

Estrategia de intervención en crisis para el intento de suicidio en niños y adolescentes: perspectiva interaccionista

Crisis intervention strategy for attempted suicide in children and adolescents: interactionist perspective

Juan Carlos Jaramillo Estrada¹, Alejandra Escobar Zuluaga², Andrés Felipe Camacho³, Daniela González Londoño³
Universidad CES, Medellín, Colombia

Forma de citar: Jaramillo, J.C., Escobar, A. Camacho, A.F. & González L., D. (2015). Estrategia de intervención en crisis para el intento de suicidio en niños y adolescentes: perspectiva interaccionista. *Revista CES Psicología*, 8(1), 1-20.

Resumen

Se presenta una estrategia de intervención para el intento de suicidio en niños y adolescentes durante el periodo de la crisis, fundamentada en el interaccionismo simbólico. Con enfoque cualitativo y metodología hermenéutica, se analizaron 18 entrevistas en profundidad a niños y adolescentes con al menos un intento de suicidio y a psiquiatras, psicólogos y médicos generales que han atendido casos de intento. Emergieron dos tipos de empuje al suicidio, con dos subtipos cada uno: El tipo anómico, con subtipos "ambivalente" y "desesperado". El tipo exaltado, con subtipos: "fosforito" y "fosforito en gasolina". Para cada uno de ellos se definieron estrategias de intervención específicas y claramente definidas. Es necesario discriminar los diversos tipos y subtipos de empuje al suicidio como aspecto imprescindible para realizar intervenciones pertinentes y ajustadas a las necesidades de cada caso.

Palabras claves: Intento de suicidio, Interaccionismo Simbólico, Teoría de la Crisis, Niños, Adolescentes.

¹ Magíster en Psicología. Psicólogo. Docente Investigador Universidad CES. jjaramillo@ces.edu.co

² Psicóloga. Joven Investigadora Colciencias-Universidad CES. Profesional de enlace Facultad de Psicología, CES - Clínica CES. aescobarz@ces.edu.co

³ Estudiantes pregrado Psicología Universidad CES.

Abstract

An intervention strategy is presented for suicide attempt in children and adolescents during the crisis period, based on the approach of symbolic interactionism. Using a qualitative approach and hermeneutic methodology, 18 in-depth interviews were analyzed of children and adolescents with at least one suicide attempt and of psychiatrists, psychologists and general practitioners who have treated this type of cases. Two types of drive to suicide surged, each with two subtypes: The anomic type with "ambivalent" and "desperate" subtypes. The exalted type with subtypes: "matchstick" and "matchstick in gasoline." For each type were defined specific intervention strategies. It is necessary to discriminate the various types and subtypes of drive to suicide as an essential aspect to make appropriate interventions adapted to the needs of each case.

Keywords: Adolescents, Children, Crisis Theory, Suicide Attempted, Symbolic Interactionism.

Introducción

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012), cada año se suicidan casi un millón de personas en el mundo, lo que supone una tasa de mortalidad global de 16 por cada 100.000 habitantes, o una muerte cada 40 segundos. Así mismo, reporta que cada día hay en promedio casi 3.000 personas que ponen fin a su vida, y al menos 20 intentan suicidarse por cada una que lo consigue.

El suicidio se ubica en la actualidad entre las tres primeras causas mundiales de muerte en las personas de 15 a 44 años de edad y la segunda causa en el grupo de 10 a 24 años, que ahora es considerado como el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países del mundo (OMS, 2009). En personas de 15 a 19 años presenta tasas mundiales de 8,0 a 9,5 por 100.000 habitantes y 0,6 por 100.000 entre 5 y 14 años (OMS, 2010).

La OMS estima que para el año 2020, la magnitud del suicidio crecerá en un 50 por ciento, es decir, alcanzará 1,5 millones de muertes anuales y, aunque tradicionalmente las mayores tasas de suicidio se han registrado entre los varones de edad avanzada, es preocupante el aumento de la incidencia y prevalencia de la problemática en personas jóvenes, como lo muestran las estadísticas; por lo cual éste grupo se considera de mayor riesgo en casi todos los países del mundo, y se reconoce como una

problemática de salud pública (OMS, 2013, 2014a).

Para la OMS (2014b), la intervención del suicidio es una de sus prioridades, señalada en su Plan de acción sobre salud mental 2013-2020 e incluida en uno de sus objetivos: "Objetivo 3: Aplicar estrategias de promoción y prevención en materia de salud mental" (p.17), con una meta claramente estipulada para el mismo: "Meta mundial 3.2: se habrá reducido en un 10% la tasa de suicidios en los países" (p.18).

La perspectiva del suicidio en Colombia arroja unas tasas de suicidio de 5,02 por 100 mil habitantes, siendo ésta la cuarta causa de muerte violenta en el país (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2014). Las tasas de incidencia y prevalencia de la problemática se han incrementado en los últimos años, respondiendo al patrón de incremento mundial del fenómeno reportado por la OMS del 60% en los últimos 45 años (OMS, 2012).

El Estudio Nacional de Salud Mental del 2003 señala que el 12,3% de los colombianos ha presentado ideación suicida en cualquier momento de su vida, 4,1% ha realizado planes suicidas y 4,9% ha hecho intentos suicidas. Al diferenciar los datos por grupos de edad, se observó que la mayor prevalencia de conductas suicidas durante toda la vida se encuentra entre el grupo de

30-44 años, pero si se tiene en cuenta sólo el año 2012, la prevalencia fue mayor en los jóvenes de 18-29 años de edad (Posada-Villa, Rodríguez, Duque & Garzón, 2007).

En Colombia, aproximadamente 200 menores de 18 años se quitan la vida al año, por lo que el suicidio se ha reconocido como un problema que afecta en especial a la población más joven, concretamente a las personas ubicadas en una franja de edad entre los 15 y 24 años (Universidad CES, Secretaría de Salud de Medellín; Consorcio de Epidemiología Psiquiátrica Harvard-OMS, 2012). Entre enero y julio de 2013, se reportaron en el país 948 casos de suicidio; de los cuales 768 eran hombres y 180 mujeres. El rango de edad en el que se registró mayor número de casos para ambos sexos fue de 20 a 24 años, con 128 casos de hombres y 25 de mujeres y, según el departamento, Cundinamarca ocupa el primer lugar con 139 registros, seguido de Antioquia con 132 y, en tercer lugar, Valle del Cauca con 93 casos (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2013).

Si a lo anterior se agrega que el intento de suicidio y el suicidio en niños y adolescentes comporta una de las mayores tasas de incidencia y prevalencia en el mundo occidental (OMS, 2009), puede comprenderse la enorme necesidad de crear nuevas estrategias de intervención que impacten positivamente esta situación de manera oportuna, novedosa y pertinente.

Si bien, tradicionalmente las estrategias de intervención del intento de suicidio se han ubicado en la perspectiva de factor de riesgo (Carmona, Tobón, Jaramillo & Areiza, 2010a; Rojas, 1984), la estrategia que se presenta a continuación se fundamenta en el enfoque del interaccionismo simbólico. Esta perspectiva permite una aproximación al fenómeno del comportamiento suicida, y específicamente al intento de suicidio, diferente a las tradicionales, pues facilita la comprensión del acto desde la lógica de los actores, partiendo de los significados que estos le asignan y, desde allí, ofrece los

fundamentos esenciales que permiten el diseño y puesta en marcha de intervenciones contextualizadas y pertinentes para cada situación. En tanto se ha pensado que pueda ser útil al personal de salud que atiende a los niños y adolescentes con intento de suicidio, la estrategia se enmarca en un espacio psíquico específico, el de la crisis; aspecto de especial importancia si se piensa que durante “la ventana de la crisis” –cuatro a ocho semanas después del intento- existen inmejorables condiciones para generar modificaciones sustanciales a aquellos aspectos que configuran, desde la teoría interaccionista, el empuje al suicidio (Slaikeu, 1988).

Igualmente, ubicarse en dicho enfoque implica que no se proponen intervenciones estandarizadas, lineales o predeterminadas para la atención de los niños y adolescentes con intento de suicidio sino que, por el contrario, se ofrece un marco comprensivo a partir del cual se podrán determinar las condiciones que, en cada caso, han conducido al empuje al suicidio. Como aspecto adicional, cabe señalar que considerar el marco temporal de la estrategia como aquel determinado por la teoría de la crisis no solamente la hace pertinente para el personal de salud y otros significativos que se relacionan directamente con el niño o adolescente sino que, además, potencializa el efecto de las intervenciones al aprovechar al máximo el tiempo óptimo (tiempo de oro) que, desde esta teoría, se define para ellas (hasta ocho semanas después del intento).

Así, esta estrategia responde a la necesidad de encontrar alternativas de intervención que respondan a los altos índices de incidencia y prevalencia del intento de suicidio en niños y adolescentes a través de la creación de una estrategia pertinente y contextualizada en las realidades de los niños, adolescentes y sus familias, y que propenda por una adecuada atención que, orientada hacia su bienestar, mitigue el alto riesgo de reincidencia: un tercio de las personas que consuman suicidio habían

tenido intentos previos (Kaplan, citado por Londoño & Zea, 2001). Es importante destacar que esta propuesta se articula con otras investigaciones que en la misma línea realizan la Fundación Universitaria Luis Amigó, la Universidad de San Buenaventura (Medellín, Colombia) y la Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico desde el año 2008, y que se basan en el mismo corpus teórico, lo cual permite crear un marco referencial y de intervención que aborda el fenómeno desde diferentes perspectivas, y propicia la realización de intervenciones sustentadas sólidamente.

Precisamente, como respuesta a este continuo investigativo se propone la creación de una estrategia de intervención durante el periodo de la crisis (hasta cuatro semanas posteriores al intento de suicidio) propuesto por la teoría de la crisis y fundamentada en el interaccionismo simbólico, en el marco del programa "Jóvenes investigadores e innovadores de COLCIENCIAS- Universidad CES", para el periodo 2013-2014.

Aspectos conceptuales

El interaccionismo simbólico nace en la cuarta década del siglo XX a partir de los trabajos de George Mead (1999), siendo Herbert Blumer su principal y más reconocido teórico. En 1937 acuñó el término interaccionismo simbólico para denominar una teoría que él consideraba una extensión directa de las ideas de Mead (Garrido & Alvaro, 2007). Además de este autor, Blumer retoma aportes de John Dewey, Charles H. Cooley, William I. Thomas y Erving Goffman, entre otros teóricos representativos de la sociología y la psicología social para la construcción y definición de este enfoque teórico (Ritzer, 1997; Garrido & Alvaro 2007; Blumer, 1982).

Blumer (1982) propone tres premisas básicas desde las cuales se pueden

comprender los fenómenos asociados a los seres humanos; éstas son:

1. Los humanos actúan respecto de las cosas sobre la base de las significaciones que estas cosas tienen para ellos, o lo que es lo mismo, la gente actúa sobre la base del significado que atribuye a los objetos y situaciones que le rodean.
2. La significación de estas cosas deriva, o surge, de la interacción social que un individuo tiene con los demás actores.
3. Estas significaciones se utilizan como un proceso de interpretación efectuado por la persona en su relación con las cosas que encuentra, y se modifican a través de dicho proceso.

Esta perspectiva se asemeja a la postulada años atrás por Durkheim (1982) sobre el suicidio, en la que lo describe como un acto socialmente construido y señala que cada sociedad engendra un tipo de empuje al suicidio distinto, dependiendo de las dinámicas y características particulares que emerjan de la misma.

Ligada a la perspectiva interaccionista se encuentra la teoría del rol (Sarbin, 1996), la cual sirve de fundamento esencial para la estrategia de intervención que se presenta. Esta teoría se desarrolla gracias al aporte de varios autores, pero principalmente gracias a la propuesta que desarrolla Erving Goffman (1991, 2001a, 2001b, 2006), quien se sirve de la dramaturgia para explicar analógicamente la interacción de las personas y lo que se construye a partir de ésta. A semeja la vida a un escenario en el que las personas interpretan unos papeles que denomina roles y se exteriorizan o se presentan en la interacción. Cada persona puede desarrollar uno o varios roles en su vida cotidiana pero siempre trata de priorizar, consciente o inconscientemente, la actuación de uno de ellos, ése que le dará una identidad social y le servirá además para ubicarse en una posición o status frente al resto de la sociedad, la cual sería la receptora de la actuación de esos roles.

El desempeño de un rol, cualquiera que éste sea, implica un conjunto de acciones y actitudes particulares y asociadas, que por lo general están predeterminadas por la sociedad (audiencia, en la analogía de Goffman) y por tanto se juzgará desde esa expectativa a los actores, dependiendo si hay o no correspondencia con lo que se esperaba de su "actuación". Esas acciones y actitudes particulares de cada rol son aprendidas mediante la interacción con los miembros de los grupos de referencia a que pertenecen las personas, denominados "*rol-set*" u *otros* generalizados, *otros* organizados y *otros* significativos, desde una perspectiva más interaccionista.

Desde la teoría del rol, que implica una interacción entre actores, se comprende la conducta suicida y se propone una manera de intervenir sobre ella que obedezca a la misma lógica interaccionista, concibiendo al actor y a quienes lo rodean como lo plantea Blumer (1982); esto es, como procesos dinámicos y activos y aprovechando la capacidad que tiene el actor de modificar los significados en la interacción con los *otros*. La intervención en crisis moderna comenzó a partir del estudio que emprendieron Eric Lindemann y sus colaboradores ante la reacción de las personas en el incendio del centro nocturno de Coconut Grove, en Boston, Estados Unidos, el 28 de noviembre de 1942 (Bellak, 1980; Slaikeu, 1988; Roberts, 2000). A partir de aquellas fuentes, Gerald Caplan (1996) concluyó que es necesario prevenir las crisis en las primeras etapas de su desarrollo, tratándolas en forma eficiente, pues en caso contrario pueden conducir a desorganizaciones e incluso a la enfermedad mental.

Slaikeu (1988) desarrolló las hipótesis principales de la teoría de la crisis, en las que afirma que es posible y necesario identificar el suceso desencadenante y el cual puede deberse a algún evento específico (embarazo, nacimiento, transición casa-escuela, enfermedad, etc.) o a la transición entre etapas del desarrollo. Además, el autor señala que algunos

eventos son universalmente devastadores, como la muerte o la violación, mientras que otros no facilitan la crisis por sí mismos pero deben contemplarse en el contexto del desarrollo total del individuo. Así, el impacto de estos sucesos dependerá del tiempo, intensidad, duración, secuencia y grado de interferencia con otros sucesos del desarrollo.

El propósito de la intervención en crisis entonces, incluye la integración del suceso con la propia vida del individuo, lo que sugiere que para que haya resolución de la situación, el suceso y sus consecuencias deben finalmente tomar sus lugares a lo largo de los otros sucesos, formando parte de una experiencia desarrolladora. Esta resolución es posible gracias a los recursos materiales, personales y sociales de cada individuo que le permiten enfrentar de diferente forma las situaciones adversas.

Es precisamente esta característica la que permite comprender la importancia de una adecuada intervención con niños y adolescentes que han cometido un intento de suicidio durante "la ventana de la crisis" pues es un lapso durante el cual se tienen grandes posibilidades de transformación que, de ser utilizadas positivamente, contribuirían decididamente a evitar nuevos intentos (Rocamora, 2012).

En cuanto a la conducta suicida, la cual incluye la ideación suicida, la crisis suicida y el intento mismo, cabe señalar que es una conducta altamente compleja y de alguna manera borrosa en su definición. Así, pueden encontrarse diversos modelos conceptuales para abordarla, entre los que se destacan los modelos categoriales, los dimensionales, los etiológicos y los multidimensionales (Rocamora, 2012):

Los modelos categoriales se basan en la descripción y observación de los síntomas para, a partir de ellos, llegar a diagnósticos que permitan realizar intervenciones pertinentes. Estos modelos pretenden universalidad en su conceptualización y

estrategias de abordaje, procurando facilitar desde allí el abordaje del fenómeno. Manuales como el DSM V y la CIE 10 son ejemplos de ellos.

Los modelos dimensionales realizan un análisis cuantitativo de lo que se considera sano de lo enfermo, con abordajes globales en los que se tienen en cuenta la etiología de la conducta suicida, la clínica, los aspectos biográficos y el contexto actual.

Los modelos etiológicos comportan diversas tendencias explicativas de la conducta suicida, entre las que se cuenta la teoría biológico-genética que presume alteraciones orgánicas que predisponen la conducta; psicológicas, que basan su análisis en la lectura de psicopatologías de base que, en definitiva, la determinan; teorías sociológicas, con Durkheim como su principal representante, que sitúan en el contexto social las condiciones básicas de la conducta suicida y la entienden como un emergente de ellas más que como un asunto meramente individual.

Finalmente, los modelos multidimensionales pretenden explicar la conducta suicida desde perspectivas que integran diferentes visiones, entre las que se cuentan la biológica, la social, la individual y la psicopatológica.

La complejidad del fenómeno permite la consideración de esta multiplicidad de perspectivas, lo cual puede fortalecer su abordaje si se hace con una mirada flexible, integral y crítica y se evita otra de tipo dogmático reduccionista o, en el otro extremo, ecléctica.

Metodología

El objetivo del proyecto fue “Diseñar una estrategia para la intervención del intento de suicidio con niños y adolescentes durante el periodo de la crisis, fundamentada en el interaccionismo simbólico”. La metodología empleada se inscribe en el enfoque cualitativo con metodología hermenéutica.

Como técnica de análisis de los datos se utilizó la teoría fundamentada. Se realizaron entrevistas en profundidad debido a que son el medio idóneo para conocer en detalle la vivencia de los entrevistados, quienes se relacionaban directamente con la experiencia o atención de un intento de suicidio en niños o adolescentes y, por tanto, actores e informantes principales para nutrir, desde su perspectiva, el desarrollo de la estrategia propuesta en el objetivo.

Se realizaron 18 entrevistas en profundidad a médicos generales, psiquiatras, psicólogos y niños y adolescentes que se encontraban en el momento vinculados a un proceso de atención terapéutica. De acuerdo con la perspectiva interaccionista, las entrevistas fueron realizadas en los ambientes naturales para cada uno de los grupos, esto es, en casa, en el consultorio o en las instituciones prestadoras de servicios de salud en las cuales viven o laboran, garantizando el anonimato y la confidencialidad tanto para los pacientes como para los profesionales entrevistados, siguiendo para ello los criterios establecidos en la Resolución 8430 de 1993 y con la aprobación de los correspondientes comités de ética de La Universidad CES y la Clínica CES.

Se seleccionaron médicos generales que trabajaran o hubieran trabajado en urgencias en la atención de casos de intento de suicidio en niños y adolescentes; Psiquiatras generales e infantiles que tuvieran experiencia en la atención primaria o en consulta de niños y/o adolescentes que hubieran incurrido en un intento de suicidio; Psicólogos con experiencia en la atención de casos de intento de suicidio de niños y adolescentes, especialmente en el tercer nivel de intervención, y niños o adolescentes entre los 11 y 18 años de edad que hubiesen tenido al menos un intento de suicidio en un lapso comprendido entre las últimas cuatro a ocho semanas y contarán con apoyo psicoterapéutico en el momento de la entrevista. Un criterio de inclusión para todos ellos fue la aceptación de las consideraciones éticas del proyecto

La unidad de análisis utilizada se denominó "El Rol suicida" y las categorías de análisis: "Construcción de la idea", "Intento de suicidio", "Atención en urgencias", "Proceso terapéutico", "Perspectiva", "Formación previa", "Sistema de seguridad social en salud" y "Estrategia".

Resultados

Se encontraron algunos aspectos generales que deberían ser considerados por aquellas personas que realicen una intervención con un niño o adolescente con intento de suicidio durante el periodo de la crisis. Además emergieron dos tipos de empuje al suicidio claramente diferenciados y que a su vez se subdividen en dos subtipos diferentes.

Aspectos generales

Los aspectos generales en la intervención con un niño o adolescente que presente un intento de suicidio son:

Sensibilización del personal de salud con respecto a la situación humana que comporta un intento de suicidio.

Es el primer elemento a considerar en el proceso de atención de un intento de suicidio, y más aún cuando se trata de un niño o adolescente. Es el eje esencial a partir del cual pueden o no lograrse intervenciones pertinentes, novedosas y oportunas: si no se siente al otro como una persona digna que está viviendo un problema muy serio en su existencia (tal vez el más serio, el cuestionamiento a su propia existencia), difícilmente se podrá hacer algo positivo por él.

Cualificación del personal de salud en lo relativo a las exigencias de la atención de un intento de suicidio, más allá de los aspectos orgánicos.

Si la sensibilización es crucial para una buena atención, pues define las cualidades

personales de aquellos que se encargan de ella, la cualificación apunta a cómo hacerlo, y por ello es un complemento esencial para el logro de la buena atención. Más allá del modelo teórico que se implemente, es crucial que el personal de salud cuente con una teoría y estrategia de base a partir de las cuales pueda intervenir.

Reconocimiento de los aspectos personales involucrados en la atención

Entendiendo que la persona del tratante es el medio a través del cual se realiza la atención al paciente, es importante considerar los asuntos personales que pueden emerger de la relación con niños o adolescentes con intento de suicidio: sentimientos como la rabia, el miedo, la impotencia, la evitación son de frecuente aparición y, en tanto sean reconocidos y controlados, podrán contribuir a una mejor atención de los pacientes y también al bienestar de los tratantes.

Reconocimiento de los mitos asociados al suicidio

Si el personal está sensibilizado y cualificado tenderá mucho menos a dejarse llevar por los mitos asociados al intento de suicidio, los cuales desorientan y generan intervenciones impertinentes y en no pocas ocasiones dañinas, debido a las falsas presunciones sobre las cuales se basan. Algunos de los mitos más conocidos son (Carmona et al, 2010b):

- Los que intentan suicidarse no desean morir, solo hacen alarde o están manipulando.
- El que se quiere matar no lo dice, y el que lo dice no lo hace.
- Si de verdad se hubiera querido matar, habría hecho algo más grave; se le hubiera tirado al metro o lanzado de un décimo piso.
- No es posible prevenir el suicidio pues siempre ocurre por impulso.

–Hablar de suicidio con una persona que esté en riesgo la puede incitar a que lo realice (p. 34,35).

Lectura pertinente del llamado de atención de quien realiza un intento

Es de trascendental importancia asumir el llamado de atención de los niños y adolescentes precisamente como ello, el llamado de atención desesperado de una persona, tanto, que incluso llega a arriesgar su vida para demandar el ser escuchado. Por tanto, no se debe confundir el llamado de atención con una pataleta o un acto sin importancia pues es, precisamente, todo lo contrario:

“Entonces, volviendo al significado como del acto, entonces encontramos que por un lado es un acto de desespero, que es como un llamado de atención que eso también lo encontramos en la investigación, y así lo poníamos. Llamar la atención significa: “vengan que yo tengo problemas, atiéndanme”, cierto. No es llamado de atención de “ignórenme”, que mucha gente lo tiene, sino por el contrario, “atiéndanme”, “yo necesito que me miren, yo necesito cambiar esto, yo necesito que la vida cambie”.

Condiciones básicas de la atención. Algunos elementos básicos a considerar son el sitio en donde se realiza la atención (iluminado, ventilado), sus condiciones de seguridad, las posibilidades de conservar la confidencialidad, disponer del tiempo suficiente para atender y no tener distractores durante la entrevista, entre otros, que garanticen la confianza y tranquilidad del paciente para expresarse.

Inclusión de la familia en el proceso de intervención. En tanto el empuje al suicidio siempre ha tenido como elemento crucial la familia, la inclusión de ésta en el proceso de intervención es esencial si se quiere modificar dicho empuje. Si se los deja de lado, las condiciones que han llevado al intento, probablemente se mantendrán

iguales y propiciarán un nuevo intento en un futuro próximo.

El problema de la oportunidad

Desde la teoría de la crisis se considera que ésta cuenta con un lapso de 4 a 8 semanas, dentro del cual pueden operarse cambios significativos en la persona que la vive. Es muy importante tener en cuenta esta situación con el fin de aprovechar al máximo esta “ventana de la crisis”, para generar cambios que permitan modificar el empuje al suicidio de manera efectiva.

El tiempo de oro

Ligado a lo anterior, el personal tratante debería tener en cuenta que cada minuto que pase con el paciente, cada acción que realice, es una oportunidad única de intervenir positivamente, de generar unas condiciones de cambio que, a futuro, se orienten hacia el bienestar a través del cambio de rol. Por ello, debe asumirse cada instante con que se cuenta, como el único posible para ayudar, de la mejor manera posible.

Tipos de empuje al suicidio

Se encontraron dos tipos de empuje al suicidio que, a su vez, se dividen en dos subtipos:

Tipo de empuje al suicidio anómico

Tipo en el que el niño o adolescente se siente solo, abandonado, perdido, minusvalorado. Las redes de apoyo no le ofrecen seguridad y se siente sin soportes sólidos en los que pueda apoyarse cuando los necesita. Este tipo de empuje al suicidio concuerda con aquel descrito por Durkheim:

Tiene como causa el hecho de que su actividad [la de las personas] está desorganizada y de que por esta razón sufren. En razón de su origen, daremos a esta última especie el nombre de suicidio anómico [...]. En el suicidio anómico, [la

sociedad] falta en las pasiones propiamente individuales dejándolas de ese modo sin freno que las regule (1982, p. 368).

Cuando los niños o adolescentes viven una situación en la que la norma y los límites son laxos, relativos y ambiguos o no cuentan con el acompañamiento, valoración y apoyo de los otros significativos u organizados, se generan las condiciones para un empuje al suicidio de tipo anómico pretendiendo, a través del intento, ocupar un nuevo lugar en el grupo de referencia, un lugar en el que sean reconocidos y valorados o a través del cual puedan “hacerse sentir y escuchar” después de tanto tiempo de haber sido silenciados.

Para el tipo anómico, el llamado de atención se centra en una búsqueda desesperada de otros (generalizados, organizados, significativos) que le permitan sentirse acogido, protegido, valorado y orientado por una red de apoyo; es un grito angustiado que reclama el sentirse obligado o condenado a enfrentar de manera solitaria al mundo, sin claridad en las normas que debe seguir para lograr éxito y sin directrices acerca de los límites que puede o no transgredir en la relación con los otros y consigo mismo:

“Como a los ocho meses. El niño, después de que nos vinimos para acá, se sentía triste porque él empezó a vivir esas declaraciones con los psicólogos de lo que le había pasado, el niño empezó a decaer tanto en el estudio, saber que la familia toda empezó a darnos la espalda porque ya se rompió la relación con toda mi familia, con mi mamá, con mis hermanos, mi hermano en sí nos estaba apoyando y de un momento a otro dejó de apoyarnos, empezaron esas audiencias, entonces mi mamá no sé qué hizo para que nadie se comunicara con nosotros. Y esto cogió al niño en una depresión de ver que ya no iba a tener sus primos, que no lo iban a invitar a las fiestas y todo eso”.

Así, el intento de suicidio en el tipo anómico se traduce en una búsqueda de apoyo, acompañamiento y ayuda, un llamado a

sentirse parte de una red en la cual opera el afecto, la valoración y la contención; así como también, es un reclamo por lineamientos claros en torno a lo que se puede y no puede hacer, lo que se debe y no debe hacer, con un acompañamiento activo durante el proceso de aprendizaje de dichos límites.

“Yo hago cuatro o cinco visitas al día incluyendo los sábados porque en estos menores, una cosa que se me había olvidado decirte, que la mayoría de estos niños son muy solos, no tienen mamá, no tienen papá y con quien viven es la abuelita y ella trabaja en una casa de familia y el único día que descansan es un sábado en la tarde entonces ese día debo hacer la visita, es una responsabilidad mía moral y profesional, entonces no me queda tiempo para escribir”.

Psicopatología asociada al tipo anómico

Es frecuente encontrar en el tipo anómico algunas características psicopatológicas distintivas que deben ser evaluadas e intervenidas en caso tal que se presenten. Entre ellas se encuentran:

Síntomas de tipo depresivo: con el consecuente desinterés, anhedonia, abulia, pérdida de sentido de vida. En algunos casos, especialmente en los niños más pequeños, ésta se caracteriza por agitación e irritabilidad, muy propia de la depresión infantil.

“Cuando el niño se enteró, a él le dio una crisis muy fuerte, yo salí detrás de él, me dijo mamá yo no creo que yo no voy a poder recuperar mi familia, esa era la esperanza mía (...) El bajó todo, estudio cero, responsabilidad cero y de ánimo más y más bajo”.

Autoesquemas deteriorados: es frecuente encontrar que la autoimagen, el autoconcepto, la autoeficacia y la autoestima estén bastante deteriorados, sobre todo en el subtipo de la “red con los nodos excesivamente amplios” (anómico

desesperanzado) pues la sensación de estar abandonado a su suerte sin que los llamados de ayuda reciban una respuesta positiva y continente, logran minar cada una de estas dimensiones de los autoesquemas; con el agravante de que en estos casos, en tanto se mantenga el empuje al suicidio que confirma el mensaje anómico, “la profecía autorealizada se cumple”, haciendo cada vez más difícil la implementación de estrategias de cambio a través de la emergencia de nuevos roles.

Inseguridad: la falta de límites claros, la ambivalencia, relajamiento e incongruencia en las normas y los límites, generan en los niños y adolescentes problemas en torno a la seguridad en sí mismos y en el mundo que los rodea. Todo puede ser y no ser, todo vale y no vale, todo se presenta ante sus ojos teñido por la sensación de ambivalencia y duda. Tienen compañía pero ésta no opera o creen tener compañía cuando en realidad carecen de ella. Así crecen, inmersos en este mundo anómico que, esencialmente, les ofrece elementos que alimentan sus inseguridades.

No obstante, en no pocas ocasiones la anomia es tan fuerte que aun en ausencia de patología, el empuje al suicidio es inminente:

“Uno muchas veces no ve psicopatología en ellos, pero ve una red familiar, que uno dice: ‘pues éste, la semana entrante va a volver a hacer lo mismo con esta disfunción familiar tan terrible’”.

Subtipo anómico ambivalente

En este subtipo son evidentes la ambivalencia en la enseñanza e implementación de los límites y las normas en los otros significativos, organizados y generalizados, lo cual configura la condición anómica particular. Esta implica una forma de relación consigo mismo y con el mundo en la que “todo vale”, pues no se logra ninguna claridad en torno a los referentes que podrían brindar líneas de sentido

coherentes y congruentes a partir de las cuales el niño o adolescente pueda comparar sus actuaciones. Ello responde en no pocas ocasiones a formas de relación en las cuales se le da gusto en todo o se le permite que haga lo que quiera, para luego pasar a épocas de inflexibilidad y exigencia muy altas que se combinan, nuevamente, con aquellas laxas y relajadas, propiciando una enorme inseguridad en ellos, mediada además por una óptica en la cual prima el sí-pero-no, lo hago pero no lo hago, está bien pero está mal, generando enorme confusión y ansiedad en ellos referida al deber ser y aun al ser.

“Entonces muchas veces es como que los papás no asumen que esa ruptura o esa falta de comunicación sí afecta a los niños y a los adolescentes y se centran más en solucionar su propio problema, y no digo que no sea importante, sino como resolver su propio dolor del divorcio y no están tan pendientes de que el muchachito también tiene emociones respecto a eso”.

Así, aunque las personas encargadas de brindar los límites y normas al niño o adolescente pueden estar presentes en su vida, son incapaces de asumir una posición firme y segura, generando unas condiciones en las que el niño o adolescente no tiene seguridad en torno a lo que debe o no debe hacer y brindando así una noción de “red de apoyo que no contiene por excesiva laxitud”. *Estrategias de intervención por parte del personal de salud*

– *Ganarse la confianza:* lo cual se facilita si se comprende el estado de confusión, ansiedad, culpa y/o fracaso en el que puede encontrarse el niño o adolescente y, desde allí, se promueve un acercamiento empático y comprensivo, centrado en la escucha y evitando la culpabilización o el juzgamiento del acto.

– *Tolerar el rechazo:* hay que tener en cuenta que el niño o adolescente atendido durante el periodo de la crisis se encuentra enfrentado al fracaso de su intento, motivo

por el cual podrá tener una actitud de rechazo ante el personal de salud que se encargue de atenderlo. Es necesario que esto no sea asumido como un asunto personal, sino como parte del proceso de adaptación a la situación, evitando confrontarlo o abandonarlo a su suerte pues “si no quiere mi ayuda que se lo lleve el diablo”.

– *Plantear metas cortas y alcanzables*: es una estrategia muy útil para recuperar autoesquemas dañados y, además, fortalecer el vínculo terapéutico pues focaliza los esfuerzos en logros alcanzables que pueden ser acompañados en su gestión por el personal de salud tratante.

– *Valorar y destacar los pequeños logros del niño o adolescente*: la visión en túnel se caracteriza por una focalización en los aspectos negativos y se convierte en un elemento que fomenta el empuje al suicidio al confirmar la perspectiva negativa o derrotista del niño o adolescente. En tanto se valoren los pequeños logros se realizará un progresivo entrenamiento en habilidades positivas, descentrando el foco de atención de los aspectos negativos y relativizando así la percepción negativa de sí mismo, de los otros y de la situación.

– *Saber cuáles límites y normas se pueden negociar y cuáles no*: así, debe evitarse el que crea que puede hacer lo que quiera “porque si se le dice que no, va a matarse”, pero también evitar limitarlo y controlarlo al máximo “para que no tenga oportunidad de matarse”. Debe encontrarse un equilibrio entre la protección y el cuidado del niño o adolescente y el mantenimiento de su capacidad de autonomía, según lo permitan las circunstancias.

– *Devolver la sensación de coherencia*: si el niño o adolescente está angustiado, se siente perdido y no sabe qué hacer, el personal tratante debe transmitir tranquilidad y seguridad, así como claridad en torno a lo que se debe y no debe hacer. Dejarse envolver por la angustia del niño o

adolescente y su familia puede ser un factor de empuje al suicidio decisivo, pues confirma todo aquello que lo ha conducido hasta dicha decisión.

– *Incluir otros significativos*: que puedan servir de apoyo desde esta lógica comunicativa y vincular. Hay que estar atento a los otros significativos que pueden devolverle la seguridad y coherencia al mundo del niño o adolescente y favorecer su presencia durante el periodo de la crisis. Pueden ser personas cercanas, mascotas e incluso objetos, lo importante es que sean significativos para él y contribuyan a recuperar la sensación de control y apoyo de otros en su vida.

– *Atender el estilo comunicativo, especialmente la literalidad*: En ocasiones el personal de salud que atiende al niño o adolescente lo increpa por haber intentado suicidarse, indicándole, incluso, como debería hacerlo. Ejemplos de ello son “si se va a tirar, hágalo de un octavo piso, de un tercero mire lo que le pasa”. Hay que ser extremadamente cuidadosos con ello pues es un momento de alta labilidad y sugestionabilidad y ese comentario puede convertirse en un detonador de un suicidio efectivo.

“A mí me ha tocado quien, me tocó por ejemplo uno que me decía: “es que un psiquiatra me dijo que si me iba a matar no me tomara esto; que la próxima vez me tomara esto que eso sí era mortal” y obviamente, la próxima vez él si se tomó eso... ¿Cómo diablos se le ocurre a este señor decirle semejante?”

Subtipo anómico desesperanzado

En este subtipo es marcada la ausencia de las personas, entidades (familia, escuela) o aun otros generalizados (religión, cultura) encargadas de brindar una red de apoyo firme basada en límites y las normas claramente establecidas. Así, existe una intensa sensación de soledad y abandono en tanto no hay redes que ofrezcan un

acompañamiento activo, motivo por el cual el niño o adolescente siente que no lo cuidan, atienden ni protegen, dándole un claro mensaje en el cual el siente que vive en medio de una “red de apoyo que no contiene por excesiva amplitud entre sus nodos”. Así, este rol puede definirse de una manera bastante específica desde la lógica de la “desesperanza aprendida”.

“Y ellas eran las que decían, es que es muy duro ver a muchachitas solas, que la mamá les dice delante de uno: “la próxima vez lo hagás no me volvas a güevoniar la vida con estas guevonadas tuyas, sino querés estar viva, morite!”; niñas absolutamente solas que no las visitan o que viene a echarle cantaleta y a decirles: “¡Mira, Mira yo sin plata y ya me toca pagar un copago por vos!”

En tanto los niños y adolescentes se encuentran inmersos en este subtipo, las características vinculares propias del mismo pueden hacerlos parecer amables y tranquilos, pero con una *facies* melancólica y referencias continuas a su poca valía o las pocas o nulas posibilidades de salir de dicha situación, por más que quienes se acerquen así se lo señalen pues “sabe que nada de eso va a cambiar”.

“Cuando es porque hay una depresión de por medio... a ver... a mí me parece que, yo soy de los que creo que uno como papá sí tiene que estar pendiente de los muchachos y que uno como papá si sabe que están cambiando. Entonces a mí me cuestiona cuando los... cuando uno les dice hay una depresión, hay un trastorno de ansiedad ¿sí? Yo no me había dado cuenta’ ‘yo no sabía’; yo digo, pero a ver: usted no se dio cuenta de que él no dormía, que él no comía, que estaba irritable, que está llegando más tarde, que se empezó a volar, que las notas empezaron a bajar; ‘jah sí!, pero pensé que era de la adolescencia”.

“Entonces muchas... a veces dice uno, a veces se pone del lado de los papás con el dolor y todo el cuento y el muchachito impulsivo, y otras veces es casi que uno de

parte del muchachito diciendo: ‘Hey! abran los ojos!, le está doliendo, está deprimido, está pidiendo ayuda a gritos”.

Gracias a ello, pueden parecer personas “fáciles de abordar y que comprenden claramente lo que les sucede”, lo que puede conducir a confusiones en tanto la desesperanza que empuja a decir “sí a todo porque se sabe que nada va a cambiar” no equivale a la adherencia al tratamiento.

Estrategias de intervención por parte del personal de salud

– *Recuperación de la valía como eje de trabajo*: este es el centro básico de la estrategia de intervención pues alrededor suyo se anudan las demás acciones. Una relación clara y transparente por parte del tratante que se focalice prioritariamente en los aspectos positivos del niño o adolescente, sin olvidar sus limitados potenciales de autonomía es un primer paso para reestablecer su valía.

– *No culpabilizar y no juzgar*: son dos aspectos que aportan sustantivamente a la recuperación de la valía. Debe tenerse especial cuidado en no utilizar ninguna de estas alternativas en la intervención con los niños o adolescentes en tanto son totalmente impertinentes para la contención y potenciadoras del empuje.

– *Estar atento a los otros significativos como empuje y como apoyo*: detectar aquellos otros significativos que ofrecen soporte, apoyo y vinculación positiva, destacándose especialmente aquellos que puedan romper la visión en túnel.

– *Proponer pequeñas metas alcanzables*: si la valía y la confianza del niño o adolescente están maltrechas, una alternativa para propiciar la contención en el día a día y la proyección a futuro es proponer metas alcanzables que vayan fortaleciendo dicha confianza, a medida que va sintiendo que, efectivamente, puede lograrlas.

– *Fortalecer la noción de futuro cuando esta aparezca, pero no imponerla*: es frecuente que ante el temor por la posible reincidencia en el intento de suicidio se proponga al niño o adolescente, como alternativa de intervención, diversas posibilidades a futuro a través de las cuales se busca que se aferre a la vida. No obstante, ello puede ser contraproducente pues, paradójicamente, puede confirmar las dificultades que lo han conducido hasta allí, en vez de modificarlas. Es preferible ir construyendo dicha perspectiva con él, acompañándolo en el proceso, y asegurándose que sea su propia perspectiva la que vaya mostrándole el camino afuera del túnel.

– *Reconocer las sensaciones que despierta la atención* (Pobrecito o desesperante): la actitud del niño o adolescente puede despertar intensos sentimientos de lastima o rechazo en el personal de salud. Hay que estar atento a ellos con el fin de no repetir los modelos relacionales que lo han conducido hasta allí y ofrecer un vínculo afectuoso pero firme que le apuesta a la emergencia de un ser autónomo y capaz, que no tiene por qué generar lastima o rechazo en los demás para llegar a ser.

Tipo de empuje al suicidio exaltado

Tipo en el que los otros (organizados, generalizados y significativos) configuran un entramado a partir del cual el niño o adolescente aprende que puede y debe asumir una posición en la cual, para ser reconocido como sujeto, debe atacar, agredir o comportarse de manera activa e impulsiva. Este rol que empuja al suicidio se divide en dos subtipos: el exaltado “fosforito” y otro asociado al consumo de sustancias, el exaltado “fosforito en gasolina”.

En el tipo exaltado el empuje al suicidio se configura en un contexto interaccionista en el que los otros generan situaciones de

choque, confrontación o malestar frente a las cuales el niño o adolescente no encuentra alternativas de resolución mediadas por la reflexión, el control de impulsos o la sublimación. Así, asume el rol de una persona contestataria que encuentra un lugar frente a los otros, siempre y cuando se caracterice por la insumisión o la agresividad, rasgos que se convierten en identitarios frente a los otros, manteniendo la dinámica vincular que empuja al suicidio.

“Ella empezaba con un lápiz hasta que se hacía heridas y empezaba a sangrar profusamente, un día le dije pilas que esa punta se le va y a ver quién para eso, pero cuando empezamos a mirar no era que se quisiera morir, entre comillas, era un juego y siempre lo hacía cuando le daban pataletas, cuando estallaba en la ira y todo el cuento por algo que no la dejaban o que ella sentía que no podía hacer”.

En ocasiones, y ya como parte del rol asumido, el consumo de drogas aparece como un elemento adicional que incrementa la problemática en tanto facilita la pérdida del control inhibitorio, profundiza las características del rol esperado y acentúa el empuje al suicidio al brindarle al niño o adolescente una “herramienta” que le permite ser aquello que debe ser (al menos aquello que cree, se espera sea).

En el tipo exaltado el llamado de atención se constituye en un grito desesperado de los niños o adolescentes, mediante el que buscan ansiosamente alternativas que les permitan encontrar un lugar en el mundo, en el que sean reconocidos y valorados, y que no esté mediado por la agresión. Así, a través de los intentos buscan alternativas para descargar la presión que sienten no solamente desde la única vía que conocen para ello –agresiva- sino también y, además, la única validada y permitida por los otros que los rodean, en tanto es a través de ellas que reconocen su identidad.

“La gran mayoría de los muchachos lo hacen es más por...o sea, se lastiman o se hacen daño es por un cuento impulsivo o bajo efecto de sustancias”.

Es desde este contexto que debe ser leída la actitud del niño o adolescente del tipo exaltado luego de que ha cometido un intento: probablemente será más agresivo, menos reflexivo y más “problemático” para los servicios de urgencias, pues la manera de resolver aquello que desea cambiar siempre estará signada por el rol que se le asigna y todos sus intentos de cambio, paradójicamente, estarán marcados por dichas características.

Psicopatología asociada al tipo exaltado

Es frecuente encontrar algunas características psicopatológicas distintivas en este tipo, que deben ser evaluadas e intervenidas en caso tal que se presenten. Entre ellas se encuentran las siguientes:

Dificultades en la autorregulación: el niño o adolescente no es capaz de esperar la gratificación y, por ello, ante la sensación invasiva de sentirse frustrado por la espera, actúa de manera impulsiva, desesperada e irreflexiva, sin que medie un análisis ponderado de la situación y de la evaluación de las consecuencias del acto. Los problemas en la autorregulación se evidencian especialmente a través del bajo control de impulsos y escasa tolerancia a la frustración.

Bajo control de impulsos. Por lo general son niños o adolescentes a quienes se les dificulta esperar, “tener paciencia” y no actuar bajo la presión de sus deseos. El bajo control de impulsos se evidencia cuando el niño o adolescente responde o actúa de manera impulsiva e irreflexiva, sin medir las consecuencias, motivado y dirigido por emociones desbordadas. Frases como “te dije que no lo cogieras”, “¿no puedes esperar?”, “Ya va, ya va...” son ilustrativas de la mediación realizada por los adultos con este tipo de conducta.

“Pues que yo me acuerde de niños y adolescentes que hayamos tenido acá con intento suicida, son como muy de lo impulsivo, muy como del espectro de lo impulsivo. No me acuerdo que me haya tocado uno, como un paciente psicótico o como un paciente con una enfermedad mental establecida que esté descompensado y por eso sea el intento suicida, no; han sido más, como impulsivo”.

Baja tolerancia a la frustración: La tolerancia a la frustración se relaciona directamente con la capacidad que desarrolla el niño para tolerar aquellas situaciones en las cuales las cosas “no salen como él quería o cuando él quería”, aplazando o negando la gratificación de sus deseos; característica muy escasa en los niños o adolescentes con empuje al suicidio del tipo exaltado.

Proyección como mecanismo de defensa: Se caracteriza porque la persona asume que todo lo que le pasa es culpa de los otros, sin aceptar responsabilidades personales por sus actos. La existencia de la proyección en el tipo exaltado debe ser tomada en cuenta en tanto media las intervenciones realizadas por el personal de salud, dificultando, al menos inicialmente, las acciones de tipo psicoeducativo y todas aquellas que propicien la autorreflexión en torno a las consecuencias del acto.

Así, los niños o adolescentes que asumen este rol encuentran grandes dificultades para aceptar y tolerar el fracaso, no lo traducen en aprendizaje sino en un motivo de intensa frustración y, por ello, pretenden resolver su malestar de manera inmediata a través de actuaciones impulsivas. Ello los lleva a que en muchas ocasiones sean catalogados como agresivos (de manera coloquial) o disruptivos (como categoría diagnóstica) y abordados o tratados como tal:

“Sí, y eso me dio muchísima rabia, la verdad es que yo primero me fui a llorar al sótano, a estar sólo porque peleé con mis papás, decían que yo no era un buen hijo, que ellos

ni siquiera me merecían, que no merecían tener un hijo como yo, con los dos, ellos estaban acostados porque fue tarde, fue como a las 11 o 12 de la noche, entonces salí corriendo y fui al sótano, después mi mamá fue a buscarme al sótano, le dije que quería estar sólo y subí a la terraza y ya tenía los pensamientos que si me tiro o no”.

No obstante, es necesario considerar que su actitud responde a la lógica de un rol, motivo por el cual las acciones centradas en los individuos y específicamente en su capacidad de controlarse sin que medie una intervención en el rol que los empuja a ello, será por lo menos, insuficiente.

Subtipo exaltado “fosforito”

En este subtipo los niños o adolescentes responden de manera reactiva al malestar a través del pasaje al acto sin que medie ningún tipo de contención o razonamiento. En general ocurre luego de que son maltratados, castigados, agredidos o se les ha impuesto límites y normas inaceptables para ellos.

El tipo de vínculo establecido en el subtipo exaltado “fosforito” implica una gran carga de malestar y agresividad para la cual no se encuentran vías de descarga mediadas por la razón o la palabra, y responde más a un instrumento del acto, que a un verdadero proceso metacognitivo. Así, cuando el niño o adolescente habla realmente está golpeando con sus palabras; más actuando a través de ellas que intentando comunicarse con ellas para expresar su malestar o su vivencia subjetiva.

“Entrevistador: Vamos hablar de ese momento que los dos conocemos, cuando subes a la terraza y miras al vacío, porque el hecho de que hayas tomado una foto quiere decir que lo miraste. ¿Qué te llevó a hacer eso ese día?

Ese día yo había hablado con XXX y tuve una conversación muy maluca que me puso demasiado mal, después me puse a pelear

con mis papás, después llegó XXX, y el estar con él me hizo sentir mal porque me acordé de lo que me hizo, entonces yo por qué tengo que seguir ahí y ella me había hablado de él”.

Esta forma de actuar de tipo agresivo puede observarse tanto de una manera activa (la cual ya se ha señalado) como pasiva, en la cual los profundos y prolongados silencios, no sostener la mirada o rebelarse contra cualquier directriz que den las personas tratantes, son expresiones evidentes de ella.

Es muy importante tener en cuenta que ésta es y ha sido la forma que ha encontrado el niño o adolescente para tener una identidad y aunque esta se soporte en el “ser agresivo”, “ser mala clase”, “ser violento” o “ser grosero y respondón”, no deja de ser su identidad la que, como tal, se ha configurado a través de un proceso interaccionista que, finalmente, le permite contar con la sensación de ser alguien ante los demás, por más que a estos les parezca problemática.

“Entonces ahí, sobre eso sí he visto mucho, como que les generan, pues, sin querer, pero les generan culpa, o sea, hablándoles mal del otro papá y cómo ha sido de doloroso para ellos el proceso, sobre cargan al muchachito. El muchachito muchas veces ni sabe qué siente, no sabe cómo expresarlo y lo que hace es lo que manifiesta a través de la conducta: que lo castigan, lo critican, lo sancionan más; entonces esto se va volviendo una bola de nieve, hasta que el muchachito ya no aguanta más y termina haciendo algo en contra de él”.

Estrategias de intervención por parte del personal de salud:

– *No responder de manera exaltada a un vínculo exaltado:* ante la frustración e intensa molestia que pueden generar las grandes dificultades en la atención asociadas a este tipo, puede ocurrir que el tratante responda de la misma manera al niño o adolescente, dejándose llevar por el malestar que éste le genera. Es de trascendental importancia evitar este tipo de respuesta pues solamente confirma el

tipo de vínculo que le ha empujado al suicidio, incrementando así el riesgo de reincidencia.

- *Establecer límites innegociables (ojalá pocos) y otros flexibles*: Debe definirse de manera muy clara y precisa cuales son esos límites innegociables, como, por ejemplo la atención bajo los efectos de drogas o alcohol y cuáles pueden ser flexibles, como, por ejemplo, los horarios o lugares de atención. Ello permitirá establecer unas condiciones mínimas para el vínculo terapéutico y para la contención emocional.
- *Encontrar alternativas de descarga diferentes a la agresión*: tales como el deporte, las caminatas, la escritura o el dibujo, las cuales deben ser elegidas según las características de cada niño o adolescente. De cualquier manera, lo importante es encontrar alternativas de descarga que le liberen un poco de la presión emocional.
- *Detectar otros significativos, organizados o generalizados que empujan y contienen el suicidio*: tal como se ha sugerido en los otros tipos, es necesario detectar los otros significativos que contienen o empujan al suicidio con el fin de potencializar la presencia de los primeros y limitar al máximo la de los segundos.
- *Mediar los tiempos de presencialidad*: si bien tradicionalmente se han establecido de manera más o menos fija los tiempos y frecuencias propios de los procesos terapéuticos, en este tipo de empuje al suicidio puede ser importante flexibilizar la duración y periodicidad de las consultas, disminuyendo lo primero y aumentando lo segundo. Ello podría facilitar el establecimiento de un *rapport* positivo y la planeación de estrategias de intervención adecuadas a la lógica vincular de los niños o adolescentes.
- *Utilizar más la clarificación que la confrontación*: dadas sus características

impulsivas y reactivas, es preferible utilizar poco la confrontación y mucho la clarificación. Ello puede promover progresivamente la capacidad de *insight* y disminuir la barrera de los mecanismos de defensa, sin que el terapeuta llegue a ser sentido como amenazante, alterando el vínculo terapéutico.

- *Implementar estrategias de control de impulsos y tolerancia a la frustración*: estas deben ser claras, precisas, concretas y plausibles de alcanzar por el niño o adolescente. Deben proponerse de manera progresiva y en orden de factibilidad, de tal modo que fortalezcan la confianza en sí mismo y también en el tratante

Subtipo exaltado “fosforito en gasolina”

Este subtipo se caracteriza por una respuesta a situaciones problemáticas mediada por actos de carácter impulsivo, pero potencializadas por el consumo de sustancias. Así, a la configuración del rol subtipo exaltado se agrega un factor externo que potencializa de manera exponencial el riesgo de muerte al incrementar el empuje al suicidio por inhibición del control de impulsos y baja tolerancia a la frustración, ya de por sí alteradas.

“Entonces son o consumo de sustancias, que los descompensa totalmente, entonces en ese caso si se hace intervención aguda, pues ahí con el psiquiatra y el médico general, pero casi siempre es por dificultades a nivel de la familia o presiones académicas o situaciones sociales o ambientales, entonces se pueden manejar en el ámbito de la consulta ambulatoria o de la consulta externa, que es básicamente lo que se hace”.

Además de lo ya señalado para el subtipo exaltado “fosforito”, el vínculo con el subtipo exaltado “fosforito en gasolina” se problematiza en tanto ante estados alterados de conciencia, la primera acción que debe realizarse, antes de cualquier intervención de tipo terapéutico, es la

desintoxicación, tras la cual sí puede pensarse en el contacto.

“Es un grupo que es muy complejo y es el que ya tiene consumo de alcohol, tiene consumo de sustancias, que es un grupo que empieza a tener una problemática, y es que bajo efectos del alcohol se potencializan muchas de estas situaciones familiares o estas situaciones afectivas o estas situaciones personales, que lo llevan a esto”

No obstante, aun si la desintoxicación puede lograrse aparecen elementos que pueden complicar la forma de establecer vínculos. El primero de ellos es la posible existencia de un síndrome de abstinencia, ante el que cualquier figura que aparezca en el panorama estará en segundo o tercer nivel de importancia en tanto el único vínculo válido y necesario para el niño o adolescente en estas condiciones es la droga. Así, todo lo que el paciente diga o haga estará dirigido a su consecución, a suplir dicha necesidad: “enturbando” el vínculo en tanto podrá aparecer absolutamente sumiso y reflexivo en torno a su situación, reconociendo todo lo que el tratante quiera con el fin de que “lo deje tranquilo” o “le dé el alta” y él pueda regresar para seguir consumiendo, o puede agredirlo y maltratarlo con el fin de luchar contra aquel que limita su acceso al consumo.

“Entonces el control del alcohol, el control de este tipo de cosas, más que todo el alcohol. Los otros incluso no tanto, más el alcohol, el alcohol es el disparador número uno, y sobre todo pues, terminaciones de noviazgo, peleas con papá y mamá, terminar... por ejemplo, ésta es un época donde no les fue bien en el colegio, no son capaces de afrontarlo frente a la casa, van y se toman unos tragos, el papá ya los tiene amenazados o la mamá. Embarazos en adolescentes, cuando creen estar en embarazo es otra, ese, ese es doble riesgo porque también tienen, uno siempre tendrá que, que evaluar como eso y mirar cómo es sin tragos y con tragos. Y aunque sin tragos no puede tener mucho riesgo, si tiene un alto riesgo de consumir trago nuevamente, pues tiene una adicción digámoslo así, así esté muy

bien, sin trago uno tendrá que tener presente que va a tomar y que va a volver a recaer; ese tipo de pacientes son alto riesgo y aun así muy difícil”.

Finalmente, pueden aparecer otras complicaciones relacionadas con el vínculo y son aquellas que tienen que ver con el nivel de deterioro cognitivo o emocional en el que se encuentra el niño o adolescente, fruto del consumo. En ocasiones, es tan profundo que se hace muy difícil optar por intervenciones de tipo interpretativo, limitándose a aquellas propias del apoyo, incluyendo la internación en instituciones especializadas.

Estrategias de intervención por parte del personal de salud:

- *Reconocer el estilo comunicativo:* es importante recordar que si el tipo vincular y el estilo comunicativo se ubican en el espectro agresivo, debe evitarse el enganche con el niño o adolescente en “la pelea” que propone.
- *Considerar el posible deterioro cognitivo o el síndrome de abstinencia:* la evaluación e intervención deben orientarse inicialmente hacia estos factores de tipo orgánico para, posteriormente, evaluar los relativos al espectro emocional.
- *“En el infierno hace frío”:* tener siempre presente que algunos de estos niños o adolescentes estarán dispuestos a decirle lo que sea con tal de que les den el alta o los dejen tranquilos.
- *Configurar redes para triangulación de información y contención:* en lo posible, no quedarse solamente con la versión del niño o adolescente, y contrastarla con la de la familia, los padres o los amigos.
- *Control del entorno:* estar atento a aquellos aspectos del entorno que pueden empujar al intento de suicidio para generar estrategias que permitan contener, evitar o modificar dichas condiciones.

Conclusiones

El interaccionismo simbólico ofrece un marco conceptual idóneo para la fundamentación de una estrategia de intervención en intento de suicidio en niños o adolescentes durante el lapso de la crisis de manera contextualizada y pertinente en el caso a caso en tanto permite acercarse, desde la perspectiva de los actores, a las lógicas simbólicas a partir de las cuales se ha generado el empuje al suicidio. Desde dicha lectura es posible distinguir diferentes tipos y subtipos de empuje, cada uno de los cuales comporta unas características particulares y, con ellas, unas estrategias específicas de intervención que optimizan y potencializan los resultados.

Esto es especialmente importante si se tiene en cuenta que las estrategias han centrado su foco de intervención en el lapso propio del periodo de la crisis, lo cual obliga a que las acciones llevadas a cabo, tanto por el personal de salud como por los otros significativos del niño o adolescente, respondan a la premisa de “el tiempo de oro”; lo que además, es potencializado a través de la lectura del empuje al suicidio a través tipos y subtipos claramente descritos y delimitados, asimismo, con la implementación de estrategias de intervención definidas para cada uno de ellos.

La sensibilización del personal de salud es un aspecto de trascendental importancia si se quiere contar con intervenciones adecuadas en el intento de suicidio en niños o adolescentes. Desde esta perspectiva no basta con tener la información relativa al cómo, sino enfatizar en el para qué y desde dónde se va a intervenir, incluyendo en dicha reflexión los aspectos personales relacionados.

El tipo de empuje al suicidio anómico guarda grandes coincidencias con el tipo anómico ya descrito por Durkheim en 1982 y con aquel emergente de la investigación realizada por Carmona, Tobón, Jaramillo y Areiza (2010a). La intervención en este tipo

se fundamenta en el restablecimiento de la confianza y seguridad a través de interacciones que fomenten la consolidación de otros estables (desde la perspectiva interaccionista) que permitan al niño o adolescente la recuperación de una sensación de “valer para otros” y “tener un lugar claro en el mundo).

El tipo de empuje al suicidio exaltado requiere de una forma de vínculo tranquila que facilite espacios de descarga de manera controlada, reestableciendo posibilidades sublimatorias y modificando el empuje a través del fomento de la resignificación de los otros (perspectiva interaccionista) que, más que culpabilizar, juzgar o agredir al niño o adolescente, propendan por su reconocimiento como sujeto, con alternativas de ser y de relacionarse con el mundo.

Es imprescindible incluir a la familia en los procesos de intervención de intento de suicidio con niños o adolescentes. Si bien hacen parte trascendente en el empuje al suicidio, también lo son en los procesos de cambio.

El tiempo de oro en la intervención es uno de los criterios básicos para una buena atención: el pequeño lapso que se tiene para conversar con los niños o adolescentes que han tenido un intento de suicidio es una oportunidad única que los tratantes van a tener para generar algún tipo de cambio en el empuje. Por ello, hacerlo bien, a consciencia, informados y con mucho amor puede significar la diferencia entre la vida y la muerte de una persona.

No obstante las bondades de la estrategia, una de sus limitaciones guarda relación con el desconocimiento del personal de salud de esta perspectiva teórica -el interaccionismo simbólico- y sus posibilidades interpretativas y de intervención. Así, la necesidad de cualificar al personal de salud, especialmente a los servicios de urgencias, en el marco conceptual e interventivo que la fundamenta, es imprescindible.

Es importante incluir en futuras investigaciones la perspectiva de las enfermeras, en tanto ellas son esenciales en la atención del intento de suicidio como personal asistencial encargado de la contención de los niños o adolescentes al mismo tiempo que enlace con sus familias y el resto del personal de salud tratante.

Referencias

- Bellak, L. & Small, L. (1980). *Psicoterapia breve y de emergencia*. México: Editorial PAX.
- Blumer, H. (1982). *El Interaccionismo Simbólico, Perspectiva y Método*. Barcelona: Editorial Hora.
- Caplan, G. (1996). *Principios de psiquiatría preventiva*. Madrid: Paidós Ibérica.
- Carmona, J., Jaramillo, J.C, Tobon, F. & Areiza, Y. (2010a). *Dimensión Psicosocial de la Construcción del Intento de Suicidio en Niños y Adolescentes*. Fundación Universitaria Luís Amigó, Universidad de San Buenaventura y COLCIENCIAS. Medellín.
- Carmona, J., Jaramillo, J., Tobon, F., & Areiza, Y. (2010b). *Manual para Institución Educativas de Prevención del Suicidio Consumado, el Intento de Suicidio y la Ideación Suicida en Estudiantes*. Fundación Universitaria Luís Amigó, Universidad de San Buenaventura y COLCIENCIAS. Medellín.
- Durkheim, E. (1982). *El Suicidio*. Madrid: Akal Editor.
- El Nuevo Siglo.co. (11 de Septiembre de 2013). *500 Niños estarían en riesgo de suicidio*. Recuperado de <http://www.elnuevosiglo.com.co/articulos/9-2013-500-ni%C3%B1os-estar%C3%ADan-en-riesgo-de-suicidio.html>
- Garrido, A. & Álvaro, J.L. (2007). *Psicología social. Perspectivas psicológicas y sociológicas*. México; Mc Graw Hill.
- Goffman, E. (1991). *Los momentos y sus hombres*. Buenos Aires: Paidos.
- Goffman, E. (2001a). *Internados*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Goffman, E. (2001b). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Goffman, E. (2006). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2013). *Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Muertes Violentas en el 2013*. Recuperado de <http://www.medicinalegal.gov.co/index.php/oficina-de-prensa/732-muertes-violenta-en-2013>
- Londoño, D. A. & Zea, J. C. (2001) Suicidio Infantil. Facultad de ciencias sociales – humanas Universidad de Antioquia. Medellín. (Pp. 53- 56)
- Mead, G. H (1999). *Espíritu, Persona y Sociedad*. Barcelona: A&M Grafics.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2009). *Programa SUPRE*. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/

- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2010). *Estadísticas sanitarias mundiales*. Recuperado de www.who.int/gho/publications/world_health.../ES_WHS10
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2012). *OMS. Prevención del suicidio (SUPRE)*. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2013) Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Recuperado de www.who.int
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2014a). Programa SUPRE. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2014b). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Ginebra, Suiza: OMS. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf?ua=1
- Posada-Villa, J., Rodríguez, M., Duque, P., & Garzón, A. (2007). *Prevalencia y factores de riesgo de comportamientos relacionados con suicidio en el estudio nacional de salud mental, Colombia 2003 (ENSM)*. *Nova*, 5(7), 84 – 91.
- República de Colombia, Ministerio de la Protección Social & Fundación FES Social. (2005). *Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003*. Cali: Ministerio de la Protección Social-Fundación FES Social. Recuperado de http://onasm.ces.edu.co/uploads/files/1243030_EstudioNacionalSM2003.pdf.
- Ritzer, G. (1997). *Teoría sociológica contemporánea*. México: Ed. McGraw Hill.
- Roberts, A. (2000). *An overview of crisis theory in crisis intervention*. In: Roberts, A (ed). *Crisis intervention handbook: assessment, treatment, research*. New York: Oxford University Press.
- Rocamora, A. (2012). *Intervención en crisis en la conducta suicida*. Madrid: Desclee de Brower.
- Rojas, E. (1984). *Estudios sobre el suicidio*. Edition: 2a ed. Country of Publication: España. Editorial: Barcelona: Salvat,
- Sarbin, T.R. (1996). *Narrative psychology: the storied nature of human conduct*. New York: New York.
- Slaikue, K. (1988). *Intervención en crisis*. México; Editorial Manual Moderno.
- Universidad CES; Secretaría de Salud de Medellín; Consorcio de Epidemiología Psiquiátrica Harvard-OMS. (2012). *Primer Estudio Poblacional de Salud Mental. Medellín, 2011-2012*. Medellín: L. Vieco e Hijas Ltda.

Recibido: Octubre 24-2014 Revisado: Abril 4-2015 Aceptado: Mayo 5-2015
