicoanalítica frente al suicidio	43
3.1.6 La teoría existencial-humanista y el suicidio	45
3.1.7 Posturas contemporáneas del suicidio:	48
Capítulo 4. Metodología.....	60
4.3 Participantes	62
4.3.1. Criterios de inclusión.....	62
4.3.2. Criterios de Exclusión	63
4.4. Plan de registro y análisis de datos.....	63
4.5. Plan de intervención	64
Capítulo 5 Discusión	83
Capítulo 6. Conclusión	86

Referencias	88
Anexos	95
Tabla 3 Proceso para la evaluación psicodiagnóstica.....	95
Tabla 4. Fase de intervención por objetivos	96

Introducción

El fenómeno del suicidio es tan antiguo como la historia de la humanidad se le ha considerado como el peor de los pecados por ir en contra del precepto de que Dios otorga la vida y le pone fin, no el hombre, un acto de cobardía ante las circunstancias de la vida, o bien de heroísmo, locura y sinónimo de enfermedad mental, pero pocas veces como una opción ética válida que no viene del resultado de un trastorno mental sino de la complejidad humana donde la vida como se ofrece al individuo no es suficiente para alcanzar a despertar el deseo de vivirla.

Que un adulto se quite la vida se puede entender, pero que un adolescente lo haga parece imperdonable. Al proponer hipótesis surgen preguntas, como, por ejemplo: ¿si existe relación entre un mundo violento, caótico familiar y social que influya en las personas para que decidan tomar la decisión de terminar con su vida?

La pregunta ¿por qué las personas se quitan la vida? ha sido motivo de innumerables investigaciones. La aparición del comportamiento suicida en edades tempranas, así como la frecuencia con la que se presenta debiera ser una corresponsabilidad social estudiarlo y un compromiso tanto de padres de familia, autoridades, sector salud, educativo y laboral establecer estrategias que lo frenen.

La presente investigación surge ante la demanda en la consulta de los servicios de salud mental del estado de Durango, México. De acuerdo con las cifras reportadas por INEGI 2020 el suicidio es la segunda causa de muerte en adolescentes a nivel nacional y también a nivel del Estado, siendo la primera causa de muerte en jóvenes las muertes por accidentes automovilísticos de ahí la necesidad de atender el fenómeno desde sus orígenes y su impacto en el ámbito familiar, laboral y social.

Se pretende conocer lo que sucede en el psiquismo de la persona, las motivaciones conscientes e inconscientes, familiares y sociales para que, en la flor de la vida, un joven considere el suicidio como una opción, así como aquellos factores que precipitan el pasaje al acto. Indagando en la psique a fin de distinguir los factores que lo atan a la vida y tratar de reforzarlos.

Para la fundamentación teórica se realizó una búsqueda en la literatura científica, clásica y contemporánea con los puntos de vista de diversos autores que han escrito sobre el tema y que

explican cómo el suicidio ha sido considerado por muchas personas como un fin a su sufrimiento personal, pero también como una solución válida y ética ante la pérdida de sentido de la vida. La teoría psicoanalítica, la teoría de sistemas y la psicología social explican cómo sucede este proceso.

La sociedad como sistema tiene un orden y leyes, dentro de las cuales existen aquellas que imponen a las personas lo referente a la sacralidad de la vida. De acuerdo a Engeldhart, H. (2005, p.p. 1045-1049) propone que el suicidio ocurre por dos causas: la primera porque existe una patología de fondo en los que se valida y legitima la intervención de las instituciones públicas de salud aun en contra de la voluntad de la persona y la segunda causa que implica un problema bioético de decisión individual libre y autónoma, en los cuales debe prevalecer el respeto a la decisión voluntaria, expresa y confirmada de quienes se suicidan, ya que es posible que exista una justificación legítima y se denomina suicidio lúcido.

Desde la libertad, la autoconciencia y autonomía se considera que dadas las circunstancias en las que se encuentra, el darse muerte por su propia mano es una opción legítima y lúcida (Salas, A. 2012, p. 84).

En otro apartado se analizan componentes como la violencia y la disfunción familiar como factores de riesgo que impactan a las familias y a sus integrantes, especialmente a los jóvenes adolescentes. Así como la relevancia del grupo de edad estudiado, ya que la adolescencia tiene características particulares que explican por qué es tan frecuente el comportamiento suicida y la importancia de estudiarlo para prevenirlo.

Posteriormente se presentan algunos estudios realizados en años recientes en el ámbito nacional e internacional sobre el fenómeno y que, aunque siguen caminos diferentes comparten objetivos que han servido de inspiración al presente estudio.

Enseguida, se encontrará la descripción del método empleado, se trata de una investigación cualitativa con una perspectiva fenomenológica y las fases de la evaluación e intervención que se llevaron a cabo en los estudios de caso que fueron en total 3, sólo que dos de ellas abandonaron el tratamiento. También se realizaron intervenciones familiares con el propósito de conocer aspectos relacionados con la dinámica familiar, proporcionarles psicoeducación, que ayuden a disminuir el riesgo suicida y a potencializar los factores resilientes que ayuden a

mitigar la fuente de sufrimiento de la participante. En otro apartado se describe el procedimiento con el cual se pudo realizar una aproximación fenomenológica para entender algunos de los factores que intervienen en la etiología explorando la dinámica familiar, la violencia, la disfunción y su impacto en los miembros de la familia, tipos de crianza, desarrollo evolutivo y la estructuración de la personalidad ya que la intervención psicoterapéutica individual y familiar lo permiten.

De esta manera, se elaboró un plan de intervención basado en evidencia con el propósito de ayudar a frenar el índice de mortalidad en los jóvenes de la comunidad. Se espera que las autoridades sanitarias volteen la mirada y se atienda esta problemática ante el llamado desde la investigación universitaria. A continuación, se presentan las interrogantes que surgieron y que dieron origen al planteamiento central.

Capítulo 1. Planteamiento del problema

En este apartado se abordará la pregunta central que da origen al presente estudio: ¿Existen factores familiares en el vínculo, la relación o la comunicación que influyan de manera determinante para que el adolescente se quite la vida? Con ello se intenta sumar información y elaborar un programa de intervención que ayude a las familias que pasan por esta circunstancia a buscar opciones efectivas y también a disminuir las muertes por esta causa. Para ello se propone el siguiente tema de estudio: “La violencia y la disfunción familiar como factores precipitantes del comportamiento suicida en los adolescentes de la ciudad de Durango”.

Enseguida se plantearán los tópicos y se realizará la clarificación de términos con el propósito de conocer el significado de los temas de estudio.

1.1. Justificación

En las siguientes líneas, se expondrán los motivos por los cuales se considera necesario investigar con la población adolescente, específicamente qué es lo que tratan de comunicar a la sociedad con el comportamiento suicida que es la problemática que ocupa el presente estudio. El suicidio es un fenómeno multicausal, por ende, de una complejidad vasta, es más visible en esta época y con un crecimiento alarmante (ver tabla 1), recibe mucha difusión por los medios masivos de comunicación que lo visibilizan, con el propósito de comercializar su impacto sin ninguna consideración ética de las consecuencias que puede tener.

Tabla 1

Suicidios consumados en población adolescente en Durango, Dgo.

Año	Rango de edad	Número de suicidios
2016	15 a 17 años	9
2017	9 a 17 años	10
2018	10 a 19 años	26
2019	10 a 19 años	10
2020	9 a 17 años	10
2021 (abril)	9 a 17 años	2

Fuente: Instituto de Salud Mental del Estado de Durango (2021).

Lo más alarmante es que el rango de edades en el que se está presentando, hace pensar que la época dorada del ser humano, es decir, los niños y los adolescentes ya no son “inmunes” como se puntualiza en la investigación realizada por Rivera-Rivera et al. (2020, p. 62), donde se señala que en la población adolescente y en adultos jóvenes, la prevalencia de conducta suicida es elevada, y que parece haber aumentado en los últimos años, convirtiéndose en la segunda causa de muerte en México en población joven, la primera son las muertes por accidentes automovilísticos.

Tabla 3: Intentos de suicidio en Durango

Año	Rango de edad	Número de intentos de suicidio
2019	10 a 19 años	99
2020	9 a 17 años	34

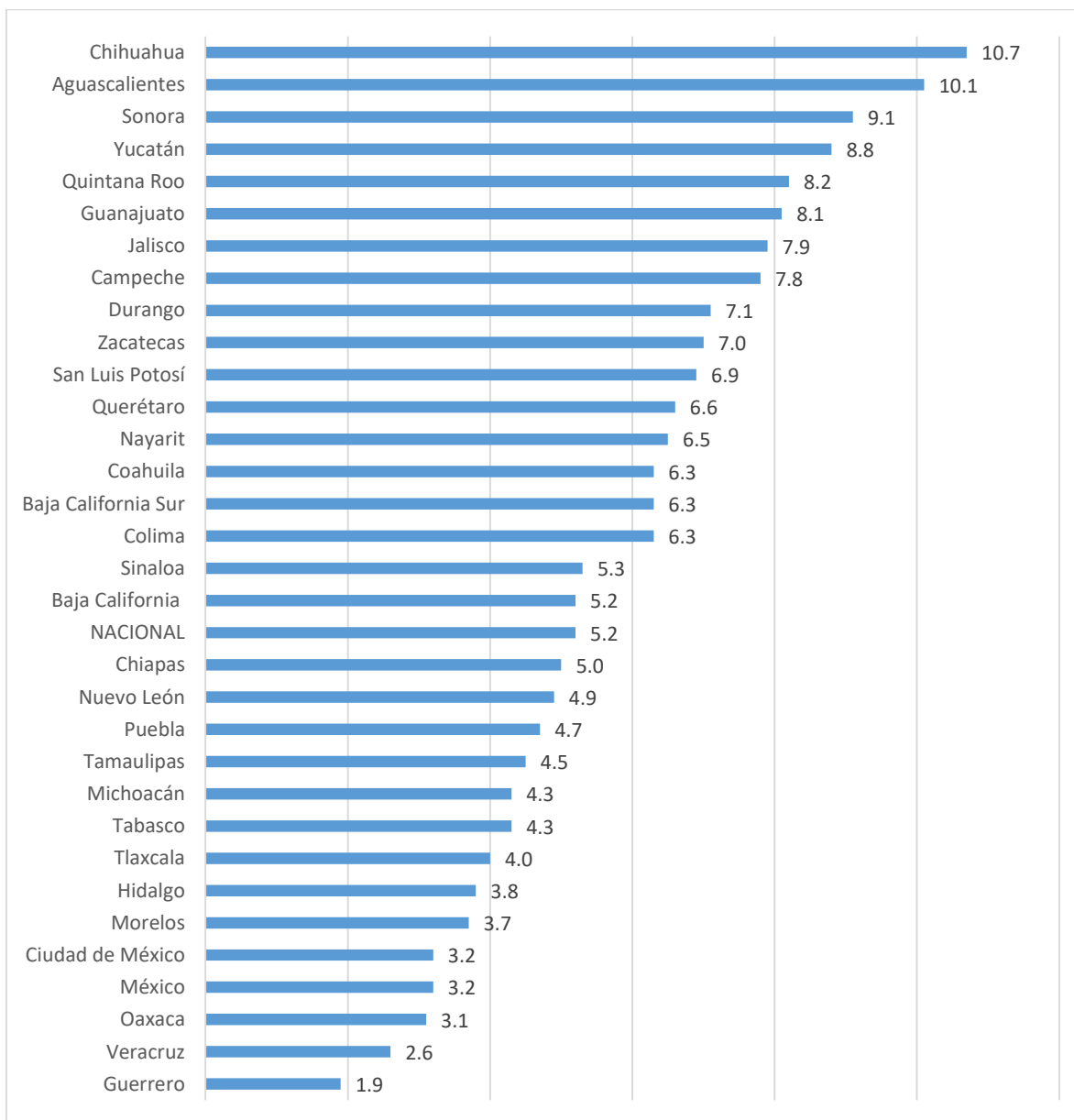
Fuente: “Archivo de datos de Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Vallebuena de Durango 2021”.

A nivel mundial las estadísticas del suicidio son alarmantes, una persona muere cada 40 segundos y un millón de personas por año, cifra mayor que la suma de víctimas de guerra y homicidios. En población adolescente constituye la tercera causa de muerte en edades de entre 11 y 18 años. Las tasas más altas se observan en Europa del Este: Bielorusia, Estonia, Rusia, Hungría, Finlandia y Lituania (Reiner et al., 2021, p. 59). Las muertes por propia voluntad representan la segunda causa de fallecimientos entre los jóvenes entre 14 y 19 años, aunque la agencia sanitaria de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) admite que hay subnotificación. De acuerdo a la OMS (2000, p.8), se estima que sólo el 25 % de quienes intentan quitarse la vida buscan atención médica.

Los programas dirigidos a la promoción de la salud mental tienen muy poco impacto porque las cifras no se detienen (OMS, 2004). En México, el estado de Durango ocupa el lugar número diez, pero está por encima de la media nacional (ver tabla 2) de acuerdo al Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática ([INEGI] 2020, pp. 2-9).

Tabla 2

Tasa estandarizada de suicidios por entidad federativa 2017 por cada 100,000 habitantes.



Fuente: INEGI, 2020

En México del total de fallecimiento de niñas, niños y adolescentes de 10 a 17 años las lesiones autoinfligidas intencionalmente ocuparon el cuarto lugar de las principales causas de mortalidad y representa el diez por ciento de los suicidios a nivel nacional (INEGI, 2020, p. 5).

En Durango del año 2016 al 2020 el número de defunciones por lesiones auto infligidas intencionalmente en los grupos de edad de los 10 a los 19 años fue un promedio de 10 defunciones anuales excepto en el 2018 que fue un total de 26, según consta en el archivo de datos del Instituto de Salud Mental en el Estado de Durango ([ISMED] 2021).

Lo preocupante es la demanda de los servicios de salud mental de consultas por intentos de suicidio. Según el registro de servicios otorgados a la población en el 2020 el archivo de datos del Hospital de Salud Mental (HSM) “Dr. Miguel Vallebuena” de Durango, reporta que se otorgaron 230 consultas a un total de 50 pacientes de primera vez entre 10 y 19 años con diagnóstico de intento de suicidio, de los cuales 17 corresponden al género femenino y 33 al masculino, lo que contrasta con las cifras oficiales indicando que existe un subregistro o invisibilización del fenómeno además de la necesidad urgente de implementar medidas de detección para que estas personas reciban tratamiento especializado (Hospital de Salud Mental “Dr. Miguel Vallebuena”, 2020).

Un suicidio estigmatiza a la familia, causa vergüenza, angustia para toda la vida a todo el clan y a quien intenta suicidarse y no lo logra. Es considerado un tema tabú y se refleja en el lenguaje de los familiares que a pesar de que pasen los años evitan utilizar el término claro y se sustituye por expresiones como: cuando tuvo el accidente, cuando hizo aquello. Ocultar el hecho tiene como objetivo proteger a la persona y al entorno familiar de la repercusión social lo señala Ferré-Grau (et al. 2011, p. 12).

En la adolescencia el cerebro no está terminado, el control de impulsos no se ha consolidado y los padres se ocupan más de su rol de proveedores que de figuras adultas que sirvan de modelos o guías y en esta ausencia ¿de dónde se agarra el adolescente? Evidentemente que no se cruzará de brazos y buscará ampliar su red social en la escuela donde intentará afiliarse.

De ahí la necesidad de contar en cada escuela con un equipo interdisciplinario dedicado a facilitar la integración, a enseñar habilidades para la socialización, la autoestima y la

resolución de conflictos, psicoeducar a los padres y para identificar señales tempranas del comportamiento suicida antes de que se instalen los síntomas que comprometen la vida de los adolescentes.

Esto reduciría la mortalidad, pues para la mayoría de los padres la depresión y otros padecimientos que son físicamente observables pasan desapercibidos y son los maestros los que lo visibilizan cuando el paciente en el ámbito escolar es canalizado a atención profesional. No se puede predecir quien llevará a cabo el suicidio y quien no, a pesar de que, en la literatura, o algunos profesionales de la salud mental como Psicólogos y Psiquiatras confíen en su experticia, o en instrumentos como test psicológicos y digan lo contrario, la realidad es que un suicida se puede morir incluso en un hospital.

Cabe mencionar que en dicho hospital desde el año 2018 se otorga el servicio el mismo día que la persona acude, tan solo con que manifieste ideación suicida, sin costo y en el servicio de Urgencias, porque es un padecimiento que no puede esperar, además del compromiso y la sensibilidad de los Servicios de Salud en el Estado de Durango (SSED) que se une a los esfuerzos de las autoridades sanitarias y gubernamentales por atender esta problemática.

El ISMED lleva el liderazgo al implementar un programa de prevención del suicidio cuyo objetivo es visibilizar, informar, educar, prevenir y ofrecer tratamiento inicial y canalizar a los pacientes y sus familias con esta problemática, además de contar con una línea telefónica para atender crisis suicidas. Cuenta con un equipo multidisciplinario especializado para investigar el fenómeno que permite dimensionarlo y elaborar programas de acuerdo a las necesidades de la población en la comunidad de Durango.

El Hospital de Salud Mental “Dr. Miguel Vallebuena” atiende la mayoría de los casos. La disminución del riesgo suicida es sólo una parte del camino, el fortalecimiento de los factores de protección ayudará a reducir la incidencia. Por estas razones, se justifica la presente investigación dado que se considera que de no atenderlo de manera puntual costará más vidas adolescentes.

Diagnosticar, prevenir o tratar el suicidio son las opciones que se vislumbran, se reduciría la mortalidad, pero para resolver esta problemática hace falta que los seres humanos vuelvan al buen trato, pues es en la familia donde se tejen los vínculos, donde se establecen los

aprendizajes para la vida. Es necesario impulsar nuevas formas de relación al interior de las familias, donde las necesidades básicas de alimentación o seguridad, sean tan importantes como las afectivas, de relaciones auténticas, donde se deseen y haya planeación de los hijos y que éstos sean por elección en vez de por compromiso.

Sólo así se podrán establecer vínculos duraderos que no se evaporarán con los cambios brutales de la sociedad y menos en una etapa donde hay una efervescencia química, biológica y física que cambia el psiquismo personal y que pone a prueba el entorno familiar y social. Si el adolescente encuentra soporte en las figuras que se supone deben ofrecerle apoyo, libertad para explorar el mundo y reafirmarse, seguridad en que puede ser quien quiere ser y seguirá siendo merecedor de afecto, admiración y respeto, logrará consolidar su identidad personal y estará lejos del riesgo de suicidio. De lo contrario los medios de comunicación seguirán ofreciendo un espectáculo de muerte gracias al dolor de las familias que pasan por esto y la insensibilidad de la comunidad consumidora y cómplice.

A continuación, en el siguiente apartado se presentan las preguntas y propósito planteados al inicio de este estudio, así como un panorama sobre las investigaciones afines de las cuales se obtuvo algo más que inspiración, ya que dejan una gran enseñanza para futuras exploraciones sobre el tema.

Es necesario aclarar que el carácter de esta investigación es de tipo cualitativo porque se trata de estudiar un fenómeno correspondiente al psiquismo humano que no se puede medir porque pertenece a la subjetividad, y no se alcanzan objetivos, sino que se cumplen propósitos que determinan el rumbo para explorar este fenómeno tan complejo. Para dar respuesta a estos cuestionamientos se proponen los siguientes propósitos:

- **Propósito general de la investigación**
- Profundizar en la comprensión de los factores que influyen en un adolescente para que surja el propósito de terminar con su vida, con la finalidad de ofrecer un plan psicoterapéutico que le fortalezca y ayude a configurar un proyecto de vida valioso que lo ate a la vida, que le devuelva al deseo y a la dignidad.

1.3. Preguntas investigación

- ¿Existen factores familiares en el vínculo, la relación o la comunicación que influyan de manera determinante para que el adolescente se quite la vida?
- ¿Cómo impacta la violencia y la disfunción familiar en el psiquismo del adolescente para que prefiera poner fin a su existencia?
- ¿Existen factores sociales que se repliquen en el entorno familiar que estimulen la conducta suicida?
- ¿Hay elementos dentro de la sociedad que pudieran frenar la conducta suicida?

Para dar respuesta a estos cuestionamientos se plantean los siguientes propósitos:

1.4. Propósitos de la investigación

Propósitos particulares

1. Determinar si en la familia existe sufrimiento a causa de un malfuncionamiento crónico que haya provocado una depresión en sus miembros.
2. Analizar si se cumplen las principales funciones de la familia como las afectivas, de seguridad y de pertenencia entre sus miembros.
3. Corroborar si existen al interior de la familia estilos de relación donde se ejerza el poder y la violencia.

Respondiendo a estos cuestionamientos se tendrán elementos con los cuales se podrá elaborar un plan terapéutico de acuerdo a las necesidades de los participantes. Enseguida se presentarán algunos estudios realizados a nivel internacional y nacional del fenómeno para dimensionar su impacto en la población y que han servido para que el estudio aquí pretendido crezca.

1.2. Clarificación de términos

En este apartado se clarificarán los términos que son centrales para este trabajo: *La violencia y la disfunción familiar como factores detonantes de la conducta suicida en los adolescentes de la ciudad de Durango*. La intención de este apartado es disminuir la

ambigüedad que pudiera surgir de la polisemia que tienen los conceptos empleados en el título. Los términos que se buscan definir son: violencia y disfunción familiar, adolescentes y suicidio.

La violencia es un fenómeno que tiene lugar en un contexto interaccional que no se explica en la esfera de lo intrapsíquico sino en un contexto de relación y es el resultado de un proceso de comunicación entre dos o más personas como lo dice (Perrone y Nanini, 1997 citado en Alegre, A. 2016 p.6).

Por su parte, Puget. Y Berstein 1993 citado por Alegre, A. 2016 p. 43 la define como “un acto vincular cuyo objetivo es el deseo de matar, eliminar psíquica o físicamente a otro sujeto, o matar el deseo en el otro, lo humano en el otro, transformándolo en un no sujeto al privarlo de todo posible instrumento de placer y por ende de existencia; solo impera el deseo de uno que se transforma en soberano, no admite la existencia del otro”

Corsi y Bobino (2014, en Mayor y Walton 2019 p. 98) sostienen que son vínculos caracterizados por el desprecio a los derechos individuales con el propósito de dominación y control. Es una situación en la que una persona con más poder, abusa de otra de diversas maneras. Los dos ejes de desequilibrio de poder dentro de la familia están dados por el género y por la edad. Se denomina relación de abuso a aquella forma de interacción que por acción u omisión ocasionan daño físico o psicológico a otro miembro de la relación con menos poder. Esta debe ser crónica, permanente o periódica.

Vivir en un hogar donde se ejerce violencia es un factor de riesgo por las secuelas emocionales que deja en quienes la viven. Si un niño es testigo de la violencia entre sus padres su sentido de seguridad y confianza se debilitan, pero si la violencia es una constante, se derrumba y quedará traumatizado.

El segundo término a definir es el de disfunción familiar: Este término hace referencia a la función de la familia. Entre las funciones primordiales se encuentran las de orden afectivo y de seguridad de acuerdo a Ackerman (1994, p. 35). Y sus miembros están ligados económicamente en interdependencia mutua para la provisión de sus necesidades materiales, y la disfunción familiar ocurre cuando la pareja forma lazos de codependencia o bien el rol de uno de los padres es asumido por otra persona e impacta en el sistema familiar de acuerdo con Hunt

(2007, en Pérez y Reinoza, 2011, p. 630) Se espera que la familia cumpla con las labores que le atribuye la sociedad.

De acuerdo a la teoría general de sistemas que define la estructura familiar como un conjunto de elementos dinámicamente estructurados que suceden en la interacción de sus miembros. Por ello, como lo mencionan Feixas y Miró (1993 pp. 256 y 257) cuando uno de los miembros presenta síntomas se considera como una expresión de la disfunción familiar. Se habla de disfuncionalidad cuando los roles, límites, jerarquías, comunicación y normas no son concisas o claras como sostiene Zumba (2017, p. 29).

Una familia disfuncional es donde el comportamiento inadecuado o inmaduro de uno de los padres inhibe el crecimiento de la individualidad y la capacidad de relacionarse sanamente los miembros de la familia. Y sus miembros están enfermos, emocional, psicológica y espiritualmente como lo sostiene Hunt (2007 en Pérez y Reinoza, 2011, p. 630).

De acuerdo a lo anterior, una persona con comportamiento suicida, o paciente identificado es el representante de un sistema familiar con fallas, donde no son satisfechas las necesidades de seguridad, afecto y no permite un ambiente de confianza y cercanía para que un desarrollo normal del ser, lo que al salir al exosistema causará fallas en la adaptación y no se constituirá el sentido de pertenencia y el sentido de la existencia personal que lo afiance a la vida.

El tercer término a definir son los factores detonantes del suicidio: Aunque sería reduccionista atribuir la conducta suicida a un solo hecho ocurrido en la vida de las personas, ciertas características personales, los eventos adversos vividos en lo individual o familiar, el factor hereditario, son los cimientos en los cuales se construye el suicidio.

Baldwin (1992, en Moscicki, E. 2018. p. 2). Clasifica los factores de riesgo sobre los que se edifica el comportamiento suicida en proximales y distales. Estos son un continuo en la historia de las personas, no se contraponen. Los factores distales (o predisponentes) son aquellos sobre los que se construye la tendencia suicida, representan el umbral que aumenta el riesgo personal para la posterior vulnerabilidad a los factores proximales. Se incluyen los factores psiquiátricos, biológicos y familiares como por ejemplo atravesar por un duelo, ya sea la pérdida de la figura vincular primaria antes de los 13 años, el cambio de escuela, de una mascota, etc.,

pertenecer a una minoría sexual, padecer un trastorno psiquiátrico subyacente, una depresión, trastorno bipolar, Bull ying, violencia, consumo de sustancias, alcohol, enfermedad crónica y tener experiencias traumáticas, tal y como lo señalan Blázquez y Guitart (2009. p. 519).

Los factores proximales se refieren a aquellos síntomas de alarma que indican que el intento de suicidio está próximo y que pueden precipitarlo, se clasifican como factores situacionales o circunstanciales (Moscicki, 2018, p.3).

Dentro de estos indicadores de alarma se encuentran los intentos previos, la presencia de desesperanza hacia el futuro, la ausencia de proyectos personales a corto, mediano y largo plazo, tristeza persistente, sentimientos de minusvalía, alteración en los hábitos de sueño y alimentación, disminución en su rendimiento académico, deportivo, dificultad para estar con la familia, aislamiento, cese de actividades que anteriormente disfrutaba, conductas autolesivas con la finalidad de regular emociones negativas, aislamiento, escasa capacidad de resolución de problemas (Reiner et al., 2021, p. 66).

El cuarto término es la adolescencia. Para clarificar el grupo de edad que se pretende estudiar en la Ciudad de Durango México, se tomará lo que plantea la OMS al definirla como un periodo de transición que se produce entre los 10 y los 19 años de edad donde se promueven una serie de cambios diversos: los corporales se encuentran condicionados por procesos biológicos básicamente universales, y los culturales varían de acuerdo a las características propias de este momento evolutivo, según el momento histórico en que se desarrolle, su duración y las características socioeconómicas a las que pertenezca (OMS, 2018, en Puebla y Blanda, 2019, p. 109).

“Es la etapa de la vida en la que el individuo busca establecer su identidad adulta, apoyándose en las primeras relaciones objetales-parentales internalizadas, verificando la realidad que el medio social le ofrece mediante el uso de los elementos biofísicos en desarrollo a su disposición y que a su vez tienden a la estabilidad de la personalidad en un plano genital, lo que es posible si se hace el duelo por la identidad infantil” (Aberastury y Knobel, 1998, pp. 39-40).

El adolescente es como una efervescencia química, biológica y física que produce cambios en el psiquismo. Es la etapa donde hay una fluctuación entre el alejamiento y la dependencia familiar para alcanzar la autonomía personal.

El quinto término a definir es el suicidio que se entiende como “la acción de quitarse la vida de forma voluntaria y premeditada. El intento de suicidio junto con el suicidio consumado son las formas más representativas de la conducta suicida, aunque el espectro completo del comportamiento suicida está conformado por la ideación suicida: amenazas, gesto, tentativa y hecho consumado” (Reiner, et. al. 2021 p. 59). La idea de darse muerte en algún momento de la vida ha pasado por los pensamientos de todas las personas, pero no significa pasar al acto.

El concepto de muerte en el psiquismo del niño se va consolidando conforme pasan los años y para el adolescente es un proceso paulatino: “El concepto de muerte para un niño antes de los 7 años está en otro lugar, es extraño y reversible (un niño piensa que la muerte es como en las caricaturas, que se puede morir muchas veces, que es como estar en el cielo y volver). La idea de muerte es un proceso que se construye gradualmente en la mente de un niño. La palabra “muerte” se vuelve “adulta” entre los 6 y los 9 años. Antes de esta edad la muerte no es más que una cesación, una ausencia temporal, reversible” (Cyrulnik, 2014, p. 18).

Existen dos tipos de conducta suicida en menores de edad.

El primero tiene que ver con los elementos clásicos de la teoría del suicidio infantil que es un tema relacionado y el efecto de un tipo de maltrato que puede ser maltrato físico, emocional, sexual, económico, por negligencia y por sobre exigencia.

Todos estos tipos de maltrato son dañinos pues dejan al menor de edad con la sensación de insuficiencia, de no poder enfrentarse al mundo.

Esta herida de muerte se instaura en la fase inicial de la crianza donde existen diferentes figuras.

Las más clásicas son en donde hay una ruptura en la primera relación simbiótica que debería existir de manera muy cercana entre la madre que hace la función materna y el hijo, es decir en esta primera alianza con la vida deberían obtenerse efectos importantes para la vinculación con la vida, pero al haber una ruptura en esta relación simbiótica por alguna causa,

o al haber una relación simbiótica con una figura que ejerce la función materna sin empatía, es decir cuando se presenta como una figura rechazante o lejana esta vinculación con la vida va a verse afectada.

Otra figura podría ser la pérdida parental, en donde a temprana edad el menor de edad pierde a estas figuras que son los pilares para la vinculación con la vida y no hay una correspondencia entre los adultos actuales para hacerse cargo de cumplir y seguir cumpliendo estas funciones, entonces el niño puede quedar con un duelo abierto, un duelo congelado.

La otra figura que puede ser una devaluación paterna hacia el niño donde continuamente se le dice que es un inútil, un incompetente, se le induce la culpa de tal manera que el niño va sintiéndose poco valioso o poco importante.

Otros casos es cuando el niño recibe un castigo severo de manera tal que se hace una deformación masoquista en la personalidad del menor de edad, o esta agresividad que recibe pero que no puede ser vertida hacia el exterior se regresa de una manera contra sí mismo.

Generalmente el acto suicida en potencia se instaura en los primeros años de vida. Podrá desencadenarse con ciertos eventos que serán sólo precipitantes.

La idea de muerte está presente en alguno de los padres, derivada de duelos no resueltos. Esto es duelos por eventos traumáticos que pueden afectar a la presente o siguientes generaciones y es por eso que se recomienda hacer una psicogenealogía, que es un análisis de eventos o muertes traumáticas, aunque no cualquier evento o muerte es traumático, aunque sea fuerte no necesariamente es un evento traumático, pues este término se refiere a los fallecimientos o eventos ligados a intenso dolor, miedo, culpa, vergüenza, impotencia y que son difíciles de manejar abiertamente en el sistema familiar, ocasionando una tensión sostenida para sostener esta mentira o el silencio que se da para mantenerlo en una forma no abierta y por lo tanto no tratable. Estos eventos traumáticos tienen que ver cuando hubo un suicido y no se comentó, homicidios, incesto, robos internos, etc. Aunque pueden ser diferentes tipos de eventos pero que están relacionados con el no manejo abierto y adecuado haciendo duelos patológicos o congelados entre la familia.

Existen otro tipo de casos en donde no se muestra esta lógica de manera tan clara. La psicogenealogía permite ver que hay cosas no resueltas por parte de los padres. Este tipo de

suicidios tiene que ver con una presentación no tan evidente de algo que está pasando en la familia pero que está pasando en la vinculación cibernética.

El suicidio en adolescentes es un problema de salud pública y una urgencia, no un berrinche ni un espectáculo de muerte, la vida de los adolescentes está de por medio y hay que atenderla como se atiende a un paciente con epilepsia o Covid- 19. El adolescente aún no tiene la madurez cerebral que le permita frenar la impulsividad ni modular sus emociones. Es tarea de los adultos, de las autoridades gubernamentales, sanitarias y de la psicología, psiquiatría, de las ciencias de la salud dimensionar el fenómeno, visibilizarlo, informar a la población, proporcionar atención profesional a los pacientes, resolverlo, prevenirlo, educar a la comunidad y combatir la estigmatización.

Capítulo 2. Estado del arte

El propósito de este apartado es dar a conocer las investigaciones actuales sobre suicidio en población adolescente que permita ampliar la mirada a este fenómeno, donde cada estudio es un acercamiento a la manera cómo se viven las formas actuales de relacionarse en la adolescencia, así como los cambios en la estructura familiar, social y la violencia que contribuyen a la aparición del suicidio. La perspectiva con la que se conceptualiza este fenómeno ha ido cambiando, se ha dejado atrás la mirada condenatoria, excepto por las posturas religiosas, para dar paso a una mirada comprensiva y humana para permitir que cada persona viva el dolor de la existencia a su manera y con respeto.

Es deseo de la autora que mueva más conciencias a fin de hacer del mundo un lugar donde el ser humano no sea un extraño. Las investigaciones proporcionan conocimiento y aunque el intento de encontrar las causas, a pesar de que sea una postura reduccionista, aportan conocimiento, éste ayudará a elaborar y ofrecer propuestas de prevención y tratamiento cada vez más efectivas y al alcance de toda la población, especialmente la más vulnerable. Las fuentes revisadas refieren la necesidad urgente de estudiar este fenómeno ya que está en juego la vida de seres humanos, y además es una problemática que se puede prevenir y tratar en la mayoría de los casos.

No es tan fácil realizar investigaciones al respecto, ya que existe el estigma social que conduce a explorar a paso lento más de cerca el fenómeno. Las familias por lo general quedan devastadas y el investigador no deja de ser humano y responder como tal con respeto ante el dolor ajeno.

En general, los estudios consultados revelan que son los factores precipitantes, protectores, familiares y sociales los más estudiados. “El suicidio en adolescentes es un fenómeno que se ha incrementado peligrosamente a nivel mundial, nacional y local, es necesario volver la mirada, estudiar este grupo y proponer estrategias fundamentadas en las necesidades de esta población” según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut, 2018-2019, en Rivera-Rivera et al., 2020, pp. 673-679).

En este estudio se analizaron factores como el consumo de tabaco y alcohol y se encontró que quien había consumido más de cien cigarrillos (hasta antes de los 18 años) y alcohol tiene el doble de riesgo de cursar con ideación e intento de suicidio comparado con quien no ha consumido. La presencia de sintomatología depresiva eleva el riesgo hasta 5 veces más. Mientras que el antecedente de abuso sexual lo incrementa hasta 6 veces más

La adicción al alcohol tiene efectos en los neurotransmisores y en las funciones cognitivas, lo que incrementa la disforia, la impulsividad, la agresividad y remueve las barreras hacia las autolesiones. (Ensanut, 2018-2019, en Rivera-Rivera et al., 2020, p. 678).

Esto ha servido para que el presente estudio retome la importancia del papel de la neurobiología en la etiopatogenia del suicidio, así como las adicciones y el historial de las diversas formas de abusos para evitar una postura rígida y atribuirle a la parte emocional toda la importancia, lo que hace recordar de la complejidad de este fenómeno.

El grupo de investigación del sistema que evalúa el riesgo llamado Algoritmo de Clasificación Columbia para la Evaluación del Suicidio C-CASA y el correspondiente instrumento Columbia- Suicide Severity Rating Scale CSSRS, (en Castellvi, P. y Piqueras, J. 2018., p. 46 y 47). Han propuesto una clasificación de los fenómenos relacionados al suicidio a partir de dos factores: el grado de letalidad y la intencionalidad. Describen el espectro del suicidio desde el intento al suicidio consumado, incluye los actos preparatorios hacia una

conducta suicida inminente, las autolesiones sin intento de suicidio, las no deliberadas, los eventos potencialmente suicidas y los que no existe información suficiente ni la intención.

Además, se reveló que pertenecer a un grupo minoritario como una etnia o a la comunidad LGBT, los duelos no elaborados aumentan el riesgo. Y se señala que los mitos sobre el suicidio, es decir, las opiniones sin fundamento científico pero que son del dominio popular, son una máscara que esconde una infravaloración social. Este mismo equipo investigador, Castellvi, et al, sostienen que el suicidio es cien por ciento prevenible y su propuesta de trabajo es por medio de la psicoeducación, compuesta por puntos estratégicos como habilidades para la vida, la disminución del estigma y la resolución de problemas (Castellvi- Obiols, y Piqueras, 2018, p. 121).

La utilidad para el presente trabajo es que permite ver la complejidad del fenómeno del suicidio, y que hay que entenderlo como un proceso que transita por etapas como cualquier patología. Permitiendo ampliar la mirada y ver aspectos tan finos relacionados con la voluntad que se refleja en la intencionalidad. Además, se revela la importancia de la observación para detectar este fenómeno a tiempo y poder tratarlo.

En el estudio: “Epidemiología del intento suicida en menores de 18 años atendidos en el Hospital Infantil los Ángeles, Pasto, Colombia” realizado por Pantoja-Chamorro, et al (2018, pp.19-23). Se realizó una investigación en un área de hospitalización durante un año con población adolescente, donde se encontró en la historia clínica antecedentes en común como problemas de aprendizaje, disfunción familiar y cuadros depresivos graves. Esto evidencia la importancia del papel de la familia y el ambiente social juega un papel importante en la generación del suicidio.

También sostienen que el costo del internamiento por esta causa representa un gasto económico elevado y que expone fallas en los programas de prevención y detección temprana. Señalan que garantizar una intervención eficaz en el primer intento de suicidio es indispensable, pues de lo contrario se volverá a repetir en el siguiente año Pantoja-Chamorro et al. (2018, Pp. 19-23). Esta investigación es interesante porque se realizó en un contexto de hospitalización.

Se incluyen variables relacionados con el género, el desempeño escolar y disfunción familiar, aspectos parecidos a lo que se explora en la presente tesis y permite entender que un

estudiante con depresión no tratada fracasará, pues está en desventaja comparado con la población que no la padece. La disfunción familiar por consumo de alcohol o drogas, impiden la función de seguridad, de protección y guía de los padres.

En el ámbito nacional, en la investigación: “Factores predisponentes para ideación suicida e intento de suicidio en adolescentes adscritos a un Hospital General de Zona de Irapuato, Guanajuato” realizada con una muestra de población adolescente muy extensa, el estudio explica cómo se construye el comportamiento suicida a partir de pensamientos, deseos y emociones, crisis personales y la interacción con la familia, la cual se estudió multidimensionalmente y concluyen que existen factores de orden personal y familiar que lograron identificar como precipitantes de la conducta suicida (Vázquez y De Haro, 2018, pp. 59-64).

Los hallazgos principales fueron: una inadecuada comunicación familiar, expresión de afectos como el rechazo/desapego o indiferencia parental, distanciamiento entre sus miembros y una sensación de soledad, manejo inadecuado de los límites, que hacen que los padres abusen de los castigos, de la crítica, de los estilos de liderazgo autoritarios, hostilidad y agresión, además de fallas en el vínculo emocional, un patrón de relación violenta entre los padres y dolor psicológico. Componentes subjetivos como la aflicción, la inadecuada comunicación e intercambios de afectos se considera como una de las dimensiones de más alto riesgo para la ideación suicida.

Estos autores consideran al adolescente como una persona en formación que debiera cuidar su interacción ya que en el núcleo familiar hay factores generadores de estrés que contribuyen a la estructuración de la ideación suicida como una respuesta emocional ante la incapacidad de comprender, enfrentar y resolver lo que sucede dentro de la familia, se acumula la frustración hasta que llega a un punto de quiebre.

Cuando el adolescente percibe las estrategias paternas basadas en la crítica, el autoritarismo, la ausencia de comunicación de emociones, el castigo disciplinario o físico, lo llevan a percibir su existencia como la base del conflicto en la familia y experimenta la sensación de no ser comprendido por sus padres, así como sentimientos de inutilidad o de ser un estorbo (Vázquez y De Haro, 2018, pp. 59-64).

Esta es una investigación fructífera que aborda un aspecto interesante y difícil al mismo tiempo, establece cómo se estructura el pensamiento suicida y su detección por medio de un tamizaje. También evidencia que el adolescente debe desarrollarse en un ambiente cordial, que le proporcione seguridad, pues las prácticas autoritarias y controladoras de las figuras parentales potencializan el comportamiento suicida ya que son una forma de violencia.

La descripción de los aspectos encontrados coincide con lo explorado en los casos en que se sustenta la presente investigación, sin embargo, el género y la pertenencia a grupos minoritarios son variables que no se habían contemplado como importantes, pero que, de acuerdo a la literatura leída, están presentes. Todo ello amplía la mirada de la investigación.

La mayor parte de los estudios aquí mencionados son de corte cualitativo, cuyo aporte es invaluable para seguir aprendiendo de este fenómeno. Entre mayor sea el conocimiento que se tenga, mejores propuestas de intervención y prevención se podrán ofrecer como equipo de salud. Con esta orientación a continuación se expone el proceso del presente estudio, el escenario con el que se planeó, la manera en que se llevó a cabo y el modo en que se respondieron a los propósitos de la presente investigación.

Capítulo 3. Marco teórico

En este apartado se analiza la literatura recopilada para la fundamentación teórica del presente estudio. Se encontrará el inicio de la disfuncionalidad familiar que da pie a un ciclo violento de relación y el proceso por el cual se normaliza, los elementos que lo alimentan. Para ello, se propone la siguiente temática:

3.1. Violencia y disfunción familiar desde una perspectiva sistémica

En el primer subcapítulo se aborda el tema de la familia y el fenómeno de la violencia, en el segundo los estilos de crianza promotores de vínculos enfermos.

La vida del ser humano transcurre en una familia que influye para bien o para mal en su desarrollo. La evolución del núcleo familiar tiene sus propias etapas y crisis. Es la sociedad la que marca el ritmo de las familias, y tiene un ritmo acelerado. Es verdad que los tiempos han cambiado, la crianza de los hijos está a cargo de las instituciones como las guarderías, las

escuelas donde se educa distinto, no desde el amor sino desde la utilidad porque es una sociedad de consumo. Los padres deben trabajar para ser buenos proveedores y consumidores. Sin embargo, un sistema social donde se privilegie el tener por encima del ser es un sistema que violenta a las personas y las enferma. Para analizar el fenómeno de la violencia dentro del contexto familiar que en teoría el nicho biológico debiera ser nutricio, en el imaginario romántico se piensa que sólo en la sociedad ocurren hechos violentos no en casa. De acuerdo con Ackerman (1994, p. 39) es en la familia donde el sujeto se humaniza, ya que, al estar junto a una figura como la madre se crea un vínculo, que de acuerdo a la propuesta de Bowlby (1993, p. 62) y a la calidad de la relación, puede ser un vínculo seguro, ansioso o ambivalente, que le dará identidad y perdurará a lo largo de la vida.

Sin embargo, cuando en una familia sus miembros no se prodigan amor, como lo mencionan Murueta y Orozco (2015, p. 2), el resultado será el sufrimiento, la depresión y las formas de relacionarse serán violentas. La teoría del apego que propone Bowlby (1985, p. 235) quien explica el mecanismo por el cual una persona, a través de consolidar un vínculo seguro, será una persona emocionalmente fuerte, con recursos de afrontamiento ante los cambios, las pérdidas y los retos de la vida, a diferencia de quien logró un vínculo ansioso o ambivalente tendrá el déficit de recursos para enfrentar las vicisitudes de la vida.

¿Qué es lo que lo que hace diferente a la familia del paciente suicida? Aparentemente son familias como cualquier otra, en el caso de la presente investigación, la familia del sujeto de este estudio, se puede observar que viven en la pobreza extrema, ambos padres sufrieron varios tipos de violencia en sus respectivos núcleos familiares, abandonaron los estudios y cayeron en adicciones. La comunicación es limitada, no buscan ayuda profesional y se repite el patrón de maltrato, violencia y abuso no sólo en la pareja sino con los hijos. En estas familias el amor es un déficit notorio e impresiona de larga data. La pobreza extrema es un punto que no se puede ignorar, pues influye en la no búsqueda de ayuda profesional.

Algunos autores refieren que los padres en esta situación no tienen la disposición para dar buen trato a los hijos, pues la irritabilidad, y la mala disposición aunado a hijos que poseen un temperamento rebelde potencializan la violencia.

Torío, Peña y Caro (2008, en Cuervo, A. 2010 p. 115), Sostienen la importancia de tener un estilo de crianza definido en lugar de uno oscilante entre ser autoritarios o democráticos.

Mestre et al. 1999, en Cuervo, A. 2010 p. 116, argumenta que el tipo de normas que establece una familia, así como los recursos y procedimientos con los que cuenta para su cumplimiento, la comunicación, el grado de afectividad y apoyo mutuo son los ingredientes principales para el crecimiento personal, la incorporación de los valores, las habilidades sociales y la manera de abordar conflictos y ser resolutivo.

Cuando existen padres con antecedentes psiquiátricos asociados a conflictiva conyugal, estrés y estresores psicosociales aumentan el riesgo de abuso, maltrato o rechazo hacia los hijos (Oates 1997, en Cuervo, 2010, pp. 112 y 113).

La crianza está afectada por las relaciones agresivas, la deprivación afectiva y otras problemáticas de la familia (Bradly, 2000, en Cuervo, 2010 p. 213).

En el fenómeno del suicidio intervienen las historias de los padres y sus propias psicopatologías, el haber deseado al hijo o no, el estilo de crianza que va a favorecer o bien el desarrollo personal o la psicopatología de los miembros de la familia. Sin embargo, si el sistema familiar falló al no proporcionar la atmósfera donde la persona se nutra, la escuela es como la segunda oportunidad de poder aprender estas habilidades para la vida. Pero si en ambos ambientes ocurre violencia hay más posibilidades de fracaso y de enfermar porque faltan los elementos que dignifican la vida de las personas para que la consideren digna de ser vivida.

3.1.1. Familia y violencia

En este apartado se revisarán sus funciones en la crianza de los hijos, las fallas en que puede incurrir como sistema y las repercusiones que ocurren en sus miembros. La violencia familiar es uno de los síntomas que aparecen cuando se interrumpe el flujo del amor, es decir, cuando una persona no se siente amada en el núcleo primario de apoyo donde se supone debería ser amado no se quedará de brazos cruzados e irá a buscarlo ya que el amor es un ingrediente nutricional emocional equivalente al alimento para la corporalidad y al sentido de seguridad y pertenencia que otorga la familia.

La violencia debe entenderse en el contexto relacional “surge cuando uno o varios de sus integrantes reciben reiterados malos tratos o abusos por parte de otro que tiene más fuerza o poder; representa una disfunción importante del sistema familiar y ocasiona un gran sufrimiento a todos los involucrados. Cuando la violencia se transforma en un modo crónico de comunicación interpersonal en un grupo, se refleja en una serie de fenómenos menos dramáticos que se manifiestan dentro y fuera de las fronteras familiares; tal es el caso de niños maltratados y/o abandonados, mujeres golpeadas, abuso sexual, incesto, adicciones, delincuencia juvenil, etc.” (Muruetta y Orozco, 2015, p. 5).

Autores como Sanmartin (2000, citado en Alonso y Castellanos, 2006, p. 255) opina que, aunque el ser humano es agresivo por naturaleza, también puede ser pacífico o violento de acuerdo a la cultura donde se desarrolle.

Para abordar el fenómeno de la violencia desde su significado implica siempre el uso de la fuerza para producir un daño, es una forma del ejercicio de poder. A pesar de que suele mostrarse a la familia como un lugar de realización afectiva, comprensión recíproca y seguridad, los datos empíricos la muestran por sus características de intimidad, privacidad y creciente aislamiento como una organización que tiende a ser conflictiva (Corsi, J. 1994, p. 26 y 27). Los dos ejes del desequilibrio del poder dentro de la familia están dados por el género y la edad. Pero también el grado de verticalidad de la estructura familiar, la rigidez de las jerarquías, las creencias en torno a la obediencia y el respeto, a la disciplina y el valor del castigo, por medio de estos factores se puede evaluar el potencial de violencia de una familia (Corsi, 1994, p. 29)

En todos los hogares se ejercen distintos grados de violencia y en el de los pacientes suicidas no es la excepción, se ejerce más de un tipo y de los grados más graves, incluso desde una generación atrás viene una historia donde es la protagonista familiar. “Se identifica la aparición de un “ciclo de la violencia” como uno de los factores principales relacionados con la ocurrencia de maltrato infantil y de la violencia conyugal, y afirma que presenciar situaciones de este tipo o haber sido víctima de violencia durante la infancia constituyen dos de los más potentes factores de riesgo” (Gelles, 1980, en Alonso y Castellanos, 2006, p. 253).

En el caso de los niños la violencia aumenta la probabilidad de un comportamiento abusivo en las relaciones adultas; y en las niñas implica un riesgo para asumir un papel pasivo

de aceptación ante actos de violencia. Es cíclica y multidireccional, ya que se puede ejercer entre los cónyuges, contra los hijos, y en el sistema fraterno se puede ejercer violencia entre hermanos o contra los padres; de adultos e hijos contra los mayores y discapacitados, además se puede ejercer de una generación a otra (Alonso y Castellanos, 2006, p. 253-274)

Linares (2002, en Alonso y Castellanos, 2006, p. 7) menciona que la parentalidad es un proceso complementario donde los padres dan a sus hijos lo mismo que recibieron de sus progenitores en un intercambio simbólico. Y lo más difícil para los padres es no transmitir aquello que fue doloroso. Sólo a base de hacer consciente la violencia en la propia historia, podrán no actuar lo que vivieron con su cónyuge o con sus hijos. De ahí que lo complicado de erradicar la violencia es aquella que no se percibe como tal, que se ha normalizado.

Una de las formas más agudas de violencia contra un ser humano es no amarlo y si además no se le reconoce como ser humano con necesidades y una individualidad será un golpe desintegrador de su psiquismo y un factor de riesgo de suicidio. En el caso de los pacientes suicidas la familia suele invisibilizarlos. Es interesante analizar el mecanismo por medio del cual el ciclo de la violencia se mantiene en el núcleo familiar, a continuación, se explica brevemente.

Asumir y compartir las creencias del grupo significa una retribución de la protección, identidad, y sentido de pertenencia que el clan le proporciona siempre y cuando se muestre fiel al mismo, esta solidaridad a su vez puede convertirse en violencia (Newburger, 1997, en Alonso y Castellanos, 2006, p. 7).

Existen cuatro niveles de experiencia en torno a las cuales se organizan las interacciones abusivas y el sistema de creencias que las justifican:

- 1.- Carencias relacionadas con la función maternal.
- 2.- Carencias relacionadas con la función parental.
- 3.- Trastornos relacionados con la función jerárquica.
- 4.- Trastornos de los intercambios entre la familia y el entorno.

Las creencias permiten a los abusivos justificarse, ya que para ellos el abuso no es tal, sino un acto necesario (Barudy, 2001, en Alonso y Castellanos, 2006, pp. 7-8). Los mitos funcionan en la familia de la misma manera que los mecanismos de defensa para los individuos, nacen de la necesidad de vender al exterior una imagen distorsionada de lo que es en realidad la vida familiar para garantizar su cohesión y organización. Evitan intrusos y sirven para ocultar o negar una realidad penosa. La familia juega un papel importante en la creación y mantenimiento de los actos humanos violentos (Simon, et al. 2002, en Alonso y Castellanos, 2006, pp. 8- 9).

Una de las secuelas de haber vivido violencia intrafamiliar se sintetiza en el término trauma que se considera una experiencia que constituye una amenaza real o percibida para la integridad física o psicológica de la persona, se asocia a emociones extremas, vivencia de caos, confusión, fragmentación del recuerdo, horror, ambivalencia, desconcierto, humillación, desamparo, desesperanza y pérdida de control sobre la propia vida que rompe los referentes de confianza y seguridad del ser humano, especialmente las creencias de invulnerabilidad (Pérez-Sales, 2006, en Alonso y Castellanos, 2006, p. 11).

Haber vivido experiencias de violencia física y sexual puede convertirse en un trauma complejo que sólo la atención especializada puede resolver, sin embargo, algunas familias suelen ignorar. Entonces se puede observar a la adolescencia como un camino de la dependencia e indefensión infantil hacia la posibilidad de desenvolverse en el mundo adulto de manera autónoma e independiente (Herrera et al. 2022, p. 19).

Otra de las emociones que se quedan en la persona es la culpa, comparte aspectos con el duelo y el trauma, implican sufrimiento psicológico en relación con algo que se hizo (culpa), con algo que se perdió (duelo) y algo que impactó de manera amenazante a las personas (trauma). Requieren de un ojo acusador real, imaginario o simbólico que actúa de testigo de indignidad que se encuentra determinada por el patrón educativo, y está en relación con un medio cultural específico. La violencia quiebra la vida de una persona y de su círculo familiar.

El adolescente aprende la violencia en el hogar como una forma de relación. Aunque por lo general las figuras parentales son quienes violentan el ambiente, en la cultura mexicana se les debe respeto, son intocables, el niño y el adolescente no expresan la carga agresiva contra ellos, sino que la dirigirán contra sí mismos. “El amor es una necesidad imperiosa que el violento

no ha satisfecho, el ser humano maltrata cuando no se siente amado y cuando está más interesado en dominar que en amar” (Linares, 2002, en Murueta y Orozco 2015, p. 6).

Una familia disfuncional es aquella en que los conflictos, la mala conducta y el abuso se producen continua y regularmente, lo que lleva a otros miembros a acomodarse y a normalizar tales acciones (López et al., 2015, en Anaya et al., 2018, p. 2). En una familia con estas características no se cumplen las necesidades de amor y seguridad que se consideran necesidades básicas, lo que parece ser los cimientos de la violencia.

Ahora bien, es importante analizar cómo los conflictos no resueltos en una generación pasan a la siguiente, para ello Kerr y Bowen (1998 en Vargas, et al, 2015, p. 153), proponen el proceso de transmisión multigeneracional que se refiere a aquello que se transmite de una generación a la siguiente y que la influye. De esta manera el individuo lleva de manera implícita, internalizados los conflictos, problemas, formas de ver la vida y soluciones que han pertenecido a sus padres y a generaciones pasadas. Es importante que se alcance una diferenciación.

La familia entre otras funciones satisface las necesidades de amor entre sus miembros, pero cuando esto no se cumple, no es algo que se pase por alto, sino que el cónyuge que no se siente amado puede recurrir a formas hasta violentas para conseguirlo. Esto provocará una relación conyugal frágil que a su vez dificultará la crianza. De ahí saldrá una persona que ha aprendido que la violencia es una forma de relación y a tolerar los abusos y el sufrimiento, que quien ama hace sufrir y probablemente a esconder lo que siente hacia sus progenitores. Es decir, habrá una persona con una carga agresiva dentro de sí, que no puede salir, derivada del déficit afectivo y aprenderá a no amarse.

3.1.2. Estilos de crianza promotores de vínculos enfermos

En el presente apartado se abordará la teoría del vínculo de Bowlby que se considera de fundamental importancia para la organización psíquica y el desarrollo normal o patológico las relaciones con el objeto, es importante ya que entre el 60 y 98% de los suicidios están asociados con la presencia de psicopatología. La conducta afectiva establece vínculos sólidos, aunque no siempre es así, pues cuando no se logra significa que no se pudo establecer una relación de amor con la progenitora y tomó otro camino distinto y donde la cercanía es el equivalente al amor. “Se denomina el amor complejo a la vivencia subjetiva de ser amado. Se refiere a una vivencia

relacional que cuenta con componentes cognitivos, emocionales y pragmáticos” (Linares, 2006 en Hinojosa y Linares 2017, p. 30).

Para comprender la reacción de un niño al separarse o perder la figura materna es necesario captar el vínculo que lo une a ella. Freud (en Bowlby, 2010, p. 249) señala que el amor tiene su origen en el apego que crea la necesidad satisfecha de alimentos. Define la conducta del apego como una propensión instintiva a la búsqueda de seguridad en la cercanía a un individuo específico percibido como protector en situaciones donde se dispara el miedo u otros sentimientos cuando hay vulnerabilidad.

Para que se genere el apego se necesitan algunos ingredientes como: Estar en sintonía con el hijo, suele acompañarse por señales no verbales, observables y contingentes.; equilibrio y regulación, cuando el niño se equilibra y regula su cuerpo, emociones y estados mentales a través de la sintonía con el progenitor. El sentido de integración que el niño adquiere a través de la relación con el progenitor hará que se sienta internamente integrado y en conexión con los demás. El niño buscará la proximidad del progenitor y recurrirá a él como refugio seguro cuando sienta malestar para ser consolado. Así, en la adultez tendrá la capacidad de autoregularse y de conectar con los demás, pedir y dar ayuda (Mosquera 2011, p. 2).

Bowlby describe “la formación de un vínculo como enamorarse, mantener un vínculo es como amar a alguien y perder a la pareja es como llorar a alguien. La amenaza de pérdida del ser amado despierta ansiedad y la pérdida real da origen a la pesadumbre y despiertan cólera” (Bowlby, 2010, p. 61). Este vínculo se establece en los primeros años de un niño con su cuidador que generalmente es la madre y dependiendo de la calidad de la relación se establecerá el tipo de relación que tendrá en lo sucesivo. Cuando el vínculo entre dos personas no se ha logrado establecer emergerá un ser humano atípico. Brindar cuidados y protección es una conducta complementaria del individuo apegado (Bowlby, 2010 p. 60).

Bowlby describe 4 tipos de apego: el apego sereno o seguro, el ansioso o ambivalente, el evitativo y el desorganizado. Las separaciones y la inestabilidad de los cuidados maternos provocan reacciones opuestas: Un apego caracterizado por la ansiedad y un desapego caracterizado por la agresividad o una combinación de ambas (Bowlby 2010, p. 250). La ansiedad ocurre como consecuencia de las amenazas de abandono o de suicidio. Las respuestas

de cólera más violentas y no funcionales probablemente surjan en niños y adolescentes que no solo experimentan separaciones reiteradas, sino que de manera constante se hallan sujetos a amenazas de abandono (Bowlby 2010, p. 273)

El apego ambivalente tiene como fin mantener hasta un punto máximo la accesibilidad de la figura de apego. Y la ira constituye tanto un reproche por lo ocurrido como un medio de evitar el abandono. (Bowlby, 2010 p. 277). El tipo de apego puede definir el camino de la psicopatología en el futuro.

La familia es el primer contexto educativo en donde el niño empieza a desarrollarse y a socializar. Ésta funciona como un sistema, con una estructura de microsistema dentro de redes de influencias de mesosistemas y de macrosistemas. Ejerce influencias mutuas entre sus miembros, por ello, la relación marital es uno de los factores que influyen en el comportamiento del niño. Los problemas de las relaciones conyugales se ponen en evidencia a través de interacciones conflictivas. Éstas provocan una situación psicosocial de riesgo que se manifiesta cuando la familia fracasa por déficit, lagunas o deterioro en el cumplimiento de las funciones socializadoras que le competen (Ramírez 2004, p. 171). Es entendible que el deterioro de la vida familiar tenga consecuencias especialmente en los niños y tarde que temprano debutará un padecimiento mental como la ansiedad, la depresión, o problemas sociales, problemas de atención o de razonamiento, delincuencia o agresividad (Achenbach, et al., 1989, en Ramírez, 2004, p. 172).

Los conflictos maritales no resueltos pueden provocar un aumento en el nivel de agresividad, hostilidad, agresión y violencia, que puede desplazarse hacia el niño (Shaw, et al, 1994, en Ramírez, 2004, p. 176). Así comienza una escalada de prácticas de crianzas abusivas con mayor probabilidad de que los padres actúen de forma punitiva con sus hijos, aumentando su sufrimiento y enfado al oír a sus padres discutir. Algunos de los indicadores emocionales del abuso emocional son: Extrema falta de confianza en sí mismos, exagerada necesidad de ganar o competir, demandas excesivas de atención, mucha agresividad o pasividad frente a otros niños (Corsi, 1994, p 43).

Los niños que conviven con trasfondo de ira y peleas matrimoniales se muestran más afectados y agresivos entre sí que los niños que conviven con adultos que se relacionan en forma

más agradable (Cummings, et al. 1985, en Ramírez, 2004 p. 176). La familia mal avenida es más perjudicial para el hijo que el divorcio (Musitu, et al, 1998, en Ramírez, 2004, p. 176).

El abandono afectivo de los padres puede ser lo que está detrás del paciente suicida, pues una de las consecuencias de no tener la certeza de ser amado por el grupo primario de apoyo es que el paciente no aprende a amarse a sí mismo y ese flujo de amor de la persona para sí que no puede darse, le hará falta para mantener una autoestima adecuada, un sentimiento de sentirse valorado, capaz y competente, digno de amar y ser amado y de sentirse aceptado y valioso como cualquier ser humano.

3.1.3. Familias heridas: una interrupción del flujo del amor y de la vida

En este apartado se abordará el tema de la comunicación y las interacciones sociales por medio del lenguaje. Se consideró incluirlo pues es a través del lenguaje el vehículo por el cual se expresa el ser humano incluida la violencia además de los actos.

En el estudio de caso se observa que la expresión emocional por medio del lenguaje verbal se encuentra obstaculizada, es en la atmósfera psicoterapéutica donde la paciente narra su historia de vida, sus vivencias y es por medio de la psicoterapia que el dolor vivido, las emociones calladas y reprimidas encontrarán una escucha, una mirada, y las palabras que validarán tales vivencias para luego resignificarlas.

Se explican brevemente los conceptos que conforman la teoría de los sistemas, pues a través de ello se puede entender cómo impacta en el sistema familiar y la disfuncionalidad que se produce al mismo tiempo que en el proceso de adaptación ha de normalizarse y posteriormente replicarse el patrón violento. “La vulnerabilidad emocional se adquiere durante interacciones precoces mediante una asociación entre cierta aptitud genética y una estructura ambiental” (Cyrulnik 2014, p. 21).

El concepto de sistema que se define como un conjunto de elementos dinámicamente estructurados, cuya totalidad genera unas propiedades y elementos hay que tomar en cuenta la interacción entre ellos.

Se compone de varios elementos: suprasistema que es el medio en el que se desenvuelve el sistema. Y los subsistemas que son sus componentes. Tienen la propiedad de autorregularse.

Existen dos modalidades: El sistema cerrado a aquel cuyos componentes no intercambian información, materia, energía, etc., con el medio externo. Y el sistema abierto que se diferencia porque existen interacciones e intercambio hacia el exterior y muestran capacidad de adaptarse al medio.

Cuando en un sistema familiar hay un miembro que presenta el síntoma o problema (paciente identificado) se considera como una expresión de la disfunción familiar sistémica. Y, por tanto, la resolución del problema se supedita al cambio de la estructura familiar, no solo a quitar el síntoma del paciente.

Los principios teóricos básicos que la rigen se formularon en el marco de lo que se denomina teoría clínica de la comunicación humana gracias a la obra de Watzlawick, et al, de 1967 de la escuela de Palo Alto (Feixas, y Miró, 1993, p. 257).

La comunicación tiene cuatro principios fundamentales:

1. Es imposible no comunicar, es decir, toda conducta es comunicación. No puede haber una situación de no-comunicación. En el caso del paciente suicida todo comunica, pero es necesario una mirada y un oído atento.
2. En toda comunicación cabe distinguir entre aspectos de contenido (nivel digital) que se expresan por medio de un código lingüístico altamente abstracto y capaz de transmitir información precisa. Y aspectos relacionales (nivel analógico) obedecen a un código mucho más antiguo desde el punto de vista filogenético e impreciso similar a los códigos analógicos en el lenguaje computacional. Es a través del lenguaje no verbal (y paraverbal) como se define la relación. La literatura menciona que quienes han vivido violencia intrafamiliar aprenden a ser expertos en “leer” los rostros, la expresión no verbal de los padres para anticipar posibles episodios violentos y volverse “invisibles” como una manera de defensa. El caso de la paciente que ocupa este trabajo es experta en leer la expresión corporal y facial de su entorno, convirtiéndose en testigo presencial mudo de la violencia doméstica de su entorno. Y que más tarde esta expresión muda se convierte en síntomas que los padres no saben identificar la causa, el hito de la violencia está presente.

3. La incongruencia entre los dos niveles de la comunicación da lugar a mensajes paradójicos. Si una madre le dice a su hijo enfermo que lo quiere, pero no lo lleva al médico, el mensaje transmitido contiene un ingrediente paradójico por la incongruencia del contenido verbal y el no verbal. Estas paradojas pragmáticas están en la base de la teoría del doble vínculo de Bateson quien propone que la confusión que genera se hipotetiza como generadora de trastornos de tipo esquizofrénico.
4. La definición de una interacción está condicionada por las puntuaciones que introduce el participante. Se le denomina puntuación a la forma de organizar los hechos para que formen una secuencia ordenada. Es la falta de acuerdo respecto a la manera de puntuar los hechos el motivo de numerosos conflictos en las relaciones. Continuando con Bateson el problema reside en la ausencia de una metacomunicación adecuada y los casos de comunicación discrepante suelen centrarse en decidir cuál es la causa y cuál es el efecto cuando en realidad no aplica por ser un proceso circular de interacción y por ello, la secuencia no tiene un principio ni final, sino que constituye un proceso recurrente (Watzlawick et al., 1967, en Feixas y Miró 1993, pp. 261-263).

Watzlawick menciona que en la comunicación patológica existen incongruencias entre lo digital y lo analógico, una persona puede decir que no está deprimida pero su facie corresponde a la de la depresión. Señala también que la descalificación o desconfirmación es una forma de comunicar patológica pues ya no se refiere a la verdad o falsedad de lo que dice una persona de sí misma, sino que el receptor niega la realidad del emisor. Es decir, mientras que el rechazo equivale a decir: “estás equivocado”, la desconfirmación afirma de hecho: “tú no existes”. Esto explica por qué la persona con depresión, dolor, desesperanza, o aislamiento pasa desapercibida ante la mirada del clan.

Aquí el individuo pasa desapercibido para los miembros de la familia, es el síntoma como comunicación. Esto lo llevaría a la pérdida de la mismidad, que no es otra cosa que la alienación. Abarca autocontradicciones, incongruencias, cambios de tema, tangencialidades, oraciones incompletas, malentendidos, manierismos idiomáticos (Watzlawick, et al, 1991 p. 48) Este es el camino hacia la nada que recorre la persona suicida cuando se invalidan sus sentimientos.

La comunicación tiene aspectos muy finos donde los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente. El lenguaje digital cuenta con una sintaxis lógica compleja y poderosa, pero carece de una semántica adecuada en el campo de la relación. Y el lenguaje analógico posee la semántica, pero no la sintaxis adecuada para la definición inequívoca de la complejidad de las relaciones. Cualquier comunicación implica un compromiso y define el modo en que el emisor concibe su relación con el receptor (Watzlawick, et al, 1991 p. 30- 41).

El paciente suicida es experto en leer estas incongruencias, las frases para alentarlos a vivir carecen de sentido, son vanas, no los llenan, pues el lenguaje verbal aun usando las palabras correctas no tienen significado si no se acompañan del lenguaje del cuerpo, de las emociones, sólo así será un lenguaje con sentido donde se pueda leer el amor. Este amor es el faltante de la conexión emocional con los padres, quienes pueden ser buenos proveedores en lo económico, pero en lo emocional hay un déficit al no saben conectarse con los hijos y proveer las demandas de afecto. Es por medio de un entendimiento, de la empatía como se puede validar las emociones o el sufrimiento de quienes quieren quitarse la vida.

Para entender como el sistema familiar puede ser invalidante para una persona con un gran sufrimiento es necesario explicar que existen dos formas básicas de relación interpersonal diádica donde se puede dar este fenómeno: Las relaciones simétricas y las complementarias. Las primeras se caracterizan por la igualdad en la conducta recíproca. En las complementarias son aquellas donde se da un máximo de diferencia en la conducta recíproca como la relación entre padres e hijos. Suponen una posición desigual, jerárquica entre sus miembros. Esta desigualdad resulta complementaria y mutuamente definatoria de la relación.

Las relaciones en la vida real no son rígidas sino cambiantes en función de los contextos y de la evolución personal. Cuando el sistema familiar es rígido y los padres priorizan solo las necesidades de proveedores, se pueden dejar de lado la conexión emocional con los hijos, dando por hecho que con ello termina su función. Muchas veces ignoran los sentimientos de soledad, de vacío o la escasa habilidad para resolver los problemas que minan el sentimiento de fortaleza y competencia personal, de autoestima, valor, etc. Y en ocasiones hasta la propia persona se invalida, al decir que lo tiene todo y sin embargo persisten los deseos de morir.

Como sistema abierto los miembros de la familia se conectan, se comunican, están dinámicamente estructurados, con normas de funcionamiento que rigen en parte el comportamiento individual. El cambio en un miembro afecta a los demás. Tiene sus propios límites, jerarquía, equifinalidad y una tendencia a estados constantes. En el caso de las familias de personas con deseos de terminar con su vida no se comunican lo realmente importante, hay una gran dificultad para desarrollar una confianza de un vínculo cercano que permita la expresión de las emociones, del dolor, de las dificultades que se cronifican y se vuelven insoportables. Esta dificultad no solo es notoria en el núcleo familiar, sino también en la red social de amistades cercanas, con la pareja, en la escuela o cuando acuden a una consulta especializada. Una dificultad que inició en las relaciones familiares diádicas se vuelve una característica que forma parte de los rasgos de personalidad permanente en lo individual.

Cuando se dan alianzas o coaliciones en el sistema familiar definitivamente se ejerce cierto grado de violencia, aunque de forma muy velada, esto dificulta el crecimiento del hijo tanto en la niñez como en la adolescencia, concentra sus energías en la lucha de sus progenitores por el control del sistema en lugar de aprovecharla para su propio desarrollo. Los padres se enfrascan en sus propios conflictos y pierden de vista su papel de formación de sus hijos y no sospechan lo doloroso que es para ellos presenciar las formas violentas de relación. Las coaliciones por ser negadas son más difíciles de detectar en la entrevista que las alianzas, que son abiertas y fruto de las similitudes y proximidades entre las personas (Feixas y Miró, 1993, p. 267). Los subsistemas familiares tienen límites interiores, y a su vez la familia tiene sus fronteras con el exterior, que pueden ser difusos, rígidos o claros. Así, existen familias aglutinadas y otras desligadas.

Cuando uno de los miembros presenta síntomas desadaptativos como conductas autolesivas o francos intentos de suicidio, es cuando la familia busca atención especializada. El terapeuta interviene y se gana la confianza de la familia y conoce sus canales de comunicación y sus estructuras, puede realizar las técnicas de reestructuración. Una de las principales es el desafío de las definiciones dadas en el núcleo familiar, entre las que se incluye el rol del paciente identificado, cuestionando así su visión de la realidad (Minuchin 1974, en Feixas y Miró, 1993, p. 267).

No es fácil para la familia estar ante un tercero (el terapeuta) y exponer su problemática, así que seguramente habrá intentos fallidos de psicoterapias antes de aceptar la ayuda profesional. Aunque un miembro es el portador de la sintomatología familiar, el resto no está libre de síntomas. Es necesario encontrar soluciones y una puerta de salida del dolor. La comunicación interrumpida tampoco permite fluir el amor.

Igual que se aprende a maltratar se puede aprender el buen trato, la comunicación asertiva, para que el flujo del amor se restituya. No es que sean familias donde no haya amor, lo que sucede es que no saben cómo darlo ni cómo recibirlo, son personas heridas. Entre otras muchas de las funciones de la psicoterapia es enseñar y entrenar hasta legitimar el buen trato, la comunicación, el respeto sin sentirse disminuido o invisible ante el otro. Entre los pacientes de peor pronóstico están aquellos donde el rechazo formal es franco. Y será trabajo del terapeuta lograr que el paciente aprenda a sentirse digno de amor, aunque sea en el contexto psicoterapéutico.

3.1.4 Fenomenología del suicidio

En este capítulo se revisarán algunas de las posturas que explican este fenómeno, tales como: el desarrollo evolutivo, la teoría de las relaciones sociales, la postura psicoanalítica Freudiana.

Para ello se propone la siguiente temática: Etiología de la depresión, principales trastornos mentales que pueden cursar con suicidio, el suicidio como un continuum, factores de riesgo, mitos sobre el suicidio, la desesperanza como predictor y factores protectores.

Para entender por qué se suicidan las personas es necesario conocer su contexto vital lo cual es una tarea compleja. Querer acabar con la propia vida es una de las decisiones más difíciles de tomar para cualquier persona (excepto en el suicidio impulsivo cuya decisión se toma en muy corto tiempo), no es que se rechace la vida en sí misma, sino que la existencia puede llegar a ser tan dolorosa que no se ve otra opción para acabar con el sufrimiento más que la muerte. Sufrimiento que de acuerdo con algunos investigadores es derivado de experiencias tempranas y traumáticas como violencia física, sexual, psicológica, pobreza, divorcio de los padres, tipo de crianza autoritaria, apego ansioso/ inseguro, adicciones de los padres, etc.

Lo cierto es que la semilla del suicidio se siembra en los primeros años de vida. Se entiende por el dolor de existir al fracaso de ser uno mismo, a desarrollar la propia personalidad, por ello la vida puede reafirmarse aún en la muerte, luego entonces no todas las muertes por suicidio necesariamente son por padecer una enfermedad mental como tal. Es importante verlo desde una perspectiva más allá de la psicopatología, de la moral humana y de las instituciones. Definitivamente la vida es mejor que la muerte, esto es uno de los principios fundamentales del ser humano y es mejor la salud que la enfermedad.

De acuerdo a algunos estudios cerca del 90 % de los suicidas presentan un diagnóstico psiquiátrico (Phillip, 2010 y Winfuhr y Kapur 2011, citados en Bedoya y Montaña, 2016 p. 181).

Aunque por si solo un diagnóstico de esta naturaleza no conduce al suicidio, quienes cursan con un trastorno de personalidad estos trastornos se presentan hasta en un 70% de las personas suicidas (Mejía, Sanhueza y González, 2011 citado en Bedoya, E. y Montaña, L. 2016. p 185. Especialmente en aquellos donde se encuentran implicados rasgos como baja autoestima, impulsividad, ira y agresividad y donde prevalece la disregulación emocional e impulsividad (Guo y Harstall, 2002 en Bedoya, y Montaña, 2016. p 185).

Las psicopatologías más frecuentemente asociadas con intentos de suicidio son los trastornos del estado de ánimo como la depresión unipolar, bipolar, los relacionados al consumo de sustancias, trastornos de la personalidad, de ansiedad y esquizofrenia, y que todas las patologías mentales tienen cierto grado de riesgo de suicidio (López, 2017, p. 90).

No aparece de la noche a la mañana, sino que forma parte de un cortejo de síntomas. Es un proceso dinámico que pasa por diferentes etapas luego de un estado de dolor psíquico prolongado donde la persona entra en un estado de desesperanza. El riesgo de suicidio aumenta cuanto mayor es el número de diagnósticos psiquiátricos comórbidos. De acuerdo con investigaciones realizadas en España, se concluye que un 5,4% de los adolescentes presenta ideación suicida patológica y, de éstos, el 81,5% sufren trastorno depresivo y concluye que existe una alta correlación entre ideación suicida y depresión (Simón, 2009, en Sanchis, et al, 2012 p.8).

Se inicia con las ideas de muerte, éstas son muy frecuentes en la vida cotidiana, no necesariamente exclusivos de trastornos psiquiátricos, son aquellos pensamientos relacionados con estar muerto. Pero son ideas pasivas, es decir la persona no hace nada para acabar con su vida, la muerte es un estado deseable, luego posible y después preferible.

Después de las ideas de muerte en un continuo sigue la ideación suicida, donde el individuo contempla pensamientos de quitarse la vida. No es necesariamente psicopatológica, la mayoría de las veces no es duradera ni intensa y no persiste, otras veces sí. Mientras más persiste la idea suicida se produce mayor sufrimiento. No se anuncia, es secreto y puede pasar desapercibido para la familia. Además, puede presentarse una y otra vez. Puede ser que de ahí pase a elaborar un plan, pero sin contemplar los detalles.

Cuando existe un plan elaborado la persona suele preparar el escenario como disponer de dinero, contactar personas que vendan armas para comprar una, prever cuando la familia se irá y se quedará solo, en esta fase existe mucho mayor riesgo de intento de suicidio y consumarlo. Dependiendo de qué tan segura esté la persona de que ese plan lo va a llevar a la muerte el riesgo aumenta, utilizar medios contundentes como un arma de fuego es más letal.

El intento suicida es la realización de acciones con la intención explícita de suicidarse pero que no se logra. Esta puede ser por diversos medios: intoxicación por medicamentos, ingesta de pesticidas, ahorcamiento, armas de todo tipo, lanzarse al vacío. Hay intentos frustrados que a la mitad del camino se desactivan pues quitarse la vida es quizá la decisión más difícil de tomar. Existe la ambivalencia hacia el suicidio, ya que puede utilizarse como un método para manipular al otro, que sucede justo antes de que el otro llegue y evite la muerte, pero puede ser que haya mucho tráfico y no alcance a llegar y ocurre el deceso; o bien que la misma persona llame a Emergencias para que lo salven y sea demasiado tarde.

El suicidio consumado es cuando la muerte sobreviene por las acciones propias.

Las autolesiones no suicidas son aquellas acciones de autolesionarse pero el sujeto no desea quitarse la vida. Es una respuesta impulsiva frente a las frustraciones, también un castigo y demostración de odio hacia sí mismo. Puede ser que se rasguñe, se raspe, se hiera, se corte (cutting), se muerda, o se golpee. Detrás de estas conductas se encuentran sentimientos de tristeza, disforia, rabia, autoreproche. Las ideas suicidas pasan a un segundo plano, es como si

se aliviara un poco el sufrimiento. Desplaza el estado afectivo incómodo o molesto, luego sobreviene una cierta calma después de autolesionarse, es como un desahogo y una manera de automodular los afectos sobrecargados.

Hay una fuerte asociación entre autolesión y suicidio. A mayor número de autolesiones es más posible el suicidio. La autolesión está enmarcada en otros trastornos que lo facilitan como en el trastorno borderline, en trastornos del espectro autista o en personas con retraso mental, con discapacidad física o neurológica pues en estos casos, no buscan autolesionarse, es una conducta mecánica, automática e involuntaria no se dan cuenta que se están golpeando o hiriendo.

Existen 2 tipos de intento: el impulsivo y el que es entendible por el contexto vital.

Dentro de los factores familiares de riesgo se encuentra la violencia familiar, el confinamiento, las clases virtuales, la falta de apoyo social, la ruptura de la rutina. Un niño que no siente una familia conectada o el apoyo de un adulto importante en su vida, o bien sin amigos, puede aislarse tanto que el suicidio le puede parecer la única salida a sus problemas. Una pérdida reciente, que puede incluir la muerte de un miembro de la familia, un amigo o una mascota, o bien los niños pueden sentir que la separación o el divorcio de sus padres, una ruptura con el novio o la novia son como una profunda pérdida; la pérdida del empleo de uno o de ambos padres o que la familia pierda su casa.

Como factores familiares protectores se encuentra pertenecer a una familia con niveles altos de cohesión, los estilos de crianza más afectuosas aumentan las conductas pro-sociales en los niños y adolescentes, y el estar pendiente de cualquier signo de alejamiento cuando expresa que nadie lo quiere, cuando se pone triste, más introvertido. Irritable, ansioso, cansado o apático, cuando las cosas que antes le parecían divertidas ya no lo son, deja de jugar y hay cambios en los hábitos de sueño o en la toma de alimentos. Aquí hay que refrendar el amor y la preocupación, así como la compañía, se debe actuar inmediatamente y de no obtener respuesta positiva se debe recurrir a un especialista.

Un vínculo sólido con los hijos reduce el riesgo, mientras más fuertes son las conexiones entre niños y sus padres, con sus amigos y con las personas de su comunidad, con la escuela, tienen menor probabilidad de hacerse daño a ellos mismos.

3.1.5 La postura psicoanalítica frente al suicidio

Cuando Freud analiza el suicidio su postura se centra en el eje de la intersubjetividad, es decir, en las relaciones del sujeto con los otros, las cuales pueden ser de amor, odio o ambivalentes (Mazzuca, 2006 p. 56).

Para el psicoanálisis es necesario analizar caso por caso, ya que no existen dos casos iguales y direcciona a la investidura libidinal, al narcisismo primario del sujeto que remite a la niñez donde hubo una mirada que lo invistió y con ello el sujeto es capaz de invertir el presente y el futuro en proyectos individuales como tener una profesión, ejercerla, tener prestigio, formar una familia, ser digno de amor, etc.

Sin embargo, no siempre sucede así, pues también hay miradas de desaprobación o indiferencia, para Freud este sujeto está en falta. En ellos, no alcanza a afianzarse el sentimiento de sí y la persona se desarrollará con una autoestima baja que será el síntoma nuclear de la depresión. Aunque no todas las personas deprimidas se suicidan, para Freud sólo los melancólicos lo hacen, pues en ellos ha ocurrido una pérdida del objeto amado y la reacción a ello es un duelo que suele denominarse complicado.

“La melancolía se singulariza en lo anímico por una desazón profundamente dolida, una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y una rebaja en el sentimiento de sí, que se exterioriza en autorreproches y auto denigraciones y se extrema hasta una delirante expectativa de castigo” (Freud, 1917, en Alcaide, 2009, p. 242).

Dentro de los componentes del duelo se encuentran la pérdida de objeto que supone una pérdida del yo, y aunque el ser humano es un ser de pérdidas, lo que distingue al objeto perdido de las demás pérdidas, es que éste cumplía funciones específicas de satisfacción para el yo, es decir, había sido elegido sobre una base narcisista. Lo que sucede después es que el yo se empobrece narcisísticamente. “En el duelo el mundo se ha hecho pobre y vacío, en la melancolía eso le ocurre al Yo mismo” En palabras de Freud es que “la sombra del objeto cae sobre el yo” (Freud, 1915-1917 p. 246).

El objeto perdido contribuía a sostener la autoestima, pero el sujeto no lo sabe, pues esto es a nivel inconsciente, por ello el sujeto no sabe lo que perdió, el yo es avasallado al perder el amor y sobreviene la angustia y la culpa. También se ha relacionado una gran carga de agresión disimulada contra el objeto perdido en el discurso del doliente que aparentemente van dirigidas contra sí mismo pero que sin embargo están dirigidas al objeto perdido bajo las diferentes caras de la depresión. Freud habla también de un superyó tanático por la hostilidad que se expresa por medio de síntomas físicos de malestar a nivel psíquico, somático, actitudes, violencia o irritabilidad.

La esencia de la depresión es una mezcla donde se observa la agresividad, la desinvertidura y la auto y heterodestructividad. Freud dice que el ser humano es sujeto de deseo y por medio de la pulsión de muerte sostiene que se puede no desear; entonces ocurre la destructividad y la desinvertidura de los objetos la cual es muda y se puede perder la capacidad de invertir cualquier objeto. El sadismo se observa cuando el superyó ataca al yo.

Cuando no se puede renunciar al objeto perdido el sujeto no puede amar al otro ni a sí mismo. Es imposible la restitución, hay que soltar el pedazo que el otro se lleva. La melancolía plantea la relación humana con la pérdida y con la muerte, con el odio y la ambivalencia, con el sexo, las pulsiones de vida y las de muerte. Es desde el estado melancólico que se plantea la cuestión de cómo cambiar la atracción hacia la muerte por una voluntad de vivir en la que la vida merezca la pena de ser vivida (Aduriz, 2010).

Otra hipótesis que surge en el análisis con pacientes con un núcleo melancólico es la identificación con algo obscuro, incestuoso o innombrable de la madre, con una parte del masoquismo y del narcisismo dañado de la madre. Esta parte “rara” de la madre que se extiende al linaje familiar. Se establece una creencia compartida entre ambos y actúa como un resorte de unión a muerte, al mismo tiempo que desconfianza por ese atrapamiento en una castración compartida “la cosa rara”. Esto constituye un foco potencial de ambivalencia extrema que acrecienta el odio. No se puede elaborar con claridad el deseo de la madre hacia lo que quiere para el hijo quien se hace objeto y padece un no lugar como sujeto (Aduriz, 2010, pp. 59-124).

En la neomelancolía, o la melancolía de los tiempos actuales se pierde el deseo, los slogans de la mercadotecnia se vuelven un mandato: just do it, vibra alto, sé feliz, la búsqueda

al nirvana, que no es otra cosa más que una tendencia a no sentir el malestar, la tristeza o el dolor, es como dejar de sentir, una especie de funeral del deseo.

3.1.6 La teoría existencial-humanista y el suicidio

La teoría existencial humanista sitúa a la adolescencia dentro de las etapas del ciclo vital del ser humano caracterizada por una serie de profundos cambios no sólo a nivel físico sino psíquico y social que generarán crisis tanto en el individuo como en su entorno (Gutiérrez-Campos, et al. 2020, p. 7). Por ello se considera una etapa vulnerable. Esta misma autora sostiene que el ritmo de la sociedad, los avances científicos y tecnológicos “están cambiando la tarea de ser de los adolescentes”.

Mientras se privilegian los logros individuales y la competitividad, se propicia la pérdida de valores como la dignidad, el respeto a sí mismo y al prójimo (Montes-Sosa, 2009). Se privilegia la apariencia, la competencia, el valor del dinero, lo que a su vez puede provocar en el adolescente la sensación de vacío existencial. O si no cumple con los estándares de belleza promovidos por la mercadotecnia y los medios de comunicación, si no tiene acceso a la educación o a los medios laborales que den acceso al dinero, puede condicionar al adolescente la pérdida del sentido de la vida.

Un color oscuro de piel, la desproporción de los rasgos faciales o del peso corporal que no se apegan a los estereotipos de belleza comercial suelen ser motivo de burla o rechazo incluso dentro de la misma familia, no sólo en lo social, esto será el equivalente a un déficit en la autoestima, si un niño transita hacia la adolescencia de esta manera, está en desventaja y vulnerable, con una autoimagen e identidad frágil y que la sociedad sólo le ofrecerá objetos, cosas, mercancías y será condicionado a ser un consumidor cautivo y más proclive a la depresión.

“Desde la perspectiva humanista se puede entender el fenómeno del suicidio con múltiples causalidades y bajo el principio de que todo ser humano es capaz de promover su crecimiento; considera a la persona de manera integral y al mismo tiempo explica los

mecanismos básicos para promover los valores como una responsabilidad individual y colectiva” (Lafarga, 1992, en Gutiérrez-Campos et al. 2020, p. 7).

Viktor Frankl sostiene que “la persona es impulsada por una motivación positiva que hace escalar hacia niveles de funcionamiento más elevado, ya que el ser humano no sólo atiende a sus necesidades básicas ni de resolución de conflictos, sino que buscará su trascendencia y dejar huella. Pero como el cosmos subjetivo es tan personal y único, que, para entenderlo, los humanistas deben reconstruir el mundo desde los ojos del individuo” (Gutiérrez-Campos, et al. 2020, p. 9).

Para Carl Rogers la meta de la existencia humana es potencializar sus habilidades para convertirse en lo mejor para lo que está intrínsecamente capacitado que es la realización del ser (Gutiérrez-Campos, et al. 2020 p. 9).

Maslow estableció un esquema piramidal de jerarquía de necesidades que en sus palabras: “Se ha de lograr en primer lugar un estándar de vida satisfactoria y tan sólo entonces se puede abordar la tarea de hallar una finalidad y un sentido a la vida (Maslow, 1968, en Gutiérrez-Campos et al. 2020 p. 9).

Para Albert Camus existen tres categorías con las cuales la persona se enfrenta: la irracionalidad por el mundo, lo absurdo, y la nostalgia. Estos constituyen los tres elementos que desafían al ser humano en su vida. Y para obtener la calma el espíritu se aferra a conocer la verdad, la cual no siempre se consigue y crea tristeza en las personas (Ruíz, 2021, p.106).

Así es como la vida no tenía sentido, y los humanos no precisaban de argumentos para vivir, pensaba en la monotonía constante por causas de la rutina en la cotidianidad y en su perspectiva repetitiva, está la muerte como único horizonte (Martínez 2014, en Ruiz, et al, 2021 p. 103). Para este autor el acto suicida es algo íntimo que puede ayudar a encontrar el sentido de la vida aún en la muerte; y las causas que lo liberan varían de una persona a otra. Sostiene que existe un instante donde se asume con determinación el retar a la muerte y de afirmarse que la vida no poseía mérito alguno para vivirla.

Viktor Frankl afirma que sin importar que tan difíciles sean las condiciones de la vida siempre existe un sentido para vivir, aún en los escenarios más extremos. El sentido de la vida no siempre nace de la introspección por voluntad propia, sino de la interacción con otras

personas. El sentido de la vida se asocia positivamente a la percepción y vivencia de libertad; responsabilidad y autodeterminación; cumplimiento de metas vitales, visión positiva de la vida, del futuro y de sí mismo, y la autorrealización (García-Alandete, et al, 2009 en Balbin, et al, 2016, p. 5).

Pero cuando no se cumplen estas metas, cuando los ideales se caen, cuando todo lo que se había planeado para el futuro se desvanece es aquí donde inician los pensamientos suicidas. Pues al no alcanzar el logro existencial se origina una frustración, desesperanza, se pierde la certeza de ser capaz, se pierde el control sobre la propia vida y las metas futuras, sobreviene el vacío y el tedio (García- Alandete, 2009, citado en Balbin, et al, 2016, p 5).

Sólo bajo la mirada y el encuentro de persona a persona se puede ayudar al otro a que encuentre su sentido personal de vida, pero es necesario trascender la cosificación del individuo por medio de acceso a la dimensión espiritual de la persona. Ya que lo verdaderamente humano se aprecia en la dimensión espiritual. Ésta se entiende a partir de la intencionalidad que le permite conectarse con los demás. Al captar lo valioso y el significado se moviliza su sentido, que está ligado a la vida. Se descubre que no está terminado, sino que es dinámico y está en constante construcción. El sentido de la vida parte de un impulso a partir de la expansión de los valores y desde su sentido, no se le puede imponer.

Actualmente el hombre está percibiendo en su ser esta pérdida y se manifiesta en la incertidumbre ante esta carencia, relacionándose con la violencia, el incremento del suicidio y el consumo de sustancias prohibidas. Por ello la persona se encuentra en una constante búsqueda y a la fuerza que lo impulsa, Frankl le ha llamado la voluntad de sentido y una vez que lo encuentra se compensa la voluntad. Para el autor la existencia tiene varios significados y sostiene que lo existencial es propio de los seres humanos y las experiencias vividas son únicas e irrepetibles y que la existencia se enfoca en sus determinismos y éstos representan los límites de las personas.

R. May plantea que el ser humano está consciente de su existencia y de su finitud y que esto los lleva a tomar un camino u otro, por medio del diálogo y de la toma de decisiones es como deciden continuar con la existencia o interrumpirla. Y es en esta relación con su muerte lo que les permite valorar la vida.

Para Kierkegaard el suicidio se relaciona al análisis de la propia existencia marcada por la muerte, el desgarramiento y el miedo. Desde allí se constituye la visión del hombre. Frente al miedo que experimenta siempre existe “la posibilidad de libertad”, ya que el miedo ofrece dos posibilidades: la vida o la muerte. Por ello atribuye a la capacidad de elección y decisión como las características esenciales de la existencia humana (Balbin, et al, 2016, p. 4).

Jasper dice que el ser humano en la búsqueda de sí mismo conoce sus propios límites por medio de situaciones límites que se presentan en su vida. Y después de un intento suicida el sujeto puede recuperar el sentido de la vida. (Anaya, et al. 2009, en Balbín, et al, 2016 p. 5)

El enfoque humanista permite percatarse del vacío existencial y la pérdida del significado de la vida para enfrentarse a las demandas de la sociedad moderna que limitan el desarrollo del potencial humano que permitan cubrir las necesidades básicas de la convivencia humana y autorregulación. El ritmo de la sociedad que se vive actualmente rebasa la capacidad de las personas de comunicarse afectivamente, propiciar el encuentro persona a persona donde el adolescente se nutra y las consecuencias de esa carencia limitará su desarrollo del potencial humano y el sentido de la vida que lo harán proclive a la depresión y al suicidio.

3.1.7 Posturas contemporáneas del suicidio:

Neurobiología del suicidio:

El suicidio es un trastorno complejo que no se puede atribuir sólo a la depresión, como seres biopsicosociales no se puede negar que el comportamiento suicida implica algunos procesos neurobiológicos como las alteraciones en el sistema de neurotransmisión de la serotonina estudiada por Asberg (et al, 1986, citado por Gutiérrez-García, et al, 2008., pp. 324-326) este equipo de investigadores, demostró que el contenido del principal metabolito de la serotonina, el ácido 5-hidroxi- indol- acético (5HIAA) se encuentra disminuido en el líquido céfalo- raquídeo de individuos con intentos de suicidio violentos. Posteriormente en un estudio de metaanálisis en pacientes psiquiátricos se compararon los niveles de 5-HIAA con los metabolitos de la serotonina y de la noradrenalina y se concluyó que solamente el metabolito de la serotonina está disminuido en el líquido cefalorraquídeo tanto en quienes intentaron suicidarse como los que lo consumaron empleando métodos violentos.

El hallazgo más consistente es una baja del metabolito 5- HIAA en el líquido cefalorraquídeo de personas suicidas que emplearon técnicas contundentes sin importar el diagnóstico previo. Lo que significa que un nivel bajo de la cantidad de metabolitos de la serotonina, el 5HIA implicaría que la función serotoninérgica está disminuida (Gutiérrez-García, et al, 2008, p. 323). Los estudios post mortem del tejido cerebral de quienes han consumado el suicidio han permitido conocer un aumento de la densidad de los receptores serotoninérgicos de subtipo 5-HT en la corteza prefrontal ventral y una disminución de los sitios de unión del transportador serotoninérgico en la misma región. Lo que sugiere un proceso plástico producido por una baja disponibilidad de serotonina, lo que probablemente sea un intento por restaurar la homeostasis de las funciones que se encuentren comprometidas.

Estos mismos autores señalan que ocurre un incremento del receptor 5HT en células piramidales de la capa V de la corteza prefrontal en el hipocampo de las personas suicidas adolescentes y adultos. Entre sus competencias se encuentran modular e integrar funciones mediadas por sistemas serotoninérgicos, glutamatérgicos, GABAérgicos y dopaminérgicos, lo que abre una gama de neurotransmisores involucrados en el suicidio no solo la serotonina (Gutiérrez-García, et al, 2008, pp. 324-326).

Están en la mira de los investigadores las estructuras cerebrales reguladoras de las emociones y del estrés y se han encontrado alteraciones en la corteza prefrontal y en el hipocampo ya que estas estructuras participan en la integración de la emoción y el manejo del estrés. El receptor 5-HT se relaciona de manera fundamental con la ansiedad, la depresión y las acciones de los tratamientos antidepresivos eficaces. El suicidio no deja de ser un asesinato, un acto con una fuerte carga agresiva e impulsiva y también una respuesta humana a pesar de que parezca muy primitiva. Y como tal, se acompaña de frustración, irritabilidad, miedo e ira.

Para explicar el mecanismo de la agresión impulsiva participan cuatro sistemas de neurotransmisión: el serotoninérgico, el dopaminérgico, el noradrenérgico y el GABAérgico. El circuito mesolímbico dopaminérgico modula las respuestas afectivas al ambiente y está implicado en la agresión. Parece que la degeneración de las neuronas dopaminérgicas promueve el comportamiento agresivo. Mientras que la serotonina parece ejercer un efecto inhibitorio sobre la agresión. La disfunción del sistema serotoninérgico se asocia con alteraciones en la

regulación de la ansiedad, la impulsividad y la agresión (Gutiérrez-García, et al, 2008, pp. 324-326).

Se ha sugerido una base común para el suicidio y la conducta violenta que parte de la función serotoninérgica disminuida en estructuras críticas del sistema nervioso central. Además, el polimorfismo del gen transportador de serotonina parece intervenir en el suicidio violento y en los intentos de suicidio. Gutiérrez-García, A. y Contreras, C. 2008., pp. 324-326)

El daño cortical prefrontal produce desinhibición conductual y un incremento de la impulsividad, factores que se consideran de alto riesgo de suicidio. Algunos estudios de tomografía por emisión de positrones han indicado un hipo funcionalidad de esta región de la corteza cerebral y una alteración de la respuesta serotoninérgica que es directamente proporcional al grado de letalidad del intento suicida. Mientras que la serotonina parece ejercer un efecto inhibitorio sobre la agresión (Gutiérrez-García, et al, 2008, pp. 324-326).

Desde la antigüedad la humanidad ha buscado los humores, alguna sustancia, molécula, gen que pueda explicar ciertos aspectos de la personalidad en los seres humanos, y la búsqueda hoy continúa en los neurotransmisores, como una manera de encontrar una respuesta absoluta ante algo tan complejo que no deja de ser reduccionista muy al estilo de la medicina. Si bien estos hallazgos son muy importantes por la rigurosidad científica con la que se realizan, aunque se tengan la localización exacta del gen que predispone a la impulsividad, o los neurotransmisores que participan en el comportamiento suicida, el medicamento no puede diluir el sufrimiento humano, no se puede anular el quehacer del psicoterapeuta, es por esta vía que se gestionarán las emociones anquilosadas donde se resolverán los conflictos que han llevado a la persona a querer terminar con su existencia. Aunque no se puede negar que el sufrimiento añejo cambia hasta las estructuras más finas en nuestro cerebro.

Teoría interpersonal del suicidio:

En esta teoría, su creador Joiner, (en García-Haro, et al. 2017 p. 387) sostiene que el paciente está convencido de ser una carga para su núcleo familiar y esto se puede comprobar en su discurso con frases como “estarán mejor sin mí” o “no sirvo para nada”. Además, hay un sentido de pertenencia frustrada, la persona no logró consolidar su adaptación social de tal suerte

que se puede verificar por medio de frases como “estoy solo”, “a nadie le importo”. De ahí nace el deseo suicida.

Este autor también señala que la letalidad del suicidio depende de la capacidad del sujeto para suicidarse, es decir que tanta práctica tenga o si ha adquirido información para hacerlo. La persona se caracteriza por su tolerancia al dolor, los intentos previos, antecedentes de violencia, temeridad ante la idea de quitarse la vida, planes y preparativos, autolesiones, etc. (García-Haro, et al. 2017 p. 387).

El consumo de sustancias y su relación con el suicidio

En este apartado se abordará el tema de las adicciones como una comorbilidad heredada de los problemas no resueltos de la infancia. Los trastornos por uso de sustancias son propios de la población joven de acuerdo a la Encuesta Nacional de Epidemiología psiquiátrica. La transición de la ideación suicida al intento es extremadamente rápida en población adolescente por la impulsividad en respuesta a eventos de la vida que ejercen una influencia importante en el paso del plan al intento. La existencia de un solo trastorno aumenta 4.2 veces de quitarse la vida, mientras que la presencia de 4 o más aumenta 39.3 veces el riesgo de suicidio (Levav, 2016, pp. 66-70).

Tanto el abuso de sustancias como el intento de suicidio comparten como factor de riesgo la exposición a la violencia y en ambos juega un papel importante la impulsividad. Muchos intentos de suicidio ocurren bajo los efectos del alcohol y de drogas, ya que algunos de los efectos de estas sustancias tienen efectos depresivos sobre el cerebro. Además, alteran la capacidad de raciocinio, interfieren en la capacidad de valorar los riesgos, para hacer buenas elecciones y la búsqueda de solución de problemas.

Las adicciones en la adolescencia se consideran un problema serio que pueden derivar de los estilos de crianza. Existen estilos parentales poco efectivos que tienen como consecuencia que presenten comportamientos disruptivos, por ejemplo: cuando el método de disciplina es inconsistente, severo y/o rígido, pobre supervisión, excesivo uso de castigos corporales, o no contingente y severo, y que además no se refuerzan las conductas adaptativas o positivas (Morales, 2013, p. 5).

La literatura señala que el contexto en el cual se adquieren comportamientos adictivos tiene relación con la presencia de comportamiento agresivo y antisocial, pues los mecanismos de inicio, establecimiento y mantenimiento de consumo son similares (Morales, 2013 p. 7).

La genética juega un papel importante contribuyendo o bien a la mayor protección o vulnerabilidad para desarrollar una adicción. Los genes relacionados con la actividad de las enzimas que metabolizan las sustancias psicoactivas en el cuerpo confieren mayor o menor vulnerabilidad o protección para desarrollar una adicción (Goldman et al, 2005 en Sánchez y Templos, 2022, p.51).

El modelo biosocial de Marsha Linehan.

Para entender por qué las personas se suicidan esta autora propone el modelo biosocial, para ella, los individuos que más intentan suicidarse son quienes tienen un trastorno depresivo, de ansiedad o un trastorno borderline de la personalidad. Lo atribuye a la vulnerabilidad biológica a la disregulación emocional que se combina con la crianza en un ambiente invalidante. Estas personas responden a los estímulos ambientales rápida e intensamente y tardan más tiempo del esperado en volver a su centro, la capacidad para experimentar y diferenciar la gama emocional, así como para evaluar, monitorear y modificar estados emocionales intensos a través de la activación de diferentes estrategias ya sean emocionales, cognitivas o conductuales está disminuida (Menevichian, et al, 2017 p. 66).

Es en la infancia es donde el niño aprende que sus respuestas emocionales son incorrectas e inapropiadas y no aprende a etiquetar las experiencias privadas de una manera apropiada socialmente, a poner en palabras, a nominar las emociones y regularlas. De ahí deriva un patrón de respuesta emocional que transita desde la inhibición a una respuesta emocional extrema, es decir, pueden ir desde el mutismo y ocultar las emociones hasta ya no poder más.

Para Linehan, la disregulación emocional es la disfunción primaria del trastorno límite de la personalidad (en adelante TLP) y los patrones conductuales que lo caracterizan están en función de ello. Para autores como Oas (1985, en Elices, et al, 2011, p. 136), el papel de la impulsividad temprana juega un rol muy importante en la etiología del TLP y es independiente de la disregulación emocional. La impulsividad se entiende como un comportamiento socialmente inapropiado o maladaptativo y que se emite sin premeditación y es el primer

síntoma en las personas que posteriormente serán diagnosticadas como TLP (Oas, 1985, en Elices, et al, 2011, p. 136).

Al analizar el cortejo de síntomas presentes en el TLP se encuentra una falta en la regulación emocional que se observa a través de la inestabilidad y falla en la regulación de la ansiedad, la depresión, la irritabilidad y la ira. Falta de regulación conductual observada en las conductas impulsivas extremas como las autolesiones o los intentos de suicidio de los cuales el 10% puede consumarlo. Las fallas en la regulación cognitiva observables en las micro psicosis al fallar la regulación sensorial, de pensamiento y delirios que aparecen en situaciones de crisis y desaparecen en cuanto se resuelve la crisis.

Falta de regulación del sentido del self y los sentimientos de vacío y de no saber quiénes son. La falta de regulación en las relaciones interpersonales, pues son relaciones intensas, caóticas, “tóxicas”, ambivalentes pero que no pueden renunciar a ellas y se aferran a las personas significativas para evitar el abandono. En la disregulación cognitiva, se pueden encontrar síntomas como la disociación, en la interpersonal, el temor al abandono, en la del self, los sentimientos de vacío, y la conductual se encuentra las autolesiones (Elices, et al, 2011, pp. 134-135).

Para Linehan este fenómeno se da en tres tipos de familias: La familia caótica, la perfecta y la familia típica. Las familias caóticas son aquellas donde los padres tienen problemas de abuso de sustancias y les prestan poca atención a sus hijos. En las familias perfectas los padres no toleran reacciones emocionales negativas de los hijos. Y en las familias típicas occidentales se privilegia el control de emociones y cogniciones (Elices, et al, 2011, p.135).

Su propuesta de tratamiento se denomina Terapia Conductual Dialéctica (en adelante TDC) para pacientes con trastorno borderline grave con un alto índice de conductas suicidas, el cual es un trastorno refractario a las psicoterapias convencionales. Implica mucho desgaste para el terapeuta por la actuación de impulsos y una elevada incidencia de conductas suicidas y parasuicidas, así como una gran dificultad con la vivencia y expresión de la ira que en el contexto psicoterapéutico se dirige hacia la figura del terapeuta.

Pero es un tratamiento integrador y se centra en el análisis de los modelos de relación y los factores inconscientes que inhiben el cambio. El sustento teórico es una mezcla de 3 disciplinas: La orientación conductual, la filosofía dialéctica y la práctica Zen.

La propuesta de Linehan tanto para comprender y tratar a pacientes desahuciados de los consultorios psicológicos, que se cronificarán y serán clientes frecuentes del hospital de salud mental, condenados a rescatarse a sí mismos, es esperanzador y de un valor incalculable, pues deja a los Terapeutas una herramienta para su tratamiento encaminado a una “alfabetización de las emociones”. La labor de escuchar, comprender, mostrar empatía, validación y elaboración de sus emociones, nombrarlas constituye la clave para la salud mental de estas personas que no saben expresar su vida emocional socialmente sin pasar del blanco al negro, sólo así podrán tener voz, de lo contrario no será distinto de la psicosis.

Adolescencia

Este apartado está dedicado a abordar la adolescencia desde una perspectiva del desarrollo evolutivo, es considerada por la mayoría de los autores como una etapa crítica, donde acontecen algunos duelos simultáneos de la transición de la niñez a la etapa adulta como dejar de ser niño, renunciar al cuidado y al afecto de los padres, el duelo por el cuerpo, mientras que en el núcleo familiar los padres atraviesan su propia crisis, la declinación de la juventud.

Otros autores sostienen que no existe tal crisis y le atribuyen a una construcción social y cultural. Es una etapa donde el ser humano es vulnerable, ya que el desarrollo neurológico no ha terminado y algunas de las funciones más importantes para el ser humano como el juicio de realidad, no están totalmente desarrolladas y está en juego la identidad personal. Aunque no es la única etapa donde el ser humano es vulnerable, pues la vejez puede ser una etapa donde la persona se encuentre con su soledad, en el ocaso de sus funciones que le permitían cierta autonomía y con ansiedad ante el futuro y ante la muerte, la jubilación, la viudez, etc.

Con un cerebro inmaduro, el adolescente se caracteriza por la impulsividad, el retraimiento, el desafío de las reglas, la búsqueda de sentido, no ha desarrollado por completo la capacidad de comunicarse y corre el riesgo de que vea en el suicidio una manera de encontrarle sentido a la vida y esto es una constante de esta etapa.

Se ha definido a la adolescencia como “la etapa de la vida durante la cual el individuo busca establecer su identidad adulta, apoyándose en las primeras relaciones objetales-parentales internalizadas y verificando la realidad que el medio social le ofrece mediante el uso de los elementos biofísicos en desarrollo a su disposición y que a su vez tienden a la estabilidad de la personalidad en un plano genital, lo que solo es posible si se hace el duelo por la identidad infantil” (Aberastury y Knobel, 1998, p. 39- 40).

Con un cuerpo que experimenta cambios físicos, una inteligencia que alcanza un desarrollo pleno y un psiquismo en maduración, así como la consolidación de la genitalidad el adolescente emprende el camino a la adultez. Pero a la mirada de los demás, el adolescente se caracteriza por la búsqueda de sí mismo y de la identidad en la inclinación y adherencia grupal, el pensamiento y la inteligencia en evolución que se expresa en una necesidad de intelectualizar y fantasear, en desafiar las normas morales y posturas religiosas, desubicación temporal en donde el pensamiento adquiere las características del pensamiento primario, una evolución sexual que transita del autoerotismo hasta la heterosexualidad adulta; una actitud social reivindicatoria con actitud desafiante. Manifestaciones conductuales fluctuantes y contradictorias, dominadas por la acción. El humor y el estado de ánimo matizados por constantes cambios (Aberastury y Knobel, 1998, p. 44)

Ante estas características que exhibe el adolescente es difícil no pensar en cierto grado de psicopatología, sin embargo, aunque la inestabilidad sea la constante, la personalidad es una dimensión dinámica, lo anormal sería que nada de esto ocurriera. Sin embargo, si el adolescente viene arrastrando de la niñez un trastorno oposicionista desafiante, un trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad, ansiedad de separación, acoso escolar, depresión o trastornos de la alimentación que los padres no han atendido, el riesgo de suicidio crece diez veces más que la población en general.

La base del éxito escolar es creada en el hogar y el éxito en la vida es la relación armónica entre la familia, la escuela y la sociedad. Sin embargo, en la sociedad actual es una sociedad de apariencia, de likes, de filtros, donde se privilegia el tener por encima del ser. Los padres son los responsables de generar seguridad y confianza en los hijos. El amor entre los padres e hijos es fundamental para edificar sólidamente los valores para su vida. A partir de la confianza básica se establece la autoestima, la autoimagen, el autoconcepto que será la configuración de un adulto

maduro y feliz. La adversidad en la vida temprana definida como negligencia en los cuidados, abuso físico o sexual durante la niñez está fuertemente asociado con el comportamiento suicida más adelante en la vida (Turecki, et al, 2019, p. 5)

Pero no siempre se puede, las múltiples ocupaciones de los padres y las herramientas tecnológicas que ofrecen entretenimiento al alcance de una tecla lo impiden y poco a poco se ha normalizado no dar importancia a pasar tiempo con los hijos, a enseñar a mostrar sus emociones, sentimientos, a construir el pensamiento abstracto, el mundo de la espiritualidad, a mostrarles el camino hacia la intimidad entre las personas que posteriormente será la cuna del aprendizaje de las principales habilidades para la vida: el arte de la socialización.

A continuación, se describen los factores de riesgo para la población adolescente.

Principales cuadros psicopatológicos relacionados con la conducta suicida en población adolescente:

Los diagnósticos psiquiátricos más comunes en personas que mueren por suicidio son trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar, trastornos por consumo de sustancias y esquizofrenia. El uso o abuso de sustancias se encuentra en una gran proporción de personas que fallecieron por suicidio 89,275, con abuso de alcohol hasta en un 40% y consumo de sustancias ilícitas hasta en un 25%. En individuos que mueren por suicidio, aquellos con múltiples factores predisponentes (Turecki; et al; 2019, p. 7).

Principales factores de riesgo: Son aquellos que provocan estados emocionales que incrementan la motivación al suicidio. Son eventos que desalientan u obstaculizan el uso de estrategias de afrontamiento alternativo. De acuerdo a Turecki, se dividen en inmediatos y proximales (también conocidos como precipitantes) y están asociados a la conducta suicida principalmente ciertos rasgos de personalidad, el perfeccionismo, la ansiedad y rasgos impulsivo-agresivos que se asocian con trastornos externalizantes como el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, personalidad límite, trastorno negativista desafiante; síntomas como disforia, agresividad y hostilidad en niños, así como una personalidad de altos niveles de ejecución y perfeccionismo en adolescentes (2019, p. 7).

En el contexto familiar se pueden heredar rasgos de comportamiento como el poco control de impulsos tanto por genética como por experiencias vividas. El perfeccionismo, la

sensibilidad al rechazo social, el fracaso, la trampa y la baja autoestima, la disminución de la capacidad de resolución de problemas, déficits cognitivos, el deterioro de la memoria y la disminución del pensamiento futuro positivo también se asocian a este comportamiento (Turecki et al 2019, p. 7).

Algunos factores clínicos que pueden influir en la transición de la ideación suicida al intento de suicidio incluyen la ansiedad, trastornos del control de los impulsos, trastorno de estrés postraumático, trastornos alimentarios, autolesiones previas, exposición a comportamiento suicida en otros, y abuso o dependencia de alcohol y drogas (Turecki et al 2019, p. 7)

Factores desencadenantes

Acontecimientos vitales estresantes

Crisis con los padres

Factores psicológicos personales

Conflictos familiares

Problemas con el grupo de pares o iguales

Dificultades escolares

Señales de alarma

Hablar frecuentemente de la muerte, de morir o de suicidarse

Comentarios de desesperanza, catástrofe o sinsentido de vida y escribir notas de despedida

Expresar no tener razón o propósito para vivir

Incremento en el consumo de alcohol o drogas

Sin actividad o en actividades riesgosas

Cambios dramáticos del estado de ánimo

Pensamiento de ser lastimado o traicionado por otros (Sotoca, et al, 2018, p. 42)

Factores protectores:

Objeción moral

Deseo de ayuda

Flexibilidad cognitiva

No acceso a medios letales

Niños y/o mascotas en casa

Relación terapéutica positiva

Calidad de apoyo familiar y social

Mecanismos de afrontamiento

Habilidades para la resolución de problemas

Integración social/ habilidades sociales

Adopción de valores culturales y tradicionales

Tratamiento integral de la enfermedad física/mental

Aunados a estos factores, se pueden mencionar los que plantea Sotoca C. (2018). (p 11), los cuales hacer referencia a:

Cohesión familiar y con el grupo de iguales, estas son conexiones interpersonales fuertes, con individuos, familia y comunidad, instituciones.

Favorecer el uso adecuado y respetuoso de los medios electrónicos.

Habilidades de resolución de problemas, manejo de conflictos y estrategias de afrontamiento.

Actitudes y valores positivos frente al suicidio

Habilidad para estructurar razones para vivir

Nivel educativo y experiencia escolar positiva

Locus de control interno

Autoestima que permita un sentimiento satisfactorio de sí mismo

Inteligencia

Resiliencia

Sistema de apoyo y recursos

Deseo de ayuda y búsqueda de ayuda profesional

Flexibilidad cognitiva

No acceso a medios letales

Niños y/o mascotas en casa

Calidad de apoyo familiar y social

Mecanismos de afrontamiento

Integración social/ habilidades sociales

Adopción de valores culturales y tradicionales

Tratamiento integral de la enfermedad física/mental (Sotoca, et al, 2018, p. 20)

En las dinámicas familiares se crean distintas maneras de vincularse, a continuación, se describen los factores de riesgo y protectores en el ámbito familiar, del acoso, de antecedentes familiares, de la orientación sexual, el control de impulsos, solución de problemas y la toma de decisiones.

Al interior de la familia los factores de riesgo aumentan al existir violencia, el confinamiento, las clases virtuales, la falta de apoyo social, la ruptura de la rutina. Un niño o adolescente que no siente una familia conectada, o el apoyo de un adulto importante en su vida, así como de sus amistades puede aislarse tanto que el suicidio le puede parecer la única salida a su problema.

Por otra parte, pertenecer a una familia con niveles altos de cohesión, con estilos de crianza más afectuosos aumenta las conductas pro-sociales en los niños y adolescentes. Están más al pendiente de cualquier signo de alejamiento, o ante la expresión de que nadie lo quiere,

cuando se pone más triste, más introvertido, más irritable, ansioso, cansado o apático, o ante cambios como que las cosas que antes le parecían divertidas ya no lo son, deja de jugar, o presenta alteraciones en los hábitos de sueño o alimenticios. Aquí las familias refrendan el amor y la preocupación, así como la compañía y de no haber respuesta positiva no dudan en recurrir a un especialista.

En lo referente a los antecedentes heredofamiliares cuando existe una pérdida reciente que puede incluir la muerte de un miembro importante de la familia, un amigo o una mascota, el divorcio de los padres, la pérdida del empleo o la casa. Los niños pueden sentir que la separación o divorcio de sus padres, o el adolescente ante una ruptura de la relación de noviazgo se vive como una profunda pérdida. Pero si existe un vínculo sólido con los hijos, el riesgo se reduce. Mientras más fuertes son las conexiones que los niños tienen con sus padres, con sus amigos y con las personas de su comunidad y en la escuela, tienen menor probabilidad de hacerse daño a ellos mismos.

Por otro lado, ser víctima de acoso es un factor de riesgo importante, aunque también los niños acosadores pueden tener un mayor riesgo de comportamiento suicida.

Diversos autores mencionan que tener en el historial personal y familiar intentos de suicidio previos, aumenta el riesgo para otro intento. Así como también un historial de violencia doméstica, abuso o negligencia infantil.

Capítulo 4. Metodología

Se eligió un enfoque de tipo cualitativo con una perspectiva fenomenológica lo que de acuerdo con Hito y Vargas (2005, p.15) “es un proceso de investigación comprensivo basado en tradiciones metodológicas distintas que exploran un problema social y humano donde el investigador hace descripciones de manera compleja y holística, analiza palabras, reporta detalladamente la información recabada y lleva a cabo su investigación en un escenario natural”.

Considerando que para conocer la complejidad del fenómeno del suicidio es necesario una atmósfera comprensiva, atenta y respetuosa como la que ofrece la psicoterapia para conocer y dimensionar la información obtenida a través de los recursos que ésta tiene, como el análisis del lenguaje verbal donde se expresan las vivencias, el tono emocional, el corporal y la

transferencia que develarán la información necesaria, lo observable. Permite explorar estratos profundos de la personalidad por medio de la interacción empática y de las pruebas psicológicas que exploran el inconsciente y junto con la conducta observable poder enlazarlo con la experiencia subjetiva para conocer a los participantes de una manera más profunda.

4.1 Método

El método de investigación elegido es el estudio de caso de orientación fenomenológico-psicológico en el que se explora un suceso a través del tiempo mediante una recolección de información detallada y a profundidad que incluya diversas fuentes. Es fenomenológico-psicológico porque busca conocer la experiencia vivida por la persona con base en su manera de entender un fenómeno determinado, donde se enfatiza la intencionalidad y consciencia de los individuos en el cual se busca la esencia de esta experiencia (Hito y Vargas, 2005, pp. 18 -19). Y porque es un modo de acceder a la vida psíquica enferma como totalidad complejísima que como tal se expresa de muy diferentes maneras (Figueroa, 2008, p. 225).

4.2 Instrumentos

Se eligió el modelo psicoterapéutico psicodinámico apoyado con algunas herramientas de corte sistémico por considerar que no se contraponen con el método de investigación elegido, por los instrumentos para psicodiagnóstico y porque a través del enfoque sistémico se aborda a la familia pues el suicidio es un fenómeno multifactorial. Además de que se considera como bien lo plantea Stanton (1990) que la adicción a las drogas es parte de un proceso cíclico del sistema familiar que involucra a tres o más personas, comúnmente el consumidor y sus dos padres de origen o sustitutos.

Se realizó la aplicación de una batería de pruebas, así como intervenciones específicas de corte sistémico con la madre de la paciente objeto de la intervención, en donde se hace el planteamiento de una reestructuración familiar, aunada a la psicoeducación sobre prácticas de crianza positiva que ayuden a comprender la problemática del paciente y de la etapa de la adolescencia.

Las técnicas que se aplicaron so la escucha, la observación, la interpretación y el análisis transferencial.

Por medio de las cuales se pudo establecer una atmósfera de confianza, respeto y de escucha.

4.3 Participantes

Se eligieron por conveniencia y son los que están a la mano (Hito y Vargas, 2005, p. 47), pues acuden a solicitar el servicio de psicoterapia al HSM. Se eligieron un máximo de 3 pacientes de entre 11 y 17 años correspondiente a la adolescencia que es el grupo que se pretende estudiar; con un cuadro depresivo que haya cursado con intento de suicidio y que muestre apego al tratamiento farmacológico y psicoterapéutico. Las participantes acuden al servicio de Psicología externa del Hospital de Salud Mental, a su vez fueron canalizados por el servicio de Paidopsiquiatría de la misma institución.

Sin embargo, conforme pasaron las semanas, sólo quedó una paciente, las demás no continuaron la psicoterapia, una de ellas sus padres sólo la llevaron a psicoterapia dos veces y posterior a ello la paciente fue hospitalizada por intento de suicidio. La segunda participante también abandonó el tratamiento después del suicidio del padre biológico. La única paciente participante que permaneció más tiempo abandonó el tratamiento psicoterapéutico por falta de recursos económicos para poner saldo. Ninguna concluyó el tratamiento.

Inicialmente se buscaron usuarios del Hospital municipal del niño, de la niña y del adolescente, por la contingencia sanitaria por covid-19, pero con el paso de los meses no se presentaron casos con los criterios requeridos y se descartó el lugar, se decidió trabajar con pacientes que acudieran al Hospital de Salud Mental.

4.3.1. Criterios de inclusión

En un principio se planteó llevar a cabo el estudio con pacientes que estuvieran en un rango de edad de entre 11 y 17 años y que hubieran tenido un intento de suicidio.

Que tuvieran diagnóstico de trastorno depresivo, distimia, bipolar, de ansiedad y otras comorbilidades como consumo de drogas o algún trastorno de la personalidad por ser los cuadros clínicos donde se presentan los intentos de suicidio.

Autorización firmada por los padres o tutores.

Con acceso a una plataforma virtual.

4.3.2. Criterios de Exclusión

No tener la edad requerida.

No presentar un intento de suicidio.

No tener la autorización firmada por padres o tutores.

Aquellos cuya sintomatología provenga de una causa de tipo orgánico y del neurodesarrollo.

4.4. Plan de registro y análisis de datos.

La vivencia humana del sufrimiento que causa un fenómeno tan complejo como es el suicidio no deja de ser un fenómeno subjetivo que no se puede cuantificar, sino percibir su intensidad a partir de la narración de quien la vive, donde el receptor deberá utilizar los sentidos para percibirla, la Psicología tiene sus propios recursos que a continuación se describen:

- a) Se realizó la entrevista clínica con la paciente, ya que es un recurso al servicio de la psicoterapia, aunque no es exclusiva. En cada sesión la paciente narra su historia de vida y permite conocer cómo elabora las vivencias, sus patrones de comportamiento, la forma de relacionarse, de percibir el mundo, sus principales conflictos y las maniobras que realiza para resolverlos, sus anhelos, el control de impulsos, juicio de realidad, pensamientos, mecanismos de defensa, etc. Es por medio de la narración de la propia paciente, del lenguaje no verbal, el tono afectivo, la gestualidad, como el terapeuta investigador percibe su mundo.

La entrevista inicial tiene dos funciones principales: primero establecer el rapport y el segundo recabar información de la paciente, para ello se realizan preguntas abiertas y cerradas encaminadas a dar respuesta a los siguientes puntos: explorar el motivo de consulta, los antecedentes de la problemática, la temporalidad, realizar un examen del funcionamiento mental, explorar el patrón de sueño, de alimentación, los hábitos cotidianos, control de impulsos, las relaciones familiares, desempeño escolar, relaciones interpersonales, relación con sus pares, historia psicosexual.

- b) Se realizó una evaluación psicológica con fines diagnósticos que consiste en la aplicación de test proyectivos gráficos que revelarán estratos profundos de la personalidad en corto tiempo que de otra manera sólo se conocerían después de algunos meses de psicoterapia. Los test seleccionados se aplican en un breve periodo de tiempo (una sesión de 1 hora) y revelan información inconsciente que el paciente no conoce de sí mismo.
- c) Se llevó a cabo una entrevista familiar para complementar la historia de la paciente con datos sobre su desarrollo pre, peri y posnatal, crianza, desarrollo psico-biológico, escolar, social hasta el momento actual y aspectos del sistema familiar como las jerarquías, reglas, límites, comunicación, relación entre cónyuges, entre los hermanos, los antecedentes heredofamiliares de enfermedad mental, violencia, adicciones, estrato social y laboral además de la elaboración del familiograma. Así como algunas sesiones de psicoeducación.
- d) El proceso psicoterapéutico en sí mismo en el que se escucha, analiza, indaga, confronta, acompaña, valida y comprende al paciente en una atmósfera de confianza y respeto. Con todo ello se elabora un plan de intervención. El resumen de cada sesión se registró en el expediente clínico.

4.5. Plan de intervención

Se le propuso a la paciente con las características concordantes a los criterios de inclusión de manera verbal participar en la investigación y aceptó, acudió al servicio de Paidopsiquiatría derivada a psicoterapia en el Hospital de Salud Mental “Dr. Miguel Vallebuena”. Se eligió este lugar por estar accesible en el tiempo de la contingencia sanitaria por covid-19.

El proceso de intervención psicoterapéutica se inició con una entrevista individual y familiar virtual, se dio cita una vez por semana en un día y horario acordado, debido a la contingencia sanitaria por covid-19, se ofreció la atención virtual 3 veces al mes y una vez de manera presencial y se dio cita a la madre una vez al mes para revisar el avance en las metas terapéuticas. Se realizó una nota por cada sesión en el expediente clínico. La aplicación de pruebas psicológicas se realizó un mes después del inicio de la psicoterapia por la contingencia sanitaria.

En el expediente clínico se registraron las fechas de las sesiones, un breve resumen del lugar físico de la sesión, el habitus exterior de la paciente, la conversación, las inflexiones de la voz, los gestos, movimientos, el estado anímico, eventos poco usuales como llanto, sorpresa, expresiones verbales. En la segunda cita presencial se realizó la aplicación de los test proyectivos gráficos (ver en anexos tabla 3) como parte del proceso de evaluación psicológica con fines diagnósticos. Enseguida se muestra el estudio de caso que de acuerdo a Creswell (1998) citado en Hito y Vargas 2005 p 23, se explora un sistema a través del tiempo mediante una información detallada y a profundidad que incluye diversas fuentes. Los procedimientos cualitativos proveen de medios para acceder a hechos incuantificables de las personas estudiadas como es la observación, la entrevista, el proceso diagnóstico por medio de test psicológicos y el expediente clínico.

A continuación, se presenta un resumen de la historia clínica de la paciente participante donde se puede analizar sus datos generales, el motivo de consulta, las metas terapéuticas, el proceso de psicodiagnóstico, y su evolución. El expediente clínico es un instrumento válido porque contiene de manera cronológica todos aquellos procedimientos realizados con la paciente por los especialistas de la institución de salud mental a la cual acude a recibir un servicio.

Historia clínica

Nombre: Samantha

Edad: 11 años

Fecha de nacimiento: 03 de marzo de 2009

Escolaridad: 6to grado de primaria

Originaria y residente de la ciudad de Durango.

Motivo de Consulta:

Paciente enviada del servicio de Paidopsiquiatría por su especialista tratante a psicoterapia por presentar depresión, ansiedad, tics nerviosos, sudoración y temblor de manos

desde noviembre del 2020: “antes me pellizcaba, ya no” sic paciente. Expresa que cuando experimenta enojo, para calmarse recurre a hacerse cortes, a destrozarse cosas y a golpearse.

Portadora de un cuadro depresivo y con otra comorbilidad como ansiedad, manifestada con tics motores. Viste ropa en adecuadas condiciones de higiene y aliño y acorde a su edad, el cabello lo lleva por lo general recogido, su peso y estatura corresponden a la edad cronológica referida, porta cubre bocas, manteniendo la sana distancia en todo momento, mientras que en las sesiones virtuales lo lleva suelto y viste de color negro, no se aprecian alteraciones en la sensorio-percepción, con dificultades para expresarse verbalmente.

Padecimiento actual:

Pertenece a una familia nuclear, ambos padres trabajan, el padre es consumidor de drogas desde que era adolescente, recientemente se le internó en un centro de rehabilitación para adictos donde permanece hasta la fecha. La madre trabaja y los hijos se quedan en casa o en casa de los abuelos maternos quienes se encargan de su manutención y cuidados, los menores asisten a la escuela y el mayor al trabajo. Recientemente la madre ha aprendido a buscar una solución a la problemática de consumo de drogas de su cónyuge apoyándose en la familia de origen de su esposo quien estuvo de acuerdo en su internamiento y ha pagado los gastos correspondientes. La madre buscó ayuda psicoterapéutica y psiquiátrica para ella y para la paciente, aunque sólo la paciente se ha adherido. Pues por motivos laborales la madre abandonó su proceso psicoterapéutico, sólo se le ha proporcionado psicoeducación en sesiones virtuales, pero en momentos de crisis solicita el apoyo emocional por teléfono para poder estructurarse y contener a sus hijos.

La paciente inició a los 09 años de edad con temblor fino en manos, ansiedad libre, angustia posterior a saber sobre consumo de cannabis por parte de su padre” Me preocupa que consuma marihuana, eso está mal” sic paciente. Síntomas que persisten al día de hoy. La paciente refiere miedo al hablar en clase “me da miedo equivocarme o que se me queden viendo” sic paciente, pobre relación de pares, aislamiento social manteniéndose al día de hoy. Hace tres meses inició con movimientos involuntarios en región posterior de cuello que se desencadenan ante estrés emocional, persistiendo hasta el día de hoy.

Desde hace un mes a decir de la paciente con somnolencia diurna, cefaleas, tensión muscular, aumento en movimiento involuntario del cuello posterior, con lesiones autoinfligidas como medidas ansiolíticas. Motivo por el cual acude el día de hoy acompañada de su madre a ésta unidad.

Historia del problema:

Vive en un hogar disfuncional, el padre es consumidor de drogas crónico. Sin embargo, el consumo ha aumentado, actualmente se droga a diario y todo el día. Vende droga para seguir consumiendo y hace tres meses los distribuidores de droga lo fueron a buscar a su casa, tumbaron la puerta de su casa y se metieron a buscarlo por el dinero de las ventas. Por ello los padres decidieron llevar a la paciente y a su hermano a casa de la abuela materna. Posteriormente para tratar las adicciones del padre su esposa y papás acordaron ingresarlo a un centro de rehabilitación de manera involuntaria por sentir que lo necesita urgentemente.

Antecedentes de importancia:

[Los padres se casaron a los 17 años, han sido su única pareja. La vida conyugal fue muy desafortunada, con constantes pleitos a causa del alcoholismo de él, la pobreza, el abuso sexual, físico y emocional hacia la esposa que terminó en separación por algunas semanas, pero siempre volvían. Esto fue la constante todos los años que llevan de matrimonio, la madre refiere que ambos sufrieron violencia familiar en sus respectivos hogares y que esto propició que se casaran tan jóvenes “pensé que iba a ser la salvación pero fue peor” sic madre de la paciente.

Esto propició una cercanía y alianza entre la madre e hija que permanece hasta la fecha. Hace 2 años empezó con sintomatología motora (tics) y se fue agregando la ansiedad, aislamiento y el bajo rendimiento académico, posteriormente las ideas de muerte y desadaptación social.

Recientemente el consumo del padre fue mayor a tal punto de no poder parar ni un día, por tal razón los padres de él, uno de sus hermanos y la esposa acordaron su internamiento involuntario en un centro de rehabilitación para adicciones. Refiere que la paciente se alteró y hubo un aumento en los tics, rabia y retraimiento. La madre refiere “Yo me veo reflejada en ella, lo que yo hubiera querido ser de niña, quiero darle lo que no me dieron a mí: libertad y confianza” sic madre.

Evolución:

La paciente comenta que el internamiento de su padre fue muy dramático e impactante para ella, pues fue testigo presencial, experimentó sentimientos de culpabilidad por no oponerse a pesar de que les pedía a gritos otra oportunidad. La mayor parte de la sesión se emplea en explicar que, aunque fue una decisión sumamente difícil le ha salvado la vida. Menciona que desea consumir drogas para experimentar lo que se siente, como una manera de comprender el consumo de su padre. Durante la siguiente sesión la paciente comenta que fueron a visitar a su padre, y que esta vez ella se pudo dar cuenta de que manipula y miente con tal de salir del anexo para volver al consumo.

Cita de seguimiento en Paidopsiquiatría: Examen mental 18 de marzo de 2021.

Femenino de edad aparente similar a la cronológica, con adecuada higiene y aliño personal, actitud poco cooperadora por timidez, alerta, hace contacto visual con entrevistador. Orientada en tiempo, lugar, y parcialmente en circunstancia. Ánimo “bien”, afecto hipertímico displacentero, talante ansioso y triste. Psicomotricidad permanece en su asiento, con temblor fino de extremidades superiores, lenguaje prosódico con bajo tono de voz, adecuada velocidad. Juicio dentro del marco de la realidad. Pensamiento lógico, coherente, incongruente sin ideas de muerte presentes en este momento, no presenta ideas delirantes, sin alteraciones sensorio-perceptivas en este momento. Funciones mentales conservadas. Parcial proyección a futuro y parcial consciencia de enfermedad.

- I. DX. Trastorno depresivo recurrente episodio actual moderado con síntomas ansiosos F33.1 a descartar un trastorno de ansiedad generalizado F41.0
- II. Plan terapéutico: Escitalopram 20 mg tab 1-0-0 gradual.
- III. Inicio de psicoterapia
- IV. Cita a Paidopsiquiatría para seguimiento.
- V. Cita abierta a Urgencias.

Cita de seguimiento en Paidopsiquiatría del 30 de abril del 2021:

La paciente acude a su consulta y refiere buen apego al tratamiento farmacológico, con buen sueño y apetito, relata mejoría en la sintomatología ansiosa, aunque comenta que persisten

movimientos estereotipados repetitivos consistentes en cabeceo y movimientos de la mano, comenta que estos se presentan de predominio en la tarde, a la hora de la comida.

Examen mental del 30 de abril del 2021:

Femenino de edad aparente igual a la cronológica, se presenta con buena higiene y aliño, vestimenta acorde a la circunstancia predominantemente negra, cooperadora, aunque actitud tímida, orientada globalmente, discurso de tono y volumen bajo, ánimo bien, afecto eutímico, pensamiento de origen lógico, niega fantasías de muerte o sentimientos de minusvalía, juicio dentro del marco de la realidad, parcial proyección. Continúa mismo manejo farmacológico y seguimiento por Paidopsiquiatría.

4.5.1 Diagnóstico

Los tópicos de mayor interés para revisar en esta fase fueron el nivel de estructuración de la personalidad, los conflictos principales para determinar aquellos factores que potencializan la conducta suicida. Las relaciones interpersonales, autoestima, el control de impulsos, fortaleza yoica, elementos para determinar si existe un trastorno de personalidad y las áreas libres de conflicto. Se aplicaron los test psicológicos, se llevó a cabo la revisión y la integración de los resultados de las pruebas (ver anexos). A continuación, se presentan los resultados de la evaluación psicológica.

Evaluación psicológica:

Se inicia la aplicación de una batería de pruebas que incluyen:

Test Gestáltico Visomotor de L. Bender con la interpretación de Kopitzz

Test de la figura Humana de Kopitzz

Test casa- árbol- persona de E. Hammer

Dibujo de la figura bajo la lluvia de M. Querol

Dibujo de la familia de L. Cormann.

Integración de las pruebas:

Los resultados de las pruebas revelan una estructura de personalidad limítrofe con un nivel organizacional bajo, con rasgos obsesivos muy marcados, el control emocional es de tipo obsesivo compulsivo y puede ser que se exprese con regresión e intelectualización exagerada, así como anulación. Solo se encontraron 2 indicadores emocionales en el área visomotora, lo que sugiere que su problemática está relacionada primariamente con sus experiencias sociales y emocionales.

Se observa un cuadro depresivo con características ansiosas, en sus dibujos predominan las figuras pequeñas, sin rasgos faciales lo que indica sentimientos de inadecuación, un Yo inhibido, un sentimiento de extrema inseguridad, retraimiento, timidez, puede estar expresando un sentimiento de inmovilidad e indefensión, lo que puede derivar estados ansiosos.

Los dibujos que además de ser pequeños los dibuja sin manos ni pies significa un sentido general de inseguridad y desvalimiento, la sensación se parece a la frase “no tener pies con que pararse”, una incapacidad de progresar, avanzar con aplomo en la vida. Refleja sentimientos de angustia, inseguridad y retraimiento, inclusive resistencia pasiva. También revela o la incapacidad o su rechazo a comunicarse con los demás, hay un alto monto de miedo, angustia, perfeccionismo y preocupación por sus relaciones con el ambiente.

Muestra un escaso interés social, una reticencia a establecer contacto con el ambiente, un alejamiento del intercambio interpersonal no puede o no quiere comunicarse con los demás. Existe un correlato conductual de timidez y temor, pues parece que las relaciones con los demás han sido dolorosas y no desea probar nuevamente, esto se expresa a través del dibujo de la puerta de la casa pequeña. Se aísla. Sus dibujos en el sector inferior y en el lado izquierdo que corresponde a los instintos primordiales de conservación de la vida, región electiva de los cansados, los deprimidos y regresivos.

Se presentan rasgos de personalidad apegados a lo concreto, fuerte tendencia instintiva, falta de imaginación que frena su crecimiento espiritual y psíquico. Se observa la utilización de mecanismos de defensa más regresivos como la tendencia a negar sus problemas, a no poder hacer frente a la realidad y preferir escapar a la fantasía o la utilización de la inhibición.

Se percibe un yo frágil, transmite una sensación de aplastamiento, desvalorización, encierro o incomodidad, inseguridades, temores y una inadecuada percepción de sí misma.

Retraimiento, sentimiento de inferioridad y dependencia. Sus dibujos corresponden a los de una persona que transmite sencillez, introversión, humildad, falta de vitalidad, economía, ahorro, avaricia. Se siente insegura, inestable y en un estado de depresión anímica, como se puede observar en la ausencia de detalles en las figuras.

Su autoconcepto es pobre, tiende a autodevaluarse, esto se observa en sus dibujos incompletos y en el sombreado de ciertas partes de los dibujos, lo que revela ansiedad por el cuerpo en este caso el cabello que se relaciona con la sexualidad y con el contenido de los pensamientos y la necesidad de controlarlos.

El control de impulsos se caracteriza por la ausencia de agresividad manifiesta, una resistencia pasiva, tendencia a la somatización y a la rigidez, se percibe como una persona encerrada y protegida del mundo, despersonalizada. Se siente amenazada por el entorno. No adaptada, no tiene libertad para actuar. En los adolescentes es frecuente la rigidez por temor a desorganizarse y por temor a insertarse en el mundo de los adultos; esto se puede observar por medio de la ejecución demasiado perfecta en sus dibujos.

La capacidad de juicio de realidad está conservada, sin embargo, hay una tendencia al aumento de la fantasía expresada al dibujar el techo de la casa que sobrepasa las paredes. Por el emplazamiento en la parte inferior donde colocó los dibujos en el papel indica que puede haber una pérdida de contacto con la realidad y una sensación de hundimiento y que esta falla puede deberse a depresión, enfermedad física, dependencias y adicciones.

Se observa la identificación con la figura materna al dibujarla primero (está comprando discos, también en la encuesta es la más buena y la que recibe más amor) y valorada de este modo es objeto ya de admiración, de identificación o de ambas. Se observan conflictos de rivalidad fraterna en la eliminación de la figura del hermano menor y su hermano que es 5 años mayor que ella muy probablemente por la cercanía y convivencia con el padre, pues ella mantiene una relación distante con él.

Del conflicto edípico y su resolución se observa que el apego que muestra a la madre es conservador y regresivo, el apego al padre en cambio, es progresivo, en tanto que el padre representa en la familia el elemento dinámico que obliga a avanzar, progresar.

La agresividad derivada de los conflictos de la rivalidad fraterna se encuentra inhibida por intensas censuras de los padres. Suele utilizar reacciones agresivas indirectas. Tal es el caso de la desvalorización y/o eliminación del rival, que le representan el lugar privilegiado que tienen de disfrutar la ternura de los padres y es propio de los yo inmaduros que se rigen por el principio del placer. Los hijos mayores pueden sufrir al verse desposeídos de sus privilegios por quienes nacieron después. Pero si siente hacia sus hermanos agresividad y deseos de hacerlos desaparecer, se halla atrapada en una situación sin salida.

La niña es atraída por el padre, pero para ella la situación afectiva es muy complicada pues su objeto de amor cambia. Como no se ha resuelto el Edipo y los sentimientos son tan intensos que suscitan en ella una angustia muy viva, contra la cual actúa la defensa del Yo. El conflicto edípico no es ya exterior entre ella y los padres, es interno y enfrenta la tendencia y la represión. El Yo quiere impedir ser arrastrado por las tendencias peligrosas que podrían poner en peligro la personalidad y lo consigue por la represión. Lo reprimido no es inofensivo, subsiste en el inconsciente. Entonces el Yo desarrolla en lo inconsciente los sentimientos contrarios a las tendencias reprimidas.

Puede ocurrir que la personalidad entera sea marcada por el ello y se pierda la espontaneidad viva de los primeros sentimientos, la cual es reemplazada por una vida aparentemente normal pero ficticia, sin calor humano. Puede resultar una inhibición del dinamismo vital en su totalidad. Las tendencias amorosas y las agresivas del conflicto edípico son igualmente vedadas, y las formaciones reaccionales dominan el carácter, donde todo queda sometido al orden, la regla y a la jerarquía oficial de las edades y los valores.

La identificación con el padre del mismo sexo no ocurre, pues la identificación está vedada. Y el amor hacia el padre del sexo opuesto es reemplazado por indiferencia y hasta hostilidad, pero esto es un complejo de Edipo a la inversa gracias a la formación reactiva del yo.

Esto la conducirá a una situación de ambivalencia en la que vacila entre sentimientos opuestos (esto permanece en el inconsciente). Y resultará una personalidad compleja pero dividida, cuyo dinamismo es difícil de comprender.

Por lo anterior se concluye con una impresión diagnóstica de un trastorno depresivo episodio actual moderado y tics motores sobre una base estructural limítrofe.

Escenario: A continuación, se describe brevemente el contexto en el que se prestó el servicio a la paciente, así como su entorno familiar y social.

Se atiende a la paciente en un Hospital del sector salud, de tercer nivel que se especializa en el tratamiento de las enfermedades mentales en Durango, específicamente en un consultorio de Psicología Externa donde se le proporciona una consulta presencial al mes en el turno matutino a las 12:00 pm, el horario cambió en la segunda cita, quedando a las 13:30 horas por la disponibilidad de consultorio y 3 citas virtuales desde la casa de la psicoterapeuta investigadora debido a la contingencia sanitaria y a que no cuentan con recursos para el traslado al hospital.

Microescenario:

La intervención psicoterapéutica presencial como ya se mencionó, se llevó a cabo en las instalaciones del Hospital de Salud Mental (HSM) específicamente en los consultorios que corresponden al área de psicología externa. Es una institución que pertenece a la Secretaría de Salud y se considera de tercer nivel, es decir, una institución de alta especialidad que ofrece los servicios de atención a las enfermedades mentales en la modalidad de atención ambulatoria e internamiento, así como urgencias psiquiátricas. Los horarios de atención se acuerdan entre la paciente y psicoterapeuta, así como la disponibilidad de consultorios, es decir hasta que termina el turno matutino. Y en la modalidad virtual las sesiones son por la tarde después del horario de clases virtuales.

El Hospital atiende población de todo el Estado por lo que se le considera un Hospital Regional, ya que proporciona atención a pacientes que provienen de Estados vecinos como Zacatecas, Coahuila, Chihuahua y Sinaloa. Posee una infraestructura amplia, con disponibilidad de 45 camas para población masculina y 45 camas para mujeres, además de albergar aproximadamente 27 pacientes que pertenecen a población asilada que vive de manera permanente por abandono de su familia y su manutención depende del Estado. También se cuenta con un área para pacientes detenidos por delitos diversos pero que padecen una enfermedad mental siendo un total de 8 pacientes en la actualidad.

Macroescenario

Durango es uno de los 31 estados que junto con la Cd. de México forman la República Mexicana. Ubicado en la región noroeste del país, limitando al norte con Chihuahua, al noreste con Coahuila, al sureste con Zacatecas, al sur con Nayarit y al oeste con Sinaloa. Con 123,364 km. Se divide en 39 municipios, su capital es la ciudad homónima Durango, aunque su nombre oficial es Victoria de Durango en honor al primer presidente de México Guadalupe Victoria quien fue originario de este estado. La capital recibió su nombre de Francisco de Ibarra conquistador español procedente de la población de Éibar.

Su población asciende a 1,832, 650 habitantes de acuerdo a cifras del INEGI (2020), representa el 1.5 por ciento de la población nacional que es de 126 millones 014 mil 024 habitantes, de los cuales 890,149 son hombres y 942,501 son mujeres, ocupando así la posición 25 de entre las 32 entidades federales. Además del español se habla el tepehuano y el náhuatl. Las actividades productivas principales son la agricultura, ganadería, minería, pesca y forestal.

Durango aporta un promedio de 1.2% al producto interno bruto (PIB) de México. Y las actividades terciarias generan el 55% del capital en el estado. Tiene el 4.1% de nivel de desempleo, arriba del promedio del resto de México con el 3.4%.

Cuenta con 9 Universidades privadas y 5 públicas. La ciudad capital cuenta con una población total de 688,697 habitantes. La pirámide de población del año 2019 ha cambiado, lo que quiere decir que la población de niños disminuyó y la de adolescentes y adultos aumentó.

Está clasificado en la zona del país con menor ingreso. Durango registra que de los 1'832,650 habitantes tienen ingresos de hasta dos salarios mínimos, lo que significa que el 50.1% de la población vive en condiciones de pobreza extrema.

El consumo de alcohol diario y de manera consuetudinaria está en un porcentaje más alto en los varones entre los 12 a los 65 años que las mujeres en el mismo rango de edad, encontrándose por debajo de la media nacional. En la población adolescente entre los 12 y 17 años, corresponde el 4.4 en hombres y 3.9 a las mujeres.

El consumo de drogas alguna vez en la vida en población de 12 a 65 años es de la siguiente manera: el consumo de mariguana en hombres corresponde al 12.2% y en mujeres al

3.6%, cifras por debajo de la media nacional. En cambio, el consumo de cocaína alguna vez en la vida en el rango de edad antes citado es de un 7% en hombres y 1.5% en mujeres datos por encima de la media nacional. Los estimulantes de tipo anfetamínico están por encima de la media nacional con un 1.4% en hombres y un 0.4% en mujeres. Y la población con un mayor consumo corresponde al grupo de edad de 12 a 17 años con un 63.3% en hombres y un 71.3% en mujeres (Encuesta Nacional de consumo de drogas, alcohol y tabaco 2016-2017, pp. 21-23).

Este es el contexto del estudio de caso, enseguida se presentan el proceso realizado al tener los resultados de la evaluación psicológica y las intervenciones terapéuticas.

4.5.2 Evaluación de la intervención

En el expediente clínico se registró un resumen de cada sesión con lo más relevante, con el propósito de analizar la evolución de la paciente en el proceso psicoterapéutico y se monitoreó la curva anímica. Fueron aproximadamente entre 18 y 20 sesiones en total además de 3 sesiones familiares donde la paciente pudo hablar, pues al principio había silencios prolongados y era cuando aparecían los síntomas motores (movimiento de cabeza de ojos y cuello).

Al haber una atmósfera de respeto y empatía la paciente desarrolló mayor confianza y se notó una mejora en la fluidez verbal y pasó de tocar temas triviales hasta los temas de mayor relevancia. Al poner en palabras sus sentimientos, conflictos y emociones en una atmósfera de comprensión y atención, el estado de ánimo displacentero disminuyó, esto se confirma con su asistencia a las sesiones. Además de la fluidez verbal con la que podía expresar la problemática más profunda.

Al inicio del tratamiento los temas más frecuentes fueron los relacionados con los conflictos conyugales y la adicción del padre así como su sobreinvolucramiento en estos temas. Posteriormente empezó a hablar de sí misma, de su etapa de la adolescencia, de sus intereses, del fracaso en la adaptación relacional escolar, del bullying y de chicos.

También pudo hablar del funcionamiento psicótico que apareció en los momentos más críticos entre sus padres gracias a la relación terapéutica empática.

En la sesión mensual con la madre donde se habló de las metas del tratamiento y sus avances, ella confirmó de manera verbal que mejoró su rendimiento escolar y la incipiente habilidad para poner límites a la problemática entre los padres.

Procedimiento

Para validar la hipótesis del planteamiento del problema se compararon los resultados más relevantes de las pruebas con las huellas que deja la violencia y se encontró que algunos de sus rasgos de personalidad como las que caracterizan a las personalidades interiorizantes se parecen a las que dejan las experiencias de haber vivido violencia. Además, su estructura de personalidad es de las más vulnerables y con riesgo de psicotizarse eventualmente, aunque nadie en casa le ha tocado un pelo.

4.5.3 Intervención

En este apartado se realiza un resumen tanto de la fase diagnóstica como de la fase de intervención y los hallazgos. La depresión, la ansiedad, la violencia y el suicidio son entidades que se pueden explorar de muchas maneras y en la presente investigación se ha elegido el método fenomenológico científico que se caracteriza por demandar que el análisis se realice sobre los datos que salen de otros en lugar del investigador y para lograrlo se han de recabar las experiencias vividas en relación al fenómeno a través de reducir los juicios sobre la realidad que ésta representa y sin interpretar o buscar un significado de la esencia, se busca un significado psicológico invariante esto es la forma personal de representar la vivencia del fenómeno. (Giorgi, 2009, p. 95-102).

4.5.4 Diagnóstico

Por medio de la evaluación psicodiagnóstica se exploraron aspectos profundos de la personalidad y se pudo observar los hitos de la violencia en su desarrollo evolutivo no solo para la consolidación de la estructura limítrofe, sino para la depresión y la ansiedad. El resultado es un psiquismo frágil, con pocos recursos y un entorno familiar caótico que aunque le permitió acceder a los servicios de salud mental temporalmente, fue el curso o dinámica de la misma pobreza del sistema familiar que propició el abandono. Ha interferido su crecimiento personal al no permitir vivir y desarrollarse en las etapas evolutivas porque la dinámica familiar que se vive en casa solo permite la supervivencia de sus miembros.

A continuación, se enlistan los conflictos encontrados:

1. Se pudo determinar por medio de las pruebas y de las entrevistas que se trata de una personalidad limítrofe con un yo frágil y vulnerable lo que significa que no dispone de suficientes recursos para hacer frente a las crisis del desarrollo, familiares o escolares que propician la disregulación emocional y que puede llegar a psicotizarse, autolesionarse o a que la somatización continúe. Se observa un fracaso en la consolidación del sentido de pertenencia y de adaptación social.
2. Hay un cuadro depresivo-ansioso que ha requerido medicación y psicoterapia.
3. No se ha dado la separación- individuación de la figura materna para la propia diferenciación. Las figuras parentales no han resuelto su propia problemática y esto dificulta que se desarrollen como figuras de autoridad nutricias para sus hijos.
4. En el sistema familiar se observa que las jerarquías y los límites están alterados, siendo estos poco consistentes y pasan de ser laxos a rígidos, donde la figura materna es el sostén del hogar, pero con poca fortaleza yoica, no ejerce como figura de autoridad por adoptar un rol tradicional, una baja autoestima, conductas de sumisión y miedo a perder a los hijos. La figura paterna permanece ausente en su rol principal, entregado a conductas autodestructivas, necesitando ser contenido para no morir.
5. El estilo de comunicación familiar varía, la madre se comunica de manera abierta y confiada con la paciente de temas que para su edad están fuera de su entendimiento (como el amor, los conflictos de pareja) la figura materna pierde los límites y busca en la hija un sostén emocional que debiera encontrar en la pareja, involucrándola en asuntos de adultos. Mientras que a la paciente le cuesta mucho trabajo hablar, expresar sus sentimientos, emociones y opiniones.
6. Es una familia que escasamente provee afecto y el sentido de identidad y pertenencia está débilmente desarrollado. La madre es la figura más amorosa. Pareciera que proporcionar cuidados en un hogar violento es sinónimo de amor para sus miembros.

7. Dentro de la familia los hermanos varones suelen adoptar un rol parental hacia la paciente, como una figura de apoyo para la madre. Claramente se observan hijos parentalizados.
8. Aunque trata de mantener una adaptación escolar, el bullying continuo y con ello, un estado depresivo crónico que disminuye su rendimiento y sólo continúa por presión de la familia, prevalece la apatía.
9. Entre los factores resilientes encontrados se encuentra que sabe sobrevivir a la violencia y que no deja de ser adolescente, aunque esté deprimida y, por tanto, se convierte en un sujeto deseante. Parece que mientras haya deseo habrá una promesa de amor y si hay amor, la muerte puede esperar. El segundo, hay una figura materna que no abandona, aunque esté con sus propias heridas. Y por último haberse adherido a psicoterapia.

La pobreza es cada vez peor. Hay una lucha familiar por sobrevivir. Los acontecimientos violentos continúan y se han naturalizado.

4.5.5 Intervención

Para prevenir y tratar el suicidio hay factores de la personalidad y aspectos familiares en los que por medio de la psicoterapia se puede tratar y modificar el comportamiento suicida y hay factores sociales en los que no se pueden controlar como la pobreza y la violencia. Aunque la psicoterapia no es el único medio, donde haya comprensión, empatía, respeto, escucha amorosa del sufrimiento, la persona con comportamiento suicida puede posponer la muerte.

Es de suma importancia la resolución de los conflictos conyugales para poder ofrecerle la atención especializada a los pacientes y que no queden solo en un intento de ayuda y que de esta manera deje de ser el síntoma que habla por el sistema familiar.

4.5.6 Evaluación de la intervención

El progreso de la participante se midió en función de los objetivos establecidos al inicio del proceso psicoterapéutico y se respeta el tiempo cuando la participante y su familia refieren que ya se han alcanzado, incluso cuando éste se abandona prematuramente. Se logró disminuir el sufrimiento, pero no se resolvieron todos los síntomas y eso hace que el riesgo de suicidio disminuya considerablemente.

4.5.7 Plan de intervención

Con el psicodiagnóstico se elaboró un plan terapéutico a la medida de las necesidades de la paciente (ver en anexos tabla 4) con el que se pretende fortalecer la estructura de personalidad a través de clarificar y resolver los principales conflictos y lograr mayor fortaleza yoica y con ello una mejor regulación emocional, estados de ánimo más eutímicos para que pueda vivir su adolescencia y no entrar en crisis cada vez que hay conflictos en casa.

Al inicio del tratamiento fue totalmente en línea por la contingencia sanitaria, sin aplicación de pruebas, sólo la observación de la paciente, su narrativa y las entrevistas con la madre y la paciente experiencia de la psicoterapia en línea de parte de la psicoterapeuta. Ella no tenía acceso a un teléfono celular para las videollamadas y se utilizó el de su abuela, su hermano y el de su madre, incluso con escasa privacidad para las sesiones virtuales que se realizaron en su totalidad desde la casa de la abuela hasta que ya no tuvieron recursos para recargar el teléfono.

La teoría psicodinámica proporciona herramientas psicológicas internas al trabajar con las áreas libres de conflictos de la personalidad, la cual hace referencia a las funciones yoicas autónomas y defensivas que actúan fuera de la esfera de conflictos mentales y que constituyen mecanismos esenciales de adaptación o de reparación psicológica y que se ponen al servicio cuando ha ocurrido un trauma o una falla en el desarrollo psicoafectivo. La psicoterapia va dirigida al fortalecimiento yoico mediante la reparación psicológica, ofreciendo herramientas que promuevan la solidez y la disponibilidad del yo, para que los adolescentes se permitan encontrar y construir mecanismos de afrontamiento y alternativas de solución distintas a la muerte o adicciones u otros trastornos mentales. García, J. y Villota, D. (2019) p 194.

Bajo esta postura teórica al analizar los síntomas como el comportamiento suicida no solo se trata de darle un sentido a lo que le ocurre, sino en acompañarle en el proceso de analizar su discurso a que encuentre una nueva posición en la palabra, y se posibilite un cambio de posición subjetiva respecto a su propia existencia. La palabra es el medio por el cual la paciente pudo verbalizar lo que ocurre en su hogar y que se traslada al cuerpo y al psiquismo en forma de tics motores, silencios prolongados, ansiedad, etc.

Sin duda que se necesita un rapport profundo para que pueda verbalizar lo que le angustia de su situación familiar atípica. Y al expresarlo puede tomar distancia de la carga emocional que

eso implica y aunque no depende de ella su resolución, puede hacer consciente y desligarse de lo que no le corresponde y continuar con su vida sin tanto sufrimiento. Por medio de preguntas acerca de su vida y las vivencias personales, de poner en palabras sus sentimientos y emociones en un ambiente de confianza y respeto lo logró. Así empezó la diferenciación de su familia amalgamada.

Siendo un sistema donde los roles de sus miembros no se diferencian la paciente está expuesta a apropiarse los problemas de pareja que ocurren y hubo un momento donde se presentó un funcionamiento psicótico al enterarse de que la madre tuvo un pretendiente insistente en su trabajo mientras el padre estaba en las primeras semanas de internamiento para el tratamiento contra la adicción; para la madre la paciente era su confidente, por ello se lo contaba sin tener en cuenta que para la paciente eso significaba la ruptura familiar tantos años anunciada. Razón demás para presentar mecanismos de defensa primitivos de manera temporal.

Por medio de la escucha se validaron sus sentimientos y pudo decir lo que le angustiaba y que sentía mucha pena por su papá si llegaba a ocurrir la ruptura, pues previo a su internamiento él le pidió ayuda y se sintió una ingrata y mal hija al no impedir que lo internaran en contra de su voluntad. Por medio de la interpretación se señaló que debido al caos familiar secundario a que sus padres no resolvieron sus conflictos personales y de pareja no hubo una persona que la consolara, que la escuchara, la tranquilizara y la ubicara en su rol de hija para explicar la violencia y que de esta manera ella pudiera elaborar lo ocurrido y de esta manera disminuir su sufrimiento.

Al rededor del suicidio existen factores externos como los factores sociales, biológicos, económicos, etc. que influyen pero que no se pueden tratar en lo individual, por ello, la teoría general de sistemas se caracteriza por su perspectiva holística e integradora, donde se concibe el todo como algo que trasciende a la suma de las partes y destaca la interdependencia entre los integrantes de un sistema familiar. El enfoque sistémico pone énfasis en la deconstrucción y el papel de la narración, el texto y la reflexión del discurso clínico.

Para este enfoque el lenguaje es el eje central en la psicoterapia, reconoce todas las voces o realidades humanas y cuestiona los discursos universalizadores, además es el paciente quien establece los objetivos de las sesiones. Sostiene que los sistemas humanos son sistemas de

lenguaje generadores de significados y que cualquier problemática de índole emocional se encuentra inmerso dentro de un contexto como parte de pautas de interacción Huerta, F., Gaona, L., Hernández, M., Ortiz, V., Rivas, J. (2016) pp. 30-33.

En el caso clínico que ocupa esta investigación el enfoque sistémico fue ideal para el abordaje familiar necesario para el tratamiento de la paciente. Se validaron todas las voces de la familia, pues cada miembro tiene su versión pero todas son igualmente válidas.

Se procedió a señalar y reestructurar a la paciente en su rol de hija, se logró hacer consciencia de lo que le correspondía resolver y lo que no, pues sus sentimientos hacia los padres la ponían en una posición muy difícil pues ni podía defender a uno ni hacer cambiar a la otra y que eso la rompió por dentro, que era necesario respetar sus límites y ocuparse de vivir su vida, de hacerse cargo de ella. De esta manera pudo atender su etapa evolutiva de la adolescencia que fue emergiendo como área libre de conflicto.

Por medio de la psicoeducación y la intervención con la madre se pudo dar contención y apoyo, al mismo tiempo que se pudo señalar la necesidad de la separación entre ella y su hija, necesaria para la diferenciación que aunque un poco tarde pero útil, además de proporcionar los aspectos de una crianza positiva pues se pretende que la paciente cuente con figuras de apego que ofrezcan el sostén y acompañamiento afectivo necesario durante su proceso de desarrollo.

Aunque el proceso psicoterapéutico con la paciente no se concluyó, la madre logró ser consciente de la necesidad de iniciar su propio proceso psicoterapéutico, fortalecerse y poder relacionarse con los demás de manera más adaptativa, sin embargo la misma pobreza hizo que abortara la psicoterapia. Gracias a la intervención familiar se logró que tomara la decisión de internar al padre para el tratamiento de sus adicciones. Con ello queda de manifiesto que con un pequeño cambio genera un detonador que provoque otros cambios en el sistema.

4.5.8 Intervención terapéutica:

Se estableció un ambiente de confianza para que la paciente pueda hablar y expresar las vivencias que la han herido y que ha aprendido a ocultar, reprimir e ignorar.

Se validan todas sus emociones y sentimientos experimentados en familia a través de la escucha respetuosa y comprensión empática.

Se exploró la autoestima e imagen corporal y los elementos que la han disminuido, también las fortalezas.

Que pueda expresar sentimientos como el enojo, el dolor, el llanto, la vulnerabilidad, la culpa, la vergüenza y el miedo para evitar que se desborden cuando la represión falla y así pueda tener mejor control y automodular sus emociones.

Que por medio del lenguaje aprenda a expresar sus necesidades en lugar de que se conviertan en síntomas somáticos.

Propiciar la comunicación familiar donde se pueda hablar y escucharse.

El trabajo sobre la diferenciación de la figura materna es fundamental para que su proceso evolutivo continúe.

Hacer conciencia en los padres de la necesidad de resolver los conflictos familiares para que los hijos no tengan que involucrarse.

Reestructurar los límites, roles familiares y ponerla en el rol de hija que le corresponde.

Trabajar con su identidad personal y el sentido de autonomía.

Elaborar las secuelas que dejó la violencia intrafamiliar.

Alentar su adaptación social y escolar.

Entrenarla en las habilidades sociales y en la resolución de conflictos

Que aprenda el arte del autocuidado.

4.5.9 Alcances del proceso psicoterapéutico:

El proceso psicoterapéutico y la adherencia al tratamiento farmacológico y seguimiento por Paidopsiquiatría tuvieron los siguientes alcances:

La disminución del dolor emocional y la despersonalización en cada crisis familiar.

Disminución de los niveles de ansiedad y mayor modulación de impulsos.

Los tics motores se atenuaron.

Poder diferenciarse un poco en el sistema familiar amalgamado a fuerza de hacer conciencia y mediante los límites.

Se redujo la posibilidad de autolesiones, de psicotizarse y de hospitalización.

Se alentó a vivir las etapas evolutivas como la adolescencia.

Mejóro su desempeño escolar y autoconfianza.

Respecto a la codependencia familiar se logró señalar los límites difusos entre la madre y la hija y sus consecuencias en el desarrollo evolutivo de la paciente, pero no se resolvió.

Se proporcionó psicoeducación a la madre, así como contención en los momentos de crisis familiar a causa de la adicción del padre. Esto sirvió para fortalecer a la figura materna que es quien sostiene todo el sistema familiar y que lograra tomar la decisión del tratamiento del padre.

Capítulo 5 Discusión

El suicidio es un problema grave de salud pública que afecta a la población en general, al no detectarse y tratarse a tiempo tiene consecuencias funestas que impactan a la familia por generaciones y a la sociedad. Su tratamiento es costoso, pero no tratarlo se convierte en una desgracia tarde o temprano con mayor costo. En términos económicos representa pérdidas para los patrones ya que afecta a las personas cuando están en la edad de plenitud laboral, tan es así que, si un paciente aún en tratamiento que llega a tener más de 3 hospitalizaciones anuales, resulta más rentable para su patrón indemnizarlo que esperar a que se recupere.

En la población adolescente puede llegar a enmascarse algunas de las características propias de la edad como el aislamiento, los cambios de humor, la irritabilidad, la conducta retraída, con un cuadro psicopatológico que pueda llegar al suicidio. Y mientras en las escuelas no se cuente con un equipo interdisciplinario calificado, le toca a la familia la función de detección. Pero en estos tiempos donde se privilegia proveer lo material y no las necesidades y cuidados de una persona, los padres en este afán pueden cursar con una ceguera selectiva que les impide abrir los ojos, estar atentos a problemáticas como consumo de drogas, sexualidad, desadaptación social, disregulación emocional y suicidio.

Los factores que propician el suicidio son muy complejos y no solo atañen al sistema familiar, sino que forma parte de un macrosistema que es la sociedad, la cual en su evolución implica cambios constantes. Muchas veces estos cambios son acelerados y no dan oportunidad de que los individuos y las familias se adapten, y ocurren fenómenos como la violencia, los altos niveles de estrés, el aumento de las adicciones y enfermedades degenerativas a edades tempranas, la delincuencia, los divorcios, etc.

La población adolescente es una generación que ha vivido en carne propia estos cambios, la crianza ha estado a cargo de guarderías, han pasado desde el preescolar al bachillerato con la mitad de horas-padres que tuvieron generaciones anteriores. Y además los niveles de exigencia y competitividad son valores vigentes desde el preescolar que influyen mayor prevalencia de conductas sociopáticas entre estudiantes incluso en la Universidad. Deben aprender de la tecnología que en tantos casos ha sido su primera adicción, o su niñera, encubriendo la soledad en la que crecen.

La sociedad actual lleva un rumbo mercantil donde la persona ha perdido su valor como sujeto, en tanto es visto como consumidor y como mercancía. La pobreza es más notoria, hay una mayor desigualdad y clases sociales más marcadas. Ya no quedan muchos ritos o costumbres que marquen simbólicamente el paso a otras etapas de la vida y que ayuden a la persona a sentirse parte de un grupo, se puede considerar que la sociedad actual es un sistema violento y un caldo de cultivo para el debut de enfermedades mentales. El sufrimiento que proviene de la violencia es un catalizador que promueve los deseos de quitarse la vida.

Pero también la pobreza duele y promueve maneras autoritarias y rígidas de relación desde el núcleo familiar, conviene analizar las jerarquías en la relación padres- hijos sobre todo cuando se ejerce un control rígido. No hay peor fracaso que no poder ser uno mismo y pareciera que en un hogar donde persisten las violencias prolongadas en el tiempo la vida puede llegar a ser insoportable e indigna de ser vivida, sin razón de ser.

En el estudio de caso que ocupa el presente trabajo se observa que la vivencia de la consultante es que experimenta temor, que puede tener alcances en la corporalidad como paralizarla o el temblor de extremidades, hasta más profundos que alcancen a afectar el psiquismo al punto de desintegrarla momentáneamente. La revisión bibliográfica sustenta que

el temor y la agresión son los extremos de una misma emoción. Esto llevaría a pensar que es la reacción al entorno familiar que percibe como amenazante y que la han invadido. No se puede ser auténtico si se tiene miedo, en un entorno violento solo puede crecer la enfermedad.

El riesgo de suicidio está latente y habrá que monitorear hasta que las causas que lo precipitan se resuelvan. Sin olvidar que sigue siendo una solución para poner fin al dolor. Su depresión y ansiedad pueden estar alimentadas por la invisibilización de las emociones, la desadaptación social y escolar, la exigencia de adaptarse y sobrevivir a pesar de todo, la violencia y la pobreza en la que vive que impide su desarrollo evolutivo.

La adolescente surge cuando hay un oído que la escucha o una mirada que la refleje y una presencia que valide y legitime el dolor sufrido hace que ella se estructure. Es en la atmósfera de la psicoterapia donde emergen los recursos, sus anhelos, el deseo de vivir. La pobreza y la violencia aún están presentes, no se puede garantizar su resolución, pero sí una mayor conciencia que es el primer paso para el cambio.

Por lo anterior, ante el planteamiento inicial que promovió el presente trabajo de ¿si existen factores familiares en el vínculo, la relación, o la comunicación que influyan de manera determinante para que el adolescente se quite la vida? La respuesta es definitivamente sí. Aunque se observa que la consultante lucha por no morir con los recursos que le quedan.

Otra de las preguntas que se plantearon fue: ¿Cómo impacta la violencia y la disfunción familiar para decidir poner fin a su vida? La respuesta es que no se puede vivir eternamente en el dolor que causa un hogar violento aunque se normalice, se interrumpe el cuidado de los hijos y su desarrollo, se establece un vínculo ansioso o desorganizado hacia las figuras de apego y se normaliza vivir deprimido, con un funcionamiento caótico y en la pobreza. El resultado es una personalidad vulnerable, con escasos recursos resilientes para la vida y con un sufrimiento que se prolonga en el tiempo, donde la manera de ponerle fin es con el consumo, sintomatología altamente desadaptativa, o quitarse la vida. La violencia intrafamiliar vulnera el vínculo de la seguridad, del afecto y del cuerpo.

Un tercer cuestionamiento se refiere a si la sociedad que influye para estimular la conducta suicida, ¿también la puede frenar? La respuesta es sí en tanto sea una sociedad más humana, respetuosa, amorosa, que valide los sentimientos y emociones de las personas, que

aprenda a respetar las diferencias y a comunicarse, que propicie la intimidad afectiva, un lugar donde estar seguros, se necesita permanecer, confianza, estabilidad y continuidad; echar raíces, anidar, crecer, adaptarse, ser creativos, innovar para dar plenitud y energía a la vida. Una sociedad congruente con valores como la compasión, la solidaridad, la dignidad, la justicia, la libertad y la esperanza que sustituyan la competencia, el poder, la apariencia, donde el sujeto se convierte en objeto y en mercancía a ratos que lo condenan al no ser, a la soledad y a la nada.

El propósito principal sí se cumple, se pudo entender integralmente los factores que influyen en una persona para que surja el propósito de terminar con su vida y de esta manera se puede elaborar un plan psicoterapéutico a la medida de cada persona para prevenirlo. Pero es necesario resolver el problema de la violencia y la pobreza si se quiere prevenir el suicidio. Esperando que de este trabajo salga una propuesta de atención que llegue a las familias que lo necesiten para poner fin al sufrimiento en que se ha convertido su existencia.

En el estudio de caso fue difícil entrevistar a todos los miembros de la familia para investigar de manera cercana sus vivencias como para corroborar si de acuerdo a cada miembro las funciones primordiales de la familia como las afectivas, de seguridad y pertenencia se cumplen. En este estudio de caso, con la paciente y con su madre se pudo comprobar que no se cumplen.

Capítulo 6. Conclusión

No se puede decir que de marzo a agosto del 2021 por medio de la psicoterapia se ha resuelto el motivo de consulta que ha traído a la paciente al hospital. Pero sí se pudo corroborar que encontró alivio a través de la escucha y eso le permitió mayor consciencia, además de acceder a sus propios recursos y lo más importante es que el dolor disminuyó, para ello, se comprobó que se requiere de una presencia que valide y resignifique la experiencia del sufrimiento vivido, eso reestructura y fortalece a las personas.

Los hallazgos de la intervención terapéutica, la evaluación psicológica junto con la entrevista familiar dan como resultado lo siguiente: la violencia y la disfunción familiar inciden en la formación de trastornos de la personalidad graves, siendo éstas, como el caso de la paciente, estructuras vulnerables o limítrofes lo que significa que sin ser psicóticas, tienen

pobreza de elementos adaptativos, débil fortaleza yoica, escaso control de impulsos, uso de mecanismos de defensa contra la angustia arcaicos lo que potencializa el pasaje al acto y una desadaptación social que provocará retraimiento, conductas desadaptativas, autodestructivas y antisociales que en el mejor de los casos, demandará una intervención profesional integral.

Estos hallazgos hacen reflexionar en lo que representa el fenómeno de la violencia para los hogares y la urgencia de su atención en la comunidad, de lo contrario es un catalizador para la aparición de la enfermedad mental. Para prevenir y tratar el suicidio es indispensable tratar el problema de la violencia y de la pobreza. Es una tarea para la psicología y las ciencias de la salud y autoridades, pues su participación en prevenir, detectar, proporcionar tratamiento a quienes lo necesiten e informar a la comunidad, acciones que serán decisivas para frenar el fenómeno. Debería ser un compromiso para todos.

Los jóvenes no deberían estar solos, el amor puede hacer la diferencia que salve del riesgo de suicidio, porque cura la herida en el narcisismo personal herido, éste ha de mostrarse en todas sus manifestaciones posibles al interior de las familias: en las miradas, las palabras, en la congruencia de las acciones.

Para que una sociedad violenta como en la que se vive cambie, es indispensable restaurar los vínculos, estos han de ser profundos y significativos, debe haber mayor comunicación real, la infancia debe ser infantilizada en lugar de esa prisa por crecer, dejar de sexualizarla, que vuelva el juego, los ritos de transición, una educación para la vida, el respeto a la diversidad, la cultura del buen trato donde el camino es el amor comprensivo. Existe solución para las familias heridas, acudir a psicoterapia, sería una de ellas. Recordando que no están solos.

Cuando se viven algunas formas de violencia como la pobreza extrema, la violencia doméstica, verbal, física, sexual y emocional no se puede desarrollar una personalidad sólida,

No se puede crecer ni desarrollarse, o ser creativo, proyectarse hacia el futuro cuando se vive con miedo, dolor o con hambre.

No se puede vivir en el dolor eternamente, humanamente es imposible.

Cuando las figuras parentales no han tratado las heridas que ha dejado su propia historia de violencia vivida, están condenados a repetir el mismo infierno.

Los padres deprimidos, que tienen que trabajar y proveer su hogar, que además desempeña las labores del hogar y que sufre violencia son incapaz de dar soporte a sus hijos.

Referencias

- Aberastury, A. y Knobel, M. (1998). *La adolescencia normal*. Paidós.
- Ackerman, W. (1978). *Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares*. Horme.
- Aduriz, S. 2010. La sombra del objeto inquietante extrañeza en la melancolía. *Revista de psicoanálisis: ISSN 1135-3171, N° 59, 2010, pág. 59-124*
- Alcaide, I. 2009. Duelo y melancolía complemento del narcisismo. Grupo estudiantil y profesional de psicología Univalle.
- Alegre, A. 2016. Una mirada sistémica sobre la violencia de género en la pareja: del ámbito privado al ámbito social y de lo individual a lo familiar. Escuela Vasco Navarra de Terapia Familiar pp. 6 y 43.
- Alonso, J. y Castellanos, J. (2006) Por un enfoque integral de la violencia familiar. *Psychosocial intervention*, 15 (3), 253-274. Madrid.
- Arieti, S. y Bemporad, J. (1994). *Psicoterapia de la depresión*. Paidós
- Anastasi, A. y Urbina, S. (1999). *Test psicológicos* (7ª ed.). Prentice Hall.
- Anaya, A., Fajardo, E., Calleja, N. y Aldrete, E. (2018). La disfunción familiar como predictor de codependencia en adolescentes mexicanos. *Nova scientia*, 10 (20), 465-480. <http://dx.doi.org/10.21640/ns.v10i20.1091>
- Barcelata, B. y Flores, M. (2019). *Enfoque triádico interventivo cognitivo conductual para adolescentes con sintomatología depresiva*. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores de Zaragoza.
- Bedoya, E. y Montaña, L. 2016 *Revista CES Psicología Suicidio y Trastorno mental*. Vol 9: (2) p.p 181-185.

- Blázquez, A., y Guitart, M. (2009). Manual del Residente de Psiquiatría 2: Comportamientos autolíticos. Sociedad Española de Psiquiatría. Barcelona.
- Bowlby, J. (1998). El apego: Vol. 1. Psicología profunda. Paidós. España, p. 249.
- Bowlby, J. (2010). *El apego y la pérdida: Vol. 2. La separación*. Paidós, España.
- Bowlby, J. (2010). *El apego y la pérdida: Vol. 3*. Paidós, España.
- Castellvi, P. y Piqueras, J. (2018). Promoción de la salud y bienestar emocional de adolescentes: Panorama actual, recursos y propuestas. *Revista de estudios de juventud* 121, p.p. 46 y 47.
- http://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/06/injuve_121_web.pdf
- Cierpka, M. (2008). *Diagnóstico psicodinámico operacionalizado (OPD-2): Manual para el diagnóstico, indicación y planificación de la psicoterapia*. Herder.
- Corsi, J. (1994). Una mirada abarcativa sobre el problema de la violencia familiar en Corsi, J. (compilador) *Violencia familiar, Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*, Paidós, Buenos Aires, México p. 30
- Cuervo, A. (2010). Pautas de crianza y desarrollo socioafectivo en la infancia. *Diversitas: Perspectivas en psicología. Vol. 6 número, enero-junio, 2010 p.115*.
- Cyrulnik, B. (2014). *Cuando un niño se da muerte*. Gedisa
- Elices, M. y Cordero, S. (2011). . Terapia dialéctico conductual para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *Psicología, conocimiento y sociedad Vol 1, 3 p135*
- Engelhardt, H. et al (2005). *End-of life: The traditional Christian view. Lancet, vol p.p. 1045-1049*.
- Estrada, L. (1994). *El ciclo vital de la familia*. Posada.
- Feixas, G. y Miró, M. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia: una introducción a los tratamientos psicológicos*. Paidós.
- Fenichel, O. (2000). *Teoría psicoanalítica de las neurosis*. Paidós.

- Ferré-Grau, C., Montescó-Curto, P., Mulet-Valles, M., Lleixá- Fortuño, M., Albacar-Riobó, N. y Adell-Argentó, B. (2011). El estigma del suicidio vivencias de pacientes y familiares con intentos de autolisis. *Revista Index de Enfermería*, 20 (3), 155-159. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962011000200004>
- Figuerola, G. (2008). La psicología fenomenológica de Husserl y la psicopatología. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 46 (3) 224-237.
- Freud, S. (1915-1917). Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico trabajos sobre metapsicología y otras obras. Obras completas vol 14 p 246; Amorrortu Editores, Argentina.
- Giorgi, A. (2009). *The descriptive phenomenological method in psychology: a modified Husserlian approach*. Duquesne University Press.
- García-Haro, J. et al. (2017). Un enfoque contextual-fenomenológico sobre el suicidio. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría 2018: 38(134):387*
- García, J. y Villota, D. (2019) p 194. Un camino a la reparación psicológica de los niños con ideaciones suicidas. *Revista virtual Universidad Católica del norte Número 58 p 194*. DOI [https://doi.org/ 10.35575/rvucn.n58a12](https://doi.org/10.35575/rvucn.n58a12)
- Gutiérrez-García, A. y Contreras, C. (2008). El suicidio y algunos correlatos neurobiológicos. *Revista Salud mental 2008; 31:pp. 324-326*.
- Herrera et al. (2022). Factores familiares relacionados con la ideación suicida en jóvenes universitarios del programa de Psicología. Universidad cooperativa de Colombia. p. 19
- Hernández, M., Mendoza, D. y Zúñiga, A. (2016). La influencia de la violencia intrafamiliar en las relaciones escolares y en la autoestima de los adolescentes. *Revista PsicoEducativa: reflexiones y propuestas*, 2(4), 92-98.
- Hinojosa, A. y Linares, J. (2017). *Los caminos de la psicosis (o las maneras de no existir en la familia)*. Universidad Católica Santiago del Estero. Escola de Terapia Familiar Sant Pau, Escuela de terapia familiar del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. Universidad Ramón Llull de Barcelona.

- Hito, M. y Vargas, B. (2005). *Investigación cualitativa para psicólogos: de la idea al reporte*. Porrúa.
- Hospital de Salud Mental “Dr. Miguel Vallebuena (2019- 2020). *Archivo de datos*.
- Huerta, F., Gaona, L., Hernández, M., Ortíz, V., Rivas, J. (2016) pp. 30-33. Guía de intervención clínica para terapia individual. Centros de Integración Juvenil. pp. 30-33
- Instituto de Salud Mental del Estado de Durango (2021). *Archivo de datos*.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática 2020. Comunicado de prensa N° 455/19. Tasa de mortalidad por suicidio 2017.
- Krauskopf, D. (2007). *Adolescencia y educación* (13ª ed.). Euned.
- Levav, I. (2016). *Prevención de la conducta suicida*. Washington DC. Organización Panamericana de la Salud. P 70
- López, L. (2017). *Factores psicopatológicos de riesgo en intentos de suicidio*. *Ciencias psicológicas* 2017;11(1):90. Doi:10.22235/cp.v11i2.1350
- Lucio, E. (2014). *Adolescentes, población con mayor riesgo de suicidio*. UNAM. http://dgcs.unam.mx/boletín/bdboletín/2014_524.html.
- Organización Mundial de la Salud (2000). *Prevención del suicidio un instrumento para los profesionales de los medios de comunicación*.
www.who.int/mental_health/media/media_spanish.pdf
- Olmedo, E. (2012). *Sobre la libertad en la fenomenología existencialista entendida desde los conceptos mundo, temporalidad y alteridad, lineamientos para una ética de la autenticidad*. URI. <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/4835>
- Pantoja-Chamorro, F., Rodríguez-Villota, A., Urbano-Urbano, J. y Cabrera-Bravo, N. (2018). Epidemiología del intento suicida en menores de 18 años atendidos en el Hospital Infantil los Ángeles, Pasto, Colombia. *Univ. Salud*, 21 (1), 19-26.
- Parra, K. (2017). *Aplicación del Método Fenomenológico para comprender las reacciones emocionales de las familias con personas que presentan necesidades educativas*

especiales. *Revista de Investigación*, 41(91), 99-123.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=376156277007>

Pérez, A. y Reinoza, M.; 2011. *El educador y la familia disfuncional. Revista Venezolana de Educación Educere vol 15, numero 52septiembre-diciembre 2011 p 630 y 633.*

Puebla, V. y Blanda, E. (2019). Adolescencias, violencia y familia, una aproximación a la problemática. *Revista electrónica de psicología política*, 17 (43).

Morales, S. (2013). Prevención de las conductas adictivas a través de la atención del comportamiento infantil para la crianza positiva. Manual del terapeuta. Centro nacional para la prevención y control de las adicciones. p 5.

Martorell, J. (2014). *Psicoterapias: escuelas y conceptos básicos* (2ª ed). Pirámide.

Mayor, S. y Walton, y Salazar, C. (2019). *La violencia intrafamiliar un problema de salud actual. Gaceta Médica Espirituana 2019;21 (1); 98*

Mazzuca, R. (2006). Clínica psicoanalítica de la depresión y la melancolía. *Virtualia Revista digital de la escuela de la orientación Lacaniana p 56. <http://www.eol.org.ar/virtualia/>*

Menevichian, G., Bronzuoli, M. y Puddington, M. (2017). Estudio de la regulación emocional en pacientes de un equipo de terapia dialéctica comportamental (DBT). Fundación Foro Argentina. p 66.

Minuchin, S. (2003). *Familias y terapia familiar*. Gedisa.

Moscicki, E. 2018. Suicidio en la infancia y adolescencia. p. 4.

Mosquera, D., (2011). Del apego temprano a los síntomas del trastorno límite de la personalidad. *Revista Española de medicina, psicosomática, y psicoterapia Vol. 3, (2011 P 2)*

Murueta, M. E. y Orozco, M. (2015). *Psicología de la violencia* (2º ed.). Tomo 2: causas prevención y afrontamiento. Manual moderno

Mussi, C. (2015). *La práctica de la psicoterapia: una guía para ser un terapeuta competente*. Homo sapiens.

Ortíz, D. (2008). *La terapia familiar sistémica*. Abya-Yala/Universidad Politécnica Salesiana.

- Ramírez, A. (2004). Conflictos entre padres y desarrollo de los hijos. *Convergencia. Revista de ciencias sociales*, 11 (34), 171-182.
- Ramirez-Grajeda, B. (2004) Los gestos de la violencia. *Política y cultura*, (46), 55-76.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-77422016000200055
- Reiner, L., Belkis, A., González, Y., Moya, C., Borges, M. y Sánchez M. (2021). Factores de riesgo y tipificación de la conducta suicida en la adolescencia, su enfoque comunitario. *Acta Médica del Centro*, 15 (1), 58-71.
<http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/1252>
- Rivera-Rivera, L., Fonseca-Pedrero, E., Séris-Martínez, M., Vázquez-Salas, A., y Reynales-Shiguematsu, L. (2020). Prevalencia y factores psicológicos asociados con conducta suicida en adolescentes. *Encuesta Nacional de Nutrición. Ensanut 2018-19*.
- Rodríguez, G., Gil, J. y García, E. (1999). *Métodos de investigación cualitativa. En Metodología de la Investigación cualitativa*. Aljibe.
- Salas, A. (2012). El problema bioético del suicidio, Tesis Doctoral UNAM p. 84
- Sánchez, R y Templos, L. Una mirada a la genética y epigenética en adicción a sustancias. Centros de Integración Juvenil. *Revista internacional de investigación en adicciones 2022.8 (1) p.51*
- Sanchis, F. y Simón, A. (2012). Conducta suicida y depresión en adolescentes. *Estudios de Psicología vol33:1,39-50. Doi: 10.1174/021093912799803854*
- Sanz, F. (2016). *El buentrato como proyecto de vida*. Kairós.
- Sotoca C. (2018). Vivir es la salida. Plan de prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida. Generalitat Valenciana. (pp 11, 42)
- Stanton, Duncan et al (1990). Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas. Gedisa, Barcelona p.
- Valdez-Figueroa, I., Chávez-Hernández, A. M., Vargas-Valadez, V., y Ochoa-Orendain, M. C. (2019). Componentes cognoscitivos, comportamentales y afectivos de la ideación

suicida y su relación con situaciones cotidianas de la vida familiar en adolescentes mexicanos. *Acta Universitaria* 29, e2489. <http://doi.org/10.15174.au.2019.2489>

Vargas, J., Ibañez, E., y Mares, K. 2015. *La dinámica de la familia y su diferenciación. Alternativas en Psicología. Agosto 2015, enero 2016. Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM. p. 153.*

Vázquez, N. y De Haro, M. (2018). Factores predisponentes para ideación suicida e intento de suicidio en adolescentes adscritos a un Hospital General de Zona de Irapuato, Guanajuato. *Aten Fam.*, 25 (2), 59-64.
<http://dx.doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2018.2.63560>

Villatoro-Velázquez, J., Reséndiz-Escobar, E., Mujica-Salazar, A., Bretón-Cirrett, M., Cañas-Martínez, V., Soto-Hernández, I., Fregoso-Hito, D. Fleiz-Bautista, C., Medina-Mora, M., Gutiérrez-Reyes, J. Franco-Núñez, A., Romero-Martínez, M., y Mendoza-Alvarado, I. (2017). Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional contra las Adicciones, Secretaría de Salud. *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Drogas.* www.inprf.gob.mx

Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, D. (1991) *Teoría de la comunicación humana.* Editorial Herder, Barcelona. P 30-41

Zumba, D. (2017., p. 29). *Disfuncionalidad familiar como factor determinante de las habilidades sociales en adolescentes de la fundación proyecto don Bosco.* Tesis no publicada. Pontificia Universidad Católica de Ecuador.

Anexos

Tabla 3 Proceso para la evaluación psicodiagnóstica.

El siguiente esquema se explica el proceso de evaluación psicológica por el cual se llegará a un diagnóstico y con base a los resultados se estableció el plan de intervención.

Cronograma	Propósito	Actividad	Argumentación
Marzo	Recabar información para la elaboración de la historia clínica de cada participante	Observación. Entrevista semiestructurada. Encuadre y alianza terapéutica.	“Aportará conocimiento de primera mano sobre la vivencia personal del adolescente con intento de suicidio, por medio de la investigación fenomenológica que es el estudio de la experiencia vital de las esencias, es la descripción de los significados vividos existenciales” (Rodríguez, Gil, y García, 1999 p. 40).
Abril	Evaluar por medio de test y cuestionarios validados en población mexicana el nivel de estructuración de la personalidad y el nivel de funcionamiento familiar.	Aplicación de Test Psicológicos Test de la Familia Test de la figura humana de K. Machover Test gestáltico visomotor de L. Bender Test proyectivos gráficos de E. Hammer Test de la figura bajo la lluvia de S.M. Querol Tes del dibujo de la familia de L. Cormann Cuestionario de funcionamiento familiar de Emma Espejel Acco. Las pruebas están estandarizadas y validadas en población mexicana.	“A través de los test proyectivos gráficos se explora la personalidad en varios niveles, desde superficiales hasta profundos, pues a través de la expresión gráfica la persona rebela la experiencia interna de sus emociones, de cómo percibe el mundo externo, y a partir de ello se puede conocer cómo está estructurada la personalidad, el grado de vulnerabilidad que tenga. Las técnicas proyectivas sirven como una especie de pantalla sobre la que los individuos proyectan sus procesos de pensamiento, necesidades, ansiedades y conflictos característicos” (Anastasi y Urbina 1998, p. 411). _Se eligió el Test de Bender por ser una prueba neutral que disminuye la angustia que pudiera provocar la evaluación y porque aporta información sobre el nivel de funcionamiento intelectual, señala si hay indicadores de daño orgánico cerebral y proporciona información sobre la personalidad de manera general. _El test de K. Machover proporciona elementos de la estructuración de la personalidad, revela los principales conflictos, los modos de adaptación y relaciones interpersonales. _ El test proyectivo gráfico de Hammer revelan la estructuración de la personalidad y como están sus componentes: yo, ello y superyó. También permite ver los modos adaptativos de la persona y los principales conflictos.

			<p>_ El test de la figura bajo la lluvia de M. Querol permite observar la personalidad del sujeto ante las situaciones de conflicto, el tipo de defensas que utiliza y la estructuración de la personalidad de manera general.</p> <p>_ El cuestionario de funcionamiento familiar de E. Espejel permite evaluar el funcionamiento familiar desde la perspectiva del paciente. Revela información concerniente a la organización familiar, sus fortalezas y debilidades.</p>
Abril y mayo	Evaluar los resultados de los Test y las Escalas para integrar el diagnóstico.	Integración de los resultados de la entrevista individual y familiar, de los test psicológicos y los cuestionarios.	“El diagnóstico como apertura es la vía de entrada para la planificación de un tratamiento terapéutico eficaz, que lleva a destruir el estigma y no a construir una realidad que lo confirme” (Ceberio y Watzlawick 1998 citado en Mussi, 2015, p 174)

Tabla 4. Fase de intervención por objetivos

El siguiente esquema es una propuesta de intervención pensada en las necesidades de la paciente, contiene algunos de los puntos que es importante incluir en el manejo de un cuadro depresivo moderado, pero no son los únicos, está argumentado, pero de manera breve, cabe aclarar que es un proceso dinámico, lo que significa que no sigue necesariamente este orden, ya que la temática de cada sesión la establece cada paciente.

Etapa	Propósito	Actividad	Argumentación
-------	-----------	-----------	---------------

<p>Tratamiento de la depresión</p> <p>Las sesiones necesarias</p>	<p>Elevar el estado de ánimo, combatir la anhedonia, reducir la irritabilidad y aumentar la interacción social.</p> <p>Abordar a la familia e integrarla al tratamiento para propiciar cambios que favorezcan la recuperación del paciente.</p> <p>Valorar y hacer un seguimiento del potencial suicida de manera permanente.</p>	<p>Pedir a la paciente que exprese aquello que le deprime y alentarla a que exprese sus sentimientos.</p> <p>Que escriba cada día un diario los pensamientos automáticos asociados con los sentimientos de depresión y validarlos.</p> <p>Trabajo con los duelos no resueltos.</p> <p>Explorar y estimular la espiritualidad es un recurso valioso, especialmente en los casos en las que la paciente no se ha sentido amada por nadie, es posible que también esté muy enojada con Dios por no haberla rescatado y evitarle sufrimiento, ya que quizá tenga una idea infantiloides de lo que es el amor de Dios, se trata pues de que descubra y cultive su relación espiritual.</p> <p>Acompañamiento y empatía.</p>	<p>Los focos terapéuticos son seleccionados a partir de la evaluación diagnóstica de los tres ejes psicodinámicos: relación, conflicto y estructura. (Ciepkra, M. 2006. p 382)</p>
<p>Baja autoestima</p> <p>Las sesiones necesarias</p>	<p>Mejorar la autoestima, la afirmación personal, reforzando sistemáticamente una mejor imagen de sí mismo, que sea capaz de darse cuenta de las opiniones despectivas que tiene de sí mismo para que pueda verse como una persona merecedora de amor.</p>	<p>Que por medio de la escritura o el lenguaje sea capaz de reconocer sus cualidades, rasgos positivos y talentos propios. Cuando la autoestima se ha dañado el proceso para recuperarla es lento y progresivo, a base de acompañarla, escucharla, comprenderla y señalarle cada vez que dé un paso en su recuperación es posible lograr que ella se quiera, se acepte y se respete como ser humano valioso y digno de amor.</p> <p>Que sea capaz de reconocer sus logros, empezando señalarle los avances mínimos cotidianos como por ejemplo cuando hizo la tarea a pesar de no haber entendido la clase.</p> <p>Que aprenda a recibir amor y que recupere la esperanza por la vida futura. Hacer consciencia de que se recibe amor a través de los actos como por ejemplo una llamada telefónica de su madre cuando pregunta como está, o un pequeño regalo del padre cuando no tiene dinero para comprarle nada, etc.</p> <p>Reestructuración de roles familiares, esto es un trabajo vivencial con toda la familia donde los miembros de cada subsistema toman el lugar que</p>	<p>“Una persona fijada al estado en que su autoestima es regulada por suministros externos, tiene una necesidad vital de tales suministros. Si sus necesidades narcisistas no son satisfechas, su autoestima desciende hasta un punto peligroso” Fenichel (2000, p. 436)</p>

		les corresponde en lugar de estar jugando un doble rol, por ejemplo, los hijos parentalizados.	
Autorregulación emocional Las necesarias	Validar sus emociones Enseñarle técnicas de manejo y control de la ira. Que aprenda a expresar enojo, ira, angustia y tristeza, emociones censuradas socialmente por medio de validar sus emociones y escucharla.	Técnicas con masitas para moldear que ayuden a expresar físicamente la emoción del enojo. Esto es una sensación que se puede expresar con las manos en lugar de golpear o de hacerse daño, también se le puede ofrecer periódico o cartón para que lo destroce. Acompañamiento y empatía. Colorear y pintar mandalas que ayuden a expresar estados ansiosos.	Que el paciente gane distancia interna respecto de sus propios impulsos, afectos, auto atribuciones y deseos relacionales. (Cierpka, M. 2006. p.p. 398)
Ansiedad Las necesarias.	Reducir la frecuencia, la intensidad y la duración de la ansiedad y que no interfiera con las actividades diarias. Resolver la fuente del conflicto de donde se nutre la ansiedad. Que aprenda a tolerar la ansiedad sin que se desborde en lo cotidiano.	Validar sus emociones, es una paciente que no ha sido escuchada probablemente en toda su vida, y ha aprendido a callar lo que siente, es necesario que en psicoterapia con una escucha y mirada comprensivas sepa que tiene derecho a expresar lo que siente: el llanto, el enojo, la voz. Que describa de manera verbal las experiencias presentes y pasadas o futuras que le provocan miedo, también las preocupaciones que le generan ansiedad. En un ambiente terapéutico se validan tales emociones y se aclara la fuente de donde provienen, de esta manera se quita peso y toman una dimensión justa y manejable para la paciente. Experiencia sensorial. Técnicas de relajación.	“Reforzar activamente el nivel de confianza con el cliente mediante el contacto visual, la escucha activa, la mirada positiva incondicional y una aceptación cálida para mejorar su capacidad de identificar y expresar lo que le preocupa” (Jongsma, A. 2006, p. 39)
Educación sexual Las sesiones necesarias	Que en un espacio de confianza y confidencialidad puedan expresar las dudas sobre su sexualidad que muchas veces es fuente de angustia en lugar de placer.	Dibujar y hablar del cuerpo, de los cambios físicos, de las sensaciones que experimenta por medio de los sentidos. Es necesario enseñarle a la paciente a habitar en su cuerpo. Y en la corporalidad hay todo tipo de sensaciones incluyendo las eróticas. Ella expresa emociones por medio del cuerpo, es decir, los síntomas se expresan en el plano físico,	En el modelo cognoscitivo del desarrollo sexual se subraya la necesidad de considerar los conceptos y valores relativos al desarrollo psicosexual desde el ángulo general de la cognición. (Ortega, S. P 628). En ocasiones en la adolescencia, un paciente puede saberse diferente de los demás, es cuando se toma consciencia de

		<p>por medio de los tics que son movimientos motores involuntarios e indeseables que la paciente no controla. Para aliviarlos es necesario escuchar lo que el síntoma le quiere decir, por eso hay que escuchar lo que dice el cuerpo. Una vez que lo atiende y lo exprese de manera verbal, el síntoma desaparecerá.</p> <p>Aprender a experimentar las sensaciones corporales, hay que recordar que es una adolescente en un mundo de sensaciones corporales nuevas y es necesario que las asuma, que aprenda a sentirlas sin sentirse inadecuada. El juego es ideal para diluir la energía y sentir dominio sobre el cuerpo.</p> <p>La vinculación con el mundo por medio del cuerpo, en psicoterapia se le puede enseñar que el cuerpo es el vehículo por medio del cual somos en el mundo, ahora que ha crecido es vista y percibida por medio de la corporalidad, ya no es una niña y que se puede vincular de otra manera con los demás. Enseñarle a asumir su cuerpo de adulta, que es dueña de sí misma y merece ser tratada con amor y respeto.</p> <p>Música y baile, canto y juego son actividades que se pueden recomendar.</p> <p>Promover el autocuidado haciéndose cargo de sí misma, de sus necesidades, así como los hábitos de higiene o alimentación, es importante que poco a poco atiende las necesidades afectivas, de seguridad o de cuidados.</p>	<p>si tiene gustos hetero, homo o bisexuales y cuando es diferente de los demás sufre, especialmente si piensa en las figuras de los padres y en lo que eso representará para ellos. En ocasiones esto puede motivar la ideación suicida por eso hay que hablar de ello y clarificarlo, informar en la psicoterapia.</p> <p>En caso de que haya una identidad difusa no se comunica a los padres. Pero empieza el trabajo con ellos para la aceptación.</p> <p>Hablar del tema es un buen comienzo.</p>
<p>Habilidades sociales</p> <p>Las sesiones necesarias</p>	<p>Que aprenda cómo formar relaciones de respeto y confianza con los demás. Poner fin al comportamiento agresivo y reemplazarlo por la reafirmación personal y la empatía.</p>	<p>Por medio de la escucha, la aceptación, el no juzgarla y el comprenderla serán las bases por las que se establece la relación de confianza con la terapeuta. Por eso es importante no suspender las sesiones, mantener la actitud de respeto y empatía hacia ella. Si esto se logra la paciente podrá hablar de conflictos más íntimos, de sus fracasos, de sus sentimientos más profundos y se puede trabajar con ello y lograr cambios.</p> <p>Describir la relación con hermanos y amigos y los principales conflictos en la interacción social.</p> <p>Que enumere los problemas que tiene con sus pares y que sugiera soluciones concretas.</p> <p>Construir un programa de entrenamiento en habilidades sociales.</p>	<p>En sesiones con los padres enseñarles a implementar las prácticas de crianza que incluyan el establecimiento de reglas realistas adecuadas para la edad con respecto al comportamiento aceptable e inaceptable; el fomento del comportamiento positivo en el entorno, el uso de instrucciones directas y claras. Enseñarles que el tiempo de calidad consiste en estar por casa, estar cerca o disponible (Jongsma, A. 2006. P 76-82). Resignificar el pasado. Que la familia conozca sus limitaciones y sus potencialidades en sus estilos de relación y que estimulen a la paciente con el ejemplo a comunicarse de otra manera.</p>

<p>Comunicación asertiva.</p> <p>Las sesiones necesarias</p>	<p>Que aprenda a comunicar sentimientos, necesidades y afectos a los demás.</p> <p>Que deje atrás los patrones de comunicación verbal basados en relaciones de poder.</p>	<p>Dramatizar nuevas y constructivas maneras de manejar los sentimientos agresivos.</p> <p>Hacer consciente los patrones de comunicación en los que creció y encaminarla a aprender otros modelos por ejemplo el modelo del buen trato que propone Sanz, 2016, p. 117)</p> <p>Expresión de sentimientos y emociones por medio de la palabra.</p>	<p>Las intervenciones terapéuticas deben vivificar los afectos del paciente, fomentar el encuentro con la emocionalidad y hacer tolerables los sentimientos desconcertantes y desagradables que ello desencadena. (Cierpka, M. 2006. p 398).</p> <p>La terapeuta ha de ser capaz de tolerar ambivalencias, silencios prolongados y recibir empáticamente aquello que se deposita en la relación terapéutica, es decir, si la paciente expresa alegría porque recibió una mascota como regalo no se puede responder con indiferencia porque a ella no le agradan las mascotas, igual sucede con la comunicación emocional, debe recibirse y responder con emoción, no con indiferencia o racionalidad.</p>
--	---	--	---