

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA LA ANTIGUA  
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO**

**DOCTORADO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**TESIS DE GRADO**

**IDEACIÓN E INTENTOS SUICIDAS EN LOS ADOLESCENTES  
ESTUDIO DE DOS CASOS**

**PRESENTADO POR  
ADIODATO BEDOYA**

**DIRECTOR PONENTE: DR. RAMÓN MON**

**SUPERVISORES CLÍNICOS  
DR. RAMÓN MON  
DR. SAMUEL PINZÓN**

**PANAMÁ, OCTUBRE 2018**



Este obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)

<https://doi.org/10.37387/speiro.td.505>

## **DEDICATORIA**

A mi Familia por todo el espacio ofrecido para la realización de este proyecto y por el apoyo brindado

## **AGRADECIMIENTO**

A los pacientes atendidos que vertieron su vida a lo largo de todo el proceso.

Al Dr Ramón Mon, por dirigir pacientemente este trabajo, mostrándome el camino a seguir.

Al Dr Samuel Pinzón por su dedicación en la supervisión del caso.

A la Dra. Melva de Mon, por todo el apoyo brindado.

A Dios, por estar presente en cada acontecimiento.

### **ADVERTENCIA**

“Las opiniones contenidas en la presente investigación son de responsabilidad exclusiva de la autora, y no representan necesariamente la opinión de la Universidad Santa María La Antigua”.

## INDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTOS.....	v
ADVERTENCIA.....	vii
ÍNDICE GENERAL.....	ix
RESUMEN / ABSTRACT.....	xiv

### **CAPÍTULO PRIMERO**

#### **CONTEXTUALIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

Introducción.....	3
Justificación.....	4
Preguntas de investigación.....	6

### **CAPÍTULO SEGUNDO**

#### **MARCO TEORICO**

A. Sobre Adolescencia.....	9
B. Entendiendo el Suicidio.....	14
C. Teorías Acerca del Suicidio.....	15
1. Teorías Biológico-Genéticas.....	15
2. Teorías Sociológicas.....	16
3. Teorías Psicoanalíticas.....	18
D. Trastornos de la Personalidad y Suicidio.....	25
E. Suicidio y Adolescencia.....	28
1. Comportamiento Adolescente.....	31
2. Significado del Suicidio en la mente adolescente.....	33

### **CAPÍTULO TERCERO**

#### **ABORDAJE METODOLOGICO**

A Tipo de investigación Cualitativa.....	39
B. Estudio de Caso.....	41
C. Selección de Participantes.....	42
D. Técnicas Cualitativas Utilizadas.....	44
• Historia Clínica.....	44
• Psicoterapia.....	45
E. Análisis de los Resultados.....	46

### **CAPÍTULO CUARTO**

#### **HISTORIAS CLINICAS**

A. Historia Clínica de Adrían.....	49
B. Historia Clínica de Alexa.....	52

### **CAPÍTULO QUINTO**

#### **RESUMEN DEL PROCESO DE PSICOTERAPIA**

Caso Adrián.....	59
Fase Inicial.....	59
Fase Intermedia.....	60
Fase Final.....	65
Caso Alexa.....	66
Fase Inicial.....	66
Fase Intermedia.....	67
Fase Final.....	76
<b>CAPÍTULO SEXTO</b>	
<b>ANÁLISIS DE LA INFORMACION</b>	
Análisis de la Información.....	81
Respuestas a las Preguntas de Investigación.....	84
<b>CAPÍTULO SÉPTIMO</b>	
<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	
Conclusiones.....	95
Recomendaciones.....	96
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....</b>	<b>99</b>

## RESUMEN-ABSTRACT

En el trabajo clínico realizado en mi experiencia como psicólogo en una institución del estado, y a nivel privado, y en especial con los casos de estudio, he logrado analizar en su profundidad la problemática de la ideación e intento suicida en los adolescentes, abordándolo desde el enfoque de investigación cualitativa, bajo el método de estudio de dos casos. Ayudado por la psicoterapia psicoanalítica que se ofreció a lo largo de 100 sesiones a cada participante, los individuos en el estudio vertieron sus vivencias a partir de su propia realidad. El tránsito del individuo por las etapas que anteceden a la adolescencia es fundamental como parte de un desarrollo continuo, en donde, al llegar a la adolescencia, con los propios retos, desafíos y tareas que la misma contiene, puede convertirse en una experiencia llena de estrés que se puede medir teniendo en cuenta la propia vivencia del individuo y el nivel de estrés que puede soportar. Al respecto, constatamos que los adolescentes, en esta etapa reeditan y actualizan lo vivido en etapas anteriores, desde la buena relación con sus padres y con su entorno familiar, hasta los diversos aspectos negativos vividos de gran influencia en su desarrollo posterior. En este sentido, los conflictos familiares tales como infidelidad entre los padres, violencia intrafamiliar, y divorcios; además, un historial de abuso sexual, en la infancia o en la propia adolescencia, pueden afectar al individuo en un sinnúmero de formas sin excluir la autolesión, la ideación y el intento suicida. El adolescente experimenta un profundo sufrimiento en el cual se siente solo, abandonado, sin esperanzas y muchas veces piensa, desde mucho antes del primer intento, que no hay salida más "efectiva" que la muerte por suicidio. Mientras más acompañado, a nivel profesional desde la psicoterapia dos o tres veces por semana, y a nivel familiar, el adolescente encontrará otras opciones de afrontamiento adecuado.

In the clinical work carried out in my experience as a psychologist in a state institution, and at a private level, and especially with the case studies, I have been able to analyze in depth the problematic of suicidal ideation and intent in adolescents, addressing it from the qualitative research approach, under the study method of two cases. Helped by the psychoanalytic psychotherapy that was offered over 100 sessions to each participant, the individuals in the study poured their experiences from their own reality. The transit of the individual through the stages that precede adolescence is fundamental as part of a continuous development, where, when reaching adolescence, with its own challenges, challenges and tasks that it contains, it can become an experience full of Stress that can be measured taking into account the individual's own experience and the level of stress that can stand. In this regard, we note that adolescents, at this stage, reissue and update what they have experienced in previous stages, from the good relationship with





their parents and their family environment, to the various negative aspects that have had a great influence on their subsequent development. In this sense, family conflicts such as infidelity between parents, intrafamily violence, and divorces; In addition, a history of sexual abuse, in childhood or in adolescence itself, can affect the individual in a number of ways without excluding self-harm, ideation and suicidal intent. The adolescent experiences a deep suffering in which he feels lonely, abandoned, hopeless and often thinks, long before the first attempt, that there is no more "effective" exit than death by suicide. The more accompanied, on a professional level, from psychotherapy two or three times a week, and at the family level, the adolescent will find other suitable coping options

**CAPÍTULO PRIMERO**  
**INTRODUCCIÓN**

## Introducción

La existencia se manifiesta en la vida, y el que vive, o el que tiene vida, existe. La Por tanto, podemos decir que la existencia de algo, confirma en sí misma una realidad concreta, incluso palpable. Este es el significado que da la Real Academia Española de la Lengua en el Diccionario de la Lengua Española (2001), sobre el término "existencia", es una "...realidad concreta de un ente cualquiera...". En este sentido, "emerger, aparecer, presentarse, salir, hacerse visible", son términos que hacen referencia a algo concreto, palpable, si no en su esencia, sí en su significación, es decir, quizás no se pueda sujetar, agarrar la vida, como concepto abstracto, de la misma manera como quien toma algo entre sus manos y lo sujeta. Pero definitivamente, podemos sujetar, agarrar, sostener a un ser vivo, persona o animal, y nos damos cuenta de su existencia y sus circunstancias. La persona que vive, no solo tiene una vida sin más, sino que por estar vivo y tener vida, tiene fuerza, ocupa un espacio, un significado, entra en relación, se comunica, experimenta, y todo lo realiza en lo concreto de su existencia. No obstante, así como es una fuerza, así mismo se hace y es frágil. En este sentido encontramos, de manera natural quiénes la protegen y luchan para conservarla, por el mismo individuo, o por organizaciones e instituciones, desde la vida animal, vegetal y sobre todo la humana, por encima de aquellas. Hoy en día podemos encontrar muchas amenazas contra la vida que vienen de afuera, unas más letales que otras. Pues bien, qué sucede cuando todas esas amenazas a la vida no provienen de fuera, sino de dentro. Resulta contradictorio cuando las amenazas a la propia vida provienen del interior de la propia persona, es decir, que la propia persona que existe, que vive, intenta deliberadamente terminar con su vida. Más concretamente, nos referimos al suicidio. A partir de este fenómeno, y debido a lo contradictorio del mismo y al aumento de los casos, algunas organizaciones internacionales y nacionales en los últimos años han incluido el tema en cuestión como parte de su agenda a tratar. Por nuestra parte, al finalizar este período de intensa formación a nivel doctoral, queremos realizar un pequeño aporte para detenernos en el fenómeno del suicidio con una mirada mucho más sensible. No obstante, como veremos en todo el cuerpo de nuestro trabajo, la dinámica de querer morir "vulnerabiliza", si se me permite el término, a quien lo experimenta, no importa su edad ni condición social. Sin embargo, una de las etapas en las que el individuo re-vive vulnerabilidades, pasadas y presentes, es en la adolescencia. En la práctica clínica, una de las demandas que exponen los padres de los adolescentes, después de muchos temas propios de la época adolescente, son las lesiones auto-infringidas e incluso, en algunos casos más extremos, al menos un intento suicida realizado, sin abandonar la realidad que, ante este hecho, debieron existir ideaciones o fantasías de muerte en algún momento del camino. Pues bien, nuestro interés en este trabajo, es abordar la ideación y

el intento suicida en los adolescentes, pasando por las razones que nos llevaron a la elección de este tema, las preguntas que surgen de esta problemática, iluminando nuestro camino en base al marco teórico que explora teoría, pensamientos, posiciones de los expertos haciendo énfasis en las teorías psicoanalíticas y en la visión que otros tienen de los adolescentes. Estableceremos el método de investigación que hemos asumido como favorecedor del proceso. Entraremos en contacto con dos experiencias de vida que nos han permitido el abordaje desde la psicoterapia a lo largo de 100 sesiones, en donde junto con los aportes de los supervisores y el resumen del proceso de psicoterapia, analizaremos todo lo presentado para finalmente concluir.

Este es nuestro trabajo, en esto basamos nuestro estudio, es nuestro esfuerzo de un pensar estructurado, ordenado, sobre tema actual para futuros abordajes.

## **Justificación**

Es importante mirar lo que acontece en nuestra sociedad en los últimos años. Si nos fijamos en el acontecer del día a día en nuestros contextos, puede que miremos acontecimientos difíciles que tienen un sinfín de factores que lo han desencadenado. No obstante, mayor es nuestra preocupación si nos detenemos en los medios de comunicación que de por sí tiene otra visión de los acontecimientos y seguramente les darán causas que nos dejarán sorprendidos. Tal es el caso de los acontecimientos con resultados violentos como robos, conflictos familiares, delincuencia en general, etc., que repercuten en la sociedad y en la toma de decisiones de nuestros gobernantes. En este sentido, quizás no como resultado de un acto delincencial, se encuentra otra problemática que sí definitivamente atañe a nuestra sociedad en general y a cada individuo. Nos referimos al suicidio como una realidad que habla no solo de niveles intrínsecos, individuales de cada persona, sino también como una problemática de Salud Pública. Ahora bien, aproximarse al suicidio, es necesariamente, por el impacto que causa, mirar la Vida, pero una vida que termina de manera abrupta, sin aviso, sin despedida. Y es precisamente, la inquietud, las preguntas sin respuestas, a partir de este impacto, lo que queda en la mente de los familiares y amigos del fenecido. Ciertamente la Vida, como vida, tiene su fin, que sobreviene con la muerte, como parte de un continuo, como parte del proceso natural de todo ser viviente. Aún así entendida las cosas, vida y muerte se oponen; culturalmente se oponen y es por esto que, aunque se “esté preparado”, familiares y amigos, incluso el mismo paciente después de una larga enfermedad, se vive de manera intensa, llena de miedo e inseguridades propias del proceso de duelo de los supervivientes. Por otro lado, entranña mayores sentimientos si la muerte sobreviene de manera repentina mediante un accidente o por un acto de

criminalidad. Por tanto, si esto es así para estas experiencias, cuánto mayor es la carga a partir de un sujeto que deliberadamente ha decidido quitarse la vida. El individuo rechaza el cuidarse, atenderse, guardarse de todos los peligros, y decide por hacerse daño hasta causarse la muerte. Esta realidad va en aumento en nuestra región. La Organización Panamericana de la Salud hablan de 800,000 personas que mueren cada año por suicidio (Organización Panamericana de la Salud, 2014). En este sentido, las estadísticas que aporta la Organización Panamericana de la Salud del 2010 al 2017, muestran una realidad alarmante, países como Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, República Dominicana y nuestro país, han aumentado la tasa de suicidios cada año. Así, en el 2010, la cifra global de los países mencionados es de 2,051 muertes por suicidio en todo ese año. En tanto que en el 2013, las cifras aumentaron a 2,337 muertes, siendo República Dominicana el mayor país con más muertes registradas en esos 7 años de estudio, 4,151 muertes. Sin embargo, en nuestro país se registraron, en ese mismo periodo de 2010 al 2017, 875 muertes. Por otro lado, con respecto a la edad, las tasas de suicidio están más elevadas en aquellas personas de 70 años o más, de ambos sexos. No obstante, aunque esta cifra es importante, no podemos soslayar que, según la Organización Panamericana de la Salud, a nivel mundial, el suicidio es la segunda causa principal de muerte entre los jóvenes de 15 a 29 años (Prevención de la Conducta Suicida, Organización Panamericana de la Salud, 2016). En este sentido, es lógico pensar que las cifras no son muy alentadoras a nivel de cada país, dejando en evidencia los problemas que vive la población adolescente.

No es ajeno a la población, las dificultades de los adolescentes provenientes de su desarrollo. No obstante, dichas dificultades no se refieren, de ninguna manera a algún trastorno específico por el hecho de ser adolescentes, es decir, ser adolescente no es una enfermedad. La adolescencia es un paso, de la infancia a la edad adulta, en donde se viven muchas situaciones que podemos llamar extremas, experiencias que, desde la óptica de cada actor, son únicas. Por eso, su vulnerabilidad es notoria, quizás no tanto en la esfera de lo físico, sino a nivel de su psique. Esta vulnerabilidad adolescente puede verse exacerbada por muchos factores que le hacen vivir crisis profundas exponiéndolos a muchos riesgos en esta etapa de vida. Tal es el caso del riesgo suicida. En la práctica clínica, los padres o profesores, después de un tiempo se dan cuenta de las heridas auto infringidas, realizadas por los adolescentes. Es allí donde buscan, con desespero, ayuda profesional.

A nivel de Salud, en nuestras instituciones, se han hecho algunos adelantos para la atención de este tipo de población en materia de prevención. No obstante, no se encuentra una

documentación clara, en cuanto a protocolos de atención para adolescentes con ideación e intento suicida. Todo queda al profesional idóneo en proporcionar soporte y acompañamiento al adolescente y a sus padres.

Este quiere ser nuestro aporte: analizar la realidad en la que vive el adolescente con ideación e intento suicida, conociendo, respetuosa, pero decididamente, paso a paso su urgencia, sus dificultades, dejándonos mover por y entre su diálogo, permitiéndonos mirar profundamente hacia su interior, acompañándolo mediante la psicoterapia.

### **Preguntas de la Investigación**

1. ¿Cómo afecta en el adolescente la separación emocional de sus padres y la adquisición de otros objetos de amor?
2. ¿Cómo contribuyen las pulsiones instintivas en el adolescente en el establecimiento de conductas autolesivas?
3. ¿Cuál es la función de las instancias psíquicas en la ideación e intento suicida?
4. ¿Cómo, la identificación con el objeto perdido se vuelve contra sí mismo en la forma de intención suicida?
5. ¿Cuál es la relación de los Trastornos de Personalidad y la Conducta Suicida?
6. ¿Cómo actúa la mente perturbada de un adolescente con ideación e intento suicida?

**CAPITULO SEGUNDO**  
**MARCO TÉORICO**

## **A. Sobre Adolescencia.**

Cuando se habla del desarrollo de las personas, necesariamente se hace referencia a un proceso que por sí mismo incluye un sin número de factores biológicos, psicológicos, espirituales y sociales que son tratados como parte de un todo. Todo este recorrido se realiza mediante etapas que incluyen desde el embarazo hasta los últimos años de vida comprendidos en la vejez. En este sentido, podemos hablar de Embarazo-nacimiento, Infancia y primeros pasos, Niñez Temprana, Niñez Intermedia, Adolescencia, Adulto, Vejez. No obstante, nos detendremos en la etapa adolescente. Un estudio de la adolescencia incluye necesariamente aspectos socioculturales propios de una región o país, pero también, no podemos olvidar, como en otras etapas de la vida, que hay principios generales que nos sirven para ubicar una población específica en cuanto a edad, aspectos cognitivos, patrones de comportamiento, líneas de cumplimiento que tienen como expresión un medio específico donde interactúa. “Así debemos por una parte considerar la adolescencia como un fenómeno específico dentro de toda la historia del desarrollo del ser humano, y, por otra parte, estudiar su expresión circunstancial de tipo geográfico y temporal histórico-social” (Knobel, 2009, página 29). No se puede obviar el elemento sociocultural determinado que el adolescente vive, elemento tal que explica y refiere comportamientos no generales, sino determinados por el aspecto idiosincrático de cada región o cultura. No obstante, hay elementos universales venidos por el solo hecho de ser persona como, por ejemplo, el despertar sexual, que deben ser tomados en cuenta cuando hablamos del desarrollo de la persona adolescente. Este es uno de los componentes que, en conversaciones con los padres, grupo de profesores, autoridades en general, levanta toda clase de interrogantes e inquietudes en los mismos.

No cabe duda que la conducta adolescente, despierta importantes interrogantes que, en búsqueda de soluciones, en el mejor de los casos, en no pocas ocasiones son llevados a nuestras consultas como adolescentes “problemáticos”. Las características de éstos, que rompe la tranquilidad de los padres, son diversas: fugas del salón de clases, bajas calificaciones, agresividad con sus hermanos menores, rebeldía, etc., conductas éstas que para aquéllos, son consideradas perturbadoras, “anormales”, sin excluir, por supuesto las conductas estrictamente patológicas. En este aspecto es importante caracterizar y señalar lo que pudiera considerarse una problemática conceptual. Llegados a este punto, no se trata de agotar, ni mucho menos profundizar, el tema tan vasto sobre la Adolescencia, tema que, dicho sea de paso, ha sido tratado por diversos autores a lo largo del quehacer psicológico. Se trata más bien de mirar normalidades-anormalidades en el adolescente, trazando líneas claras de demarcación entre uno y otro



concepto en esta etapa de la vida. No obstante, según Knobel (2009) no es posible quedarnos aisladamente con la sola etapa adolescente en sí y olvidarnos de todo el proceso evolutivo, es decir, hay que mirar a la adolescencia como parte de un continuum; un proceso en el que existe una correlación, como refiere Anna Freud (1985), citando a Ernest Jones, página 399 de su publicación *Some Problems of Adolescence* (Algunos problemas de la adolescencia):

*“ley general... que la adolescencia recapitula la infancia y que la manera en que una determinada persona ha de atravesar las necesarias etapas del desarrollo de la adolescencia, está en gran medida determinada por la modalidad de su desarrollo infantil”* (p.166),

La infancia es tomada en cuenta en la adolescencia. El sujeto alcanzará integradamente, tareas propias adultas, mientras vive en su propia persona los cambios. Se habla por tanto de un paso, un camino de una etapa a otra, en donde interactúan otros elementos: “periodo de transición conocido como adolescencia, un lapso entre en el desarrollo entre la niñez y la edad adulta, que implica importantes cambios físicos, cognoscitivos y psicosociales que se presentan interrelacionados” (Papalia, D., Wendkos, O., Duskin, F. 2001, p. 600). Todo este recorrido admite dejar, abandonar, perder etapas en las cuales probablemente las cosas estaban más o menos dictadas, o establecidas, etapas que suponían cierta seguridad, y arrojarse a la búsqueda de una identidad propia donde se precisan ciertas tareas que cumplir. Knobel (2009) define, refiriéndose a la adolescencia:

*“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 modelo 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 sólo es posible si se hace el duelo por la identidad infantil”.* (P.32)

Por tanto, el adolescente es una persona en formación que se establecerá, tarde que temprano, en un adulto, donde se precisa de un camino antes recorrido y asumiendo realidades nuevas, experiencias internas, en contacto con su medio, integrará todo en sí mismo para propio provecho y de la comunidad. No obstante, el adolescente no “vivirá”, sino vive, no “experimentará”, sino experimenta todo el imperativo del propio desarrollo en su hoy que probablemente lo empuja a situaciones límites, y esto es lo que para ellos y sus padres los hace tan perturbadores. Esto será una constante, el adolescente se mueve en los extremos, Anna Freud(1985) refiere que es muy difícil señalar en la adolescencia lo normal y lo patológico, además establece que lo anormal sería un aparente equilibrio en esta etapa. Knobel (2009) habla de una “patología normal” cuando habla que el adolescente se defiende con características psicopáticas, fóbicas, esquizoparanoide, rebeldías

extremas, exteriorizando sus conflictos. En esta misma obra, más adelante se refiere al término "síndrome normal de la adolescencia" donde aglutina todas las vivencias del adolescente vividas en extremo. Al respecto, A. Freud (1985) atribuye en el adolescente la misma dinámica que sucede en la persona en el enamoramiento y en el duelo, en donde la persona se encuentra en una lucha constante para descatectizar el objeto de amor perdido ya sea por duelo o por otra situación, se debe liberar de aquel, para catectizar un nuevo objeto. El adolescente se encuentra en la situación de irse separando de sus padres o de otros objetos de amor- El adolescente, por tanto, entra en duelo, en una lucha constante que se vive en su pensamiento y conducta. No obstante, este desorden es a favor de su desarrollo ya que, pasado la latencia, ese equilibrio alcanzado debe ser alterado para permitir eventualmente una integración de la sexualidad adulta.

Por otro lado, es importante observar que no todos los adolescentes pasan por el mismo proceso al mismo tiempo. Podemos encontrar adolescentes que no representan para sus padres ningún tipo de conflicto ni problema. Sin lugar a dudas, los tutores, profesores, padres de familia y sociedad en general, no se inquietan por aquellos adolescentes que son ordenados, no tienen conducta rebelde, aceptan todos los lineamientos de sus adultos cercanos, son predecibles, sin movilidad emocional, alejados de todo conflicto, sin perturbar la paz, es decir, dan la impresión de ser unos niños grandes o unos adolescentes añiñados. En tales casos, nos comenta A. Freud (1985) que éstos han levantado defensas tan fuertes (aspectos yoicos y superyoicos) como barreras a las actividades instintivas que muestran una renuncia a crecer. Estas defensas actúan en dos aspectos: Contra los vínculos objetales infantiles y contra los impulsos. Posteriormente, diremos algunas palabras al respecto.

Probablemente, algunas perturbaciones en la adolescencia rayan con conductas relacionadas con patologías específicas. En estos casos, debemos tener en cuenta la calidad y cantidad de los contenidos del ello que atacan al yo, y los mecanismos de defensa utilizados por el yo (A. Freud 1985). Cuando determinamos un trastorno en la adolescencia, su etiología se encuentra no sólo en los impulsos y fantasías del ello, sino en la existencia misma de los objetos de amor de su pasado edípico y preedípico. La carga libidinal de estos objetos silenciados en la latencia, entran en contacto con las nuevas y fuertes experiencias genitales en la adolescencia. (A.Freud 1985)

Para Knobel (2009), todo adolescente, durante su desarrollo como tal, experimenta 10 características fundamentales, las cuales profundiza detalladamente:

1. Búsqueda de sí mismo y de la identidad,

2. Tendencia grupal,
3. Necesidad de Intelectualizar y Fantasear,
4. Crisis religiosas,
5. Desubicación temporal,
6. Evolución sexual manifiesta,
7. Actitud social reivindicatorias,
8. Contradicciones sucesivas,
9. Separación progresiva de los padres y
10. Constantes fluctuaciones del humor y del estado de ánimo.

Es importante señalar que todas estas características las va a vivir en simultáneo, en la globalidad de su conducta, en un devenir de identificaciones y duelos.

A. Freud (1985) enfatiza que las defensas en los adolescentes se dan en dos grandes aspectos que se subdividen entre sí: Defensas contra los vínculos objetales infantiles y las defensas contra los impulsos. Dentro de las defensas contra los vínculos objetales infantiles podemos señalar las siguientes:

Defensas por desplazamiento de la libido: como mencionaba antes, cuando se pasa a la latencia, la persona en desarrollo busca desligar la libido e los objetos infantiles de amor (sus padres). Este aspecto, en vez de realizarlo como parte del proceso, lo hace a manera de huida. Es allí donde el adolescente desplaza la fuerza libidinal a figuras parentelizadas, “La libido...puede ser desplazada hacia substitutos parentales, siempre que éstos sean diametralmente opuestos en todos sus aspectos (personal, social, cultural) a las figuras originales”. (A.Freud. 1985, p177). En estos casos lo que pudiera despertar un crecimiento acelerado, no es la nueva orientación de la libido, sino la intensidad de los lazos con estas figuras. Por otro lado, al quitarle la fuerza libidinal a los padres, abre la posibilidad o se reactiva los impulsos pregenitales y genitales, no siendo ya amenazadores, estando fuera de su círculo familiar, son actuados en la sociedad. De allí la importancia de los nuevos objetos, ya que éstos serán vistos como únicos, defendibles al extremo. Así, son posibles causantes de conductas perturbadoras en la época adolescente.

Defensa por inversión de los afectos: si el adolescente no logra, desvincularse de sus padres o de figuras significativas de su infancia, de aquellas figuras de autoridad por las cuales pudo experimentar en su pasado próximo, sentimientos de amor o de respeto, ahora experimentará sus contrarios. El adolescente que antes sentía amor, respeto, consideración, ahora experimentará de forma sostenida e imperante odio, rebeldía, indignación, frialdad por aquellos. Esta situación crea cierta ambivalencia puesto que, a partir de la vivencia de estos opuestos, el joven siente libertad. Libertad que es vivida dentro de los límites que aquellos padres imponen. Así las cosas, dentro de las casas, probablemente se darán los grandes conflictos que llevarán a los adolescentes a sufrir. “La

oposición compulsiva a los padres, resulta ser tan invalidante como la obediencia compulsiva” (A.Freud. 1985, p. 179). Mientras más intensa sea la culpa y la ansiedad, así se echará mano de la negación y la formación reactiva. Por otro lado, las desviaciones patológicas que puede experimentar el adolescente, la hostilidad y la agresividad son proyectadas a los padres como resultado de lo amenazador que resultan para el yo del adolescente. Es allí que los padres son los destinatarios y productores de agresividad.

Es importante señalar que en este tipo de defensa por inversión de los afectos, tiene su movilidad más fuerte a lo interno del adolescente, resultando ser más pernicioso. En este sentido, el adolescente es probable que experimente en sí mismo, o para sí mismo, la hostilidad y la agresividad. Si es así, podríamos estar ante un adolescente que se lanza ataques contra su propia persona, se dan las autolesiones dirigidas hacia su propio cuerpo, desde el cual se manifiesta, dando a entender que algo malo hay en sí mismo que hay que lesionar o acabar. Se dan por tanto los deseos suicidas, sin excluir incluso, los intentos suicidas. En este nivel el adolescente experimenta un sufrimiento muy fuerte.

Defensa por retiro de la líbido hacia la propia persona: hemos mencionado, siguiendo a A. Freud (1985) que el adolescente debe, después de retirar la líbido de sus padres, dirigirla hacia otros objetos de amor. No obstante, esta realidad puede no realizarse. En estos casos, el adolescente vuelve para sí la líbido, de tal manera que catectiza al yo y superyó. Así, pensarse el centro de todo, ser la atracción de todos, sentirse salvadores, serán vividas de manera exagerada. La fuerza libidinal recae en el propio cuerpo resultando con ideas de omnipotencia, de omnisciencia sobre los demás, generando grandes conflictos, o incluso en etapas iniciales, enfermedad psicótica.

Defensa por regresión: en todo este recorrido adolescente, encontramos ansiedades que vive de manera intensa, mientras más creciente sea la ansiedad, así mismo se echa mano de los mecanismos más rudimentarios. Se dan mecanismos de identificación y se va organizando el yo y la líbido de acuerdo a modificaciones regresivas generales.

Defensa contra los impulsos:

Finalmente, A.Freud (1985) presenta dos aspectos que el adolescente puede moverse: El ascetismo y la intransigencia. El primero motivado por la lucha contra sus impulsos pre-edípicos y edípicos, en donde el adolescente le es difícil diferenciar placeres en sí, y los placeres brindados por la satisfacción de las necesidades vitales, lo permitido y lo prohibido; esto se vive en la transitoriedad.

En cuanto a los segundo, la intransigencia, no se trata de la intransigencia consciente que muchos adolescentes realizan y deciden, sino a lo referido por A. Freud (1985): “La intransigencia se entiende a procesos esenciales para la vida, como por ejemplo, la

cooperación entre los impulsos, la fusión de pulsiones opuestas o la mitigación de pulsiones instintivas por intervención del yo” (p.182)

## **B. Entendiendo El Suicidio**

Habiendo realizado un recorrido sobre la situación adolescente y su desarrollo, haciendo énfasis en posibles complicaciones o problemáticas que encuentra el adolescente en su desarrollo, esbozando así inicios de posibles patologías o riesgos durante esta etapa, es importante detenernos y profundizar en la problemática del suicidio. En este sentido, suicidio, etimológicamente proviene de la raíz latina “Sui”, que significa “sí mismo”; y “caedere” que significa “matar” (Real Academia Española 2001, p.1430). Esta composición latina de la palabra nos pone ante un hecho que resulta concluyente: Matarse a sí mismo. La persona realiza activamente (o pasivamente, como dejarse morir), una conducta que lo lleva a la muerte. “Acción o conducta que perjudica o puede perjudicar muy gravemente a quien la realiza” (Real Academia Española 2001, p.1430). Aunque lo digamos de manera apresurada para luego profundizarlo, estamos ante una situación que de por sí, nos acerca a cuestionamientos que nacen de la propia existencia, ya que pone en juego o en duda la motivación intrínseca del vivir. No necesitamos realizar un “tratado” acerca de “la vida” o el vivir, toda vez que percibimos y experimentamos que la vida se va abriendo paso con el simple hecho de “ser vida”, es decir, que la vida tiene su propia fuerza. Sin embargo, junto a la vida, unida a ella misma, existe la muerte, que, aunque contraria a ella, la incluye. Hablar de vida como proceso, es hablar también de muerte. Así pues, después de un largo o breve recorrido, sobreviene la muerte de modo natural (por vejez) o de manera repentina (por enfermedad, accidente o cualquier hecho violento). Aquí nos encontramos con la problemática crucial del Suicidio: una persona busca deliberadamente acabar consigo misma.

La Organización Mundial de la Salud presenta en el 2014 el primer informe sobre El Suicidio con el nombre “Prevención del Suicidio: un imperativo global” (OMS, Ginebra 2014) en donde se calcula que cada año se suicidan 800,000 personas; en tanto que, en la región, alrededor de 65,000 personas mueren por suicidio. Por otro lado, las cifras nos hablan que en casi todas las regiones del mundo las tasas más elevadas de suicidio, se dan en personas mayores de 70 años; y en el grupo de 15 a 29 años encontramos que el suicidio es la segunda causa principal de muerte a nivel mundial (OPS/OMS 2016). Estas cifras son alarmantes toda vez que entendemos que los seres humanos, orientados a la vida, deciden por conductas autodestructivas. Por lo tanto, las personas que lo experimentan se encuentran en un estado de fragilidad emocional: “...expresión de un estado afectivo de angustia, desesperación y

ausencia de otras salidas" (Dorsch. 1985, p.766). Nos encontramos con una situación límite en donde el afectado está confuso, en crisis emocional, perturbado, inestable con posibles carencias familiares y escasa red de apoyo social. Para Schnederman, citado por Castillo y cols (2013), la conducta suicida se clasifica en 4 aspectos:

1. *“Conducta suicida impulsiva, que generalmente se expresa después de una desilusión, de una frustración o de fuertes sentimientos de enojo.*
2. *La sensación de que la vida no vale nada la pena, sentimiento que suele resultar de un estado depresivo. Aquí, el adolescente considera que sus sentimientos de minusvalía y desamparo nunca desaparecerán*
3. *Una enfermedad grave, que puede llevar al individuo a pensar que no hay otra salida*
4. *Intento suicida como medio de comunicación, en donde el joven no desea morir pero, quiere comunicar algo por medio del suicidio y, así, cambiar la forma en que lo tratan las personas que lo rodean” (p.15)*

La persona se encuentra en tal fragilidad que su pensar, influenciado por otras circunstancias externas e internas, sólo piensa en hacerse daño. Por tanto, existen múltiples factores que están a la base de las conductas suicidas. Rodríguez Pulido y cols. (1990), abordan el suicidio exponiendo distintas teorías que en su conjunto explican el fenómeno suicida: Biológicas, Sociológicas, Psicoanalíticas.

## **C. Teorías Acerca del Suicidio**

### **1. Teorías Biológico-Genéticas.**

Se hace necesario afirmar según las aportaciones de los investigadores, que debatían si lo que realmente se transmitía era la enfermedad psicológica o una herencia específica de suicidio. Rodríguez Pulido y cols. (1990), mencionan que las teorías genéticas tratan de dar explicaciones e interpretaciones en las familias cuya incidencia de suicidio eran altas. En ese sentido, toman como referencia la investigación de Roy (1983) y Tsuan G (1983) mencionan que hubo mayor incidencia de riesgo suicida en familias de pacientes depresivos y maníacos que habían realizado suicidio, que en los familiares que no lo cometieron. Realmente se observa que la depresión juega un papel influyente en el suicidio. Sin embargo, por otro lado, los autores expresan que existen gran número de investigaciones que encuentran relación entre suicidio y aspectos genéticos. Tal es el caso de Schulsinger 1981, Vender, Seymour y Kety (1986) cuyas investigaciones con familiares biológicos de adoptados, concluyeron que hay mayor incidencia de suicidio en ellos.

En cuanto a las teorías Neuroquímicas, Rodríguez Pulido y cols. (1990), mencionan que las investigaciones realizadas

encuentran relación con la depresión y el suicidio con niveles bajos de 5-HiAA, citando las investigaciones realizadas por Van Praag et al (1979); Asberg et al (1976). Campanilla (1985) menciona que no todas las depresiones llevan al suicidio, sino sólo aquellas en donde la actividad inhibitoria serotoninérgica es baja; de estas investigaciones concluye dos tipos de depresión: una agitada (riesgo suicida) y otra anérgica. Los pacientes con bajas concentraciones, o bajos niveles de 5-HiAA, según Rodríguez Pulido y cols. (1990), apoyándose en Cronholm et al (1977) son descritos como persona que muestra interés por ellas mismas, y que tenía falta de empatía con los demás tendrían a evitar relaciones emocionales estrechas.

El aporte de las teorías biológicas-genéticas va en avance, aunque es un campo muy amplio, se hace énfasis a factores serotoninérgicos y su relación con la depresión que, desde otro punto de vista, otros enfoques hablan de dicho aspecto como riesgo suicida.

## **2. Teorías Sociológicas:**

Muchos son los autores que abordan el tema desde puntos de vista relacionados. Según Rodríguez Pulido y cols. (1990), uno de los autores más representativos de este enfoque, es Emile Durkeim que mediante su obra, *Suicide* (1897), plasma su pensamiento. Rodríguez Pulido y cols., (1990) comenta que como sociólogo, hace énfasis en las situaciones sociales como una realidad externa al individuo; es decir, el fenómeno suicidio, no puede ser visto hacia lo individual, o sólo observando motivaciones intrínsecas al individuo, sino como un fenómeno social.

En el acto suicida, es importante no sólo ver la individualidad del sujeto, sino también la propia cultura en general. Silvia Tuber (2005), psicoanalista, percibe una relación entre el suicidio y “las fuerzas destructivas” de la civilización. Puntualiza que el suicidio se elabora en el medio cultural y simbólico donde se realiza. Por ejemplo, en oriente (China, Japón, India) existen vastos ejemplos que por ofensa, deshonor o creencia religiosa se realiza el suicidio. En cambio, en occidente, como la cultura romana, anglosajona y española, en el momento de legislar al respecto del suicidio, hacen sus excepciones en cuanto a la realización del acto suicida. Lo anterior, nos habla de la contribución social en el suicidio. Rodríguez Pulido haciéndose eco de las palabras de Durkeim manifiesta que “no son los individuos los que se suicidan, sino la misma sociedad a través de ciertos individuos” (p.1). Las personas afectadas por el suicidio son perturbadas por dificultades en la relación entre el individuo y la sociedad. Así, Rodríguez Pulido nombra las cuatro formas de suicidio que explicó Durkeim, y que la página de internet Wikipedia resume:

*“1. El suicidio altruista es el causado por una baja importancia del yo.*

2. *El suicidio egoísta tiene lugar cuando los vínculos sociales son demasiado débiles para comprometer al suicida con su propia vida. En ausencia de la presión y la coerción de la sociedad, el suicida queda libre para llevar a cabo su voluntad de suicidarse. Esta forma de suicidio tiende a darse más en las sociedades modernas, en las que la dependencia de la familia o del clan es menor que en las tradicionales.*
3. *El suicidio anómico es el que se da en sociedades cuyas instituciones y cuyos lazos de convivencia se hallan en situación de desintegración o de anomia. En las sociedades donde los límites sociales y naturales son más flexibles, sucede este tipo de suicidios.*
4. *El suicidio fatalista se produce allí donde las reglas a las que están sometidos los individuos son demasiado férreas para que éstos conciben la posibilidad de abandonar la situación en la que se hallan.”* ([https://es.wikipedia.org/wiki/El\\_suicidio](https://es.wikipedia.org/wiki/El_suicidio))

De lo anterior, se desprenden las conclusiones a las que llegó Rodríguez Pulido (1990) de la obra de E. Durkeim:

- “1. *El suicidio progresa con la ciencia: el hombre se mata porque la sociedad ha perdido su cohesión.*
2. *La religión ejerce una acción profiláctica sobre el suicidio porque constituye una sociedad.*
3. *El suicidio varía en razón inversa del grado de desintegración de los grupos sociales del que forma parte el individuo.”* (p. 2)

No obstante, en este mismo trabajo realizado por Rodríguez Pulido (1990), se encuentran críticas a los postulados de Durkeim.. Por ejemplo, Halbwachs (1930) puntualiza que el acto suicida en su origen, tiene mayor fuerza los significados y motivaciones situacionales de la persona. Las tasas de suicidio se explicaban a partir de las diferencias de los modos de vida de grupos urbanos y grupos rurales.

Pues bien, el enfoque del suicidio que nos plantean las teorías sociales, se puede resumir en dos grandes grupos, según el autor: la teoría sociocultural (Durkeim), y la teoría subcultural (Halbwachs). No obstante, otras teorías como la teoría del cambio y la interacción de los estatus no han sido del todo desarrolladas y son mayormente criticadas. Lo importante de estos enfoques, es que nos hace voltear la mirada en la propia sociedad que probablemente este favoreciendo o no, fantasías, o ideas, o incluso el acto suicida en sí. Dejamos su análisis en manos de los sociólogos.

### **3. Teoría Psicoanalítica sobre el Suicidio.**

Ahora bien, como parte de un proceso científico, se podría profundizar y criticar, o expandir las teorías biológicas-genéticas y las teorías sociológicas a lo largo de esta investigación, sin embargo, sería un camino largo por recorrer. Por otro lado, se puede ver que,



aunque son posturas distintas, se puede tener un punto en común: la problemática del suicidio es multifactorial. Hablar del suicidio no es sólo tener en cuenta el acto como tal, sino que hablar del suicidio también es hablar de las experiencias que lo anteceden. Silvia Tuber, lo expresa: "intentos de suicidio e igualmente las ideas suicidas, las fantasías, amenazas y deseos suicidas" (p.16) son indicadores de un problema. Por otro lado, S. Freud (1901) en Psicopatología de la Vida Cotidiana, nos habla que en casos de neurosis graves, se hacen presentes automutilaciones como síntomas de la enfermedad y que incluso no se debe descartar el suicidio en estos casos, como el final de un conflicto psíquico. Los accidentes que sufren los pacientes por casualidad, o bajo la influencia que aquellos quieran proponer, no son más que maltratos autoinflingidos; así lo expresa S. Freud (1901):

*"El automaltrato que no se propone una completa autoanulación no tiene en nuestro estado de civilización actual más remedio que ocultarse detrás de la causalidad o manifestarse como simulación de una enfermedad espontánea. Antiguamente era un signo usual de duelo y podía ser expresión de ideas de piedad y renunciamiento al mundo."* (p.725)

Por su parte, Menninger (1972), citado por Rodroiguez Pulido y cols. (1990) después de exponer sobre el suicidio, manifiesta que existen otras formas de suicidio, en las que el individuo pospone su autodestrucción mediante un sufrimiento y deterioro de funciones de manera indefinida (suicidio crónico), como pueden ser conductas adictivas, invalidez crónica, ascetismo, etc. Por otro lado, manifiesta que el suicidio también puede ser realizado por el individuo, sólo localizado en algunas partes del cuerpo, como conductas autolesivas (suicidio localizado), pueden ser casos de éstos como morderse las uñas, las automutilaciones, la impotencia, la frigidez, etc. Finalmente, Menninger también refiere que algunos pacientes que internamente suscitan procesos destructivos generales o focales, en donde reafirman aspectos psicológicos de la enfermedad orgánica (suicidio orgánico).

Pues bien, en este estado de cosas, podemos suponer que lo anterior es una descripción clínica del suicidio. Por lo tanto, los argumentos y aportes nos invitan a un análisis global de la situación de la persona perturbada.

El aspecto psicodinámico del suicidio es complejo toda vez que entraña diversos factores que se examinan, no sólo en el mismo acto suicida, sino en situaciones que probablemente son dirigidas por un deseo de muerte vedado, oculto, en las palabras, fantasías y actos de la persona que lo experimenta. Entonces, no sólo nos referimos al suicidio que se ha cometido de manera conscientemente intencionada, sino también a la intensión inconsciente del suicidio. Esta terminología es utilizada por S.Freud (1901) en Psicopatología de la Vida Cotidiana capítulo 8, cuando

habla de un movimiento inconsciente y consciente en la intensión suicida.

No obstante, la intensión consciente del suicidio sucede en un tiempo determinado, así como también el medio para realizarlo. Por el otro lado, S. Freud (1901) manifiesta que de manera simultánea, se realiza la intensión inconsciente esperando un acontecimiento que funciona como detonante, sobreponiéndose a las defensas de la persona, haciendo que se libera dicha intensión. S. Freud (1901), fija su mirada en accidentes sufridos por un grupo no pequeño de personas, y que analizándolo, observa un “suicidio inconscientemente tolerado”( p. 726).

Desde la óptica psicoanalítica, podemos encontrar otros autores que hacen más enriquecedora la discusión. En este sentido, cuando se habla de suicidio en algunos autores psicoanalíticos, se hace referencia a problemas centrales en el Yo, según Rodríguez Pulido (1990) es decir, que la persona afectada, por muchas circunstancias y procesos de alguna forma patológicos, se establece un Yo débil. No obstante, es importante tener claro que cuando sucede el suicidio, suponemos un debilitamiento del Yo, que de igual forma hace mención la literatura. Rodríguez Pulido y cols.(1990) hace mención de Horney (1950) como quien denominó “alienación del yo” al proceso producido por formas distorsionadas del desarrollo que nacen de trastornos provocados por la religión, la política, figuras paternas. Esta distorsión, produce una “angustia básica”, que en cuanto el niño empieza a desarrollar sentimientos de superioridad, se produce un fracaso en el desarrollo del yo en donde existe un alejamiento entre el yo idealizado y el verdadero yo. Por otro lado, afirma Rodríguez Pulido y cols. (1990) que Otto Rank (1959) refiere que la muerte autoiniciada es producto de un conflicto en el ego que nace de la lucha entre dos miedos: a vivir y a morir. Esto produce una estrategia en donde el individuo “inhibe su vida y se mata lentamente para evitar su muerte” (p. 3). Finalmente, continuando, Karl Jung (1959) menciona que en el suicidio se da la muerte del ego que ha perdido contacto con el self. Así, Rodríguez Pulido (1990) siguiendo el planteamiento de Jung donde postula que para que la vida tenga sentido, debe existir un contacto entre el ego y el self (en él se encuentra el significado de la vida, según nuestro autor).

Por otro lado, otros autores abordan el tema como H. Hendin, haciendo un análisis en las fantasías y actitudes de sus pacientes, comentan que aquellos tienen una fantasía de muerte que está antes del acto suicida final, y que persisten en un periodo de crisis psicológica y conflicto emocional. Por otro lado, comenta, según Rodríguez Pulido (1990), página 2, que estas fantasías se dan en forma de deseos:

- a) Un deseo cansado de escapar

- b) Un deseo culpable de castigo
- c) Un deseo hostil de venganza
- d) Un deseo erótico de rendición masoquista
- e) Un deseo esperanzado de rescate.

Por su parte Sullivan (1953) habla de la angustia y la envidia como factores importantes en la actividad destructiva. En este sentido la angustia es el factor principal de funcionamiento defectuoso, que surge de personificaciones inadecuadas. No obstante, igualmente, según Rodríguez Pulido y cols. (1990) habla que Menninger representa la doctrina clásica sobre el suicidio, éste, secundando el instinto de muerte postulado por Freud, afirma que existen en todo ser humano propensiones hacia la propia destrucción, y que llegan a materializarse, cuando se combinan otros factores: "...la tendencia a la autodestrucción existe con una cierta intensidad en un número de individuos mucho mayor del de aquellos en que llega a manifestarse victoriosa"(S.Freud. Psicopatología de la Vida Cotidiana. 1901. P. 726). Rodríguez Pulido y cols. (1990), citando a Menninger describe los tres elementos que existen en todo acto suicida:

- "a). El deseo de matar son impulsos cristalizados derivados de la agresividad primaria.*
- b). El deseo de ser matado son impulsos derivados de una modificación de la primitiva agresividad cristalizada en la que básicamente intervienen los sentimientos de culpabilidad y la justicia de castigo.*
- c). El deseo de morir que enlaza con los motivos más sofisticados y se traduce a menudo en las ansias de reposo y en la voluntad de alejar o rehuir los conflictos."* (p.3)

No obstante, no podemos terminar las Teorías Psicodinámicas sin abordar a Sigmund Freud que ofrece una panorámica completa al momento de hablar sobre el suicidio. En este sentido Silvia Tuber, (1990) encuentra, en algunos escritos de Freud, las huellas de suicidio: en el caso del hombre de las ratas, en Anna O. y en la historia de Dora. En estas obras, identifica características del suicidio: sentimientos de culpa por deseos de muerte hacia otros, pérdida de la satisfacción libidinal, deseos de venganza, identificación con un padre o madre suicida, la huida de una situación estresante al extremo, la significación de un mensaje o demanda de ayuda (El Suicidio: una perspectiva Psicoanalítica, página 17). No obstante, Freud expone en Duelo y Melancolía (1917), sus ideas principales al respecto. En este sentido S. Freud inicia su análisis reflexionando acerca del duelo que, frente a la melancolía, guarda aspectos en común, aunque el primero se da de manera normal, y el segundo, es más patológico. A manera de definición, describe:

*"El duelo es, por lo general, la reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente: la patria, la libertad, el ideal, etc. Bajo estas mismas influencias surge en algunas personas, a las que por lo*

*mismo atribuimos una predisposición morbosa la melancolía en lugar del duelo.” (p. 2).*

Por lo tanto, a partir de esta afirmación, podemos suponer que el duelo es lo propio cuando la persona experimenta una situación de pérdida. Sin embargo, luego lo explicará con mayor detenimiento cómo se va a ir levantando, con lo anterior dicho, una “predisposición morbosa” en donde surge en el sujeto, la melancolía. En la práctica clínica, se han acercado muchos pacientes que, aquejados por alguna pérdida, muestran ciertas características propias del duelo que no deben ser tomadas como producto de una morbilidad tal cual. Sin embargo, cabe dentro de lo posible, que presenten otra sintomatología relacionadas con perturbaciones mentales, posiblemente provocadas o activadas por la crisis vivida desde el duelo. Por lo tanto, siguiendo el análisis del autor, al momento en que se da la pérdida, el sujeto se encuentra con la realidad concreta y única: la inexistencia del objeto amado. Esta situación exige al sujeto el abandono de toda la fuerza libidinal depositada en él. No obstante, se da una fuerte oposición ante este movimiento psíquico ya que, de manera natural “...el hombre no abandona gustoso ninguna de las posiciones de su libido...” (S. Freud 1917, p. 3). El autor menciona que el paciente, por tanto, quiere conservar al objeto, sin hacerle caso a la realidad, sino que se aparte de ella, mediante una “psicosis desiderativa alucinatoria”, término que él mismo describe en una de sus obras (S. Freud 1915). No obstante, comenta Freud que la realidad debe triunfar en esta situación siendo parte de un proceso que se va dando de manera paulatina, aunque es lógico pensar que se efectúa en medio de un gran gasto de energía y de tiempo, mientras se da la existencia psíquica del objeto perdido: “Cada uno de los recuerdos y esperanzas que constituyen un punto de enlace de la libido con el objeto es sucesivamente despertado y sobrecargado, realizándose en él, la sustracción de la libido” (Duelo y Melancolía, S. Freud 1917, página 3.). Freud refiere que no es fácil indicar el por qué este movimiento resulta ser tan doloroso, y que el displacer generado sea visto de manera singular. Finalmente, después de esta labor del duelo, vuelve a quedar el yo libre.

Lo anterior nos indica que, en el duelo, hay un estado de ánimo doloroso, poco o nulo interés por el mundo exterior, el sujeto pierde la capacidad de elegir un nuevo objeto amoroso, un apartarse de toda actividad no conectada a la memoria del sujeto perdido.

Por otro lado, Freud define la melancolía como un estado de ánimo profundamente doloroso, donde hay un desinterés por el mundo exterior, por la capacidad de amar, la inhibición de todas las funciones y una disminución del amor propio. Este desamor, se traduce en reproches y acusaciones que el paciente se hace a sí mismo, incluso esperando castigo (S. Freud 1917). Esta misma

descripción es similar a lo descrito por el duelo, aunque su gran diferencia está en la perturbación del amor propio. Otra de las diferencias de la melancolía frente al duelo, es en cuanto a la pérdida del objeto. En las dos situaciones se da la pérdida, aunque es importante decir que, en la melancolía, la pérdida puede ser más ideal que real. Se pierde el objeto, pero no es posible distinguir qué es lo que el sujeto ha perdido, ni siquiera el sujeto conscientemente, sabe lo que ha perdido: "la pérdida, conocida por el enfermo, el cual sabe a quién ha perdido, pero no lo que con él ha perdido" (Duelo y Melancolía, S. Freud. página 4). En la melancolía, la dinámica de la pérdida se hace más complicada toda vez que la conciencia está sustraída, es decir, el sujeto no se hace consciente de lo que ha perdido, o en tal caso, no sabe qué parte de ese objeto amoroso ha perdido. Hay por otro lado, un empobrecimiento del yo que se ve reflejado en una extraordinaria disminución del amor propio.

S. Freud explica que el sufrimiento del enfermo es tan profundo que aún no es fácil explicar qué es lo que lo mantiene tan sustraído, tan inhibido. En líneas anteriores hablábamos, referente al duelo, que se da una pérdida del objeto, pero también puede darse una pérdida análoga en figuras como la patria, la libertad, etc., también podríamos ubicar en ese mismo orden en cuanto al adolescente se refiere, la pérdida de los padres de la infancia concebidos por el adolescente en desarrollo y la pérdida del cuerpo infantil una vez realizada la pubertad, entre otras experiencias vividas en esta etapa y que guarda relación con la infancia. En cada una de estas vivencias de pérdidas experimentadas por el paciente melancólico, decíamos, el yo se empobrece. En este sentido, el trabajo de la melancolía en el yo del paciente es tan perjudicial que, desde la experiencia del autor con sus pacientes, éstos se lanzaban ataques directos contra sí mismos, mirándose como indignos, sin ningún valor, insultándose, esperando que llegue un castigo deseado; además, de alguna forma, se dirige a los demás con ataques que dejan ver el reproche por estar con alguien tan insignificante. Por otro lado, el paciente melancólico, afectado en su autoestima profundamente, extiende su crítica al pasado. En este sentido S. Tuber (1992), analizando el suicidio de Cesare Pavese, escritor italiano, le cita: "¿He hecho algo en mi vida que no fuese de tonto? De tonto en el sentido más trivial e irremediable..." (p.18). Así, el paciente no se alimenta adecuadamente, tiene pérdida de sueño significativo, y lo más importante para S. Freud, es que juzga aquel instinto natural que fuerza a lo animado a mantenerse en vida (S. Freud 1917), como quien se reprochara que no vale de nada estar vivo.

En términos generales, cuando un paciente se acerca a la clínica y manifiesta en su discurso tales acusaciones, es posible nos haga pensar que no es potencial que no tenga nada bueno en él; es viable que sólo sea una opinión particular de sí mismo afectada por

la experiencia dolorosa revivida y actualizada constantemente, en cada situación parecida. No obstante, no podemos olvidar, haciendo el análisis correspondiente, como menciona el autor, el paciente está mencionando exactamente cómo es su situación psicológica, y no importa si su autocrítica coincide con nuestra visión de él (S. Freud 1917). Además, el paciente melancólico no se conduce como una persona que cabe en los parámetros de normalidad. Todo lo anterior, nos pone al descubierto que la pérdida del objeto tiene efecto en el propio yo del sujeto (S. Freud 1917). El yo se coloca, o una parte de él, en frente de sí, tomándose como objeto, y se critica, se señala, se juzga.. No obstante, las críticas lanzadas contra sí mismo, desde la disociación, dan cuenta, en su opinión, que su ataque es hacia otra persona, es decir, que no corresponden a la personalidad del sujeto, sino a otra persona que es sujeto de su amor. En la melancolía, el paciente cuando se devalúa y se critica, está haciéndolo hacia otra persona u objeto erótico fuera de él, pero que está vuelto para sí mismo (S. Freud, 1917). Es probable que, al referirse a otra persona, algunos de esos reproches correspondan a sí mismo realizando un encubrimiento para reconocer la propia situación.

Para tener claro el recorrido, Freud refiere el proceso: en los inicios existían una relación libidinal, hacia una persona determinada, mediante una elección de objeto. Luego se da una ofensa real o un engaño por parte de esta persona, surge entonces una conmoción que no transcurrió en términos normales, es decir, no se retiró la libido de este objeto y posteriormente, como parte del proceso, el consiguiente desplazamiento hacia una nueva persona, sino se realizó algo muy distinto. La libido que se ha apartado de este primer objeto se repliega sobre el Yo, identificándose con el objeto abandonado: "La sombra del objeto cayó así sobre el yo" (S. Freud 1917. P.6). De esta manera, a partir de aquí, el yo puede ser juzgado por una instancia especial, como un objeto, como un objeto abandonado. Se transformó la pérdida del objeto en una pérdida del yo, y el conflicto entre el yo y la persona amada, en una disociación entre la actividad crítica del yo y el yo modificado por la identificación. Esa es la situación del paciente melancólico según S. Freud (1917)

En todo este proceso, el autor afirma que tuvo que haberse dado a la base, algunas condiciones: una fuerte fijación al objeto amoroso, y contradictoriamente, una escasa energía de resistencia de la carga de objeto. Así, se renuncia al objeto sin renunciar al amor al mismo. Cuando esto se realiza tal cual, debe haber existido previamente, la elección de objeto que se ha realizado sobre una base narcisista, de tal forma, al surgir cualquier problema, pueda la carga del objeto retroceder al narcisismo (S. Freud 1917). Entonces, la identificación narcisista con el objeto se establece como sustituto de la relación con el mismo, determinando que no se pueda

abandonar la relación amorosa a pesar del conflicto con la persona amada. El objeto amado forma parte del enfermo, aunque la realidad sea otra. A partir de lo anterior, Freud (1917) establece la regresión de la carga de objeto a la fase oral de la libido perteneciente al narcisismo como otra de las características de la melancolía.

Ante esta panorámica, donde se establece lo que a la melancolía corresponde (características del duelo y el proceso de regresión de la elección de objeto narcisista al narcisismo) se observa una condición que es propia de la melancolía, y podría convertir al duelo normal en patológico: El Conflicto de Ambivalencia. En las relaciones amorosas existe amor/odio, no obstante, ante la pérdida del objeto erótico, la ambivalencia otorga al duelo su organización patológica, exteriorizándose en constantes reproches como causante de la pérdida del objeto amado (Freud 1917). Por otro lado, en el caso de la enfermedad por melancolía, no sólo se da en la pérdida del objeto por muerte real, sino que va más allá en la misma dinámica con el objeto, es decir, las ofensas, el desengaño y/o postergaciones que se introducen en los sentimientos de amor y odio, o intensificar incluso una ambivalencia preexistente. Así, como no hay una relación amorosa perfecta, sino que viene influenciada por factores constitutivos (de cada persona) y por aquellas experiencias reales, que originan el conflicto de ambivalencia, se deben tener en cuenta en la melancolía. Cuando se da el abandono del objeto y el amor al mismo se conserva mediante la identificación narcisista, sobreviene el odio sobre el objeto sustitutivo (la propia persona), lo calumnia, lo humilla, le hace sufrir, encontrando en ello una satisfacción sádica (Freud 1917). Los tormentos y el odio experimentado dirigidos hacia el otro, pero retrotraídos a su propio yo, son ataques indirectos a los que ama. El camino por tanto de la carga erótica del melancólico orientada hacia el otro, tiene dos caminos: el retroceso hacia la identificación y la fase sádica por el influjo del conflicto de ambivalencia. Este sadismo explica la tendencia al suicidio en los pacientes melancólicos. El yo del sujeto no puede darse muerte así mismo, sino como retorno de la carga del objeto que lo hace tratarse como objeto; el paciente ejecuta ataques contra sí mismo.

El recorrido realizado por Freud en la Melancolía nos pone ante una realidad de riesgo para el enfermo melancólico ya que pone en juego su salud psíquica, e incluso, su bienestar físico. El paciente con riesgo e intención suicida, desde la perspectiva psicoanalítica expresada ampliamente en esta obra, ponen de manifiesto su fragilidad yoica y la proclividad a la autodestrucción, influenciado dinámicamente mediante la Ambivalencia, la Identificación del Yo con el Objeto y el Retroceso a la fase sádica.

La resolución del estado de melancolía, por el cual se logra el equilibrio de todas las cargas y el reposo, realiza una acción similar a la del duelo. No obstante, el autor plantea desconocer cómo se logra dicho proceso: "...en la melancolía, podemos suponer al yo entregado a una labor análoga (al duelo), pero ni en este caso ni en el del duelo, logramos llegar a una comprensión económica del proceso" (S. Freud, 1917, página 9).

#### **D. Trastornos de Personalidad y Suicidio**

Paul S. Links y Nathan Kolla realizaron un trabajo donde recopilan varias investigaciones que abordan el tema del suicidio desde la perspectiva de los Trastornos de Personalidad. Al respecto, señalan que hay rasgos y/o trastornos de personalidad que se pueden relacionar con la conducta suicida. Para esto, se apoyan en las investigaciones de Goldsmith et al (1990), Conner et al (2001) y Johnson et al (1999), entre otros, comentando sus aportaciones. Por su parte, Goldsmith y otros, encontraron que hay características o trastornos de personalidad relacionados con la conducta suicida, y que son independientes de los demás factores conocidos. En tanto Conner, llega a la conclusión, después de su análisis, que no existe un modelo conceptual o empírico único de conceptos teóricos de la personalidad que explique la relación entre suicidio y las vulnerabilidades psicológicas, ya que dicho concepto incluía otros factores o conceptos cuya caracterización no quedaba claro como rasgo de personalidad, un afecto o como parte de una enfermedad psiquiátrica; además, dichos conceptos son de mucha amplitud y difíciles de manipular para los fines de la investigación.

Por otro lado, Johnson et al (1999), analizando el valor predictivo y determinante de Inventarios de Personalidad en materia de riesgo suicida, concluyeron que hay pocos datos que utilizados aisladamente, indique la utilidad de ningún Inventario para predecir el riesgo suicida. No obstante lo anterior, Links y Kolla resaltan 3 características de personalidad relacionadas exclusivamente con la conducta suicida: la agresividad impulsiva, el perfeccionismo y la desregulación emocional. En este sentido, el estudio realizado por Man et al (1999) demuestra una asociación de la agresividad impulsiva con antecedentes de intento de suicidio. Igualmente, Hewitt et al (1998) demostró que el perfeccionismo estaba relacionado con el riesgo suicida. En cuanto a la desregulación emocional, Linehan (1993) establece la hipótesis de que ésta, unido a un contexto o entorno invalidante, explican conducta suicida característico en sujetos con Trastornos Límite de Personalidad, Por otro lado, los Trastornos Afectivos son predictivos de conductas suicidas (Fawcett et al 1990).

No obstante, haciendo énfasis en factores, rasgos o características de personalidad, relacionados con factores de riesgo



suicida, Links y Kolla comentan que aún queda mucho por investigar. A partir de esto, realiza un análisis de los Trastornos de Personalidad relacionado con suicidio realizado o intentos de suicidio, toma los trastornos de personalidad por grupos o Cluster A B C, reafirmando que los Trastornos del Cluster B, sus investigaciones son mayores y más completas. En este sentido manifiestan que los Trastornos Antisociales de la Personalidad, tienen mayor prevalencia y están mayormente relacionados con conductas suicidas, intentos, o suicidios consumados. Estos Trastornos marcan mayor prevalencia que los Trastornos Narcisistas e Histriónicos que tienen alguna relación con la conducta suicida.

El autor sigue exponiendo factores de riesgo suicida asociados al Trastorno Límite de Personalidad, haciendo énfasis en comorbilidad que pudieran aumentar el riesgo suicida. Links y Kolla señalan, basándose en la investigación de Lewinsohn 1995, que la presencia de dos o más Trastornos psiquiátricos aumenta la probabilidad de intentos suicidas. Los aportes hacen mención a dos condiciones mentales, que unidas al Trastorno Límite de Personalidad, aumentan significativamente el riesgo suicida: Episodio Depresivo Mayor y Trastorno por Abuso de Sustancias. En cuanto al Episodio Depresivo Mayor, V. Gómez Macías et all (2007) afirman:

*“La prevalencia de la depresión es mucho mayor en mujeres que en hombres, con un curso más crónico, recidivante, mayor tendencia a la somatización y comorbilidad psiquiátrica más extensa. Si consideramos la conducta suicida, los varones realizan un mayor porcentaje de suicidios consumados, sin embargo las tentativas suicidas son el doble en las mujeres” (P.3)*

Por su parte las investigaciones (Mc Cracken et al 1993) indican que los pacientes con ambos Trastornos, comparados con sólo Trastorno Límite de Personalidad, y sólo Depresión tenían mayores probabilidades de intentos suicidas. Los pacientes con ambos trastornos comunicaron mayor capacidad de planificación, desesperanza, impulsividad y agresión. Por otro lado, en el Trastorno por abuso de sustancias, Links y Kolla presentan investigaciones en las que su conclusión tiene como indicador la prevalencia de mayores conductas autolesivas y conductas asociadas a intentos suicidas recurrentes en personas con conducta adictiva a sustancias Trastorno Límite de Personalidad (Links 1995). Determinaron además que los pacientes con enfermedades asociadas mostraron patrones relacionados con ideas e intentos suicidas.

Hasta el momento hemos analizado, ayudado por investigaciones realizadas por expertos, la existencia de Trastornos de Personalidad en pacientes con conductas autolesivas, riesgo

suicida e incluso con intentos suicida y suicidios consumados. Por otro lado, igualmente hemos visto la existencia de comorbilidades en torno a esta problemática, tales como Depresión Mayor y Abuso de sustancias. No obstante, investigadores como Kelly et al (2000), Heikkinen et al (1997), Runeson y Beskow (1991) encontraron que las situaciones estresantes o crisis vitales estresantes, estaban relacionadas con suicidios. Las personas afectadas con Trastornos Límites de Personalidad, con Episodio Depresivo Mayor, Abuso de sustancias, o la combinación de éstas enfermedades, tenían mayor vulnerabilidad en relación al intento suicida.

Acontecimientos vitales negativos en el domicilio, en relación a la familia o con problemas económicos, aumentaban el riesgo suicida (Kelly 2000). El ajuste social bajo y el Trastorno Límite de Personalidad, resultó ser mayormente predictivo. Por otro lado, los problemas laborales, la discordia familiar, los problemas financieros, el desempleo y las pérdidas interpersonales eran más frecuentes en las víctimas de suicidio con Trastorno de Personalidad que en las que no tenían Trastornos de Personalidad (Heikkinen 1997). Otro acontecimiento vital de orden negativo, aunque difieren su posición en este aporte, es el antecedente de abuso infantil. En este sentido Soloff et al (2002), encontraron que la conducta suicida (número de intentos) se podría predecir por los antecedentes de abuso sexual en la infancia. El problema de abuso sexual en la infancia ha marcado no solo a la situación de riesgo suicida, sino también en la predicción de la intensidad de depresión, presencia de rasgos antisociales y mayor desesperanza (Soloff); así mismo indicó que los pacientes con antecedentes de abuso sexual en la infancia, tenían un riesgo mayor (10 veces) que los que no tenían esos antecedentes.

## **E. Suicidio y Adolescencia.**

La discusión realizada hasta el momento nos obliga a abordar el tema de la adolescencia. Habiendo realizado un recorrido sobre el Suicidio en términos generales, es propicio acercarnos a la adolescencia. Como planteábamos al inicio, es importante analizar las conductas adolescentes en general para determinar cuándo un adolescente se encuentra en situaciones de riesgo como lo hemos descrito en los apartados anteriores. Ante esto, se hace necesario establecer con claridad cuáles son las características a partir de las cuales nos debemos preocupar con los adolescentes. Moses Laufer (1995) abarca este tema en su libro “El Adolescente Suicida”, cuáles son los signos de alarma, las “señales de peligro” que nos indican patologías presentes o futuras, o riesgo suicida en los adolescentes. En este periodo de tiempo en donde la persona se desarrolla de manera física, emocional, espiritual y psicológica, influye en la edad adulta posterior. Es decir, las edades comprendidas entre los 14 y

21 años aproximadamente son importantes para la salud o la enfermedad psicosocial de la persona.

El niño entra en un mundo cambiante, nuevo, distinto al conocido; se da cuenta de manera concreta, física, real, que ya no es el mismo. Como nuevo adolescente debe enfrentar su cuerpo, su familia, su entorno escolar, su entorno social, su mundo interno con la única herramienta con la que cuenta: él mismo. Todo esto, y más, despierta un sinnúmero de terrores que lo mantienen en constante estrés. Además, la visión que tienen los demás de lo que les sucede, viene a otorgar un ingrediente adicional a la situación. Conductas como el robo, las fugas del salón de clases, las mentiras reiterativas, las peleas constantes, las fugas de sus casas en ausencia de sus padres, la actividad sexual, la indecisión marcada a la hora de establecer carrera, fracasos escolares, los cambios de humor, los extremos, y un largo etcétera, plantean diversas interrogantes y juicios en los padres, tutores, profesores, autoridades y adultos en general sobre posibles alteraciones o no, en la vida de los adolescentes. En este paso a la vida adulta, en donde los niveles de estrés son muy altos y variables, el adolescente debe encontrar respuestas a cada una de estas nuevas realidades. Moses Laufer (1995), establece 3 aspectos insoslayables en la vida del adolescente:

1. Relación con sus padres: este apartado es de mucha importancia; el adolescente debe realizar un cambio que abarca, sin lugar a duda, ciertos duelos, ya que debe “perder” a los padres de la infancia (dándose cuenta que no son todopoderosos, no son omniscientes, ni omnipresentes) y “tomar”, a partir de esta experiencia a los padres de la adolescencia que se perfilan como padres del posterior adulto. Es un nuevo tipo de relación que debe establecer el adolescente con sus padres. Un cambio de la dependencia a la independencia emocional, en donde sea capaz de sentir que sus pensamientos y sentimientos son propios, y que éstos no dependen de la aceptación o no de sus padres.
2. Su relación con sus compañeros: nuevo mundo que se abre a partir de las nuevas relaciones, partiendo de la desidentificación de los padres (incluye aspectos del punto anterior) hasta ir logrando identificaciones posteriores con sus pares, escogiendo amigos que compartan con él sus propias demandas y expectativas de crecimiento hacia la adultez.
3. La visión que el adolescente tiene de sí mismo como una persona físicamente madura: pasando por su cuerpo y sus manifestaciones, hasta el nivel emocional. El adolescente debe tener una relación positiva con su self, como femenino o masculino. Además del cambio que se debe dar de un self en donde ha sido cuidado por sus padres, a ser propietario

de su propio cuerpo. Es probable que las grandes angustias de los adolescentes, se dan inicio desde esta perspectiva.

Es de suponer que todo este proceso, al transcurrir de manera adecuada en medio de ciertas derrotas y triunfos, resulte en una persona adulta con todos sus potenciales, dueño de sí mismo, consciente de sus limitaciones y logros, es lo que se espera del paso de la adolescencia a la vida adulta. No obstante, por muchas circunstancias y factores, puede que las cosas no resulten de la manera que lo esperamos. Es probable que los problemas que hoy día algunos adultos exponen, sean el resultado de carencias profundas experimentadas en las etapas repasadas, o probablemente, situaciones vividas un poco antes de la adolescencia, y que, en el momento de arribar a la etapa adolescente, hacen su aparición y se reeditan en nuevas formas de expresión. Lo anterior supone que, durante la infancia, aquellas áreas de conflicto potencial pudieron mantenerse en un equilibrio precario, y ahora durante la adolescencia hacen su aparición y no pueden ser "resueltas" por la persona de la misma manera que lo hacía antes, ya que existen nuevas demandas que se convierten en centrales en la vida del adolescente.

Por lo tanto, repasando la infancia (M. Laufer, 1995) podemos establecer la historia de la persona, a partir de las interacciones con personas significativas de su entorno, personas que directamente influenciaron en su desarrollo, tales como los padres o tutores, y reafirmar que su comportamiento no es algo accidental, sino producto precisamente de esta influencia. A partir de los 6 años, las demandas de los padres, sus normas, se hacen presentes en la vida el niño como parte de sí mismo. Esto sugiere que a partir de aquí, en presencia o no de sus padres, el niño juzgará su propio comportamiento, tendrá autoconsideración, experimentará sentimientos de culpa y vergüenza a partir de sus propias expectativas, expectativas que antes eran de sus padres, y que ahora forman parte de sí mismo. Es importante reafirmar que estos Ideales, la culpa, la vergüenza, la autoconsideración, las propias expectativas, forman parte de la vida del adolescente y afectan su comportamiento. El niño, llegado a la adolescencia se ve enfrentando de una vez a situaciones que antes podía manejar mediante la aprobación de sus adultos, y ahora es probable sienta lo contrario, es decir, desaprobación y se sienta solo, se aísla, puede pensar que no interesa a otros adolescentes, que incluso él está mal. Se enfrenta así a la tristeza, al aislamiento, al sentimiento de fracaso ante sus pares, etc. En esta medida, Laufer (1995) se refiere al derrumbe psicológico que se da en la adolescencia: "Lo que vemos aquí es un colapso de las formas previas de encarar diversas situaciones de estrés" (p. 22). El adolescente puede sentirse anormal. Ahora, ya no consigue esa aprobación de sus padres, sino que debe obtenerla de sus pares, y para eso, debe comportarse

dentro de lo que sus pares esperan, muy por el contrario, de las expectativas de sus padres. Esto debe vivirlo y soportarlo.

Como es de esperar, este desarrollo es parte de un continuo que inicia desde la infancia, hasta la vida adulta, inclusive. El progreso psicológico y social, depende de lo adecuado que se realice cada etapa, ya que cada una de ella y en su conjunto, aporta elementos para una vida adulta adecuada. Muchas situaciones en la vida del adolescente nos ayudan a ver lo importante que resulta el acompañamiento para equilibrar las cargas que lo mantienen en constante estrés, y a partir de allí, decidirá sobre situaciones que afecten su vida de adulto.

Dentro de este desarrollo adolescente, según Laufer (1995), es difícil conocer cuando los signos de estrés se convierten de un estrés normal a un estrés con situaciones patológicas. Él manifiesta que lo importante no es saber que tiene o no estrés, sino cómo lo va manejando en el proceso. En este sentido, Laufer manifiesta que un factor que causa mucha preocupación en los adolescentes en la masturbación, ya que algunos piensan que, influenciados por argumentos moralista o religiosos, no está bien, que serán vistos como enfermos sexuales, o que se llenarán de pecados. A partir de esta realidad, M. Laufer (1995) manifiesta que las señales de peligro, en las que hay que fijarse, en la perspectiva de su desarrollo sexual, con la población adolescente, son:

*“Los adolescentes por los que tenemos que preocuparnos son aquellos que renuncian a cualquier sentimiento sexual –como si renegaran de sus propios cuerpos- y que son completamente incapaces de arriesgarse a masturbarse; o aquellos que están constantemente ocupados con pensamientos sobre el daños que se hacen a través de la masturbación; los sentimiento pasajeros de culpa son una reacción normal frente a la masturbación; cuando la culpa interfiere seriamente con el conjunto de la vida de la persona es cuando debemos interpretarla como una señal de peligro”. (p.25)*

La renuncia de los aspectos sexuales de los adolescentes se puede dar de la manera más sutil o directa. Y así mismo, se instala una culpa persecutoria.

Ciertamente, es importante reafirmar que no se puede considerar una señal de peligro en el adolescente el simple hecho de experimentar estrés. Existen adolescentes que su comportamiento es perturbador y que por ello se colige que están viviendo el estrés de su desarrollo, pero no se puede reafirmar que se encuentra enmarcado en una patología digna de atención. En este sentido, podemos encontrar adolescentes aislados y solitarios, por un lado, y otros adolescentes que son el centro de los grupos y de las fiestas, en donde los segundos, pudieran pasar desapercibidos clínicamente y no ser objeto de patología. En cambio, los retraídos

y solitarios, no solo son mirados con mayor cuidado, sino que se los juzga como probables perturbados mentales. No obstante, los adolescentes en general, en uno y otro caso, si presentan depresión, dolores corporales, sentimientos de desvalimiento, pueden ser considerados de riesgo, ya que estas características son otro tipo de señales de peligro. En sentido general, el autor invita a tener una mirada global de la vida del adolescente. Así, se hace necesario observar sus relaciones con sus amigos, sus relaciones sociales en general (escuela, profesores, otros niños, personas con autoridad), el sentido que tiene para su persona la asistencia al colegio, o el colegio mismo, qué piensa sobre sus fracasos y sus logros, su forma de ver el futuro, su actitud hacia su cuerpo. El adolescente posiblemente hable mediante su cuerpo, su cuerpo lo expresa, su forma de vestir, sus ademanes.

### **1. Comportamiento adolescente.**

Laufer (1995) expone en puntos comportamientos orientadores en los adolescentes que pudiera calificar como señales de peligro. Estos criterios son utilizados por él mismo en el Brent Adolescent Center, para conocer cuándo un adolescente, según el comportamiento, se encuentra con probables señales de peligro (Laufer, 1995, página 29).

1. Regresión a formas infantiles de comportamiento. El autor plantea, como un rasgo a analizar, la conducta que mantienen algunos adolescentes cuando una vez alcanzado cierto nivel de desarrollo en todas sus esferas, en especial, en el comportamiento, manifiestan cierta regresión en donde obtienen satisfacciones mediante comportamientos infantiles que lo hacen desear permanecer en esta regresión y no encaminarse a comportamientos más adaptados a su época adolescente.

2. Comportamiento rígido, que no permite relajación de sus propias demandas. Relacionado con el punto anterior. En este sentido este tipo de adolescente, según Laufer (1995) tratan de mantener el control de sus comportamientos y no permiten desprenderse, esta vez, de conductas demandantes adultas y así no se permiten cambios a favor de su crecimiento.

3. Las relaciones sociales del adolescente le ayudan a mantener comportamientos infantiles, o favorecen comportamientos que evolucionen a la vida adulta. Los adolescentes hacen amigos a lo largo de su experiencia de vida. El autor se refiere al análisis de la intensidad de los adolescentes al momento de elegir sus amistades y las ganancias que obtienen de ello. Las conductas de los adolescentes al momento de relacionarse y hacer amigos deben ser analizadas, ya que es una forma de darse a conocer a un mundo que no es el de sus padres, sino un mundo nuevo, en donde se explora a partir de esa propia interacción.

4. Los amigos por encima o no de sus padres. Qué papel juegan los amigos de los adolescentes en su desarrollo, y qué papel juegan los

padres del adolescente. Básicamente Laufer expone que debe ser más importante los amigos que el mundo de los padres. Los adolescentes en cuanto van creciendo deben experimentar que sus pensamientos, sentimientos y decisiones les pertenecen mucho más a ellos mismos que a sus padres. Ciertamente los adolescentes permanecerán dependiente de sus padres hasta probablemente entrada la edad adulta legalmente, y en algunos casos, según la idiosincrasia local, mucho más allá. No obstante, el autor se refiere a aquellas formas de conducta o actitudes dependientes de sus padres en donde sus pensamientos, sentimientos y deseos no son del mismo adolescente, ni mucho menos de sus amigos, sino de sus padres o tutores. Esta actitud, resentirá su vida adulta, ya que la relación emocional de éstos con sus padres es digna de preocupación.

5. Tiene el adolescente la capacidad de expresar o experimentar sentimientos apropiados, ante una situación real que se presente. Algunos adolescentes permanecen inamovibles emocionalmente, no expresan sentimientos de alegría o tristeza, no se permiten la expresión de emociones. Otros, manifiestan la misma emoción ante acontecimientos distintos que demandas emociones distintas. Dentro de lo normal, existen situaciones tristes, alegres, dolorosas en donde se espera se exprese. No obstante, se mira el contexto de cada experiencia y lo coherente de cada emoción, lo apropiado o inapropiado de los sentimientos, y aquellas “fuera de contexto” pueden ser señales de peligro (Laufer, 1995)

6. Existe alguna interferencia en la capacidad del adolescente para juzgar y comparar reacciones del mundo externo con las creaciones de su propia mente. Laufer puntualiza que este aspecto es otro de los fundamentales a la hora de identificar a un adolescente con problemas mentales severos. Propone que los adolescentes que, afectados por alguna situación particular exageren y tengan la opinión que no se los va a aceptar bajo ningún concepto, o que su cuerpo es totalmente desproporcionado, o que sencillamente las personas confabulan contra ellos y así, con este tipo de pensamiento vivan en una situación que no es real, signos de problemas psicológicos serios. Los adolescentes que se sienten influenciados por sus propias fantasías, por las producciones de su mente, al punto de limitar su funcionamiento, demuestran una limitación y carencias que hacen pensar en grandes dificultades a nivel psíquico; lo que acontece es más del mundo interno, que del mundo exterior al adolescente, se da por tanto una “ruptura con la realidad” (Laufer, 1995, página 34).

7.Cuál es la actitud del adolescente hacia el futuro? ¿Lo considera algo atractivo no como algo atemorizante? La manera cómo el adolescente piensa en el mañana y cuál es su lugar en él, nos hace pensar en lo conveniente de su desarrollo. Con esto vemos lo adecuado que permanece en camino a la adultez. El adolescente, a medida que crece, debe darse cuenta de sus capacidades y limitaciones para entrar a la vida adulta.

8. Existen algunos tipos de fantasías que dificultan seriamente la capacidad el funcionamiento adolescente. Es capaz de tratar con diversas fantasías atemorizantes sin abandonar el deseo de convertirse en adulto. El punto importante no es si existen o no las fantasías en el adolescente, sino cómo reacciona ante ellas. Pensamientos acerca de las relaciones sexuales, ideas sobre el propio cuerpo, masturbación o incluso, las relaciones en general con el sexo opuesto están en la mente del adolescente de manera normal. El problema de esta situación podría darse en la medida que se siente tan amenazado por sus propias fantasías que ni siquiera se atreve a pensar sobre ellas.

Los puntos que se han examinado, según Laufer (1995) deben ser vistos de manera global en el funcionamiento del adolescente para encontrar debilidades o situaciones problemáticas en su desarrollo.

## **2. Significado del Suicidio en la mente Adolescente.**

Lo que hasta ahora hemos revisado acerca del adolescente suicida nos hace pensar en la fragilidad de la etapa. No obstante, no es adecuado encasillar a todas las personas que entran en esta etapa, como suicidas potenciales. Al respecto, la Etapa Adolescente en sí misma no es un Factor de Riesgo Suicida, sino que alcanzada esta etapa los conflictos y carencias de la infancia producto de la interacción con los padres y con el medio, se entremezclan con nuevas exigencias, nuevos desarrollos (especialmente sexual), el contacto con el medio (los iguales), creando en el adolescente un estado de constante revisión, pensándose en función de sí mismo, de sus padres, de sus iguales, de su entorno en general, tratando de entender y dar significados. En esta dinámica pueden producirse grandes conflictos que acarrearán desórdenes que marcan la vida futura, con la probabilidad del establecimiento de enfermedades mentales. Laufer (1996) manifiesta que existen indicios para comprender el significado del dolor mental que experimenta el adolescente suicida. El autor manifiesta que, en la mente del adolescente, conscientemente, no existe la idea de la propia muerte y su carácter irreversible (página 152). No obstante, su dolor es tan grande que sólo encuentran una salida a esta situación, con la muerte, como si se tratara de aquella fuerza que lo atormenta y lo impulsa únicamente a pensar y ejecutar su plan de exterminio contra sí mismo, para así silenciar al enemigo en su mente. En este sentido, en la mente del adolescente, siguiendo a Laufer, al intento suicida lo antecede una intensión inconsciente velada: pensamientos e ideas que ha habido en su mente antes de la organización y planificación de los hechos que desembocarían en su muerte. Ciertamente, el adolescente es probable cometa el suicidio después de un acontecimiento estresante en su vida, pero este factor debe ser visto como un detonante, como un hecho final,



incluso como una convicción de que efectivamente no hay nada bueno que esperar ni conseguir, y que lo mejor es terminar con aquel enemigo que lo persigue en su mente o en su propio cuerpo.

En líneas anteriores hemos repasado lo que debe estar viviendo el adolescente como líneas de acción o unas guías para identificar posibles problemas o conflictos por surgir, o que pueden tener sus causas en este período. Además, teniendo en cuenta a S. Freud, Laufer manifiesta que es durante la adolescencia que ciertas creaciones de la mente se mezclan con experiencias pasadas y es en esta combinación donde pueden surgir las grandes patologías (página 156). En contraposición con una mente perturbada, el autor expone formas funcionales de comportamiento del adolescente:

1. El adolescente se sabe valorado y admirado sin tener la obligación de buscar aprobación de sus padres
2. A pesar de la culpa que puede sentir producto de sus propios pensamientos o de su cuerpo, es capaz de disfrutar de estos sentimientos y pensamientos, buscando relaciones que posibiliten la capacidad de estar en contacto consigo mismo.
3. Incluso los pensamientos que le preocupen acerca de sí mismo como una persona anormal, se da cuenta que aquello no le va a abrumar.
4. Además, recurre a su propia consciencia para reestablecer el autorespeto frente a la desesperación que pueda sentir.
5. A pesar de experimentar el vacío y la ansiedad producto de sentirse menos dependiente de sus padres, hay suficiente amor interno que lo hace esperar en un futuro, en donde pueda ver sus partes buenas, y la parte buena de sus padres.

No obstante lo anterior, hay adolescentes que experimentan todo lo contrario, su adolescencia es vista, por ellos mismos, como causa de un tormento insoportable, un sufrimiento el cual no sabe cómo detener. Esta mente perturbada, no sabe cómo poner freno al daño que ellos piensan sus pensamientos y sentimientos han causado en ellos; son incapaces de establecer el autorespeto, el autocuidado, la autoconsideración que deben tener.

No podemos pasar de soslayo otros de los aspectos que pueden traer conflictos serios en los adolescentes, el cuerpo sexualmente maduro, referido por M. Laufer (1996). Hemos mencionado que el adolescente se siente anormal y se desprecia, esto sucede de esta manera por lo experimentado por su cuerpo, y se convence que debe atacar aquello que lo avergüenza. El acto suicida que cometen contra sí mismo, expresa el odio contra su propio cuerpo, el odio y el desprecio de su nuevo estado físico (M. Laufer. 1996)). En este sentido, los adolescentes piensan en la masturbación como un tema de culpa, como aquello que los acusa. Los productos de su mente, sus creaciones a partir de esta

experiencia son tan fuertes que se sienten anormales. No obstante son las creaciones de su mente durante la propia masturbación lo que más consideran inaceptables y que tratan de silenciar. Es importante reconocer que a partir de la pubertad el adolescente es consciente de las manifestaciones de su propio cuerpo. Se sabe capaz de embarazar o embarazarse, que lo que expresa su cuerpo le pertenece y no puede ignorar. Así, los sentimientos de fealdad, aquellos pensamientos de ser homosexual, los pensamientos secretos, masturbación anal o cualquier sentimiento sexual de terror (M. Laufer 1996)), experimentando por el adolescente, son vividos fuertemente, lo persiguen, lo acusan, y confirman que es digno de odio y por tanto debe morir. Por tanto, con lo descrito, en la mente del adolescente suicida lo que realmente se ha vuelto insoportable e insostenible, son estos hechos internos. Por eso es más fácil destruir a ese enemigo que buscar ayuda. No obstante en el adolescente hay una esperanza de vida cuando, en medio de su incertidumbre y sufrimiento, en la idea suicida y en la puerta misma del intento, en su mente permanece algún contacto con personas significativas (incluso con mascotas: "si el adolescente dice: 'pensaba en mi novia', o 'mis padres', o 'en mi conejo', entonces podemos sentirnos estimulados de que el adolescente quiere vivir" (M. Laufer, 1996), página 162). Por el contrario, si el adolescente manifiesta "no pensaba en nada", estamos ante una crisis que hay que manejar de manera urgente: "...ya (el adolescente) ha matado a sus padres dentro suyo, y no hay nada en su camino que lo haga cuestionar su plan" (P.162)). Con este pensamiento, Laufer ve en el adolescente un riesgo inminente de suicidio, proponiendo ideas y acciones (no dejarlos solos, no dejarlos a su libre voluntad de ir al consultorio o a buscar ayuda, etc.) que anclen al sujeto. De lo contrario, puede pensarse y sentirse solo, abandonado, como que no es tomado en serio. La mente del adolescente está fuera de control, si se le aporta ayuda ineficaz, el paciente experimenta abandono y siente que ha sido defraudado

**CAPITULO TERCERO  
ABORDAJE METODOLOGICO**

## A. Tipo de la investigación Cualitativa

Compartimos la opinión de I. Gólcher (2012) que indica que la investigación cualitativa mira la realidad como dinámica, cambiante. Es un hecho constatable a lo largo de la historia que el ser humano es capaz de aprender en los distintos contextos en los cuales se desenvuelve. El Hombre, como ser en el mundo, extrae conocimiento en el contacto con lo natural, con lo empírico, en el día a día, no sólo para establecer teorías, sino también y sobre todo, vivir mejor. Así este conocimiento, no es exclusivo de un aula de clases, se puede suponer más bien, que en dicho contexto ya se han dado teorías que probablemente uno que otro intente comprobar mediante distintas maneras, sin excluir investigaciones al respecto. En este sentido, no estamos preocupados en comprobar una Teoría acerca de la Ideación y el Intento Suicida en el Adolescente, lo que deseamos es conocer el fenómeno en su contexto natural. La investigación Cualitativa, según I. Golcher (2012):

*“La investigación cualitativa se incluye en la corriente fenomenológica en ciencia, por la cual sus propósitos, se ubican más en la comprensión de lo que las personas dicen, cómo lo perciben y el significado que tiene para ellas en su contexto social” (p. 180).*

Nos hemos propuesto revisar y analizar la problemática del suicidio que ha surgido en nuestros días como un fenómeno que se ha estado repitiendo de manera esporádica, pero que inquieta de alguna manera a la sociedad, y que deja marcas en los familiares que han sufrido tal desenlace doloroso, sin respuestas a sus muchas preguntas. El suicidio, sin lugar a dudas, causa asombro en la mente de muchas personas. Sin embargo, queremos abstraernos de estas posturas: desde la más compasiva, hasta las más frías y distantes; alejándonos de frases populares como “es un valiente”, “es un cobarde”, “pobrecito”, “qué le habrá pasado”, “fue una mala decisión”, etc., incluso, queremos alejarnos de aquel silencio probablemente cómplice que raya en la indiferencia. Lo que deseamos es realizar es lo que nos propone la metodología cualitativa “...producir datos analíticos, hablados o escritos, de las personas, lo mismo que de la conducta observable del sujeto” (I. Gólcher 2012, p.181).

Por otro lado, Martínez (1999) hace referencia al tipo de investigación cualitativa que aborda temas puramente subjetivos que son difíciles de comunicar por sus cargas sentimentales donde se involucra directamente a las personas. Así, Hurtado León y Toro Garrido, citados por Ileana Gólcher (2012) hablan de lo siguiente:

*“La investigación Cualitativa rescata la subjetividad como forma de conocimiento. Toda la información obtenida es filtrada por el criterio del investigador, quien se convierte en sujeto clave de la investigación...”(p.181).*

La figura del investigador no es pasiva, apartada del fenómeno que se estudia, sino que forma parte del mismo, ya que influye en el participante. Por el contrario, la investigación cuantitativa, nos circunscribe a una realidad que se mide con números, estadísticas. La investigación cuantitativa en palabras de Gólcher (2012) “Se basa en la naturaleza numérica de intensidad de la información que se recolecta para encontrar respuesta al problema de investigación” (P.168).

En nuestra investigación, no se encuentran variables precisas o cuantificables, medidas al extremo, es una realidad externa a nosotros que no puede ser encerrada en ciertas categorías, ya que ella misma escapa a toda preconcepción, aunque intente enmarcarse en una, porque el ser humano es cambiante como la misma realidad; y aunque se maneje la misma problemática, su reacción es distinta. En este sentido, aunque seguramente esta realidad se ha abordado en otros contextos, no podemos circunscribirnos del todo a ellos, puesto que sólo brindarán un aporte como de guía, y no como única o última realidad acerca del tema.

Por otro lado, una de las problemáticas que encierra este fenómeno es que no se posee con exactitud las razones, explícitas y concretas, por las cuales el sujeto llegó a la decisión de quitarse la vida. En este sentido, si bien es cierto que en alguno de los casos que se han visto en la sociedad, puede conocerse algunas posibles causas, es probable que aquellas no reflejen la profundidad de la situación. Ni tampoco hemos tenido la oportunidad de entrevistarnos con sus familiares supervivientes, que dicho sea de paso, pudiera ser traumático para ellos, como un “abrir heridas”, volver abrir aquellos aspectos en donde quizás no se hizo un duelo, es más, sería abrir temas con carga emocional que luego no iba poder acompañar para una adecuada sanación. Por lo tanto, sin perder mi interés en el tema del suicidio, volqué mi mirada hacia aquellas personas que habían realizado, al menos una vez un intento suicida. En este punto, ya el escenario podía verse con mayor claridad. No obstante, aquí confluyeron dos aspectos importantes en mi decisión: 1. El tema en sí del suicidio; y 2. La Adolescencia. Ciertamente no se incluyen, pero por la misma situación de cambio vivido en una de las etapas del sujeto, junto con otras variables, podría experimentar tal situación.

En consulta clínica a nivel institucional, llegan los padres pidiendo ayuda para sus hijos adolescentes que se ven envueltos en experiencias en las cuales más de uno atraviesa por intentos suicidas. Todas las etapas de crecimiento y desarrollo que vive el ser humano tiene un componente de vulnerabilidad por el sólo hecho de la fragilidad humana sujeta a circunstancias que no se

pueden controlar del todo. Sin embargo, la etapa adolescente se reviste de muchas experiencias del mismo período, y además le sumamos lo que haya podido vivir en sus años anteriores, es decir, en la infancia y la niñez. Tal es el caso de aquellos que saliendo del Centro Básico, deben entrar a la pre-media o ya están en ella, viven en un círculo familiar adverso o conflictivo, o con carencias, sin ser aceptados en su grupo de iguales, o siendo aceptados a costa de sí mismos, en confrontación con sus padres, o con padres muy cercanos, o muy lejanos, con inquietudes sexuales, retraídos o extrovertidos, y un largo y significativo etc. Definitivamente, con un contexto como aquel, crea una atmósfera vulnerable. Por eso, decidí analizar e investigar sobre el adolescente con ideación e intento suicida. Para tal fin, elegí dos adolescentes (femenino y masculino) en el cual una, la adolescente femenina de 16 años, y el adolescente masculino de 21 años. Éste último, había realizado intento suicida en años anteriores y al momento de la investigación, continuaba con este mismo comportamiento.

## **B. Estudio de Caso.**

Konrad Sauter-Echeverría (2017) define:

*“El método de Estudio de Caso, es una indagación empírica que estudia un fenómeno contemporáneo dentro de un contexto de vida real, en especial cuando la demarcación entre el fenómeno y el contexto no son evidentes; maneja dos o más variables; se basa en múltiples fuentes de evidencia (p.62)*

Por tanto, la experiencia de vida de los participantes en nuestro estudio es significativa, ya que cada una aporta un encuentro único y especial con el fenómeno estudiado, es decir, el suicidio. Centrando nuestro estudio en dos personas, permite abarcar con profundidad el fenómeno. Al respecto, J. Mejía Navarrete (2004) explica:

*“En este sentido, la finalidad de la investigación, consiste en un análisis profundo y minucioso de los casos establecidos que se alcanza cuando se estudia un número reducido de realidades y durante un prolongado periodo de tiempo” (p. 297)*

Es importante mencionar que el Estudio de Caso es parte de la Investigación Cualitativa, mediante la cual, cada participante (investigador e investigado), le asigna significado distinto como parte de su quehacer cotidiano. Según Ileana Golcher (2012), se puede identificar en la Metodología Cualitativa el siguiente proceso:

1. La negociación de entrada en donde se aspira convencer a los distintos participantes que entrarán en juego en la investigación.
2. Los sujetos del estudio pueden ser conocidos a través de informantes claves: personas objetivas que conocen la situación.

3. Se emplea la observación participativa. Es decir, el investigador forma parte de la investigación, no se aísla de ella.
4. La recolección de los datos es amplia.

Lo anotado por Golcher (2012), nos hace pensar en que cada obtención de los datos, se analizan a partir del criterio del investigador que se convierte en sujeto también de la investigación.

Por otro lado, J.Mejía Navarrete (2004) expone los pasos para el Estudio de caso resumiéndolo en 4 aspectos: 1. Los preparativos; 2. Trabajo de campo; 3. El análisis de los datos; y 4. El informe. Por tanto, estamos totalmente de acuerdo al planteamiento del mismo autor cuando dice:

*“Lo que interesa es rescatar la complejidad de un caso, se analiza no solo el detalle del estado actual de la unidad, sino también el proceso evolutivo y la interacción de los contextos.” (p. 297)*

Por eso, nos acercamos mediante esta metodología a analizar los diversos aspectos del fenómeno ya que, en él, pensamos, existen muchas características que, si no se observan en la individualidad, puede perderse en la cuantificación. Nuestra intención es mirar la complejidad del fenómeno actual, además de la evolución y las etapas que se vive en cada individuo estudiado. Así, es importante, para la profundidad y el análisis exhaustivo, un tiempo prolongado donde se describirá el objeto de estudio a partir de los rasgos que lo componen. No cabe duda que la situación del suicidio es causa de alerta en la sociedad y demanda por tanto una mirada especial del fenómeno.

Los pacientes serán atendidos por un tiempo prolongado en atención individual mediante psicoterapia, para así observar cada situación vivida desde los ojos de los participantes, que a la vez, siendo parte de este proceso, son influenciados por mí y yo por ellos.

### **C. Selección de los Participantes**

Es importante enfatizar al inicio de esta parte, que los procesos psicoterapéuticos realizados con los pacientes del estudio, no se llevaron a cabo en los mismos lugares. Aunque la temática de ambos pacientes tenga un punto de encuentro, y que sea cónsona con el tema a estudiar, es de suponer que la experiencia y manifestación en cada sujeto, es distinta. Es decir, uno y otro han vivido el mismo fenómeno de manera única construido a partir de sus mismas vidas y que vierten en cada encuentro, acompañados y seguidos de cerca por un servidor, que desde el proceso psicoterapéutico, encierra distintos significados desde la mirada del propio paciente. Así mismo, como distintos, hemos realizado la

psicoterapia en la Clínica Psicológica y de Terapia Familiar María Eugenia de Alemán y en el Centro de Salud de la 24 de Diciembre.

En este sentido, por un lado, Adrián ha sido atendido en la Clínica Psicológica y de Terapia Familiar María Eugenia de Alemán, en la Universidad Santa María La Antigua. (HISTORIA DE LA CLÍNICA), ubicada en el Distrito Capital, vía Ricardo J. Alfaro, conocida comúnmente como Tumba Muerto. En este Centro de Estudios se ubica la Clínica Psicológica que en principio, se creó como opción de atención clínica a los estudiantes de dicha universidad, así como también lugar de encuentro y práctica clínica de los estudiantes de la Maestría en Terapia de Familia. Posteriormente, como aporte a la sociedad de la cual forma parte la Universidad, se extiende el campo de atención a la comunidad en general, teniendo como equipo de atención a los psicólogos que realizaban especialidades, además de la Maestría en Familia, los que estaban en la Maestría en Psicología Clínica de Niños y Adolescente, los psicólogos que se preparaban en el Doctorado de Psicología Clínica, además de otros psicólogos que ejercía psicoterapia de manera voluntaria. Cabe resaltar que mi inicio en la atención en la Clínica se dio como requisito durante mi formación como psicólogo clínico de niños y adolescentes, y posteriormente, lo he realizado de manera voluntaria.

En tanto que Alexa ha sido atendida en el Centro de Salud de la 24 de diciembre que se encuentra ubicado hacia el Este de nuestra Ciudad Capital, donde laboro hace 6 años. En este Centro de atención se recibe a los pacientes por demanda espontánea o por referencias que extienden los diversos centros hospitalarios, las fiscalías, juzgados, y escuelas de nuestro propio sector. El cualquiera de las dos circunstancias, el paciente se acerca directamente a mi persona y solicita la cita para ser atendido, en un tiempo perentorio. No obstante, en algunas ocasiones, se realizan referencias internas por parte de los médicos u otro profesional para una atención de urgencia. En este contexto, se le atiende en el mismo día y si el caso lo amerita, se extienden otras citas de seguimiento. Así, nuestro primer contacto con la paciente fue a través de una referencia con la escuela de procedencia, por un lado, y por la enfermera que en su momento, le atendió.

Con estos dos escenarios, creemos necesario referirnos a la problemática de la escogencia de los pacientes. Si bien, como se ha dicho en apartados anteriores, el mayor número de suicidios realizados ha sido en población de 15 a 24 años, también es importante mencionar que los hombres, frente las mujeres, figuran en primer lugar en las estadísticas de los países de la región como suicidios consumados (OPS, 2016). Tal es el caso de República Dominicana, donde se registran del 2010 al 2017, 3,580 suicidios de hombres, ante 571 suicidios de mujeres; Nicaragua, del 2010 al



2014, 1,568 hombres y 492 mujeres; Costa Rica 1,575 hombres y 267 mujeres; El Salvador, 1,020 hombres y 518 mujeres; Honduras 829 hombres y 242 mujeres; Guatemala 1,760 hombres y 636 mujeres; incluso Panamá con 163 hombres y 47 mujeres, entre el 2010 y el 2015 (OPS. 2016). Frente a estos datos obtenidos donde observamos las muertes registradas, no es posible determinar el número de intentos, por un lado, ni mucho menos la ideación suicida de los pacientes. Con los datos anteriores, podríamos suponer cierta facilidad para elegir un paciente del sexo masculino debido a la frecuencia de muertes masculinas por suicidio a lo largo de los últimos 5 años en la región. No obstante, como dato para analizar en posteriores investigaciones, la frecuencia de mujeres en los centros de ayuda y de atención institucionalizados es notoria, no así la de los hombres. Aunque no es un dato que se pueda registrar estadísticamente, es un hecho que los hombres acuden poco a los servicios de salud en nuestros Centros de Atención, mucho más si se trata de problemas que encierran realidades emocionales del paciente. En consecuencia, es difícil establecer la relación entre la frecuencia de los hombres que buscan atención psicológica de manera voluntaria, y la incidencia de intentos suicidas en esta población. No obstante, lo que encontramos con seguridad es mayor cantidad de hombres que han realizado el acto suicida, frente a las mujeres. Ya las estadísticas lo señalan. Así, podríamos haber elegido como pacientes a dos personas del sexo femenino para realizar el estudio. No obstante, para conocer la dinámica desde la experiencia masculina, decidí que uno de los casos fuese hombre.

## **D. Técnicas Cualitativas Utilizadas**

### **1. Historia Clínica**

Para tal fin hemos utilizado el método ofrecido por Karl Menninger conocido como Registro de la Historia Clínica Definitiva. De lo que se trata, es de una recopilación lo más detallada posible de la vida del paciente, que se puede obtener desde los inicios de la atención de una manera dialogada. Menninger esquematiza la información del paciente en 5 grandes puntos:

Planteamiento General del Problema

Enfermedad Presente

Historia Familiar

Historia del Desarrollo

Patrones Adultos de Ajuste

a. Planteamiento General del Problema: en este aspecto, en términos generales, se reúne las razones por las cuales el paciente fue llevado a consulta. Es importante determinar en esta parte cómo es visto el problema por los distintos actores del contexto donde se desenvuelve el paciente: el mismo paciente, los familiares (los más cercanos) y si es referido por otro especialista.

b. Enfermedad Presente: se trata de establecer o ubicar la enfermedad del paciente en el tiempo, entendido entre las situaciones anteriores enmarcadas en posibles síntomas, hasta llegar cronológicamente al desencadenante que lo condujo a consulta. Menninger nos invita a analizar muy bien dicha información ya que en algunos casos las versiones de lo ocurrido no sólo encierran el hecho en sí, sino también significados diversos para quien informa.

c. Historia Familiar: son importantes en este apartado, las situaciones de herencia, enfermedades de los familiares a nivel físico y psicológico, muertes y la manera de enfrentarlos en la familia y el mismo paciente; igualmente importante es la procedencia de la familia, es decir, qué parte del país, etnia, cultura, para así conocer patrones y actitudes familiares

d. Historia del Desarrollo: sin más, se refiere desde el nacimiento hasta la vida adulta del paciente. No obstante, en los casos que nos ocupa, sólo nos moveremos hasta la época de la adolescencia en todas sus fases. Es importante señalar, las situaciones en torno al nacimiento y los primeros años de vida. Por otro lado, recopilar información entorno a la historia de la infancia resulta ser provechoso, temas como: predisposición temprana, el desarrollo mental, desarrollo físico, desarrollo motor, modos de dormir, experiencias de crianza, control de esfínteres, signos de nerviosismo, enfermedades graves, etc. Igualmente, detallar mediante puntos, aspectos de la infancia temprana, la historia escolar, la niñez tardía y la adolescencia.

e. Patrones Adulto de Ajuste: aunque no abordaremos este aspecto, se refiere, según Menninger a patrones de trabajo actividades sociales, culturales, sexualidad, salud y vejez.

No obstante, la recopilación de los datos que observaremos en nuestro trabajo, en el apartado referido a la historia clínica, lo hemos realizado a manera de un todo, y no seccionado como lo hemos explicado.

## **2. Psicoterapia**

Al llegar a este punto, los pacientes informados, tienen el conocimiento del proceso a realizar. Ambos serán atendidos según el encuadre psicoterapéutico de dos sesiones por semana. No obstante, se dieron cambios a lo largo del proceso en cuanto a la frecuencia de las sesiones, previa conversación con los participantes y con el supervisor, debido a la fragilidad de los pacientes y el riesgo que se enfrentaba ya que en las fases iniciales y/o intermedias se profundizó en problemáticas pasadas que evocaron conflictos infantiles, que al momento de las sesiones les movilizaban emociones que necesitaron de mayor sostén.

Todo lo abordado en las sesiones estuvo dentro de la confidencialidad. En este sentido, se les sugirió que podían

conversar de lo que quisieran, en el orden que quisieran, y las veces que quisieran. Lo que se buscaba, un espacio para ellos donde pudieran verter todas las situaciones que vivían a manera persecutoria y que probablemente, entre otras cosas les acorralaban.

### **E. Análisis de los Resultados.**

La triangulación que se ha realizado en este trabajo es a partir de la teoría expuesta a lo largo de la investigación, los datos recopilados en la historia clínica de cada paciente y la exposición resumida de lo acontecido en el proceso de psicoterapia.

**CAPITULO CUARTO  
HISTORIAS CLINICAS**

## **A. Historia Clínica de Adrián**

Nombre: Adrián

Edad: 23 años

Ocupación: Estudiante Universitario

Dirección: Distrito Capital, Centro

Adrián es un joven de 23 años que en su adolescencia y recientemente ha presentado ideas e intenciones suicidas recurrentes. Adrián cursa el segundo año de la carrera de Ingeniería Industrial en la Universidad donde mantiene materias combinadas del primer año; incluso, antes de ingresar en esta especialidad, estuvo en varios cursos de Ingeniería en la misma facultad. No obstante, iniciaba unas materias, pero no continuaba y se cambiaba de especialidad. Así, se acerca a solicitar atención psicológica en la Clínica de Psicología de la propia universidad. Cabe resaltar que un año y medio, o dos, ya había recibido atención en esta clínica por parte de otro especialista, durante un año. Uno de los aspectos en los que reafirma en la solicitud es la sensación de confusión y tristeza por situaciones vividas anteriormente. La propia aproximación de Adrián sobre sí mismo es bastante clara: confusión, sensación de soledad, ansiedad y tristeza recurrentes. Es importante mencionar que, entre la solicitud llenada por el propio paciente y el especialista tratante, no hay mediación alguna, es decir, se cuenta solo con lo expresado por el propio paciente, su propio sufrimiento/malestar y su entendimiento acerca del mismo. Siendo esto así, no se cuenta, anticipadamente, con percepciones de familiares, amigos o conocidos. No obstante, siguiendo posteriormente su discurso, Adrián menciona que su madre, se dedica a la salud mental, le había diagnosticado Distimia y así le recetó varios fármacos antidepresivos.

Adrián, no luce como un joven de 23 años, sino mayor, toda vez que su aspecto en las sesiones, cuida poco su apariencia y autocuidado. El paciente se presenta con pantalones a media pierna, melencudo y despeinado; sus palabras y estado de ánimo eran acordes a su vestimenta: “me siento bien friquiado, no estoy nada bien, muy mal me siento” fueron de sus primeras frases. Adrián quiere dejar claro qué es lo que necesita y para qué se acercó; así, muestra su molestia y su incomodidad: una sensación de vacío constante, autoconcepto pobre, masturbación y pornografía todos los días. Su hablar es constante y sin parar, a tal punto que casi no dejó espacio para intervenciones.

Adrián a la edad de 15-16 años, ha tenido dificultades de relación con las demás personas; comenta que cuando estaba en la escuela, se mantenía aislado, no se relacionaba con los demás. Adrián comenta que siempre le costó entablar comunicación sus amigos, especialmente con personas del sexo femenino. La

situación familiar que lo rodeaba, era muy conflictiva. Los padres se estaban separando por problemas de pareja y ellos al parecer, no se ocupaban de él y sus hermanas. Adrián, hace referencia que desde la adolescencia se sentía muy mal, con sensación de estar abandonado, no ser valorado, deseo de ser reconocido y con arranques de ira. Durante el primer contacto, Adrián comenta que desde enero 2014 conoce, por su hermana, a Julia, con la cual inicia una relación que él reconoce como noviazgo. Julia, es una muchacha norteamericana de 20 años que vive en Estados Unidos a quien se le suicidó una hermana de 14 años tirándose de un edificio en octubre 2013. La hermana de Adrián la conoce y se la presenta a su hermano quienes inician una relación. Esta relación de noviazgo, Adrián la califica de intensa ya que mantenían relaciones sexuales constantes. Es importante mencionar que Julia estuvo de vacaciones hospedada en casa de Adrián, en donde vive su hermana menor, su madre y abuela. No obstante, en varias ocasiones, Adrián comenta que su relación con Julia por momentos no la entiende, ya que ella misma cambia muy rápido de parecer, es decir, por momento está de acuerdo con la relación y se siente bien tratado, pero por otro lado, sin ningún motivo aparente, cambia de parecer y lo detesta tratándole mal. Por estas situaciones, Adrián se cuestiona a sí mismo por su valor; menciona que hay ocasiones en las que se despierta durante la semana con ganas de morir. En este sentido, durante las primeras sesiones, Adrián comenta que, en una ocasión, después de una noche de fiesta en donde participaron su hermana, Julia, una amiga y unos extranjeros que conocieron en una discoteca, se fueron para el apartamento de uno de los recién conocidos, Adrián iba con su hermana en su carro, mientras se les adelantaron los otros. Cuando Adrián y su hermana llegan al apartamento, encuentran a Julia y a su amiga solo en panty corriendo por todo el apartamento, corriendo por todos lados con varios tragos encima, así como con drogas. La reacción de Adrián, por un momento y de manera impulsiva, fue pararse en el balcón del apartamento con intención de lanzarse al vacío. Así, en otra ocasión, como Julia estaba hospedada en su casa, en una noche cuando todos dormían, se levantó y se da cuenta que en cuarto de su hermana estaban ella y Julia manteniendo relaciones sexuales. Esta situación lo descontroló, y aún sin dormir, en la mañana le reclama a Julia sobre lo sucedido y ella se va de la casa. Adrián siente culpa por esto y se lanza un sin número de autoreproches, atacándose constantemente. Las ideas suicidas, su impulsividad, los ataques contra sí mismo, las visitas a la pornografía y la masturbación fueron la tónica durante gran parte de la terapia.

Es importante mencionar que no se dio ninguna sesión a los padres de Adrián. Por lo tanto, el contacto con ellos fue nulo, salvo en alguna ocasión que al llamar a su casa, me contestara su madre. Lo que se conoce de sus padres, es a través del paciente. En este sentido, recuerda a su madre como muy cercana amorosa y de muy

pequeño se la pasaba jugando con él. Por otro lado, su padre, un profesional de la salud, aunque no tiene un mal concepto de él, era muy callado y distante. Es una realidad la poca verbalización acerca de sus padres y de su entorno familiar cercano, y distante; su familia se reducía a sus dos hermanas menores y a sus padres. Los conflictos de pareja vividos durante su adolescencia, es lo que más puede recordar. Adrián comenta que sus padres tenían problemas constantes ya que su padre, según lo que escuchaba y vivía, le fue infiel a su madre en muchas ocasiones. Esto trajo muchos conflictos muy serios en el seno familiar ya que su madre también le fue infiel a él, según dice Adrián, por venganza. Los problemas se agravaron aún más ya que la madre queda embarazada, y es obligada por su esposo a abortar. Según comenta Adrián, esto sucedió dos veces, aunque no tiene claro si alguna de estas pérdidas fue antes de su nacimiento, durante el noviazgo de sus padres. Toda la problemática familiar reciente, y probablemente, aunque no hay datos que lo confirmen, su historia personal, hicieron la base para que su a su madre la diagnosticaran con Depresión. Y durante las sesiones, Adrián en varias ocasiones comentó que su madre tomaba medicamentos, aunque no la vio tan mal como él, según lo comentado por el paciente. Por otro lado, su padre, habiéndose separado de su madre, se fue a vivir con su pareja en donde mantiene los hijos de ésta y con la cual no tiene hijos. Adrián percibe a su padre como un buen hombre, que se dedica a ellos y se preocupa por su bienestar económico. Él se da cuenta que su padre es más bien de dar dinero y tratar de mantener cierta seguridad económica para con ellos, pero sí le costaba demostrar cariño. Adrián lo define como una persona que, a pesar de no estar pasándola bien, guarda silencio y hace ver que no pasa nada. Por otro lado, al referirse a las hermanas, la hermana del medio, estaba estudiando en los Estados Unidos. Adrián habla de ella como mucho orgullo y se refiere a ella como emprendedora, muy inteligente y estable. Sin embargo, sí había mucha preocupación por su hermana menor, la cual la percibía como homosexual e impulsiva; en muchas ocasiones tuvo que estar con ella en fiestas y lugares en los que él mismo decía, por estar drogada, podía hacer cualquier cosa, incluso atentar contra su vida, como de hecho lo hizo en algunas ocasiones. Adrián comenta que su hermana es muy frágil y que su novia la estaba manipulando, ya que vivía con ésta por ocasiones, y en otras, se la veía en casa. Su hermana iba y venía de casa de su novia, estuvo trabajando algún tiempo en un restaurante-bar, viajaba con su novia, de poco hablar y no estudiaba.

## **B. Historia Clínica de Alexa**

Nombre: Alexa

Edad: 15 años

Ocupación: Estudiante de Media

Dirección: Este de la Capital

Paciente de 15 años con ideación e intento suicida en varias ocasiones. La enfermera que la refirió al servicio de psicología, solo manifiesta que es una adolescente con muchas dificultades. Por otro lado, la madre no estaba al tanto de lo que sucedía con su hija, ya que fue citada por el departamento de psicopedagogía del colegio donde estudia; la madre no se había dado cuenta de los cambios de su hija. No obstante, el departamento en cuestión había notado aislamiento, cambios de humor, bajas calificaciones (aunque no tan bajas ya que siempre ha mantenido buen rendimiento) que le llamaron la atención. La paciente piensa que necesita ayuda para afrontar sufrimientos en su vida personal familiar con los cuales ha lidiado desde pequeña. Finalmente, en cuanto la impresión que la paciente da es de una joven con tristeza marcada; con falta de sueño, con llanto fácil y con las manos cortadas. En sus primeras verbalizaciones, se la percibe con conflictos relacionados al ambiente familiar próximo, la percepción hacia sus hermanas, su relación con la madre y la lejana relación con el padre

Hace tres semanas antes de la primera sesión, aproximadamente el 1 de mayo de 2013 a las 4 de la tarde, Alexa se cortó las manos mientras estaba en su casa sola escuchando música electrónica, después de haber conversado con un compañero de la escuela, que según la paciente, tiene la misma edad y algunas circunstancias que ella considera similares a su situación, estaba viviendo. Al parecer, de esta situación nadie se da cuenta en su casa. Posteriormente, acude a la escuela en los días posteriores y el 13 de mayo del mismo año, después de estar en el salón de clases, decide retirarse a su casa, antes de culminar la jornada escolar correspondiente; en casa sola, puesto que su hermana de 18 años y su madre no se encontraban, decide cortarse una segunda vez. La madre llega del trabajo a la casa en horas de la tarde, aunque se percata de lo sucedido, interroga a la menor pero ésta no le dice nada, sino que permanece en total silencio con lágrimas en los ojos. Por esta situación la madre se dirige al centro de salud, donde le brindan la ayuda por parte de la enfermera de salud mental. La enfermera me refiere el caso y lo presenta, sin la paciente presente. Posteriormente Alexa retoma su jornada escolar sin mayores cambios. El 17 de mayo, el colegio emite una nota de referencia en donde expresan puntualmente la situación de la paciente: "conductas autolíticas (se cortó en la muñeca, se cortó el cabello); sensación de escalofrías; llanto recurrente y nerviosismo; poco control de impulsos y emociones; baja autoestima y



autoconcepto...crisis de ansiedad por problemática familiares pasados y presentes que afectan su equilibrio emocional...”

El 21 de mayo del 2013, Alexa y su madre se acercan a su primera cita donde narran los hechos de sus ideas suicidas recurrentes y los varios intentos realizados antes de la cita. Su madre comenta que la adolescente ha venido cambiando poco a poco de un tiempo a esta parte en su conducta y temperamento. Comenta que antes todo era distinto, una niña sonriente, que le gustaba conversar con ella, con amigos y amigas, y con buen rendimiento académico. Ahora se muestra opaca, silenciosa, apartada y ha bajado las notas. Alexa comenta que en ocasiones, cuando va a decir una charla de inglés, le da miedo decirlas en la clase ya que piensa que está invocando al diablo; esta situación, comenta, se dan desde hace un mes donde también cuando va a dar educación física y debe brincar o saltar obstáculos, no lo hace con miedo que le suceda algo malo. Por otro lado, Jocelyn comenta que siente una presencia que está allí con ella, aunque no la ve, ni la ha escuchado, pero la percibe ya que comenta que se mete en su mente y que en varias ocasiones ha preferido ganar malas notas en esas dos materias que hacer lo que le piden ya que le da mucho miedo. Finalmente, Alexa relata las situaciones que observadas por ella como problemas y que le han causado sufrimiento: la situación de las hermanas y su referida o esperada pureza que debían tener y vivir; el conflicto con su padre ausente, del cual manifiesta querer “meterlo preso” por no estar allí.

Es importante resaltar que la paciente, a lo largo de las atenciones, especialmente, los días posteriores, tuvo varias crisis faltó a las sesiones, y fue hospitalizada y medicada. Por ejemplo, el 6 de junio de 2013, la paciente faltó a la sesión; estando en el salón de clases, sufrió un desmayo ya que sintió que le faltaba el oxígeno. Fue llevada al hospital donde el psiquiatra le receta Alprazolán media tableta antes de dormir. Por otro lado, entre el 19 de julio y el 9 de agosto de 2013, Alexa vuelve a realizar otro intento, en esta ocasión se corta las manos a la altura de las muñecas y se toma pastillas que antes le habían recetado. La llevan al hospital y el psiquiatra le receta esta vez: Topiramato e Isperin por 30 y 7 días respectivamente.

Durante las atenciones realizadas con la paciente, en el transcurso, me pude entrevistar con la madre, quien hace un relato detallado de los antecedentes de la paciente. Xiomara es la madre de Alexa, aunque proveniente de una familia del interior del país, su abuela se establece hacia el área este de la capital, siendo una de sus fundadoras. A la edad de 4 años, siendo hija única, su padre les abandona. Posteriormente a sus 9 años, su madre tiene una relación en donde nace su hermana, aunque no forman una nueva familia. En este sentido, Xiomara comenta que su madre queda sola con las

dos. Posteriormente, establece otra relación y nacen sus dos hermanas menores, igualmente no se formaliza la relación y se queda su madre sola con sus hijos. En este sentido, siendo la mayor, se queda al cuidado de sus hermanos cuando su madre iba a trabajar. La madre de Xiomara realiza sus estudios primarios en la escuela del área en donde sus calificaciones eran buenas. Al terminar sus estudios primarios ingresa a otro colegio en el que hizo primer ciclo, es decir, de séptimo a noveno grado. Finalmente, en décimo grado, a los 16 años, continúa sus estudios en otra escuela en donde no termina sus estudios ya que conoce al padre de Alexa, de 32 años, y se casan. La señora Xiomara comenta que al principio de la relación, cuando se enamoró del padre de Alexa, sus familiares no lo aceptaban. No obstante, cambiaron de parecer. El señor, estuvo casado por 7 u 8 años aproximadamente, su esposa fallece y le sobrevivieron dos hijas de 1 año y 7 años; y allí se establecen con su nueva familia, en el mismo hogar del señor.

Xiomara comenta que todos vivían como una familia, a tal punto que las hijas del señor, especialmente la menor, le decía mamá. Xiomara dio a luz a sus dos primeras hijas, y comenta que todo iba muy bien. Después de un tiempo, empezaron a tener los problemas de comunicación e infidelidad por parte de su esposo. Xiomara comenta que ya las cosas se habían puesto insoportables con su esposo y en cualquier momento iba haber separación. En el transcurso, le sobrevinieron las incomodidades propias del embarazo. Habiéndose practicado la prueba en una clínica privada sin la presencia del esposo ya que él se quedó afuera, resultó positiva. La madre de la paciente comenta haber tenido muchas dificultades durante su embarazo con su esposo ya que él no quería continuar con el embarazo. En una ocasión, antes de irse de la casa, su esposo la lleva, con engaños a donde una señora para que le “atendiera” el embarazo dándole a beber algunos productos comunicándole que era para tener en buena salud a su hija en su vientre. La señora Xiomara una sola vez toma el producto y no asiste más.

La señora comenta que las cosas se pusieron peor, ya que su esposo no le hablaba y los dejó un buen día, se fue de la casa dejando a sus hijas su cuidado por un año en donde él le revela a sus dos hijas mayores quién era su verdadera madre. Desde este momento, según refiere Xiomara, las cosas cambiaron y aquellas niñas dóciles, aun viviendo con ella, se pusieron muy groseras y rebeldes faltándole el respeto. Xiomara comenta que la convivencia en casa con las hijas de su esposo se tornó muy difícil después que se separaron ya que éstas vivieron con ella durante un año. Actualmente, ellos viven en la misma casa, las hijas del señor, ahora adultas, viven en la parte de adelante, aunque ya han podido tratarse mucho mejor. Por otro lado, el padre de Alexa, establece familia y tiene una hija de 12 años.

La madre comenta que con sus hijas, en la adolescencia, tuvieron dificultades en las calificaciones, estados de ánimo, aislamiento por las situaciones familiares y la ausencia del padre. En cuanto a los familiares del padre, solo comenta que el abuelo de Alexa atentó contra su vida tirándose de un puente.

La madre piensa que una de las cosas que contribuyó al malestar de su hija, fue la ausencia de sus hermanas por trabajo y universidad, ya que ellas eran muy unidas. Actualmente Alexa se encuentra estudiando contabilidad.

Alexa es la menor de sus tres hermanas, su madre y su padre se casaron a los 16 años y 32 años, respectivamente. Después del nacimiento de sus dos hermanas mayores, su madre queda embarazada de ella. En ese entonces, sus padres confrontaban dificultades de comunicación y problemas de infidelidad por parte de su padre. Por otro lado, la situación económica estuvo muy mal ya que el señor era el único que trabajaba, y ella se dedicaba a cuidar a las niñas. Al irse de la casa, a los seis meses de embarazo, el padre de Alexa se limitaba a realizar la compra de la comida, sin dejarle ningún recurso económico. La señora Xiomara, comenta que en una ocasión, estando embarazada, una de sus hijas tenía quebrantos de salud y tuvo mucha preocupación ya que no contaban con dinero para por lo menos moverse a buscar atención médica.

Finalmente la madre de Alexa dio a luz por cesárea programada, acompañada por un hermano de su esposo. Su peso fue de 6 libras, midió 47 centímetros, la amamantó hasta los dos años, obtuvo la marcha al año dos meses, sus primeras palabras al año. Durante los primeros 5 años de vida de Alexa no hubo situaciones significativas; así mismo, la historia escolar se mantuvo dentro de lo adecuado en cuanto comportamiento y calificaciones

**CAPITULO QUINTO**  
**RESUMEN DEL PROCESO DE PSICOTERAPIA**

## **Caso 1: Adrián**

**Fase inicial:** llamada, primer contacto y primeras sesiones.

En esta primera fase, teniendo en cuenta el motivo de consulta escrito, Adrián fue contactado por mí, a lo cual respondió positivamente. Durante este primer contacto vía telefónica, Adrián se percibía con mucho interés, su todo de voz adecuado, mostraba evidencias verbales de querer ser atendido; contactamos la primera cita. Las citas se realizarían en horas de la tarde, una vez por semana en los inicios, en uno de los consultorios de la Clínica. Sin embargo, era posible que el consultorio asignado, en algún momento (realmente en pocas ocasiones), podía estar ocupado, y debíamos utilizar otro. En la primera cita, Adrián se presenta puntual, un poco antes de la hora convenida, una vez dentro del consultorio, inicia el diálogo exponiendo la problemática. Adrián plantea con saltos en el curso de su conversación, los grandes temas en esta primera sesión que le aquejan: 1. Desde los 15-16 años viene teniendo deseos de terminar su vida, incluso ya lo había realizado en distintas ocasiones de manera impulsiva tirándose de un carro en marcha; 2. Actualmente a sus 23 años, reciente la problemática y separación de sus padres que se realizó en su adolescencia; 3. Dedicó gran parte de la primera sesión a conversar sobre la relación que mantiene con su novia, relación en la que él mismo no se siente valorado: “cada vez que terminamos de hacer el amor, ella me hace sentir muy mal ya que me dice cosas ofensivas”

En estas primeras sesiones el paciente estuvo muy puntual, al parecer se sentía escuchado. No obstante, parecía querer darse a conocer, probablemente, y que nada se le escapara, o no dar lugar a preguntas de vuelta. Su manera de hablar era muy fluida, incluso parecía no detenerse por alguna razón. Es importante resaltar que hubo ocasiones en las que Adrián se sentía muy mal. Cada vez que esto sucedía, su presencia en las sesiones era cambiante: despeinado, en pantalones cortos, en chancletas, con sueño, y además decía “estoy focop focop”. Por otro lado, ya Adrián se ponía mucho más explícito en su diálogo sobre sus sentimientos, al parecer, resultaba cómodo para él tener con quien conversar abiertamente sobre lo que le acontece. Adrián necesita mantener contacto, necesita relacionarse incluso a costa de él mismo, quizás hasta permitiendo situaciones que le hacen sentir mal: “tuvimos una salida, Julia. y mi hermana, luego de estar en ese lugar conocimos a unos extranjeros que luego fuimos a su habitación en un hotel. Julia se fue adelante con ellos y otras amigas y mi hermana y yo nos fuimos detrás en nuestro carro. Cuando llegamos a esa habitación, Julia. estaba solo en panti sin nada arriba corriendo por todo el cuarto y ellos detrás, toda borracha; y allí me quería tirar del balcón, incluso me paré en la terraza...” “...una noche, Julia, como se quedaba en mi casa, estaba en el cuarto con mi hermana y yo

escuchaba cosas desde la puerta, estaban teniendo relaciones y yo las escuché, y en la mañana siguiente se lo reclamé a Julia y ella se fue de la casa. Estoy preocupado por ella porque no sé de qué sea capaz de hacer”. Este tipo de relato se escuchaba en todo momento. Realmente me sentí muy cargado, pesado, al punto que en alguna de las sesiones posteriores me acompañó un sueño terrible. Durante la supervisión develé temores que me impedía seguir de cerca a Adrián y no sentir un bloqueo. En este sentido, durante la supervisión se comentó el deseo de Adrián de sanar, de cuidarse, de curarse en la persona de su novia, que los aspectos negativos de él, estaban en ella, la parte destructiva de él estaba en ella, además de los arranques de impulsividad que le desbordaban; ir mostrándole lo destructiva de la relación, tomar conciencia de aquella realidad en donde la pareja le confirma lo que él siente como realidad, es decir, un perdedor. Además debía tomar conciencia ante quién se comparaba, cuál era su ideal de hombre, qué pasaba si decidiera serlo, qué sucede con la figura de Hombre.

En definitiva, Adrián inicia el tratamiento en medio de incertidumbres y en una experiencia de vida conflictiva que le lleva en sinnúmero de ocasiones a actos límites, intentos suicidas. Por otro lado, me invadía un sentimiento de impotencia y temor, al pensar que esa semana era la definitiva para él y sólo esperaría la llamada para la mala noticia. Además, me sentía sobrepasado por momentos, en cada ocasión en las que comentaba el sinnúmero de relaciones sexuales que mantenía.

### **Fase intermedia**

En esta segunda fase, se determinó realizar las sesiones dos veces por semana. Básicamente esta segunda fase se caracteriza por un abandono progresivo de intentos suicidas manifiestos registrados en la fase anterior, y una creciente aparición de ideación suicida solapada, así como una manera distinta de intento suicida que se deja ver en los actos repetitivos, no creativos en la figura de la masturbación y en el mirar pornografía. Adrián, poco a poco se irá distanciando de la relación con su pareja, siguiendo sus propios parámetros. Esto se deja ver, a partir de la producción resolutiva mediante un sueño; con esto inicia cambios en su quehacer que reúnen para él el sentido de lucha: “las personas en el sueño no eran tanto personas, sino pensamientos que quieren acabar conmigo y con los cuales debo combatir”. Este es el primer relato de uno de sus sueños: “Estaba en un cuarto con una mujer que era familiar mío y con la cual tenía algún tipo de relación y tenía algo de mi hermana, de mi mamá y de mi F, o todas ellas; un tipo la quería matar pero yo lo maté primero, pero fui donde mi mentor que era Al Pacino y me dijo que no me podía atender porque estaba ocupado en una reunión y yo le iba a decir que me ayudara porque había matado a un hombre. Sin embargo, me fui de vuelta y otros dos

tipos vieron al muerto y se fueron contra mí, y yo les tiré bala y con mucho miedo los maté a varios hasta que se me terminaron las balas. Llegó un último hombre muy fuerte, el cual me dijo que me iba a matar; cuando me alzó, le saqué los ojos y la lengua y lo maté; así me fui a casa ensangrentado; aunque el otro era mucho más fuerte, yo tenía más odio y rabia.” Además de la imagen de poder y lucha, aparecía probablemente la figura de la madre a la cual él debía proteger. Así, en conversaciones con el supervisor, se dio pie a conversar sobre el tema de la madre, que en un principio, se mostró parco.

Las sesiones se dieron en medio de algunas ausencias por parte de Adrián, por un lado, y de este servidor. Adrián se mostraba un poco resistente ante los temas relacionados con su padre y su madre, solo por espacio en algunas sesiones, se pudo referir a ellos de manera rápida haciendo referencia a la depresión de su madre y a la pasividad de su padre frente a los demás; unido a esto, también empezó a manejar la realidad de abandono de la que fue víctima por parte de sus padres durante su adolescencia. Por otro lado, en medio de la progresiva separación con su pareja, se replicaban las actividades masturbadoras, así como las constantes visitas a páginas y películas pornográficas, también se daban momentos en los que se podía dedicar a sus estudios y a la formación de un grupo de música con sus amigos. Es importante hacer notar que al final del año en donde se dieron aproximadamente las primeras 30 sesiones, Adrián se compromete mucho más con sus estudios logrando no fracasar en ninguna materia, está por realizar la práctica como requisito de una de las materias, y las posibles oportunidades de trabajo que se le van a presentar. Durante las sesiones, se hizo evidente el deseo de Adrián de mantener una relación interpersonal con el sexo femenino, con el cual sólo podía tener contacto de manera agresiva en la pornografía. Además de las constantes confrontaciones y comparaciones que él mismo se hacía mirando fotos de sus amigos rodeados de amigas o novias, y esto lo ponía siempre mal recurriendo a las prácticas conocidas por él. En consulta con el supervisor, se llega a una conclusión: “Adrián se mira mucho con esas imágenes que no son reales, es como quien ve el ideal, y esto siempre va estar en conflicto con él, con su idea de lo ideal para él, y al verse tal cual es, se derrumba sin soporte alguno; quizás irle mostrando esto” Cuando se daban estas situaciones, Adrián faltaba a las sesiones, a la práctica y a la universidad. Esto se le interpretó como un desaparecer, que siente que todo pierde sentido cuando experimenta el abandono, y prefiere salir de escena.

Adrián mantienen contacto creciente, muy entrada esta fase, con la pornografía, en donde probablemente es el único contacto con el sexo femenino. Adrián en ocasiones expresaba la necesidad de establecer una relación interpersonal, de amistad, o de posible

noviazgo, no obstante su único medio, hasta el momento es con la pornografía, su parte agresiva, de dominancia, y en la cual, se sabe inadecuado. Surge entonces una preocupación de inutilidad: “tengo muchas cosas por hacer, entregar trabajos en las materias, presentar proyectos en la práctica, practicar la banda, pero nada hago, y a pesar que sé que no tengo tiempo, me quedo en la pornografía y no me ocupo en nada”. En este sentido, se me invitó, mi supervisor en confrontarlo manifestándole que probablemente quería probar que no está funcionando, que no está funcionando nada; que incluso quería probar que la psicoterapia no está funcionando ya que todo sigue igual y hasta se ha agravado. Con esto, en las sesiones que siguen, cerca de la 35 y 37, Adrián se muestra funcional y esto le hace sentir bien: asiste a la universidad, entrega sus trabajos, incluso los atrasados, presenta el proyecto en la práctica; aunque no abandona del todo su sensación de ausencia y resistencia, de cambio, por momentos sigue ausentando de la Universidad, del trabajo, de la terapia, de su grupo de banda; reaparecen la figura de los sueños, aunque esta vez sueños con mucho contenido sexual en donde realiza relaciones sexuales con su hermana, en donde luego se siente preocupado y manifiesta que ha leído material pornográfico lésbico incestuoso, y esto le atrae; así junto con la aparición una vez más de su expareja, reaparece la ideación suicida, y las ideas e intentos suicidas de la hermana menor. Posteriormente Adrián hace alusión a los rechazos sufridos por su pareja y se conecta con su niñez comentando que cuando niño, piensa que su madre no estuvo allí, ya que estuvo muy afectada con la depresión. Adrián se da la oportunidad de conversar con su madre, ella le pide perdón, ambos lloran, y según él, ella se muestra acogedora e invitándolo a retomar el camino; Adrián: “como que me hablaba no para hacerme sentir como una mierda, sino como que esperaba que yo reaccionara, como que decía si me iba a pasar toda la vida lamentándome” Terapeuta: “y cómo sentiste a tu mamá?”. Adrián: “parecía que me quería escuchar mucho, como que solo escuchaba” es probable que este movimiento se venía dando en Adrián y se hizo concreto en la conversación con su madre, un momento emotivo que Adrián necesitaba.

Es importante resaltar que Adrián ha realizado algunas cosas a partir de las sesiones anteriores en las cuales es necesario reforzarle. En conversación con el supervisor, se llegó a la conclusión que es importante reforzarle sus logros constantemente, incluso los referidos a su vestimenta y corte de cabello. Su discurso en las sesiones que le siguen se enfoca mucho más a las demás personas, a la figura de sus hermanas, su madre, abuela y padre. Ya Adrián empieza a conversar de su padre y a tener una imagen de él un poco más comprensiva, menos de juzgar, aunque en sus inicios no fue así: “mi papá tiene mucha pornografía, mucho, y dice mi mamá que se la pasaba mucho tiempo mirando eso, y que además él no es capaz de ver su culpa, no es capaz de



aceptar los errores que ha cometido” Posteriormente: “...en verdad es un tipo bueno, porque cuando hablo con él siempre pregunta por mis hermanas; siempre está pendiente de nosotros; cuando en una ocasión mi hermana viajó a Alemania por 4 meses y yo a Argentina, siempre estaba preocupado y pendiente de nuestra economía...yo creo que nos quiere”. No obstante Adrián se siente muy conectado con su padre y probablemente esta identificación con su padre, en algunos aspectos, le crea conflicto: “...algo que nos une es la dificultad para afrontar, confrontar personas y situaciones”. En este sentido, en supervisión realizada, es probable que Adrián experimente una identificación inconsciente con los aspectos negativos de su Padre, con un Padre que no ha sido aceptado y valorado adecuadamente; posiblemente hay una ausencia de Padre, un vacío de Padre, donde por no aceptarlo conscientemente, lo trae y se lo apropia inconscientemente, viviendo como él vive, haciendo las cosas como él las hace, es decir, vive como el padre identificándose con él para tenerlo cerca. Además, en contraposición con la mujer con la cual se siente devaluado y exigido.

En supervisión, de lo que se trata es de lo siguiente: es ver cosas que funcionan bien en la familia, y en él, cosas que funcionan bien en él; analizar el acto y que no se culpabilice. Rescatar las partes positivas, aunque él presente las cosas negativas. Por otro lado, Adrián trata de retomar sus ocupaciones: realiza los trabajos de la universidad, retoma la práctica universitaria, etc.; siente la necesidad de ordenar todo, especialmente lo relacionado con su propia vida y con todo lo que le rodea, en especial, la universidad y su relación con los familiares. Este movimiento se vislumbra en la acción realizada en su casa limpiando, lavando y bañando al perro, actividad que desde hace mucho tiempo no realizaba. Por otro lado, las ocasiones en las que retoma la pornografía y la masturbación, son solo los fines de semana; probablemente ha hecho consciente algunos aspectos de su padre. Adrián ha estado colaborando con su madre, su abuela y sus hermanas, está muy al pendiente de ellas.

Durante las sesiones en donde realiza todas estas cosas y en su diálogo se encuentran otras personas y actividades, realmente en mí, distinto a los inicios del tratamiento, hubo un poco menos de carga, es decir, en muy pocas ocasiones ya no se registraban las ideas ni los intentos suicidas de las primeras sesiones

Es importante reconocer la dinámica que probablemente han encerrado dos sueños que tuvo Adrián y que pueden tener un antes y un después en su experiencia diaria. Adrián se da la oportunidad de establecer interacciones de amistad con algunas personas que siente le ayudan con su bienestar. En este sentido conversa sobre el bienestar que ha sentido en varias conversaciones con un amigo fraile venido de fuera con el cual comenta todas las

cosas que le han pasado; por otro lado, hace consciente concretamente lo que espera de las relaciones con el sexo femenino, de las cuales desea: “calidez de persona, sincera, descomplicada, muy humana...quisiera desprenderme de la idea aquella de esperar ser deseado, esperar que ellas me miren con placer para tener sexo...quisiera conocer a mujeres y no pensar exclusivamente en el sexo, aunque quisiera ser deseado”. En supervisión, se llega a la conclusión, en palabras del supervisor: “sentirse deseado, se remonta a la relación temprana con la madre donde debía sentirse amado, querido”.

Conoce a dos muchachas con las cuales indistintamente sale, aunque con una obtiene sus deseos sexuales coitales, y con la otra, menor que él por 5 años, establece una relación de amistad, que según Adrián, sus salidas no son exclusivamente sexuales, aunque comenta “no estoy listo para un noviazgo formal”; además Adrián conversa mucho más con sus hermanas (para entonces, su hermana del medio, estaba de vacaciones en Panamá) y con su mamá.

Los dos sueños antecidos por lo comentado encierran posiblemente éstas y otras realidades: “soñé que estaba en una playa en la que veía a una mujer bonita pero que yo tenía la certeza que era como una bruja que empezó a exorcizarme, y empecé a sentirme muy incómodo a tal punto que me desperté.” Y el segundo sueño: “estaba en un lugar como futurista y había personas reales y otras que no lo eran, yo quería demostrar a alguien, a una muchacha que sí era real, y tomé un vaso de agua y lo tomaba, pero no sentía el agua pasar, me desperté dentro del sueño y corrí a tomar agua pero no sentía que bajaba, y me desperté esta vez sí”. Adrián está tomando mayores responsabilidades en su universidad y con la Banda de rock de la cual forma parte. Por eso, debe practicar mucho más. Se da un concierto y sus hermanas asistieron, así como su madre y la muchacha con la cual sale. Esta actividad junto con el sueño, fue llevado a supervisión y se llegó a la conclusión que sus actividades estaban provistas de muchos elementos mucho más creativos, así como la asistencia de su madre a al concierto, era como formar parte de su vida, de un aparte importante para él. Su madre, ya estaba entrando de manera más adecuada y sana en su mundo. Junto con esto, Adrián fue develando los miedos de mantener una relación de noviazgo con una muchacha menor que podía ofrecerle una relación como la que él mismo buscaba, y aquel aspecto de sentirse deseado.

Para entonces, ya estábamos cerca de la sesión 80, y aunque reprobó una de las materias que debía pasar para estar mucho más cerca de terminar, Adrián pudo enfrentar su responsabilidad y la matriculó nuevamente. Hubo algunas ocasiones en las que mantuvo contacto con la pornografía y la masturbación, en especial cuando

tenía estos episodios de derrota que probablemente él mismo procuró. Por otro lado, en estas sesiones estuvo muy confundido en cuanto a sus sentimientos con las dos muchachas que para él, encerraban lo que quería. Adrián debía llegar a una experiencia mucho más madura, menos dividida en donde acepte limitaciones y cualidades en una sola persona.

### **Fase Final:**

Al respecto, aparece el tema de la pérdida. Hubo entonces algunas ausencias, relaciones sexuales con una de las dos muchachas, ausencias del trabajo y de la universidad, y de la ruptura de la relación con una de las dos muchachas. Así mismo, hubo problemas en su práctica profesional, poca asistencia, poco contacto con su aspecto positivo. Tuvo pensamientos negativos influenciado además por la bebida y la marihuana. Por otro lado, contactó para entonces a una tercera chica con la cual él se muestra dominante y muy despreciativo con ella. Se le interpreta lo vivido como una culpa inconsciente y se castiga, además de silenciar y no hablar concretamente al respecto. Se trata de ubicar al paciente en lo que está viviendo próximos al tema del cierre, además el término de algunas actividades y de otras oportunidades que están por abrirse. “aquí parece haber una perversión en esa relación con aquella muchacha que te desea, pero con la cual te muestras así; y piensas quizás que es la única manera de vivir una relación con las mujeres en la que tú dominas, pero que dentro de esto, estás viviendo la pérdida de tu antigua relación que no quieres hacer consciente y empiezas hacer esto...” Adrián debe vivir un tiempo necesario de soledad y acompañamiento, en donde se favorezca un tiempo para él y poder aplicarlo en el trabajo, en la universidad, en la práctica y en la banda.

Finalmente, después de experimentar algunos pensamientos en los que recordaba su antigua relación, poco a poco se crea el espacio para cumplir con sus propias exigencias en la universidad y en la práctica. Adrián, con una relación de noviazgo, más estable y sana con una de las muchachas, manifiesta: “aunque llevamos muy poco tiempo, me he sentido muy bien con ella.” Al final, debe concluir con el tema de la Universidad, los trabajos y no aplazar las cosas.

Después de 6 meses de haber concluido las sesiones, Adrián es citado, y comenta que ya está por finalizar las materias y poder graduarse de ingeniero civil; que aún mantiene la relación de noviazgo; no han aparecido ideación suicida, ni mucho menos intentos.

## **Caso 2: Alexa**

**Fase Inicial:** primer contacto y primeras sesiones.

En este primer contacto, es importante resaltar que el día anterior a la cita, la paciente fue referida a mi consultorio por la enfermera, quien la presentó como una adolescente de 15 años, aislada, temerosa, triste, y que recientemente se autolesionó haciéndose cortes con gillete, en el área de las manos. Sin embargo, ese mismo día la paciente no llegó al consultorio, sino al día siguiente con su madre. Al presentarse, Alexa lucía su uniforme escolar, con rostro serio, al parecer sin ninguna emoción aparente, y de muy pocas palabras en presencia de su madre. Por su parte, la madre expresa con preocupación la problemática en la que se encontraba Alexa: “mi hija se ha cortado, y estoy muy preocupada por esto”. Sin embargo, Alexa no asentía, no mostraba interés alguno en conversar sobre el tema. Por lo anterior, y dando oportunidad a que la paciente se ambientara un poco más y mejor con la nueva experiencia psicoterapéutica que recién iniciaba, y además, por mi parte, probablemente cierto temor en ahondar en este tema, que posteriormente llevaría a supervisión, realicé la recopilación de datos con la madre y la historia de personal de Alexa.

Durante estas primeras sesiones, hubo flexibilidad en la continuidad de las sesiones, al punto que las primeras 13 sesiones se realizaron en un lapso de aproximadamente 4 meses. Hubo resistencia por parte de Alexa, tratando de adaptarse a la experiencia y poder comunicar la problemática que le aquejaba. Alexa debía sentir un ambiente seguro, sin señalamientos, en donde sin temor, podía conversar cada problemática presente. En este sentido, Alexa en la segunda sesión decide comunicar: “ya llevo dos veces en las que me he cortado: el 1 y el 13 de mayo, donde me regresé a mi casa, me salí de la escuela y conversando por teléfono con un amigo mío el cual tampoco vive con su papá, estábamos escuchando rock y nos cortamos.” En sus inicios, Alexa manifiesta la dificultad central que va a guiar todo el proceso psicoterapéutico, que podría ser definido como “motivo de consulta latente”, es decir, en su narrativa, Alexa quizás no podía definir concretamente el porqué aceptaba irse separando día con día a sus obligaciones escolares, familiares y sociales, y entrar poco a poco al proceso de psicoterapia, sino que sus palabras podían definirse en términos de la problemática adolescente que se reeditaba recientemente: el conflicto con el padre ausente y la realidad del desarrollo adolescente en donde lo sexual es vivido de manera desconcertante: “quisiera estudiar derecho para meterlo preso” (refiriéndose a su padre) y “...pensaba que mi hermana era pura, pero ya ha tenido relaciones sexuales con su novio...” No obstante, durante el proceso

hubo contacto con temas sucedidos muy tempranamente que luego definiremos claramente.

Es importante mencionar que lo vivido y narrado por Alexa, despertaba sensaciones que le asustaban mucho, ya que, en estos primeros meses hubo lo que podría ser un brote psicótico: "...no me atrevo a dar la charlas en inglés porque pienso que cuando las digo, estoy invocando al diablo...cuando tengo que saltar las vallas en educación física, pienso que me voy a caer y me va a pasar algo muy feo". Además, hubo algunas ausencias registradas los primeros días por una crisis vivida y por la cual fue llevada de urgencias al hospital donde la psiquiatra la medicó. Por otro lado, igualmente realizó otro intento en donde se cortó y tomó muchas pastillas, y así también fue llevada al hospital e internada unos días.

Llevando estos inicios de las sesiones ante el supervisor, se estableció que la paciente debía conversar sobre lo que le hace sufrir, brindar un ambiente seguro estableciendo dos sesiones por semana. Podemos establecer el cierre de la primera etapa y el inicio de la etapa intermedia con la narrativa del primer sueño y el primer escrito, de muchos, acerca de sí misma; cuenta sobre el sueño: "estaba en la escuela en el turno de la tarde y estaba intentando hablar con un muchacho estaba en ese mismo turno. El muchacho no quería hablar conmigo y me dio la espalda, y no me habló. En cambio, él habló con otra muchacha y conmigo no y me sentí muy mal"

### **Fase intermedia:**

Alexa, a partir de la sesión 14, va asumiendo su responsabilidad en sí misma como parte de su proceso. Sin embargo, no faltaron las ausencias que después, en el acompañamiento, les dio su propio significado. La paciente en esta ocasión se dio la oportunidad de elaborar mucho más sobre su problemática mediante sus verbalizaciones y la aparición de los sueños. Ante el incremento de las sesiones, a dos por semana, Alexa va a venir siempre acompañada por la madre o por la hermana, las cuales la esperan fuera del consultorio. Durante este tiempo, tratándose de adaptar a la nueva situación, al momento de estar presente ante un servidor, al inicio se mostraba sin palabras que, sintiéndose segura, poco a poco abandona esta postura y siempre, después de un breve silencio inicia sus conversaciones.

Alexa va tomando actitudes propias de una adolescente, ya que siente ambivalencia con el hecho de ser acompañada por su madre o por su hermana a las sesiones: "yo creo que ellas me acompañan porque se interesan por mí, y eso me hace sentir bien; pero también yo creo que lo hacen porque no confían en mí y piensan que yo volvería hacer lo que hice de hacerme daño". Por

otro lado, Alexa desea crecer, asumir todas las características de ser una adolescente en crecimiento y desarrollo emocional y físico. Sin embargo, no quiere perder la seguridad de sentirse acogida por su madre y hermana a la manera que lo era cuando niña: "...a veces deseo que las cosas sean como antes, como cuando yo era niña..."

En los inicios de la psicoterapia Alexa, no ha establecido la desidentificación con su madre, que ya poco a poco llegará, a la cual la vive como confidente hasta cierto punto. Ayudado por mi supervisor, se orienta a la paciente mostrándole algunas etapas del ser adolescente. Sin embargo, Alexa está viviendo una rebeldía para sí misma y no hacia fuera, no hacia los límites que le imponen. Es probable que ella sienta que todo esto es malo sentirlo y no queda más que hacerse daño, no aceptando su proceso emergente. En este sentido, en una de las sesiones como parte de su proceso narra un sueño: "soñé con un hombre lobo que perseguía a la gente en medio dos edificios en construcción; pero también me estaba persiguiendo a mí misma. Esos edificios eran como raros porque lo que los sostenía son como especie de palos, esos palos que están en la construcción sosteniendo los pisos cuando los construyen. Después corriendo, me salté al otro edificio y me escondí entre la gente, pero el lobo medio alcance y me encontró, me gruñó, pero no me hizo nada y se fue. Luego, sin saber cómo me encontraba en otra escena con Gaspar, su familia y otras personas más (Gaspar es otro adolescente de la misma escuela que Alexa por el cual se siente atraída); no le hablé, pero antes de irnos, nos dimos un abrazo muy fuerte y largo sin decirse nada, y luego él se fue en un bus" Al respecto Alexa no otorga ningún significado al sueño; no obstante, su desarrollo, quizás lo esté viviendo de manera persecutoria, quizás el aspecto sexual es tan fuerte que piensa que la va a devorar, la va a consumir, que la alcanza, y una vez cara a cara, no sabe qué hacer. Por otro lado, es probable que la culpa experimentada por la paciente, se muestra mucho más persecutoria toda vez que seguido el relato del sueño, Alexa comenta lo que parece una evocación del mismo: "yo creo que dejé a mis hermanas sin padre, ya que cuando él se dio cuenta que mi mamá estaba embarazada de mí, la dejó, la dejó por mi culpa" Alexa va revelando paso a paso las dificultades que le hacen sufrir. No obstante en este nivel donde nos encontramos, no las acepta, no las hace consciente aún, sino que inconscientemente hace resistencias; las mismas se dejan ver en las 5 ausencias seguidas posteriores; y puesto que vive siendo adolescente y tratando de establecer la alianza terapéutica donde la paciente quiere saber si puede contar conmigo, en la premura del tiempo, saliéndose del encuadre, comprensiblemente, se presenta un día de la cita, pero en la mañana y no en la tarde. Después de escucharle uno minutos, se le invita a venir en la tarde, a la hora convenida.

En tarde de ese mismo día, abre una realidad nueva: el abuso sufrido en manos del esposo de la tía a los 10 años. No obstante, esta nuevo diálogo para ella no era del todo fácil, ya que en las sesiones que le seguían, e incluso en esa misma oportunidad, no ahondaba, sino que refería muchas cosas alejadas del tema. Alexa prefería tocar temas menos invasivos, menos conflictivos para ella: las calificaciones escolares, los trabajos y asignaciones escolares, etc. Tal parecía que Alexa no quería dar espacio para encontrarse con la realidad del abuso que recién emergía conscientemente.

En supervisiones, se me había comunicado que era importante crear el espacio para que la adolescente sienta que se le escucha con una actitud de neutralidad, apertura y acompañando su discurso, sin perder la oportunidad de irle mostrando lo que acontece: validándole y reconociéndole su esfuerzo de comentar todo lo que quisiera, se le mostró que probablemente estos temas estaban llenos de superficialidad debido al relato de la última cita. En ese mismo momento, después de un silencio, se conecta con un sueño: “me encontraba como en un embalse y estaba represado, con el agua hasta el cuello junto con otras personas, solo que por compartimientos, y el agua se agitaba sola, y casi me tapaba, y de repente volvía a la normalidad; además, había debajo de mí en el agua un bicho o algo que me tocaba el pie. Luego aparecí en casa, y las nubes empezaron a ennegrecerse como de aguacero y tuve mucho miedo; hicieron oración otra gente y todo pasó.” No teniendo ninguna interpretación por parte de ella, se le devuelve comentándole que se asusta cuando todo se agita en su mente a tal punto que siente le desborda y le ahoga. Estábamos al final del año lectivo, por eso vinieron las vacaciones de ambos. Después de dos meses, se retomaron las sesiones.

Posterior a las vacaciones, habiendo retomado el proceso, las sesiones se hicieron más seguidas, no hubo muchas ausencias, por un lado, además Alexa conversaba con mayor soltura. Seguramente se sentía con mayor confianza y transferencialmente, me observaba como su padre, ya que mostraba sus calificaciones, matrícula, acontecimientos de vacaciones etc. Por otro lado, su discurso fue más fluido quizás como aquella hija menor contándole todo a su padre, incluso estableciendo alianza con la figura paterna en relación a su madre, queriendo ser representada ante su madre para comunicarle algunas cosas que ella misma no se atrevía. Alexa comenta un abuso cometido por el entrenador del gimnasio donde hacía ejercicio que no se atrevía a decirle nada a la madre, ya que sentía pena y además porque la madre no hacía mucho por ella. Con todo, Alexa se da cuenta que no ha podido contar con su madre, es decir, al parecer ella no le defiende como ella quiere ser defendida y reconocida: “...recuerda lo que pasó con el profesor de folklore? ...mi mamá no hizo nada” Es probable que el rol de la madre se difumina, y por otro lado, el rol de las hijas no está muy claro. Alexa

comenta que su madre tiene comportamientos promiscuos: “ya le hemos dicho. Anda con el tipo de Internet, con el señor aquel, y con el mismo profesor de folklore...ya le hemos dicho eso a mi mamá en otras veces cuando ella salía con varios hombres a la vez, casi uno por noche”. No solo la madre no le cuida, sino que ella misma ventila su vida de pareja ante sus hijas, roles intercambiados.

Por otro lado, las conversaciones en sesión tenían un alto componente sexual, que incluso inconscientemente me sentía rebasado, que caía en un sueño a manera de desconectarme de tal invasión. Alexa era una adolescente que su sexualidad hablaba de manera actuada, es decir, activamente mantenía relaciones sexuales constantes; incluso su vestimenta, a este nivel de las sesiones (20 en adelante, aproximadamente) ya era de mostrar; conversaba de sus experiencias sexuales orales. Todo esto sucedía en presencia-ausencia de su madre, ya que estando, no se daba cuenta de lo que sucedía.

Por otro lado, aunque los intentos ya eran muy pocos o ya no se daban en estas sesiones, la ideación suicida permanecía: “no sé cuándo esto termine, para qué estar así...recordé que no quería estar hospitalizada y además porque quería venir aquí a conversar...” Con esto, era de suponer que ya había un espacio psíquico en su mente del proceso psicoterapéutico, que incluso antes y después de las sesiones, seguía procesando lo conversado en sesiones: “yo sé que tengo muchas cosas que decir, pero cuando vengo, no las digo, y cuando me voy me siento mal porque no las dije...qué es lo que tengo doctor, tengo algún trastorno, qué me sucede...” Antes esta experiencia que Alexa percibía y vivía como que se le sale de las manos, le devolví diciéndole que “estás viviendo la adolescencia con un alto componente sexual, que desde muy temprano te violentaron sexualmente, y te relacionas con hombres de manera sexual, ya que no has sido cuidada ni protegida, sin límites, sin nada; tratamos de ir aprendiendo tener relaciones adecuadas con límites y responsabilidades.”

En la supervisión correspondiente con el Dr. Pinzón clarifiqué muchas cosas que me estaban costando entenderlas. El Dr. Enfatiza que hubo muchos incestos en la familia de Alexa, muchos modelos de relaciones sexuales donde la madre tiene fama de fácil y las hijas están abandonadas. Hay una carencia de papá en esta familia, en donde todas buscan un papá, buscan una figura paterna. Expresamente en algún momento del proceso, debía devolverle expresamente que lo que está haciendo siente que le da afecto porque está buscando un papá. Para tenerlo cerca, pero que al hacerlo de la manera que lo hace, la deprime, se siente sucia y perra, como en algún momento ella misma se dice, y comentarle que por eso ha querido matarse y se sigue ensuciando.



Por otro lado, el Dr. Comenta que probablemente Alexa está siendo agresiva conmigo que me inunda con esa experiencia de abuso constante que ha sufrido y el cual de alguna manera lo repite, siendo esta vez victimaria con su primo de 14 años y hacia mí, comentándome todo esto de la forma que lo hace.

Alexa mostraba resistencias ya que comentaba que no quería venir a las sesiones porque tenía muchas tareas de la escuela. Por otro lado, el proceso con la paciente se venía dando de muchas maneras ya que en contacto de ella misma con su hermana con la cual se identifica proyectivamente, comenta que está decepcionada de ella, ya que, siendo adulta se ha dado cuenta que mantiene relaciones sexuales con su pareja. Mi devolución al respecto al darse este comentario, giró en la línea de la última supervisión. Esto provocó en ella un movimiento en el cual mencionó que ninguna de ellas había tenido papá, ni su madre, ni sus hermanas, ni ella misma. La experiencia vivida en estas sesiones fue de mucha conmoción por parte de la adolescente que lloró mucho y continuando con esa conexión, comentó: “vi un perfil de mi papá que dice “la familia perfecta”, y seguidamente comenta “la familia por parte de papá, no sabe el daño que nos ha hecho. Además de tener un gran componente agresivo en esta frase se le devuelve diciéndole que ciertamente le ha hecho daño, pero que ella misma se hace daño también. Es importante, según lo comentado posteriormente por el supervisor, que cada vez que aparecía una resistencia, había que interpretársela.

Ante todo lo que la paciente estaba viviendo, era muy probable que ella quería uir por la mirada que podría tener de mi persona. Probablemente estaba reviviendo transferencialmente los conflictos infantiles con la figura paterna que por ausencia vivió. Además, podría estar en proceso la construcción de un nuevo tipo de relación con la figura masculina. Los nuevos vínculos con mi persona, no precisaban de abuso, poder, ni necesidad de subyugar, ni oprimir, ni sacar provecho como se lo establecieron a partir de los abusos sexuales vividos, sino muy por el contrario una relación de solo estar, acompañar, comprender, sostener. Toda esta realidad transferencial, ya se estaba dando y había que comunicarla mesuradamente. En este sentido, ella podía experimentar seguridad en la relación terapéutica a tal grado que le servía como punto de referencia en relación con la madre, con la cual ambiguamente, como era de esperarse por el propio proceso adolescente, se relacionaba: “no te voy a decir nada, el doctor lo sabe, pregúntale a él”. Es precisamente en este conflicto con la madre y con los “ataques de su cuerpo a su psique” Adriana se autolesiona cortándose una vez más y es llevada al hospital, donde permanece una semana, y al salir es medicada, ausentándose tres sesiones seguidas.

Junto con estas resistencias, y con lo que la paciente actuaba, se daban las interpretaciones a las cuales respondía en el transcurso del proceso, estableciendo vínculos más cercanos con la madre y de esta manera el gesto y la intensión suicida iba alejándose más. Por otro lado la vivencia se hacía intensa de relacionarse con los hombres de la manera que lo hacía: “necesito un hombre, necesito tener relaciones sexuales...cuando converso con un hombre, pienso en sexo en cada momento”. Acompañado por las ideas y análisis de mi supervisor, se le devuelve interpretándole de la siguiente manera: “necesitas un hombre, necesitas tener un hombre y yo lo soy, y nos relacionamos con respeto hacia tu persona. Pero parece que este tipo de relación no es la que andas buscando, no quieres una relación cordial de respeto, interpersonal, sino genital, del hombre en tu boca, y también por eso es que de vez en cuando te aburres y no quieres venir...y sigues necesitando un hombre a tu lado, ya que nunca has tenido uno, uno de la manera que vemos aquí”

Ya Alexa era capaz de tener una mirada más benevolente sobre sí misma; miraba retrospectivamente cómo había evolucionado desde los inicios del proceso hasta la sesión 44. Las conversaciones sobre el papá y sus responsabilidades no cumplidas fueron en incremento, conforme iban apareciendo mucho más claro las transferencias, a las que contratransferencialmente respondía. Así mismo, lo que sucedía en sesión, probablemente sucedí en el día a día: la comunicación con su madre era mucho más cercana para buscar su apoyo. El vínculo entre madre e hija se hacía mucho más claro, ya se estaba trabajando. No obstante, mientras más cercanas, los límites y roles quedaban difusos. Después de una preocupación de la madre expresada en una sesión que, por ausencia de Alexa ella asumió, comentaba un comportamiento particular en su vida de adulta, en donde habiendo salido una noche con su pareja y regresando muy de madrugada, a la hora en que la paciente se arreglaba para la escuela, se encontró con los reproches de Alexa donde la increpó y luego la ignoró; se le devolvió sin interpretarle: “Soy el terapeuta de su hija; sería bueno que Ud. se acerque a recibir atención psicológica para tener claro ciertos temas como límites, normas, roles etc., que le ayude en la guía de Alexa”. Al respecto, el trabajo psicoterapéutico probablemente estaba movilizandole la endeble estructura familiar en donde la propia madre sentía que podía decir querrela de la hija, o ver un punto de encuentro, o incluso molestarse por las modificaciones que veía en su hija. La figura del psicoterapeuta, estaba revestida de mucho significado, no solo para Alexa, sino para su familia. Por otro lado, Alexa se sentía muy conectada y afectada por el estilo de vida de la madre y de la hermana en cuanto a la actividad sexual de éstas, y se le mencionó directamente: “dejemos que ellas se preocupen de su sexualidad adulta, tú preocúpate de tus cosas y de tu de sexualidad que debes valorar, cuidar más, dominarte, atenderte”.

Alexa iba evolucionando y avanzando en su tratamiento. No obstante, de manera esporádica aparecía intentos suicidas claros y simbólicos. En cuanto a los primeros, después de una discusión con su novio, se tomó más de los medicamentos indicados, fue llevada al hospital. En supervisión, revisamos la fantasía de matar a su padre cada vez que realiza estos intentos, ya que no logra entender porqué él la rechazó, y se ataca a sí misma, siendo agresiva.

Al parecer, esta confrontación a partir de la sesión 50, hizo que Alexa analizara mucho más su propio proceder, su propia sexualidad, y así fue emergiendo los temas, recurrentes, sobre sus novios. Es notorio, y de esperar, el desconocimiento del tema, ya que no ha tenido guías adecuadas en este aspecto. En este sentido se le orienta casi pedagógicamente sobre el enamoramiento y del cómo relacionarse en este tiempo. Así, conectada con la situación, y también a modo de resistencia en este preciso tema comenta: “hay muchos temas pendientes que no hemos tratado y gastamos mucho tiempo en temas de novios”. A partir de esta sesión se le sugiere incrementar las sesiones a tres por semana, que inmediatamente fueron aceptadas.

El aspecto sexual de Alexa la alcanzado en la adolescencia: “se acuerda de aquella ocasión en la que le dije que cuando tenía 5 años me frotaba un peluche por allá bajo, por mis partes, que luego le cogí miedo... luego a los 9 años el esposo de mi tía me tocó, y luego a los 11 años me tocó el otro esposo de mi otra tía...” Su sexualidad se reedita, y se vuelve persecutoria además de haber sido incestuosamente estimulada. La paciente considera que, desde que recuerda siempre ha estado así, siempre ha estado con mucho ímpetu sexual “cuando llego a casa después de la escuela, me desvisto, me baño y así mismo me pongo a ver cosas de esas en la computadora, hablo con mi novio, pero no esas cosas, sino con otro amigo, que nos vemos desnudos por la webcam”. Después de la sesión en donde refería el tema del noviazgo, Alexa estuvo a punto de realizar otro intento cortándose. No obstante comenta que no lo hizo, pero sí pidió ser llevada al hospital donde permaneció una semana: “cuando estuve en el decámeron, como lo llaman las otras pacientes, me sentí muy bien, dormía mucho, desconectada de todo, no quería saber de nada...” Así mismo, Alexa, porque faltó a las sesiones, intenta cortar el proceso, quiere desconectarse del proceso ya que le causa dolor e incomodidad, quiere cortar la continuidad, y por tanto se ausenta de las sesiones por momentos. En una ocasión comentando las veces que se ha cortado, hace silencio e inmediatamente comenta: “...mmm ya sé porqué me corto, porque quiero castigar a mi mamá y a mi hermana porque hay veces que estoy muy brava con ellas...” Alexa se niega la posibilidad de integrar todos los aspectos de su persona, lo interpersonal y lo sexual, ya que la única manera que ha descubierto

algún tipo de relación o de acercamiento con algún hombre, es en tanto y en cuanto se siente subyugada, castigada, utilizada, pero con la diferencia que aquella niña indefensa ya ha crecido, ya no es la niña vulnerable que abusan, sino la adolescente que se vulnerabiliza cada vez que decide este tipo de acercamiento, en donde su propia historia la sigue, con el énfasis esta vez, del despertar de la adolescencia. Y como me refería anteriormente, no solo realiza intentos claros y concretos, sino también simbólicos: ya que baja las notas, se ausenta de la escuela y se ausenta de las sesiones.

No obstante, ha habido progresos en el tratamiento, a pesar de las ausencias, los intentos y del comportamiento sexual irresponsable de Alexa. Desde la sesión quinta aproximadamente, era acompañada por su madre y/o su hermana. No obstante, después de un año aproximadamente, se hace acompañar del novio, quien la espera en sala; de esta forma, siente cierta confianza de la madre.

Alexa transfiere la necesidad de ser reconocida como hija constantemente por la figura paterna que visualiza en mí. Por eso, con mayor naturalidad y casi al finalizar los trimestres o fechas importantes en la escuela donde revisan calificaciones, trae el boletín y/o los exámenes para mostrarlos en sesión. Por otro lado, debido al recorrido, Alexa estaba aún más consciente de su realidad en cuanto a la ausencia del padre “quiero que escuche esta canción de un Rap”, la misma hacía referencia a un reclamo que un hijo le hacía al padre. En este sentido, este elemento traído a sesión, según palabras del supervisor, son “parte de su self”; Alexa habla constantemente de las vivencias en las cuales se ha sentido sola, Por otro lado comenta que sí reconoce que le ha hecho falta. Así, de alguna manera se siente parentalizada: le preocupa la actitud y la conducta de las hermanas en sus relaciones y les juzga, queriendo tengan otra forma de vivirlo “no me gusta que ella le sea infiel a su novio; cómo es posible que teniendo su novio, siga saliendo con su marinovio”. Alexa manifiesta los comportamientos de su madre y su hermana atribuyéndole conductas que en otras sesiones ella misma se reprocha de su propio proceder. En este sentido, la idea actuar las manifestaciones sexuales en mantener sexo con su novio, refiere un sueño en que ella conduce un camión que recién ella, su madre y sus hermanas había ayudado a que saliera de arena. Así, se deja ver toda la necesidad que tiene ella de conducir, manejar con mayor control su vida, en el que ella misma controla su destino. Y específicamente, alrededor de la sesión 69, sentía ella que iba lográndolo. No obstante, se dieron otras ausencias que fueron interpretadas al momento de volver, como ocasiones en las que no toma en serio el tratamiento, como resistencia al tratamiento y decide mejor cortarse. Así, Adriana hizo una gran ausencia que

incluía las vacaciones escolares, es decir desde noviembre, mis vacaciones y finales de febrero.

Por otro lado, Alexa ha ido avanzando en las sesiones que siguen ya que va mostrando ser un poco más organizada y no falta a las terapias. Es importante señalar que la paciente al entrar en consulta, por lo general en estas sesiones empieza narrando cómo le va en el colegio: “tengo mucho trabajo en el colegio, mire que en Redes he tenido muchos trabajos escritos y los he realizado, pero en matemáticas me ha costado hacer las tareas pero me ha ayudado Kevin; uno tras otro lo he hecho...” Alexa está tratando de ser un poco más organizada y ha ordenado sus calificaciones en el colegio. En este sentido, cuando se daban estas interacciones, Alexa me hacía sentir como parte de su familia, contratransferencialmente, estuve respondiendo mirando las notas y animándole a continuar con sus progresos. Alexa está siendo más planificada conforme hace consciente los conflictos con el padre y la situación familiar que vive. No obstante, hace resistencia en algunos momentos de tomar los medicamentos recetados por el médico. Al final de esta fase, Alexa ha estado mucho más en contacto consigo misma, con las actividades escolares, y con su círculo familiar cercano. Sin embargo, aunque no realiza ningún gesto ni intención suicida, se hace consciente del proceso, es decir, se da cuenta que cuando está sola, y desocupada, siente que no puede contralar su pensamiento y deseo sexual. Adriana mantiene contacto sexual con su novio, tiende a mirar pornografía y a masturbarse. En conversación con el supervisor, es importante mostrarle no solo los riesgos de las relaciones sexuales sin mayor responsabilidades, sino también que con lo que realiza, una vez más se hace daño, no queriendo pensar, y con la idea de no sufrir igual sufre ya que su conciencia le persigue, como ella misma dice: “cuando esto pasa, mi consciencia no me deja tranquila”.

## **Fase Final**

A partir de la sesión 90 iniciamos el cierre del proceso psicoterapéutico. Es importante resaltar que no tuvimos 100 sesiones, sino 108, ya que a este servidor y al supervisor nos pareció lo más adecuado debido a la dinámica que se estaba dando. En esta fase inicia con dos ausencias, que se pueden definir en términos de cierre, es decir, con el afán de no cerrar, la adolescente extiende fantasiosamente, su permanencia en el tratamiento. Alexa ya me ha introyectado en ella (pensamiento del supervisor), está bien ligada a mi persona, sabe quién soy y qué represento; esto es un saber por comunión e introyección. Al parecer Alexa quiere quedarse conmigo: “cuando vengo, no quiero irme...” es parte de no querer venir y no querer irse. Por otro lado, es el tiempo de los resúmenes, es decir, Alexa va a ir resumiendo su proceso de manera positiva a

lo largo de las sesiones, pero además quiere que yo también le vaya diciendo cómo la veo y qué pienso de ella. En este sentido, Alexa necesita escuchar para asegurar su bienestar. En un principio, la sesiones en esta etapa iba a espaciarse un poco, es decir, ya no sería tres sesiones por semana. No obstante, no se pudo cumplir del todo por las ausencias que provenían de ella misma y por las ausencias producidas por días libres en el centro de salud.

Alexa ha ido movilizándose a lo largo del proceso en un vaivén entre posturas que hacen referencia a la infancia, y otras posturas que hacen referencia a la vida adulta. Es probable que llegando al final del proceso, psíquicamente se cumpla un cierre en el cual manifiesta cierto miedo por no tener del todo seguro lo que pasará más adelante. Sin embargo, igualmente puede sentir un momento de tranquilidad sabiendo que todo lo que se agitaba en ella, ahora puede estar más reconciliado. Alexa puede sentir cierta “reconciliación” con aquella infancia que le perseguía teniendo como escenario su sexualidad y su búsqueda constante de figura paterna, buscando asidero, y luego integrándola en su adolescencia para beneficiarse de manera integral. A la sazón expongo un sueño de Alexa en esta fase: “yo estaba en una iglesia donde iba a empezar una misa, y salió el diácono que dio aviso que iniciaría la misa. Al salir el Padre, vi que era una niña como de 13-14 años y que incluso le ayudaba otra niña; el padre, pidiendo colaboración, yo me acerco y le ayudo también, ya que nadie lo hacía. Luego la misa terminó y la que era una niña, yo vi que era un niño, y me acerqué para pedirle un abrazo, me arrodillé y el padre sentado me abrazó; allí mismo vi un señor que veía todo sonreído.” Es interesante cómo en ese sueño se cumple la idea del final del proceso porque cabe resaltar que unos instantes antes de narrar el sueño, hace referencia al juicio final, el final de los tiempos. Así mismo, el tema del padre en la figura de los santos que igualmente conversa, es probable haga referencia directa al Padre, a su Padre. Así, Alexa comenta que estuvo soñando con su padre que lo agarraba y luego de hablarle de cómo se sentía, le golpeaba. Es importante cómo Alexa va realizando resueltamente en el sueño su deseo de hacerse justicia, y de conversar con su padre. Además quiere dejar las cosas claras, que nada se le escape, que todo quede en orden: “no sabía qué era eso de fornicar y mi hermana me explicó y quiero confesarme para estar tranquila; le dije a Kevin que me ayudara porque no sé si podré...”

Por otro lado, finalizando el tratamiento, pude captar todos los aportes realizados por la paciente, es decir, al redactar las sesiones, podía recordar, casi al detalle lo conversado en las sesiones. En este sentido, sintiéndome más seguro, podía escuchar y retener más y a la vez brindar y transmitir ese mismo soporte a Alexa: ella me transmitía, y a la vez, yo le transmitía. Una y otra vez, Adriana guarda preocupación por el comportamiento de la

madre y su sexualidad, siente que debe ayudarla pero no lo tiene muy claro; incluso es probable, mediante el acompañamiento en la psicoterapia, siente que no es su papel, aunque no está del todo convencida y puede experimentar algo de culpa: "...a veces siento la necesidad de abrazarla cuando la veo triste, así como cuando ella me abrazaba, pero siento rechazo y no quiero hacerlo..." Al respecto, una y otra vez tratar de ubicarla en su contexto y en cuidar su propia conducta, es decir, centrarla una vez más, en lo que queda bajo su responsabilidad.

Hacia la sesión 100, ya por cerrar las sesiones, psíquicamente Alexa trata de mantener el vínculo por un tiempo más trayendo a escena mediante sueños, la presencia de otros familiares y su conducta sexual, en la cual se siente comprometida y afectada. Por otro lado, también trata de responsabilizarse por sí misma, en su nueva etapa: "me he matriculado en la universidad". Alexa va tomando las responsabilidades de su etapa de vida una vez cumplidos los 18 años en medio de las dificultades de su familia (madre, hermanas) y su propia experiencia de vida. Incluso las resoluciones de su mente le dan cierta seguridad y a la vez expectativa por saber que el tratamiento ha llegado a su fin. Precisamente comenta en un sueño: "...tenía un buche de agua entre la boca y la garganta que no me quería tragar porque yo mismo decía que si lo hacía, me iba a morir, y yo no me quiero morir, no quiero morirme...a la vez sabía cuando estaba con mi mamá en la fila, que algo pasaría, aunque no tenía claro qué..." Así mismo, tratando de mantener el vínculo terapéutico, no conversa sobre el cierre, sino una y otra vez, después de tres ausencias (y posteriormente dos meses de ausencias seguidas), dos sesiones antes del cierre, trae el tema del novio, de la madre, de la hermana, etc., que en gran parte de las 108 sesiones, se trataron ampliamente. Finalmente, en el propio cierre se le devuelve el trabajo realizado por ella misma y el acompañamiento realizado, además, con las intervenciones o sugerencias del supervisor en donde mencionaba que la relación Paterna se ha rectificado en mi persona, ya teníamos a una adolescente más estructurada, más emocionalmente estable.

**CAPITULO SEXTO**  
**ANALISIS DE LA INFORMACIÓN**



## Análisis de la Información

1. Los pacientes tratados mostraban características similares entre sí, y con la etapa adolescente. Es importante durante su desarrollo, y en especial en este paso, lograr un equilibrio que le ayude en su capacidad de equilibrio a pesar de vivir los cambios. Laufer (1995) nos habla de este preciso tránsito del adolescente a la vida adulta, teniendo en cuenta principalmente los aspectos que siguen:

*“1. La relación con sus padre. Es decir, la habilidad durante el período de la adolescencia, para efectuar el cambio desde haber sido dependiente de los padres hasta hacerse más independiente emocionalmente.*

*2. Su relación con sus compañeros. Esto es la capacidad del adolescente de encontrar y escoger como amigos otros adolescentes cuyas demandas y expectativas sobre ellos mismos sean tales que promuevan su deseo y esfuerzo de convertirse en adulto.*

*3. La visión que el adolescente tiene de sí mismo como una persona físicamente madura. Esto incluye la relación del adolescente con su self como persona masculina o femenina, así como la capacidad para comenzar el cambio de una imagen del self desde la del niño que estaba al cuidado de sus padres a la de alguien que comienza a sentir que es propietario de su propio cuerpo” (Páginas 18-19)*

Alexa, en especial en este último punto, hacía referencia a no querer crecer, para no perder la seguridad encontrada cuando era una niña al cuidado de su madre, y de las hermanas por ser la menor de todas.

Por otro lado, la relación con el self de cada uno, su manera de expresarse consigo mismo mostraba su descontento. En este sentido, en no pocas ocasiones, Adrián se lanzaba epítetos denigrantes, insultos, ataques verbales con los cuales hace ver lo penoso de su condición. S. Freud. (1917), refiriéndose al paciente melancólico menciona:

*“En la melancolía es el yo lo que ofrece estos rasgos a la consideración del paciente. Este nos describe su yo como indigno de toda estimación, incapaz de rendimiento valioso alguno y moralmente condenable. Se dirige amargos reproches, se insulta y espera la repulsa y el castigo. Se humilla ante todos los demás y compadece a los suyos por hallarse ligados a una persona tan despreciable.” (P.4)*

Es importante, como manifiesta M. Laufer (1995) que el adolescente mantenga una relación adecuada consigo mismo, con su self. Para nuestro autor, el adolescente vive tres aspectos que no puede esquivar: Relación con los padres, relación con los pares, y la relación consigo mismo. Al inicio del tratamiento, ambos pacientes mantenían una relación consigo mismos muy conflictiva, a tal punto que su propio cuerpo era objeto de sus ataques. Esta aceptación de su self femenino o masculino, debe darse desde lo corporal, hasta llegar a lo emocional.

2. En ambos casos, cuando se daba el tratamiento, pudimos constatar que los pacientes ya habían realizado intentos suicidas. Incluso Alexa, a lo largo de la psicoterapia, realizó otros ataques contra sí misma, en ocasiones en que, además de sola, se habían dado movimientos en los que ella se sentía mal, y que además ya los había pensado. Al respecto, las ideas y pensamientos suicidas se hacen presente antes de realizar algún intento. M. Englé Laufer menciona:

*“Estos hallazgos prueban nuestra suposición inicial de que un intento de suicidio no es el resultado de un impulso repentino impredecible, sino que es el eslabón final de una larga cadena de acontecimientos psicológicos internos” (P.114)*

No obstante, no sólo es referible a los acontecimientos estresantes presentes que vive Alexa, sino también que, debido a lo vivido en su niñez, relacionado con el padre que abandona y una madre que no satisface sus cuidados, no posee herramientas que le ayuden a afrontar lo que vive en su adolescencia. Directamente, esto lo explica M. Englé Laufer:

*“...Muestran la vulnerabilidad existente en esos adolescentes como resultado de sus fracasos más tempranos en el desarrollo a lo largo de la infancia y la niñez, que les dejaron expuestos e incapaces de manejarse con las demandas normales impuestas por su desarrollo puberal” (P.114)*

Los intentos registrados a lo largo del tratamiento de Alexa, muestran los conflictos existentes con ambos padres por ausencia (en cuanto al padre) o por presencia, (en cuanto a la madre) y con mi persona que podía tener elementos propios y de ambos padres. En este sentido, Englé Laufer (1995), hace mención de fantasías asociadas a la intensión suicida, una de ellas la explica, que el punto de encuentro con esta idea pasada:

*“Las fantasías que motiva el intento suele estar relacionada con sentimientos de agresión hacia los padres, o amigos, o el terapeuta, y es importante reconocer la culpa, así como la vergüenza experimentada por el adolescente como resultado de su acción.” (P.116)*

3. Adrián, durante las sesiones, especialmente en sus inicios, pudimos percibir, en su vestimenta, en cómo afrontaba su día a día, en los estudios, en la relación con su novia, y en la forma en la que él mismo se percibía, cómo mostraba su sufrimiento de una mente perturbada. Al respecto Moses Laufer en Entendiendo el Suicidio: ¿tiene un significado especial en la adolescencia? (1995):

*“El adolescente suicida debe ser considerado como sufriendo intensamente, e incapaz de buscar o encontrar formas que aparten los sentimientos de tormento. Estos adolescentes no tienen formas de reestablecer su autorespeto o de anular el daño que ellos creen que sus pensamientos y sus sentimientos*

*hacen a ellos mismos y a otros. Algunos nunca son libres de pensamientos y sentimientos que los convencen de su anormalidad. Otros se sienten convencidos de que la gente los odia y entonces tratarán de destruir o dañar a aquellos que se experimentan como siendo responsables por su persecución” (P.153)*

4. Por otro lado, en el espacio brindado para Adrián, se pudo observar las dificultades que mantenía al inicio del tratamiento para elegir o continuar sus estudios. Adrián en sus inicios, ya había abandonado en diversas ocasiones algunos estudios ya iniciados. Al momento de la psicoterapia, Adrián ya se encontraba en su cuarto intento de consolidar unos estudios universitarios en el área de ingeniería. No obstante, no le resultaba esperanzador sus progresos en el mismo. Al respecto M. Laufer (1995) utiliza ciertas guías para determinar el comportamiento del adolescente como normal o no. Después de exponer algunos puntos, detalla:

*“La adolescencia es, normalmente, un período que debería conllevar una cierta excitación, así como cierta preocupación cara el futuro. Pero hay algunos adolescentes que no se preocupan, o que ven el futuro como algo horrible. Esto debe considerarse bien como señal de una grave depresión subyacente o como un reflejo del miedo del adolescente a fracasar como adulto (tanto social como sexualmente)” (P.34)*

Además, Adrián podría estar manifestando un fracaso inconsciente anunciado, buscado y esperado., como lo manifiesta M. Englé Laufer(1995):

*“Encontramos que para que se dé un intento de suicidio, tiene que estar presente otros acontecimientos externos en la vida de estos adolescentes. Aunque estos acontecimientos diferían para cada uno de ellos, el factor común era que tenían un significado inconsciente para el adolescente...era generar un hecho real en sus vidas para explicar por qué se sentían tan desesperados.” (P.119)*

5. En una de las sesiones de supervisión realizadas, se trató el tema de la relación de Adrián con su novia al momento de iniciar su tratamiento, y se analizaba el vínculo que el paciente estaba manejando, en dos sentidos: por un lado, la necesidad del paciente de establecer vínculos de amistad con sus pares, y por otro, el vínculo establecido con su novia el cual ejercía el rol de cuidador. Adrián, en la persona de su novia, quería ser sanado, cuidado, así como él se preocupaba por su bienestar en cada momento. Laufer (1995), explica:

*“Algunos adolescentes son incapaces de arriesgarse a este tipo de intimidad entre pares. En cambio, escogen a personas mucho más jóvenes o débiles que necesitan ser cuidados. Aún peor, puede ocurrir que no se arriesguen a tener ningún amigo” (P.31)*

Adrián además, sentía la necesidad de establecer cercanía y amistad con sus pares, pero les resultaba difícil ya que él mismo se juzgaba como limitado, y lejos de establecer vínculos adecuados, se alejaba y se aislaba. Laufer (1995) al atender a uno de sus pacientes comenta que:

*“Un chico adolescente que yo conocí, siempre escogía chicos más pequeños que le querían y admiraban. Se imaginaba que él era su héroe, y frecuentemente sentía que se encontraban a su cargo. Pero al mismo tiempo era incapaz de salir con chicas, secretamente odiaba a los otros chicos de la escuela por ser mucho más capaces y cuando estaba solo se sentía triste y desamparado.” (P.31)*

Finalmente, a lo largo del tratamiento en ambos casos, los pacientes no tenían muy claras las intenciones de morirse, es decir, lo que cada cual manifestaba era dejar de sufrir, apartarse del dolor que le causaban sus conflictos. Así, M. Englé expone:

*“Una fantasía muy importante asociada con el intento de suicidio era la obtención de un estado de “tranquila inexistencia”. Lo describo como una fantasía porque niega la realidad de la muerte y, sin embargo, era un factor crucial en los intentos de suicidio hecho por estos adolescentes. Vemos esto como evidencia de que el adolescente, inconscientemente, experimenta a su propio cuerpo como la fuente de sus insostenibles sentimientos y tensiones, porque son sus propios cuerpos lo que estos adolescentes sienten que deben destruir para poder alcanzar su estado de “tranquila inexistencia” (P. 128)*

## **Respuestas a las preguntas de Investigación**

1. ¿Cómo afecta en el adolescente la separación emocional de sus padres y la adquisición de otros objetos de amor?

Como se ha visto a lo largo de la investigación, y en especial, en la exposición de cada caso, el proceso adolescente varía de persona a persona, de cada caso a cada caso, y en esa variedad de situaciones, se pueden enfrentar ciertos conflictos. No obstante, no es de suyo pensar que el desarrollo adolescente es una etapa de por sí enferma y traumática. El adolescente, no empieza a serlo, en la exclusividad de la edad sin tener en cuenta otros momentos de su vida, sino que abarca toda una historia (Knobel 2009), todo un camino que inicia desde muy temprana edad, recorre las etapas de su vida, y llega, de manera impetuosa e imperante, en la adolescencia (A.Freud 1985). Podemos entonces afirmar que la infancia, y todo lo que allí acontece, tiene un eco especial y con distinto significado en la adolescencia. En palabras de M. Laufer (1995), “en la adolescencia, la infancia nos alcanza”. Sin embargo, entra en escenario consciente el aspecto sexual que irrumpe a partir de la pubertad, es decir, el adolescente “se da cuenta” del cuerpo sexuado que posee; un cuerpo sexuado distinto al niño de antes.

Así, una de las tareas que debe hacer el adolescente habiéndose identificado, desidentificarse (de sus padres), para luego identificarse (con adultos distintos a sus padres, con sus iguales, y en esos extremos, identificarse consigo mismo). En ese proceso de desidentificaciones e identificaciones, el adolescente debe ir realizando un camino (M. Laufer 1995) de pérdida, duelo, ya que deja de ser niño; ya su relación con los padres no es como antes. Ya, las mismas formas de proceder cuando niño para conseguir “la mirada” de los padres y su aceptación, ya no son. Entonces, debe establecer otro tipo de relación, ya no de un niño con sus padres, sino más bien, de un futuro adulto (en proceso) con otro adulto (sus padres). Este desprendimiento emocional abarca la aceptación, por parte del adolescente, de unos padres no omniscientes, ni omnipresentes, pasar de la dependencia a la independencia emocional. En este sentido, en el desarrollo adolescente el sujeto experimenta, a partir de este vínculo objetal infantil, como lo diría A. Freud (1985), diversas defensas (por desplazamiento, por inversión de los afectos, por retiro de la libido hacia la propia persona y por regresión), que lo mantendrá con más o menos culpa y ansiedad. Por tanto, se aleja de sus padres y se identifica paulatinamente con sus pares. El movimiento que se puede dar en el adolescente a partir de lo anterior, van desde conductas disruptivas, rebeldes, e incluso, sexuales dentro de ciertos parámetros, hasta las más comprometedoras, como los robos, embarazos no deseados, deserciones del colegio, abuso de drogas e incluso, otras conductas autodestructivas incluyendo el suicidio.

En este sentido, en cuanto a Alexa, además de haber experimentado la ausencia de su padre, debía realizar una dinámica distinta. No habiendo figura paterna significativa, importante, acogedora, sino totalmente lo contrario, se identificó con la parte agresiva del padre que se ausenta, del padre que no está, abandonándose constantemente a sí misma, relacionándose consigo misma de forma destructiva, realizando luego una reestructuración, más sana para ella, desde la transferencia, con mi persona no sin antes pasar por resistencias, abandonos y ataques a sí misma, hasta la aceptación de un vínculo más sano con la figura paterna proyectada en mí. Por otro lado, durante el tratamiento, Alexa manifestaba su preocupación por el hecho de crecer, diciendo ella misma “quisiera que las cosas fuesen como antes...como cuando era niña”. En cuanto a la relación con su madre, fue descubriendo algunas carencias experimentadas en su desarrollo infantil a partir de una madre que por ocasiones no supo cuidarla como realmente lo requería; asumió roles, a lo largo de las sesiones, de cuidadora de sus hermanas y de su propia madre, identificándose así con la madre que deseo tener y con la actividad sexual de ésta, en sus propias experiencias sexuales, hasta realizar una relación madre-hija más adecuada.

Por otro lado, Adrián, durante su proceso psicoterapéutico, tuvo identificaciones con la figura paterna y materna en donde, por un lado, no siendo consciente de aquella pasividad de su padre consigo mismo al momento de enfrentar contrariedades en contra de sí, tomando una postura como “dejar que pasen”, de igual forma identificándose con su madre siendo víctima, en la relación destructiva con su novia, para luego tener una relación, un vínculo más cordial aceptando las carencias de sus padres, como las propias.

2. ¿Cómo contribuyen las pulsiones instintivas en el adolescente, en el establecimiento de conductas autolesivas?

Anna Freud(1985), refiere que el adolescente levanta defensas contra las actividades instintivas provenientes de su desarrollo sexual recién descubierto en la pubertad. Ciertamente, el sujeto desde antes daba cuenta de aspectos que hacían referencia a su componente sexual, no es sino hasta la adolescencia que toma consciencia de su sexualidad, reconociendo no solo sus aspectos físicos primarios y secundarios, sino también la pulsión que solo le moviliza a la descarga. El sujeto, ahora adolescente, se da cuenta de su sexualidad activa, es decir, que posee un cuerpo que ha cambiado, un cuerpo que puede poner en práctica y en obra lo que antes probablemente se quedaba en lo inconsciente. Con ese mismo despertar, el adolescente debe buscar su identidad, como principal tarea. En este sentido, habiendo explicado A.Freud (1985) las distintas defensas con las que responde ante las pulsiones instintivas, particularmente, en el caso que nos ocupa, hace referencia a las defensas por inversión de los afectos. El adolescente, debe desvincularse de las figuras significativas de su infancia, tutores, padres, etc., con los cuales ha mantenido un vínculo cercano o importante para su psique; el amor experimentado hacia éstos, se expresará en sus contrarios, es decir, experimentará por aquellos indignación, indiferencia, frialdad. Así pues, los problemas que experimentará el adolescente a lo interno de su hogar serán muy fuertes, debido además, a la libertad que está viviendo. Por tanto puede vivir en extremos: “la oposición compulsiva a los padres, resulta ser tan invalidante como la obediencia compulsiva”. A.Freud (1985, página. 179 ). En este contexto, proyectará hacia sus padres la hostilidad y la agresividad. Todo este movimiento sucede a lo interno del adolescente, con mucha carga de culpabilidad y ansiedad. Cuando el sujeto lo vive para sí mismo, puede lanzarse ataques, acting-out en donde se pueden dar autolesiones presididas quizás por pensamientos-ideas suicidas, como quien quiere acallar un cuerpo que se está manifestando. Por otro lado, estas manifestaciones no solo se realizan de manera directa y concreta en el adolescente (S. Freud 1901), sino también pueden darse en situaciones límites, de riesgo, es decir, una intensión inconsciente de hacerse daño evidenciado en actividades riesgosas.

Nuestros pacientes, en medio de esta situación de vinculación e inversión de los afectos, vivenciaron cada uno sus procesos desde su experiencia de vida en su círculo familiar. Tal es el caso de Alexa, que encontrándose con una madre que vivía una sexualidad activa, con pocas preocupaciones de su entorno y de su rol de madre, Alexa, habiendo llegado a la adolescencia, haciendo su proceso, destrona a su madre de ese “pedestal” de “madre omnipotente, omnisciente” y reprocha en varias ocasiones su falta de cuidado y su estilo de vida. Alexa, muy disgustada e incómoda con su madre, se lanza ataques contra sí misma, probablemente atacando en sí misma a la madre con la cual ya no se identifica conscientemente. Durante el proceso la paciente logra establecer el vínculo con su madre y se hace más estable.

Por otro lado, con Adrián, en un ambiente familiar conflictivo, asediado por las infidelidades de ambos padres, siendo el mayor de tres hermanos, siendo el único varón, necesita encontrar en este ambiente, su identidad. Probablemente el proceso adolescente vivido por Adrián estaba lleno de conflictos: encontrarse con su propia sexualidad, y unos padres en total conflicto y despaldas a sus necesidades y no ser aceptado en su grupo de iguales. En su adultez, Adrián acepta que sus padres no eran muy cercanos a ellos y al principio les rechazaba y criticaba su forma de haber “resuelto” la situación entre ellos. Luego de un tiempo, hace asociaciones más sanas de ambos padres.

### 3. ¿Cuál es la función de las instancias psíquicas en la ideación e intento suicida?

El paciente afectado bajo esta condición, se presenta al común, como aquella persona que ha sido y es capaz de realizar cualquier acto en contra de sí mismo, incluso de manera equivocada, probablemente se los vea como una persona valiente, ya que siguiendo el orden normal, debería utilizar todos los medios psíquicos y psicológicos con los que cuenta, para cuidar de sí mismo. Pero, no resulta de esta manera toda vez se encuentra en una condición de debilitamiento del yo que busca sólo terminar consigo mismo. En efecto, este tipo de pacientes según algunos autores, muestran debilidad Yoica, proveniente de la calidad y cantidad de los ataques del ello (A. Freud 1985). En este sentido, la problemática central la podemos enfocar en el Yo, que aquejado por muchas circunstancias se hace frágil. Al respecto es lo que K. Horney (1950) denominó “alienación del yo” a un proceso distorsionado del desarrollo provenientes de trastornos que tiene de trasfondo otras esferas muy arraigadas al sujeto como la política, la religión y figuras paternas. En este sentido, dentro del mismo desarrollo del niño, producto de la “angustia básica” se realiza una separación entre el yo idealizado y el verdadero yo. Básicamente, este yo idealizado tiene elementos del Superyoicos de

las demandas posiblemente paternas construidas a muy temprana edad. Estas exigencias se vuelven persecutorias al sujeto que lo experimenta de manera límite y urgente. De esta forma, es probable que el sujeto pierda contacto consigo mismo. K. Jung (1959) menciona que el ego ha perdido contacto con el self, es decir, aquello que da sentido, como el gusto de vivir, como aquello por lo que se lucha, se sobrevive, se esfuerza, es el significado de la vida, según el autor.

#### 4. ¿Cómo, la identificación con el objeto perdido se vuelve contra sí mismo en la forma de intensión suicida?

El sujeto, como hemos observado a lo largo de esta investigación, vive una etapa difícil al alcanzar la adolescencia. Difícil porque está llena de experiencias muy tempranas que pueden marcar al nuevo adolescente en su desarrollo. Pero también, se acerca de una manera acelerada a la realidad de un cuerpo totalmente distinto al niño que era antes. Así mismo, sus manifestaciones y las atenciones del medio han variado conforme crece sin poder retrasar, ni entender exactamente y en concreto qué es lo que está sucediendo. Además, en aquellas personas que deben dar respuestas y acompañarlo, ahora están vacías de significado para él, o al menos, mantienen otro significado distinto que cuando eran niños. En medio de esta realidad, el sujeto va perdiendo. Y en estas pérdidas el adolescente hace duelos, de la misma manera considerados como el duelo por la persona amada, o por cualquier otra analogía que lleve consigo la misma carga o la misma fuerza que llamaremos libidinal. Por tanto, el adolescente vive el duelo del cuerpo infantil y el duelo de los padres de la infancia. Al respecto, el adolescente, en su nueva etapa debe mantener una buena relación consigo mismo. Muchos autores, a lo largo de la producción teórica acerca de esta etapa, habla de la Identidad del adolescente como un punto central en la búsqueda de sí mismo, es decir, el sujeto debe identificarse consigo mismo de manera positiva para tener una adecuada salud física y mental. Sin embargo, por circunstancias particulares, no sucede de esta manera en todos los casos. Uno de los rasgos característicos para establecer la adecuada visión de sí mismo, es cómo es su relación con su propio cuerpo. El sujeto que anteriormente se relacionaba con su entorno a partir de su realidad infantil, debe hacerlo con su cuerpo adolescente sexuado, su nuevo escenario. Aquellas conductas de poco cuidado consigo mismo donde se observan autolesiones constantes, perforaciones, o incluso trastornos alimenticios, entre otros, demuestra la relación que mantiene con su self (M. Laufer, 1995). Así, tomado como objeto que ha perdido, no se acepta y se lesiona, creyendo tal vez acallar, mediante estas conductas, las manifestaciones de su nueva realidad y la poca aceptación de sí mismo. En este sentido, el nuevo adolescente, debe llegar a ser propietario de su propio cuerpo.



De manera parecida funciona con los padres, aunque el proceso suele ser más intrincado. La figura de los padres, y su significación ha estado presente en la persona del niño desde muy temprana edad y se extiende hasta cerca de los 12-14 años aproximadamente, donde se dan un sinnúmero de identificaciones y desidentificaciones, para luego surgir como persona adulta. El adolescente, teniéndoles por objeto de amor, a sus padres, debe lograr “destronarlos” de esta posición; este cambio, genera en el adolescente culpa y ansiedad, ya que no quiere perder a sus padres, no quiere perder su amor. Los padres de los adolescentes se encuentran cargados libidinalmente, objetos de su amor, que debe perder. No obstante, no se trata tanto de los padres físicos, concretos, sino de aquellos internalizados, es decir, la figura de aquellos padres interna en sí mismo, de la cual debe desprenderse hasta llegar a la estabilidad emocional. De ahí que vive la ambigüedad en la que queriendo crecer, no quiere perder a esos padres de la infancia con las relaciones que le eran propias como hijo de unos padres todopoderosos y en donde se sentía seguro. Ya los padres no lo cuidarán como al niño, no lo atenderán como al niño, es una nueva relación que debe empezar y continuar hasta la adultez. Este desprendimiento del objeto interno, lo explica magistralmente S.Freud en Duelo y Melancolía (1917). Nuestro autor enfatiza que la pérdida del objeto tiene efecto en el propio yo del sujeto; seda una disociación y el sujeto se critica fuertemente, dañando y ofendiendo en él mismo, al objeto internalizado, del cual no hubo un retiro de la libido de manera adecuada, sino que se repliega sobre el yo, y se da una pérdida del yo en donde es juzgado como objeto, así, se calumnia, se humilla, se hace sufrir, se realiza las ideaciones y los intentos suicidas.

##### 5. ¿Cuál es la relación de los Trastornos de Personalidad y la Conducta Suicida?

Realmente se han hecho varias investigaciones al respecto. El tema en cuestión estriba en la incidencia de los Trastornos de Personalidad en la conducta de aquellos que atentan contra su propia vida. Los pacientes con los cuales se ha levantado esta investigación, en cada caso en particular, muestran una conducta poco mediatizada y analítica, especialmente en aquellos momentos en los cuales se podría inferir una crisis vivida recientemente o, en la mayoría de los casos, producto de conflictos en períodos pasados. Por otro lado, muchas veces su conducta no estaba controlada por su pensamiento, es decir, se mostraban impulsivos y con poca planificación. Además, los pacientes mostraban estado de ánimos fluctuante e incluso agresivo. En este sentido, se puede observar ciertas características de personalidad relacionadas con la conducta suicida, que algunos investigadores como Links y Kolla (1999) resaltan en sus estudios: agresividad impulsiva, perfeccionismo y desregulación emocional.

Una vez señalados los rasgos, en una mirada mucho más abarcadora, se ha profundizado en algunos trastornos que marcan mayor incidencia en la conducta suicida: Trastorno Antisocial y Trastorno Límite de Personalidad. Sin embargo, las investigaciones son mucho más concluyentes cuando se refieren al Episodio Depresivo Mayor y al Abuso de Sustancias. Por lo tanto, las personas afectadas con el trastorno límite de personalidad y con depresión mayor, tiene altas probabilidades de conductas suicidas. En este sentido, los pacientes que han experimentado crisis vitales, muestran vulnerabilidad al momento de hablar del autocuidado y la propia estima; pérdidas familiares, desempleo, enfermedad propia o de familiares, problemas en la familia desde separaciones hasta falta de adaptación al ciclo vital, son algunas situaciones que provocan desequilibrios profundos y en algunos casos, las personas afectadas son proclive a conductas suicidas. Finalmente, las investigaciones apuntan a una incidencia aún mayor en personas que han sufrido abuso infantil, no solo a nivel de ideación y conductas suicidas, sino también son más vulnerables a la depresión, rasgos antisociales y a la desesperanza.

6. ¿Cómo actúa la mente perturbada de un adolescente con ideación e intento suicida?

El adolescente, como hemos visto a lo largo de la investigación, vive de manera diferente acontecimientos que probablemente estuvieron guardados en su psique o en su experiencia de vida desde hace mucho, especialmente los relacionados con las figuras significativas de la infancia, padre-madre, tutores o cuidadores, que marcaron o definieron su manera de ver y entender la vida. Sin embargo, también surgen experiencias nuevas durante la etapa adolescente relacionadas en primer lugar, con el aspecto sexual tan enigmático para ellos y "culpable" de muchas de sus conductas. En este sentido, vive en una constante confrontación consigo mismo, con sus iguales y con sus padres o figuras de autoridad. No obstante, esta experiencia además, suele ser una de sus grandes tareas, ya que a partir de ésta, el adolescente encontrará su forma de ser, nueva y distinta en relación a sus padres y en relación a sus iguales, es decir, encontrará su propia identidad. Este recorrido no es tan fácil, puesto que conlleva elementos que actúan muy a pesar del mismo sujeto. Es insoslayable la influencia de los primeros años de vida, el entorno familiar, la conducta de los padres en la interacción con el sujeto y sus hermanos (as), la relación del sujeto con sus hermanos (as), el desempeño escolar, la relación con otros miembros de la familia, las pérdidas vividas, la manera de afrontar cada situación de vida, etc., todas están llenas de significado único para el sujeto. Por otro lado, su nuevo mundo con todas sus manifestaciones, abre toda clase de posibilidades que pueden vivirse en constantes idas y venidas, sin mediar en muchas de las ocasiones, ningún análisis, ni pensamiento, aunque sus resultados sí sean perturbadores. Cuando

el adolescente experimenta todo lo anterior, junto con las reacciones de sus padres, y además su psique le da respuestas que probablemente no comprenda del todo, puede actuar de distintas maneras, incluso pensarse en la soledad, incomprendido, abandonado, fracasado, y materialice su frustración consigo mismo en la figura de autolesiones. Una de las reacciones más comunes en el adolescente (en el caso del sexo femenino) con problemas en sus hogares, a manera de "sacar el dolor", como manifiestan, son las cortadas que se hacen en las muñecas. No obstante, esta forma de proceder está conectada mucho más allá que con el hecho de lesionarse. El adolescente que se agrede a sí mismo de manera directa o indirecta, ve su cuerpo como malo, como el objeto y sujeto de su enojo o tristeza, habla mediante él, es su expresión, ya que entiende que él le ha dado esta experiencia tan dolorosa, y dentro de sí algo que debe callar. El adolescente, además de percibirse incomprendido y en soledad, piensa que nadie puede darle respuesta y se ataca constantemente. El depositario de toda su frustración y enojo es su propia persona, teniéndose por poco no encuentra nada positivo en sí mismo. El adolescente experimenta un dolor profundo definido en términos de una inconformidad con sus padres, reflejado en sí mismo; y así, en esta realidad, se aísla siendo menos comunicativo.

**CAPITULO SEPTIMO**  
**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## CONCLUSIONES

1. El fenómeno del suicidio bajo la ideación e intento, es una realidad que de por sí despierta las alarmas de los especialistas. En el abordaje con los pacientes con ideación, o que ya han cometido algún intento suicida, sin resultados letales, es importante determinar qué personas o figuras significativas se encuentran en su mente, más que en su entorno, así comprobamos el nivel de intervención o de urgencia en cada caso.
2. El desarrollo adolescente está lleno de cambios que son vividos por cada sujeto de una manera única y diferenciada, no sin excluir en términos generales, el estrés que los mismos provocan. Además, juega un papel importante como telón de fondo en todo este recorrido de paso hacia la vida adulta, las experiencias vividas en la infancia. Con todo, el sujeto adolescente puede cursar sin mayores dificultades a la vida adulta.
3. Ser adolescente no es una enfermedad. Sin embargo, es una época de vulnerabilidad en la cual, si no se prestan las debidas atenciones, pueden dar paso a futuras patologías.
4. El psicoterapeuta debe tener en cuenta la fantasía omnipotente asociada en el “querer matarse”. Fantasía ésta que en muchos casos, por no decir todos, es un deseo de descanso, de paz, de no sufrimiento. Así, el especialista, debe ser reconocido por el paciente como alguien que no rivaliza con él, no le confronta su idea, no se la rebate, sino que le muestra la realidad, así como el acompañamiento que se le propone.
5. Los intentos suicidas que posiblemente realice el paciente durante el proceso psicoterapéutico pueden deberse a una variedad de factores que van desde las técnicas o experticia del psicoterapeuta, pasando por los procesos internos del paciente ante el psicoterapeuta y ante el propio proceso, sin excluir los acontecimientos que puedan darse en el ambiente familiar y/o social del propio sujeto.
6. El estudio realizado nos indica, que el intento suicida no se realiza por lo general, sin antes ser aceptado o manejado en la mente del sujeto. Por tanto, es importante, en el abordaje psicológico del adolescente, tratar el tema de la ideación suicida, de manera profunda, mucho más si existen factores de riesgo para el suicidio.
7. Los factores de riesgo en la comunidad adolescente pueden darse a lo largo de esta etapa. Sin embargo, debemos tener claro factores de riesgo predisponentes (conflictos familiares, abuso sexual en la niñez, conductas adictivas, etc.) y factores de riesgo precipitantes (fallecimiento de figuras significativas, bajo rendimiento académico, rupturas entre amigos o noviazgos, etc.)

8. Aunque los pacientes atendidos no fueron analizados desde algún trastorno afectivo específico, es importante tener en cuenta los rasgos depresivos en los adolescentes que participaron en el estudio: pérdida de interés en actividades cotidianas, desesperanza, cambios de humor, pérdida de apetito, etc., éstos influyen directamente en el adolescente en el curso de la ideación y del intento suicida.
9. Hay una realidad diametralmente opuesta: mientras menos vínculos tenga el individuo con su familia, con la sociedad o con cualquier grupo que lo represente o pertenezca, mayores posibilidades tiene el individuo de morir por suicidio.

### **RECOMENDACIONES**

1. Brindar un espacio seguro de atención psicológica bajo la modalidad de cada especialista para que posibilite la apertura del paciente, a su propio ritmo para que en medio del proceso, se sienta reflejado, sostenido y acompañado.
2. A nivel institucional, brindar el apoyo desde un abordaje multidisciplinario al momento que se presenten las crisis
3. Importante sensibilizar a la familia ante el fenómeno estudiado y la posibilidad de sus adolescentes de morir por suicidio
4. Por otro lado, es importante sensibilizar a todos los profesionales de la salud y en especial a aquellos que atendemos adolescentes, para no sublimar los llamados de atención de riesgo en esta población, sin descartar la formación en el tema.
5. Al momento del abordaje a la población adolescente en general, es necesario no descartar en la entrevista, la pregunta referente a la ideación e intento suicida y así referir al paciente al especialista para una atención más cercana.

## BIBLIOGRAFIA

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Aberastury, A y Knobel (1988). *La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico*. Buenos Aires. Paidós
- Dorsch, F. (1985). *Diccionario de Psicología*. Barcelona. Editorial Herder.
- Freud, A (1985). *Psicoanálisis del desarrollo del niño y del adolescente*. Barcelona. Paidós.
- Freud, S. (1910) *Obras Completas, Contribuciones para un debate sobre el suicidio, vol.9*. Amorrortu Editores
- Freud, S., Etcheverry, J (traductor). (1901)) *Obras Completas, Psicopatología de la Vida Cotidiana, vol. 6*. Buenos Aires. Amorrortu Editores
- Gólcher, I. (2012). *Escriba y sustente su tesis. Metodología para la Investigación*. Panamá. Editorial Letra
- Hernández, S. R., Méndez, V. S., Mendoza, T. Ch., Cuevas, R. A. (2017) *Fundamentos de Investigación*. México. McGraw Hill
- Hernández Sampieri, R., Collado, Lucio, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. México. McGraw Hill
- Laufer, M. (1995). *El Adolescente Suicida*. España. Biblioteca Nueva.
- Links, P. S., Kolla, N., (2003). *Evaluación y Tratamiento del riesgo de suicidio*. *Journal Canadiense de Psiquiatría*, 29, 451-464
- Organización Panamericana de La Salud. (2016). *Prevención de la Conducta Suicida*.
- Papalia, D., Olds, S., Feldamn, R. (2001) *Psicología del Desarrollo*. Bogotá. McGraw Hill Washington, DC.
- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la Lengua Española*. España (22ª ed.)
- Sauter-Echeverría, K. (2017). Breve descripción de la metodología de investigación Cualitativa conocida como Estudio de Caso (Case Study Research). *Acta Académica*, 61, 59-78



## Recursos Electrónicos

- Ávila, A. (1990). *Psicodinámica de la Depresión*. *Anales de Psicología*, 6(1), 37-58. Recuperado 20 de mayo 2018, de [https://www.um.es/analesps/v06/v06\\_1/04-06\\_1.pdf](https://www.um.es/analesps/v06/v06_1/04-06_1.pdf)
- Castillo, I., Ledo, H., Ramos, A. (2013). *Consideraciones psicodinámicas de la conducta suicida en la población infanto juvenil*, *Norte de Salud Mental*, vol. XI, 46, 13-19. Recuperado el 7 de mayo 2017, de <file:///C:/Users/22ZLJJ2/AppData/Local/Temp/Dialnet>
- Freud, S. (1917). *Duelo y Melancolía*. *Edición Electrónica de/Escuela de Filosofía Universidad ARCIS*. Recuperado 7 de mayo 2017, de <https://docplayer.es/82710316>
- Gómez Macías V., De Cos Milas A., Ruiz de la Hermosa Gutiérrez L., Sala Cassola R.,
- Sobrino Cabra O. (2007) *Suicidio y Psicopatología*. Servicio de Psiquiatría y Salud Mental. Área 8. Madrid. Autor: <http://ehumana.wordpress.com>. *Psicología del Suicidio*.
- Jeamment, P., Birot, E. (1996). *Estudio Clínico-Estadístico de la Psicopatología de las tentativas de suicidio en el adolescente y en el adulto joven*. *Psicoanálisis con Niños y Adolescentes / G.I.E.S.N.A.(Grupo para la Investigación y Estudio sobre Niñez y Adolescencia)*, 9, 165-190. Recuperado 2 de octubre 2018, de <http://ffyh.biblio.unc.edu.ar/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=1203>
- Laufer, M. (1996). *Entendiendo el Suicidio: ¿tiene Significado especial en la adolescencia?* *Biblioteca Virtual de Psicoanálisis. Psicoanálisis con niños y adolescentes*, 9, 152-163. Recuperado 2 de octubre 2018, de <http://pesquisa.bvsalud.org/bivipsil/resource/es/psa-23367>
- Mejía N, J. (2004) *Sobre la Investigación Cualitativa*. *Nuevos Conceptos y Campos de Desarrollo*. *Revista de Investigación UNMSM, Investigaciones Sociales* 8, 13, 277-299. Recuperado 7 de noviembre 2017, de <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/sociales/article/view/6928/6138>

- Organización Mundial de la Salud. (2014). Prevención del Suicidio. Un imperativo Global. Recuperado el 3 de febrero 2017, de [http://www.who.int/mental\\_health/suicidieprevention/info-graphic/es/](http://www.who.int/mental_health/suicidieprevention/info-graphic/es/)
- Rodríguez Pulido, F., Glez, J.L., Gracia Marco, R., Montes de Oca, D. (1990). El Suicidio y sus Interpretaciones teóricas, *Psiquis*, 11, 374-380. Recuperado el 7 de mayo de 2017, de [http://www.psicoter.es/arts/90\\_A077\\_12.pdf](http://www.psicoter.es/arts/90_A077_12.pdf)
- Tubert, S. (2005). *El suicidio: Una Perspectiva Psicoanalítica. Suicidas Átopos. Salud Mental, Comunidad y Cultura*, 4, 16-27. Recuperado 20 de mayo 2017, de [http://www.atopos.es/pdf\\_04/sucidio-perspectiva-psicoanalitica.pdf](http://www.atopos.es/pdf_04/sucidio-perspectiva-psicoanalitica.pdf)