



Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Carrera de Psicología

***“Intento Suicida en Niños y Adolescentes:
Criterios para un Modelo de Intervención en Crisis
Desde el Enfoque Constructivista Evolutivo”***

Memoria para optar al Título de Psicólogo

Alumnas : Fabiola Cruz Campos
Valeria Roa Flores
Académico Guía : Ps. Gabriela Sepúlveda, Ph. D.
Fecha de Presentación: Septiembre de 2005

ÍNDICE

RESUMEN	1
PALABRAS CLAVE	1
INTRODUCCIÓN	2
METODOLOGÍA	7
Descripción de la Metodología de Investigación	7
Objetivos	
General	7
Específicos	7
Hipótesis General	8
CAPÍTULO 1: Intervención en Crisis	9
I. Teoría de la Crisis	9
II. Intervención en Crisis	11
III. Intervención en Crisis en Niños y Adolescentes con Intento de Suicidio	14
a) Intervención a nivel Individual	14
b) Intervención a nivel Familiar	17
c) Intervención en el Contexto Escolar	18
CAPÍTULO 2: Conducta Suicida en Niños y Adolescentes	22
I. Concepto	22
II. Desarrollo del Concepto de Muerte	26
III. Magnitud del Problema	28
IV. Epidemiología y Datos Estadísticos	31
V. Factores de Riesgo	34
VI. Factores Protectores	42
VII. Organización del Desarrollo en Niños y Adolescentes con Conducta Suicida	43

VIII. Aproximaciones al Intento de Suicidio en Niños y Adolescentes	43
CAPÍTULO 3: Enfoque Constructivista Evolutivo	51
I. Aspectos Generales y epistemológicos	51
II. Concepto de Desarrollo	53
III. Estadios del Desarrollo	56
IV. Equilibración Interindividual	68
V. Concepto de Psicopatología	69
CAPÍTULO 4: Criterios para un Modelo de Intervención en Crisis en Niños y Adolescentes que realizan Intentos de Suicidio	73
I. Aspectos Generales	73
II. Criterios desde la Perspectiva Constructivista Evolutiva	75
➤ Nivel de Desarrollo	75
➤ Comprensión del Funcionamiento Psicológico del Sujeto que realiza un Intento de Suicidio	77
➤ Desarrollo de Estrategias de Resolución de Problemas	86
➤ Operacionalizaciones de los Criterios de Intervención	88
CAPÍTULO 5: Discusión y Conclusiones	93
BIBLIOGRAFÍA	104

RESUMEN

El presente trabajo consta de una revisión bibliográfica respecto al tema de la Conducta Suicida en Niños y Adolescentes y la Intervención en Crisis. El objetivo principal de esta revisión es poder integrar la información desde los conceptos que plantea el enfoque Constructivista Evolutivo, haciendo énfasis en los postulados de Jean Piaget. A partir de esta revisión se busca concretar un aporte, infiriendo criterios que debiesen ser considerados en un modelo de Intervención en Crisis, desde lo psicológico, para el abordaje de Intentos Suicidas en niños y adolescentes, buscando la formulación de parámetros que consideren aspectos evolutivos de la presentación de este fenómeno, los cuales demandan intervenciones diferenciales según la etapa de desarrollo psicológico.

PALABRAS CLAVE

- Intento Suicida
- Intervención en Crisis
- Enfoque Constructivista Evolutivo

INTRODUCCIÓN

La conducta suicida ha sido considerada una urgencia psiquiátrica, entendiéndose como tal “aquella situación en la que unos síntomas psicopatológicos o un trastorno de conducta (ambos con sus dimensiones objetivas y subjetivas) son percibidos como perturbadores o amenazantes por el propio individuo, la familia u otros elementos sociales, de modo que llegan a producir una solicitud de atención psiquiátrica urgente” (Bulbena, 1991: 714). En este sentido, al significar un riesgo de vida para el individuo que presenta la conducta suicida, representa una urgencia. Es por esta misma razón que el tratamiento que se le ha dado al intento suicida ha priorizado el abordaje médico, evaluando la gravedad de este hecho en estos términos. Esto, dado que el intento suicida implica un estado riesgoso para el organismo del individuo, el cual debe ser tratado médicamente con el fin de reestablecer el equilibrio del funcionamiento orgánico, lo cual se lleva a cabo generalmente en instituciones de atención de salud (como postas, unidades de emergencia en hospitales, entre otros), y por médicos de especialidades diferentes a la Psiquiatría.

Pese a esto, en el caso de las conductas suicidas en niños y adolescentes, históricamente ha habido una tendencia a minorizarlas o, incluso, a negar su ocurrencia, lo cual se ha traducido en registros estadísticos que no reflejan la magnitud real de esta problemática (Mardomingo, 1998; Montenegro & Guajardo, 2000). Pese a esta tendencia, se ha notado un incremento de este fenómeno en la niñez y adolescencia (Larraguibel, González, Martínez & Valenzuela, 2000). A partir de este hecho, ha comenzado a considerarse a la conducta suicida en estas etapas del desarrollo, como un problema de salud pública debido a la alta demanda de recursos profesionales y financieros que representa para los sistemas de salud (Centers for Disease Control and Prevention, 2002, en Huey, Henggeler, Rowland et al., 2004), surgiendo la necesidad de plantear diseños de intervención dirigidos a los grupos de riesgo que contemplen además la baja adherencia al tratamiento de estos individuos (De la Barra, 1989).

En el caso de un intento de suicidio, la intervención en crisis aparece como una importante opción (Altamirano, 1995; Bulbena, 1991), especialmente por la numerosa

demanda de atención y los escasos recursos de asistencia profesional existentes en nuestro medio para hacer frente a esta urgencia orgánica y mental, ya que este tipo de intervención ofrece la posibilidad de optimizar recursos económicos y profesionales y de aprovechar y fortalecer las redes sociales. Por otro lado, se ha visto, que un alto porcentaje de los sujetos que presentan conductas suicidas, no reciben la atención adecuada, por diversos motivos, entre los que destacan:

- a. Existencia de mitos respecto a la conducta suicida, que se presentan como obstáculo para la realización de una intervención adecuada (Maturana, Cubillos, Henríquez, Canales, Farías & Guajardo, 2001);
- b. Dificultad en el establecimiento del diagnóstico y en el registro del intento de suicidio como tal (Salvo, Rioseco & Salvo, 1998), por las implicaciones legales que esto puede suscitar y la falta de atención especializada en el tema;
- c. Escasa adherencia de los pacientes y sus familias a los tratamientos luego de salir de los centros de atención (hospitales o clínicas, generalmente) (Molina, Rodríguez & Verdugo, 1997; Valdivia, Ebner, Fierro, Gajardo & Miranda, 2001);
- d. Percepción de las familias de que los tratamientos en servicios de salud mental son poco relevantes, demasiado demandantes y costosos, y conllevan un estigma social (Londino, Mabe & Josephson, 2003).

En este contexto, parece apropiado considerar los argumentos a favor de la eficacia de la intervención en crisis, tales como: contribuir a mejorar la adherencia a un tratamiento más prolongado, permitir al paciente recuperar su funcionamiento previo e incluso avanzar hacia un equilibrio más estable que el anterior (mediante el incremento del repertorio de estrategias de enfrentamiento de crisis), evitar la posibilidad de incrementar o desarrollar una nueva disfunción psicológica (Ornstein, Letelier, Tapia & Montenegro, 2003), además de su efectividad en el enfrentamiento de la resistencia de los sujetos a intervenir dada su brevedad y focalización (Committee on Adolescence, 1996).

El Enfoque Constructivista Evolutivo ofrece un marco comprensivo para la conducta suicida, que permite entenderla como proceso psicopatológico marcado por el desequilibrio prolongado, que surge dentro del desarrollo del individuo. Así, permite elaborar los criterios que se deben considerar para la elaboración e implementación de una Intervención

en Crisis durante la niñez y adolescencia, que tome en cuenta los aspectos diferenciales del fenómeno, a la vez que respete su individualidad.

Por otro lado, el diseño e implementación de la intervención en crisis desde este enfoque, aporta elementos que facilitan en general su planteamiento y realización, pues como señalan Ruiz, Imbernón y Cano (1999) cuando los sujetos son difíciles o resistentes al cambio, o cuando parecen minimamente conscientes de los significados de las emociones displacenteras, se aconseja trabajar con estrategias constructivistas de exploración personal, expresión de las emociones displacenteras y expresión afectiva menos directivos, donde el terapeuta parte de un enfoque no preconcebido de los significados personales que fallan y hay que reparar, intentando vencer así la resistencia con que frecuentemente se encuentran los interventores en el caso de un intento de suicidio.

Esta investigación pretende aportar, en el plano teórico, una sistematización de información respecto a las conductas suicidas en niños y adolescentes y la intervención en crisis en estos casos. Además, busca ampliar estos conocimientos, adecuándolos a distintos rangos etarios y los elementos particulares de cada caso. En el plano práctico, esta investigación tiene como fin crear una jerarquización de criterios que permita orientar al profesional de la salud mental en la realización de una intervención en crisis adecuada en casos de conducta suicida en niños y adolescentes.

En cuanto a las limitaciones que podría tener esta investigación, hasta el momento, tienen que ver con la escasa bibliografía referida a la intervención en crisis desde el enfoque Constructivista Evolutivo. Por otra parte, abordar la intervención en crisis en niños y adolescentes exclusivamente desde este enfoque puede constituirse como una limitación, por cuanto para llevar a cabo este tipo de intervención desde el enfoque, es necesario estar familiarizado con sus conceptos centrales, es decir, sólo podrían ser utilizados estos criterios por quienes sean cercanos a los planteamientos conceptuales y prácticos de este enfoque. Otra limitación, de orden más práctico, es la resistencia que podría desarrollarse en los medios (familiar, escolar) en que se aplique la intervención en crisis en casos de conducta suicida en niños o adolescentes, ya que puede significar romper la homeostasis de estos sistemas o por la negación que exista en ellos ante el hecho mismo del acto suicida.

Además, la descoordinación entre las distintas instituciones (hospital, familia, escuela) podría minimizar el efecto que la intervención genere en el sujeto y su entorno. Finalmente, se podrían hallar ciertas resistencias desde el plano profesional, debido a la dificultad de la aplicación de este tipo de intervención, puesto que se ha observado que la mayoría de los psiquiatras han sido entrenados en psicoterapias largas, entonces como resultado tanto de su propia formación como de cuestiones teóricas, les resulta difícil creer que una psicoterapia breve puede posiblemente ser tan beneficiosa como una psicoterapia larga o un psicoanálisis (Cavenar, Cavenar, & Ingram, 1983), situación que podría homologarse en el caso de los psicólogos.

Esta investigación se basará en la definición de Intento Suicida, como todo acto realizado en forma voluntaria por el niño o adolescente y que, de no mediar la intervención de un tercero, podría culminar en la muerte (Almonte, 2003). Ésta conducta sería la expresión de un grave desequilibrio en los procesos de desarrollo (Sepúlveda, 2003, 2004). De este modo, parece propicia una intervención terapéutica que abra la posibilidad a un equilibrio mejor. Además, el intento suicida constituye un estado de crisis tanto para el sujeto como para su contexto familiar y escolar. Por esto y por la importancia de la escuela, los pares y la familia en el desarrollo del niño o adolescente, es que se incluirá el contexto escolar y la familia en el diseño de la intervención en crisis en esta investigación, con el doble objetivo de movilizar recursos de ayuda para el niño o adolescente y prevenir los efectos negativos de un intento de suicidio en sus compañeros, amigos y maestros.

Por último, se pretende el diseño de una intervención en crisis desde el ámbito profesional, con aportes provenientes desde la psicología y específicamente desde el Enfoque Constructivista Evolutivo. De este modo, si se puede plantear la posibilidad de lograr, a través de la intervención en crisis, un estado de equilibrio mejor en el individuo en crisis, también se podría plantear la posibilidad de lograr un estado de equilibrio mejor en los sujetos intervenidos a través de dinámicas grupales, y al lograr mayor equilibrio a nivel individual, se esperaría el logro de un mayor nivel de cooperación entre los sujetos, fortaleciendo de esta manera las redes sociales, y viceversa. “La cooperación y las operaciones agrupadas son, pues, una sola realidad enfocada bajo dos aspectos diferentes” (Piaget, 1983: 103 - 4). Por ende, al intervenir en situaciones de desequilibrio, en cualquiera

de las dos direcciones, a nivel intra - individual o interindividual, desde ambas se estaría contribuyendo a estados de equilibración más estables en los sujetos intervenidos.

METODOLOGÍA

Descripción de la Metodología de Investigación

El presente trabajo será principalmente una investigación de orientación teórica, de carácter documental, exploratorio y descriptivo. Documental, puesto que la información será recogida fundamentalmente a través de documentos publicados, como tesis, libros y publicaciones científicas. Será exploratorio, pues la temática de la intervención en crisis en suicidio en niños y adolescentes, ha sido un fenómeno poco estudiado, percepción extraída desde la revisión realizada para la confección del proyecto de investigación. Además, este estudio será de carácter descriptivo, puesto que se pretende realizar una descripción y comprensión de las conductas suicidas desde los conceptos fundamentales de la teoría piagetana. Finalmente, aunque se trate de una investigación de orientación teórica, también incluye una finalidad práctica, puesto que a partir de la revisión, análisis y sistematización del tema, se inferirán criterios para un modelo de intervención en crisis en niños y adolescentes con intento de suicidio desde el enfoque constructivista - evolutivo. Para esta investigación, por tanto, la herramienta metodológica central será la revisión bibliográfica de diversas fuentes primarias y secundarias.

Objetivos

❖ General

Plantear criterios para realizar Intervención en Crisis en niños y adolescentes que realicen intentos suicidas, así como en sus familias y escuelas, desde el enfoque Constructivista - Evolutivo.

❖ Específicos

1. Sistematizar información referente a conducta suicida e intervención en crisis en niños y adolescentes.
2. Describir y comprender la conducta suicida en niños y adolescentes desde el enfoque Constructivista – Evolutivo, enfatizando los postulados Piagetanos.

3. Integrar, en la Intervención en Crisis, los aportes del enfoque Constructivista Evolutivo, ampliando este abordaje hacia una perspectiva más psicológica.
4. Plantear la Intervención en Crisis en los Intentos Suicidas en estas etapas dentro de una perspectiva del desarrollo.
5. Ampliar el alcance de la Intervención en Crisis, abarcando poblaciones en potencial riesgo que no han sido consideradas en otros modelos de intervención.

❖ **Hipótesis General**

El enfoque Constructivista Evolutivo proporciona un marco conceptual que permite plantear criterios para desarrollar un modelo de Intervención en Crisis en niños y adolescentes que realicen intentos suicidas, así como en sus familias y escuelas.

CAPÍTULO 1: Intervención en Crisis

La Intervención en Crisis es una modalidad de intervención que surgió a partir de la necesidad de prestar una atención inmediata y efectiva en situaciones de emergencia tales como contextos de guerra y desastres naturales. A lo largo de su aplicación y a partir de los beneficios observados en su praxis, su utilización se ha extendido a otras problemáticas relacionadas con la salud mental. Dentro de estas, se ha comenzado a aplicar en el ámbito de la conducta suicida, con el consecuente desarrollo teórico.

Para comprender el alcance de esta intervención, dentro del marco del intento de suicidio, a continuación se expondrán los conceptos teóricos fundamentales referentes a la intervención en crisis y su aplicación en los contextos individual, familiar y escolar en intentos de suicidio.

I. Teoría de la Crisis

Si se revisan las raíces semánticas del término crisis, se puede entender el significado dual de este término, con una connotación positiva por un lado (oportunidad de crecer) y una negativa por el otro (peligro, vulnerabilidad) que depende de su resolución (Slaikau, 1988). De esta manera, se entiende que en la crisis habrá un cambio para mejorar o empeorar, lo cual implica la posibilidad de desarrollo o bien de estancamiento.

“Una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo” (Slaikau, 1988: 11). En las situaciones de crisis, “existe una sensación de impotencia e ineficacia frente al problema insoluble, sensación que da lugar a cierta desorganización del funcionamiento, de manera que la persona parece menos efectiva de lo que es generalmente” (Caplan, 1966: 56 - 57). Pese a esto, la crisis no necesariamente es indicador de psicopatología o de normalidad.

Un aspecto relevante de las crisis, es que “durante el desequilibrio de las crisis, el individuo es más susceptible a la influencia de otros que en épocas de funcionamiento estable” (Caplan, 1966: 70), por lo que las intervenciones que se realicen durante el periodo de la crisis, podrían tener importantes influencias.

Según Slaikou (1988), la crisis también se caracteriza por un periodo de duración estimado en cuatro a seis semanas luego de lo cual se recupera el equilibrio dado que el estado de crisis está limitado en el tiempo. Es necesario considerar que si bien, la inestabilidad o desorganización está limitada en el tiempo, esto no significa necesariamente que la crisis se resuelva en forma constructiva (Caplan 1964 citado en Slaikou, 1988). Además de estar limitada en el tiempo, la crisis “casi siempre se manifiesta por un suceso que lo precipita” (Slaikou, 1988: 12), con lo que sus motivos desencadenantes (un evento o la acumulación de estos) pueden ser identificables.

Por otro lado, “la significación de una crisis está en su condensación temporal del desarrollo. Pueden ocurrir alteraciones importantes de la estructura en un periodo relativamente corto, y luego permanecer estables durante un periodo prolongado” (Caplan, 1966: 56). De aquí la importancia de lograr la mejor resolución posible.

En relación también a la resolución de la crisis, “al describir los estados de equilibrio y desequilibrio, es necesario tomar en cuenta no sólo a la persona misma, sino además la realidad de su medio y su interacción con otros individuos” (Caplan, 1966: 60). Por lo tanto al analizar una crisis desde las nociones de equilibrio y desequilibrio, deben ser consideradas tanto en la interacción entre las estructuras del sujeto, como en la interacción de éste con los que le rodean. Por ello, “la intervención tendrá evidentemente más consecuencias si afecta el funcionamiento de toda la red social del sujeto que presenta el problema” (Caplan, 1966: 65).

La visión cognitiva – constructivista de la crisis, da énfasis al proceso mediante el cual el sujeto construye el suceso en estos términos, es decir, cómo el sujeto interpreta desde sus estructuras cognitivas previas la situación actual. Taplin (1971 citado en Slaikou, 1988),

entiende la crisis como una disonancia o sobrecarga de la información recibida por el sujeto en relación a su estructura preexistente.

La elección de este tipo de intervención, para los fines de esta investigación, se basa principalmente en una comprensión del intento de suicidio como una crisis, donde se produce un importante desequilibrio en las estructuras del sujeto y en su relación con el medio, cuyo desenlace puede implicar tanto un avance en el desarrollo como un empeoramiento de las condiciones previas a la crisis, según cómo esta se resuelva, desde donde se desprende la importancia de intervenir a tiempo y en forma eficiente. A la luz de los elementos teóricos relativos a la crisis (Slaikeu, 1988), el intento suicida puede entenderse como tal, puesto que implica un estado de desorganización temporal en el cual el individuo va sintiendo impotencia e incapacidad para enfrentar las perturbaciones que se le presenten y, en este sentido, se van mermando sus mecanismos de adaptación. Estos sentimientos de impotencia e incapacidad irían aumentando a través del continuo de conducta suicida, llegando a un nivel máximo en el caso del intento suicida.

En el intento suicida puede encontrarse un funcionamiento previo a la crisis que predispone a ciertos individuos a presentar este tipo de conducta. Este funcionamiento se caracteriza por desequilibraciones que abren la posibilidad a la aparición de psicopatología (Sepúlveda, 2004), al construir estructuras caracterizadas por la regresión y rigidez. De este modo, facilita la aparición de conductas desadaptativas como es el caso del intento suicida.

II. Intervención en Crisis

“Intervención en crisis y terapias breves podrían definirse como formas de intervención terapéutica de corta duración y objetivos limitados centrados en la resolución preventiva de una desorganización psicológica, asumidamente causada por la acción de estresores externos importantes y/o psicológicamente significativos al actuar sobre un sujeto que se encuentra en estado de vulnerabilidad psicológica” (Sánchez, 1996: 389). La intervención en crisis, se podría situar en un nivel secundario de atención en salud mental (prevención secundaria), puesto que se trataría de asistencia brindada en las consecuencias inmediatas del suceso de crisis. Aunque también correspondería a un método de prevención primaria

en algunos casos, puesto que interviene generalmente en personas que se encuentran en las primeras fases de procesos de formación de patología, aún no consolidada (Slaikeu, 1988).

“La literatura propone que el proceso de ayuda tomará el tiempo que toma la mayoría de las personas para recobrar el desequilibrio después de un suceso de crisis, o casi seis semanas” (Caplan, 1964 citado en Slaikeu, 1988: 68 - 69), pues el objetivo de la intervención en crisis es aprovechar este periodo de vulnerabilidad y apertura del sujeto al cambio y evitar el empeoramiento de las condiciones previas, interviniendo con la mayor inmediatez posible.

“Las familias y comunidades se unen en una mayor cercanía durante una crisis. Por lo tanto, un resultado valioso de esta aproximación al tratamiento, es que el niño y el ambiente circundante se involucran más entre sí con el resultado de que el niño se vuelve una parte más integral de su propia familia y comunidad” (Abrams, 1993: 142). De este modo, la intervención durante este período, apunta a la integración del sujeto a sus redes de apoyo, aprovechando la cercanía que se da entre ellas.

Slaikeu (1988) divide la intervención en crisis en intervención de primer y segundo orden. La intervención de primer orden o primera ayuda psicológica, en términos generales, implica ayuda inmediata, posible de realizar en una sesión, caracterizándose así por ser una intervención breve y que se divide en tres sub - objetivos: proporcionar apoyo, reducir la mortalidad y vincular recursos de ayuda, con lo que se pretende reestablecer el enfrentamiento inmediato o equilibrio precrisis, ayudando a la persona a tomar medidas concretas hacia el enfrentamiento de la crisis e iniciando el proceso de solución de problemas. En este primer momento de la intervención, Slaikeu propone un modelo básico de solución de problemas, que se traduce en un enfoque de cinco pasos, que serían los siguientes: hacer contacto psicológico, examinar las dimensiones del problema, explorar las soluciones posibles, ayudar a tomar una acción concreta, y seguimiento. La intervención en crisis de segundo orden, o terapia en crisis, hace alusión a un proceso terapéutico breve, que sobrepasaría los objetivos del enfrentamiento inmediato y que pretendería ayudar a mejorar la resolución de la crisis. Esta intervención, según Slaikeu, consta de cuatro objetivos o actividades de resolución de crisis: supervivencia física, expresión de sentimientos,

dominio cognoscitivo y adaptación conductual-interpersonal. Al tratarse de un proceso terapéutico, este no puede ser realizado por cualquier persona, a diferencia de la primera ayuda psicológica. Antes de llevar a cabo estos objetivos, Slaikeu propone valorar el impacto de la crisis sobre las cinco áreas de funcionamiento de la persona (conductas, sentimientos, salud física, relaciones interpersonales y cognición), a través de entrevista clínica al sujeto en crisis y otros significativos, para reconocer las capacidades y debilidades del funcionamiento del sujeto, antes y durante la crisis. Esta valoración también tiene que incluir variables contextuales familiares, comunitarias, sociales y culturales. Finalmente, se evalúan los resultados de la intervención en crisis, examinando las capacidades de enfrentamiento que ha recobrado o desarrollado el sujeto, el equilibrio recuperado en las diversas áreas de su funcionamiento y en sus relaciones interpersonales.

Como objetivo principal de la intervención en crisis, los autores coinciden en señalar que sería “ayudar a la persona a que recobre el nivel de funcionamiento que existía inmediatamente antes del suceso de crisis (...) algunos definen esto como la reestructuración del equilibrio, en tanto que otros se centran en la reobtención de la capacidad del individuo para enfrentar la situación” (Slaikeu, 1988: 69). Sin embargo, este objetivo pertenecería más bien a una primera fase o momento de intervención, pues en un segundo momento las pretensiones de la intervención en crisis, superan este objetivo y se dirigen a lograr una forma de equilibrio más estable, a través por ejemplo de flexibilizar y lograr una mayor apertura y complejidad de las estructuras. Este objetivo ligado a la teoría piagetana de la equilibración de las estructuras cognoscitivas, sería el logro de una reequilibración maximizadora, en el sentido de que se lograría un equilibrio que implica una mejora en el proceso de equilibración y un avance en el desarrollo (Piaget, 1998).

La labor del asistente profesional, sería analizar y ayudar a movilizar, tanto los recursos personales como sociales del sujeto en crisis, optimizando los recursos individuales y comunitarios, como también los recursos profesionales y económicos. Otra característica importante respecto a los terapeutas (interventores en crisis) es que “son más activos, directivos y orientados hacia la meta, que en situaciones de no crisis” (Slaikeu, 1988: 70), especialmente en un primer momento, puesto que la actividad y directividad debiesen disminuir en forma gradual.

III. Intervención en Crisis en Niños y Adolescentes con Intento de Suicidio

a) Intervención a nivel individual

Un primer objetivo en el manejo de emergencia del paciente suicida, es asegurar la supervivencia física del niño o adolescente y prevenir un futuro comportamiento suicida para lo cual, el primer paso sería realizar una completa evaluación del comportamiento suicida y determinar el riesgo de muerte o de un futuro intento de suicidio, así como los trastornos o factores a la base, determinando la gravedad de su estado, el grado de soporte social con que cuenta y el tipo de intervenciones necesarias (Shaffer & Pfeffer, 2001). La intervención se realiza de forma más bien activa, y para conseguir las metas buscadas, dentro de un período breve de tiempo, es necesario que el interventor cuente con una disponibilidad de 24 horas, así como posibilidad de ser ubicado telefónicamente y realizar sesiones frecuentes y flexibles (Bassuk, Schoonover & Gill, 1982).

En la evaluación del intento de suicidio, Shaffer y Pfeffer (2001) sugieren determinar el tipo de método utilizado, la letalidad médica potencial, el grado de planeamiento, y los esfuerzos realizados por ocultar el intento de suicidio, o por evitar ser descubiertos. Por otro lado, según Spirito y Overholser (2003), se sugiere evaluar los resultados esperados y el grado de planificación del intento, indagando las expectativas acerca de la fatalidad y la ambivalencia entre el deseo de vivir y de morir. Es fundamental explorar el significado que se encuentra detrás de este intento, los sentimientos que la motivaron, además de los sucesos precipitantes en sí. Si un paciente no menciona espontáneamente las ideas o impulsos suicidas, para facilitar la comunicación, el terapeuta debe abordarlo en forma gradual. Según Eth y Pynoos (1980, citados en Boyd, 1991) en niños y adolescentes, es importante considerar varios posibles factores influyentes, como factores genéticos, constitucionales, y de personalidad, experiencias pasadas, el estadio o nivel de desarrollo mental y etapa del desarrollo, el contenido e intensidad del evento y las circunstancias familiares.

Resulta fundamental por tanto, evaluar los factores a la base del intento de suicidio, es decir, el contexto donde se encuentran, como señalan Shaffer y Pfeffer (2001), posibles diagnósticos psiquiátricos (tanto de niños o adolescentes como de sus familiares), factores sociales o ambientales (como aislamiento y estrés), distorsiones cognitivas ligadas a la depresión (como la desesperanza), estilos de enfrentamiento inapropiados (impulsivos o catastróficos), una historia de psicopatología familiar (especialmente de comportamiento suicida, trastorno bipolar, abuso físico y sexual y abuso de sustancias). Es importante también evaluar, cómo son las respuestas familiares a las distintas necesidades que presentan sus hijos (adecuadas o inadecuadas).

Para esta evaluación se debe obtener la información desde distintas fuentes, aumentando así su validez y confiabilidad (conviene realizar entrevistas en conjunto y en forma separada del niño o adolescente y su familia).

Un próximo paso, en el tratamiento de emergencia, es evaluar la necesidad de hospitalizar al paciente (apartándolo de su familia) o, en su defecto, de continuar el tratamiento de forma externa (junto a su familia) (Londino, Mabe & Josephson, 2003), basándose en la información obtenida sobre los factores de riesgo y protectores. Algunos motivos de hospitalización son trastornos psiquiátricos graves (como psicosis), elevados niveles de impulsividad, y falta de soporte y apoyo familiar. En cualquier caso es necesario lograr un compromiso por parte del paciente y su familia respecto a la continuidad del tratamiento.

Según Hillard (1983), la visión negativa de sí mismo, del pasado y del futuro (triada cognitiva de Beck de la depresión), estaría presente en los pacientes suicidas, aunque no presenten diagnóstico de Depresión Mayor. Por esto, en la terapia cognitiva de emergencia en intento de suicidio, se debe ayudar al paciente a tomar conciencia de que estas visiones negativas son consecuencia más bien de su forma de pensar que de las cosas que lo rodean concretamente. Algunos de los errores cognitivos posibles de encontrar en los pacientes suicidas son, según Hillard (1983) basándose en Beck y Rush (1978): inferencia arbitraria, abstracción selectiva, sobregeneralización, magnificación, minimización y personalización. “Los pacientes suicidas también exhiben un déficit cognoscitivo tal que tienen dificultad

para generar soluciones a problemas interpersonales, de trabajo o escuela, y tienden a caer en un pensamiento rígido, dicotómico” (Bellack, 1993: 178). Desde esta visión del suicidio, se construye la terapia cognoscitiva del paciente suicida, que se plantea como objetivos desafiar los errores cognitivos presentes en estos sujetos.

También se ha generado un modelo de intervención enfocado en las soluciones, el cual se centra en destacar las fortalezas del sujeto que ha realizado un intento suicida, moverlo desde los problemas hacia las soluciones o metas indagando en qué deseaba conseguir con el intento suicida y abriendo la perspectiva hacia otras maneras de conseguir lo que buscaba, encontrar excepciones con el fin de flexibilizar las creencias y el enfrentamiento de problemas, explorar como enfrenta las situaciones empoderando al sujeto al enfatizar sus fortalezas, y utilizar cuestionarios para llevar una medida “objetiva” de los cambios (Sharry, Darmody & Madden, 2002).

Desde el enfoque cognitivo, además de la terapia cognoscitiva breve del paciente suicida, se ha creado la psicoterapia cognitiva de urgencia, donde Ruiz, Imbernón y Cano (1999) han recogido aportes principalmente de las terapias cognitivas conductuales (cuando la intensidad es más grave), enfocadas a modificar las distorsiones cognitivas o creencias erróneas, y también, aunque en forma secundaria, de las terapias cognitivas constructivistas (recomendadas para sujetos resistentes al cambio, o cuando parecen minimamente conscientes de los significados de las emociones displacenteras).

Además, la aproximación a un paciente en crisis requiere reenfocarlo desde sus procesos psicológicos hacia sus roles y relaciones con el mundo, reinsertándolo en su red de apoyo, es decir, es necesario trabajar para descentrarlo y modificar su relación con sí mismo, los otros y el mundo (Bassuk, Schoonover & Gill, 1982).

Es necesario considerar que si bien las aproximaciones breves, tal como lo es la intervención en crisis, son efectivas para reducir la ideación suicida y en el abordaje de intentos suicidas, no parecen serlo en caso de pacientes con intentos repetidos y conducta suicida crónica, quienes se benefician de un tratamiento más a largo plazo como la psicoterapia (Ashworth, 2001).

Si bien, la intervención en crisis no alcanza a abordar todos los problemas importantes, evitando aspectos más profundos ligados al desarrollo de la personalidad o trastornos psiquiátricos graves (los cuales son transferidos a tratamientos de largo plazo, luego de la intervención en crisis), tratándose así de una ayuda parcial, es una intervención que apunta al desarrollo de habilidades que le permitan al individuo prepararse y anticipar futuras situaciones de estrés, incluyendo entre estas habilidades la construcción de un vínculo con el sistema de salud mental (Bassuk, Schoonover & Gill, 1982).

b) Intervención a nivel familiar

Considerando la dependencia del niño o adolescente a su familia y otros adultos, se recomienda intervenir tanto al niño o adolescente como a su núcleo familiar siendo este un elemento clave en el tratamiento (Almonte, 2003; Ashworth, 2001). El primer paso en esta intervención, sería discutir con los padres o cuidadores la necesidad de volver inaccesibles armas o medicamentos letales (antes de dar de alta al paciente), también sobre las cosas o situaciones que pudiesen volver a gatillar un estado de crisis (identificación de factores precipitantes), y las estrategias de enfrentamiento que se recomendarían en cada caso (desarrollo de habilidades de enfrentamiento), tanto individuales como familiares, para enfrentar estresores similares a los que precipitaron el intento de suicidio, previniendo así la posibilidad de un nuevo intento (Shaffer & Pfeffer, 2001). También se ha sugerido realizar psicoeducación respecto a manifestaciones de depresión en niños y adolescentes, entre otros factores relacionados a la crisis actual y el intento suicida, incluyendo la presencia de patrones familiares que pudiesen actuar como precipitantes, mantenedores o agravantes de esta crisis (Londino, Mabe & Josephson, 2003). “Si bien la meta última en un tratamiento de emergencia es la actual estabilización y disposición, el clínico debe usar la oportunidad de la emergencia para afectar positivamente las dinámicas familiares contribuyendo subsecuentemente a mejorar los resultados a largo plazo, para el niño y/o adolescente” (Londino, Mabe & Josephson, trad. 2003: 637), ayudando a la familia a resolver los problemas asociados a la situación de crisis, mejorando en general su capacidad de resolución efectiva y de identificar los recursos comunitarios que posee, para hacer frente a futuras crisis, ya que “en la elevada intensidad de la situación de crisis, la familia estaría más atenta y sensible a los cambios en sus perspectivas y comportamientos” (Londino,

Mabe & Josephson, trad. 2003: 638), similar a la apertura y vulnerabilidad al cambio que ocurre a nivel individual. Spirito y Overholser (2003), plantean la conveniencia de enfocar el intento de suicidio como una falla en el modo de resolver y solucionar los problemas, con el fin de disminuir sentimientos de culpa y aumentar la esperanza respecto al enfrentamiento.

Es necesario considerar, al momento de elaborar un plan de intervención, las reacciones que los padres sostienen ante el intento suicida de un hijo. Estas pueden ser el aumento de preocupación, cuidados y esfuerzos por apoyar al hijo, o por el contrario, el aumento de sus sentimientos de hostilidad, castigando el intento suicida (Wagner, Aiken, Mullaley & Tobin, 2000). Al respecto, se ha encontrado que en general un intento suicida tiende a evocar el primer tipo de respuesta (preocupación y apoyo de los padres y madres), sin embargo el segundo tipo de respuesta también está presente, sobre todo en los padres. Si bien, en las madres también puede aparecer este segundo tipo de respuesta (ira y castigo), estas tienden a no verbalizar estos sentimientos. Las implicaciones de estos hallazgos, sugieren la necesidad de realizar psicoeducación, además de proporcionar un espacio de contención y reconocimiento de las emociones (especialmente la rabia) de los padres de niños o adolescentes que han realizado un intento suicida (Wagner, Aiken, Mullaley & Tobin, 2000).

Así, la intervención en crisis en los sujetos que han realizado un intento suicida y sus familias, constituye una intervención orientada a la prevención secundaria, al abordar la psicopatología ya presente en el momento de la crisis con el objetivo de disminuir la posibilidad de que vuelva a presentarse la conducta suicida.

c) Intervención en el contexto escolar

Dentro del ámbito escolar, el intento suicida provoca un gran impacto desestabilizador, tanto para los profesores como para los alumnos, en especial para los compañeros de curso y amigos cercanos (Adler & Jellinek, 1990 citados en Molina, Rodriguez & Verdugo, 1997). Por esta razón, parece apropiado incluir este contexto en el diseño de una intervención en crisis, ya que “como el intento de suicidio de un adolescente puede incrementar el riesgo de comportamiento suicida y de trastornos psiquiátricos en amigos y

conocidos (Hazzell & Lewin, 1993 citados en Shaffer & Pfeffer, trad. 2001: 45), los clínicos necesitan trabajar con adolescentes cuyos amigos y cercanos han realizado un intento de suicidio” (Shaffer & Pfeffer, trad. 2001: 45). Además, estructurar un plan de intervención permite aliviar la ansiedad del personal docente al que se intervendrá (Celotta, 1995). Con esta intervención, se busca prevenir el desarrollo de psicopatología, por lo tanto, se trataría de prevención primaria en Salud Mental.

Slaikau (1988), propone diseñar una intervención en crisis dentro de este contexto siguiendo los mismos principios que se establecen para las intervenciones en crisis en general, especificando para este caso que “el objetivo es planear una intervención en crisis adecuada en las escuelas, en consecuencia, orientar la política escolar, los recursos físicos y personal, de modo que los objetivos tanto de la primera ayuda psicológica (PAP) como de la terapia en crisis puedan realizarse” (Slaikau, 1988: 229). El tratamiento se puede realizar en forma individual o grupal, sólo con los adolescentes o también con sus padres. Se ha sugerido trabajar con los profesores a cargo de estos niños o adolescentes, tanto por los efectos en ellos como por su importante labor en el seguimiento (Celotta, 1995) y diseñar la intervención en crisis considerando las características particulares del establecimiento educacional, la “cultura escolar” (Reyes, 2000). Además, es necesario tomar en cuenta los beneficios de trabajar en grupos pequeños, en especial al abordar a los pares del alumno que ha intentado suicidarse (Celotta, 1995).

Los objetivos principales de una intervención en crisis en el contexto escolar, serían satisfacer las necesidades físicas y psicológicas de los estudiantes, personal docente y otras figuras importantes en este contexto, de forma rápida y eficiente, para prevenir futuras crisis y minimizar las consecuencias negativas, buscando especialmente disminuir el riesgo de que otros pares se identifiquen con el comportamiento suicida como modo de resolver las dificultades, además de permitir un espacio de contención emocional (Celotta, 1995). Por otro lado, apunta a preparar el reingreso del adolescente que realizó el intento de suicidio a la escuela, anticipando sus necesidades particulares y considerando que la rutina escolar va a proporcionarle la sensación de que la vida volverá a la normalidad (Celotta, 1995). Se debe preparar el contexto escolar para advertir cualquier futura dificultad y desarrollar el modo más adecuado de enfrentarla. Una vez que ha ocurrido un intento de

suicidio, como sugiere Kirk (1993), se pueden realizar grupos de apoyo con alumnos y profesores, para facilitar la discusión y la observación del progreso de los estudiantes permitiendo un espacio de contención emocional y de reflexión del suceso acontecido, realizando psicoeducación (discusión de temas relacionados al suicidio, como depresión, impulsividad y enfrentamiento de eventos negativos) y entrenando en el manejo de habilidades de enfrentamiento adecuados, pudiendo de esta forma cumplir el objetivo de reestablecer el equilibrio tanto en los alumnos como en los docentes, e incluso lograr un avance en sus equilibrios particulares y preparar el contexto de la escuela para el reingreso del adolescente que realizó el intento de suicidio. Es importante destacar que la decisión de informar al cuerpo estudiantil acerca del intento de suicidio debe depender de cuán público fue este y el grado en que otros estudiantes fueron afectados (Kirk, 1993). El derecho a la privacidad debe ser respetado, aunque se puede decidir revelar información necesaria a las personas que juegan un rol importante en la recuperación del alumno (como profesores directos y compañeros cercanos). En este sentido, dentro de la intervención, se debe cuidar el tratamiento del tema de manera que este acto no sea idealizado, ni se entreguen muchos detalles del evento (Berman & Jobes, 1991 citados en Celotta, 1995).

Los elementos teóricos respecto a la crisis y la intervención en ella, permiten entender la crisis suicida como una oportunidad de desarrollo y crecimiento, a partir del logro de la superación del desequilibrio presente tanto en el individuo como en el entorno. Durante la crisis se presentaría una mayor apertura de los sujetos afectados por ella (niño / adolescente, familia y escuela), por lo que una intervención de emergencia, que pretende abordar las repercusiones inmediatas a la crisis buscando la reequilibración y flexibilización, puede resultar eficiente en estas situaciones al aprovechar esta apertura. La literatura revisada en esta investigación, señala que los focos y objetivos principales de este tipo de intervención serían, en un primer momento: asegurar el bienestar físico y vincular los recursos de ayuda necesarios, creando un contexto protector. En un segundo momento, se buscaría examinar las principales problemáticas presentes en la crisis, indagando sus posibles soluciones e incentivando acciones concretas al respecto, con el fin último de lograr un dominio emocional, cognitivo y comportamental que permita su adecuada superación. En general, se señalan los modos de enfrentar la crisis suicida, abarcando una evaluación acuciosa de los factores a la base, la expresión y dominio de la crisis, el logro

de estrategias de enfrentamiento y resolución de problemas más adaptativos y la realización de psicoeducación respecto a la crisis y su enfrentamiento. Estos objetivos serían aplicables a los tres contextos: individual, familiar y escolar.

Si bien, esto entrega las bases para realizar una intervención en crisis en intento de suicidio en niños y adolescentes, es necesario mayor conocimiento sobre la conducta suicida, con el fin de abarcar los principales factores influyentes (de riesgo y protectores) e incluir la dinámica de la interacción entre estos mismos, adecuando de manera más precisa la intervención a las características particulares del fenómeno.

Para esto, a continuación se expondrán los aspectos más relevantes de las conductas suicidas en su presentación dentro de este rango etario y sus repercusiones en el desarrollo individual y social.

CAPÍTULO 2: Conducta Suicida en Niños y Adolescentes

Pese a que el fenómeno de la conducta suicida ha estado presente a lo largo de la historia de la humanidad, constituyéndose en una preocupación para los distintos ámbitos de la ciencia por sus importantes repercusiones en las dinámicas psicosociales, sólo recientemente se ha enfatizado su estudio dentro de la niñez y la adolescencia. Es así como ha ido desarrollándose un importante campo de investigación, que ha permitido realizar precisiones a nivel conceptual y del quehacer terapéutico, ampliando la comprensión del fenómeno desde una perspectiva individual a una interaccional, al incluir la influencia de los distintos factores en el desarrollo de cada persona (tanto en su estancamiento como en su promoción).

A continuación serán presentados aquellos conocimientos que han sido generados a partir de las múltiples investigaciones sobre el tema, llevadas a cabo con el fin de conocer a cabalidad el fenómeno y así construir diversas modalidades para enfrentarlo de una manera eficaz.

I. Concepto

La palabra suicidio, proviene de los términos del latín *sui* (uno mismo) y *caedere* (matar). Al parecer esta palabra habría sido acuñada por Thomas Browne en su obra *Religio Medici*, en 1642 (citado en Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2003). Este hecho, habría reflejado la “necesidad de distinguir entre el homicidio de uno mismo y el hecho de matar a otra persona” (OPS, 2003: 201).

Para Pfeffer (citado en Montenegro & Guajardo, 2000: 144), la conducta suicida en niños y adolescentes puede definirse como “una preocupación o acto que intencionalmente pretende infligir un daño o la muerte a sí mismo”.

De acuerdo con esto, Ulloa (1994: 178) señala que “el suicidio es el término que una persona, en forma voluntaria e intencional, hace de su vida”. Altamirano (1995: 31), realiza

un planteamiento similar, refiriendo que el suicidio “se entendería como el rechazo definitivo de la vida y como una indicación de la necesidad de abandonar toda relación humana”.

“La mayoría de los autores constatan que en la infancia y la adolescencia la conducta suicida es un continuo” (Pedreira, 1998: 690), tratándose siempre de un síntoma. Este continuo abarcaría:

- a) Ideación suicida: incluye desde pensamientos inespecíficos de muerte o el escaso valor de la vida, hasta pensamientos concretos, estructurados y recurrentes de provocarse daño o la muerte (Almonte, 2003; Pedreira, 1998), esto abarcaría un plan y la disponibilidad de métodos para llevar a cabo un intento, junto con la aceptación de los pensamientos suicidas (Spirito & Overholser, 2003).
- b) Amenaza o gesto suicida: constituidas por verbalizaciones o precursores de actos que, si llegan a realizarse en su totalidad, conducirían a un daño serio o la muerte (Almonte, 2003).
- c) Intento, tentativa de suicidio o parasuicidio: todo acto realizado por el individuo, mediante el cual puede ocasionarse la muerte. Según el riesgo vital, pueden subclasificarse en intentos leves (actos que casi no implican riesgo) o intentos serios (actos que de no mediar la intervención de terceros o un tratamiento médico eficaz, concluirían en la muerte) (Almonte, 2003). El intento de suicidio tiene mayores probabilidades de ocurrir cuando el adolescente presenta todo el espectro de cogniciones y verbalizaciones suicidas, incluyendo ideación, planificación e intentos (Spirito & Overholser, 2003).
- d) Suicidio consumado: “todos los actos autoinflingidos por el niño / a o joven y que dan como resultado su propia muerte” (Mardomingo, 1998: 689).

Para la OPS (2003), la conducta suicida constituye una de las formas en que se presenta la violencia, en este caso autoinflingida, y que también abarca otro tipo de conductas como las automutilaciones. Con respecto a la agresión y la violencia, se ha estimado que entre un 10 y 20% de sujetos suicidas tienen historias de violencia, mientras que un 30% de personas violentas tiene historias de comportamientos suicidas (Plutchik & Van Praag, 1990 citados en Committee on Adolescence, 1996).

La OPS, en este mismo documento, señala “recientemente se ha propuesto el término “comportamiento suicida mortal”, basado en resultado, para los actos suicidas que ocasionan la muerte y, de igual manera, “comportamiento suicida no mortal” para las acciones suicidas que no provocan la muerte” (OPS, 2003: 2001).

Ulloa (1994), plantea que el suicidio parece ser el final de un proceso que comienza en la infancia. Es decir, un adolescente no llega a ser suicida de forma abrupta, sino que a través de un proceso que consta de tres fases:

- *Fase inicial:* se constituye por una historia de problemas emocionales y conductuales de moderada magnitud en la niñez temprana.
- *Fase de escalada:* se produce al comienzo de la adolescencia, con la incorporación de nuevos problemas propios de la edad, que llevan al sujeto a un sentimiento de soledad (cambios corporales, preocupaciones sobre la sexualidad y el rendimiento escolar, problemas en las relaciones con los padres, etc.).
- *Fase precipitante final:* durante los días previos al intento de suicidio, la comunicación con los padres se bloquea, ocurre un distanciamiento de los amigos, elementos con los cuales aumenta el sentimiento de soledad aparecido ya en la etapa anterior. Hay un quiebre en las relaciones, después de lo cual probablemente ocurra la conducta suicida.

Como proceso clínico, el suicidio constaría de tres etapas descritas por Poldinger (1968, citado en Christensen, 1995):

- *Etapas de consideración:* morir representa la posibilidad de resolver problemas, sean estos reales o aparentes. El proyecto se organiza en torno a las fantasías y experiencias de la persona. Al principio considerar la posibilidad de eliminarse, le genera al individuo ansiedad, sin embargo, luego se estructura y se torna egosintónico.
- *Etapas de ambivalencia:* se hace presente la indecisión y la lucha entre tendencias constructivas y destructivas. Por lo tanto, esta etapa es de conflicto y crisis. Durante este período se manifiestan señales y avisos de la intención de suicidarse.
- *Etapas de decisión:* la persona opta por suicidarse. Durante este período se observan señales directas e indirectas, actos preparatorios, ideas y representaciones concretas respecto a la opción por la muerte.

Los actos suicidas cuidadosamente planeados son escasos. La mayoría de los casos son llevados a cabo bajo un fuerte impulso repentino, a pesar que la ideación suicida haya estado presente con anterioridad (Spirito & Overholser, 2003). “El deseo de suicidarse responde a factores ambientales y vulnerabilidad personal, la que está determinada por una interacción entre el nivel de desarrollo psíquico, las experiencias tempranas de vida y los factores constitucionales. De estas variables dependería el nivel de autocuidado que tenga el niño” (Almonte, 2003: 511).

En torno al tema de las conductas suicidas, existe consenso que ésta (sean ideas, intentos o suicidios consumados) no se trata de una “entidad mórbida específica, sino que puede darse en una gama de situaciones que van desde eventos de vida estresantes, depresión mayor, abuso de drogas y alcohol, conducta antisocial, historia familiar disfuncional, impulsividad y agresividad, imitación a través de los medios de comunicación y otros” (Montenegro & Guajardo, 2000: 144). Es decir, más que una entidad mórbida en sí, se trata de un signo, síntoma o indicador.

El acto suicida, según Shneidman (1988 citado en Villardón, 1993) presenta características comunes sin importar los distintos factores que pueda tener a la base. Éstas son:

- Su propósito es buscar una solución;
- Su objetivo es sacar de la conciencia los contenidos que están ocasionando sufrimiento;
- Estos contenidos se relacionan con necesidades psicológicas frustradas;
- La emoción a la base es la desesperanza e indefensión;
- Su estado cognitivo es la ambivalencia;
- Su estado perceptual es la constricción, donde el sujeto no logra percibir todos los aspectos de la realidad, haciéndose conscientes sólo los aspectos negativos. De este modo, el individuo sólo percibe una posible solución ante los problemas;
- Su acción es el escape, lo cual es coherente con el patrón de enfrentamiento que el sujeto ha ido desarrollando a lo largo de su historia; y
- Su acto interpersonal es la comunicación de la intención.

En un estudio realizado por Boergers (citado en Spirito & Overholser, 2003), entre las razones más frecuentes referidas por adolescentes que realizaron un intento de suicidio estuvieron: el deseo de morir (28 %), obtener alivio (18 %) y escapar (13 %). Las razones de carácter manipulatorio fueron menos frecuentes (9 %). Datos similares aportan Londino, Mabe y Josephson (2003), quienes encontraron que las motivaciones más frecuentes en adolescentes tenían que ver más con el deseo de morir, obtener alivio o escapar, que conseguir la atención de otros. Los adolescentes que expresaron el deseo de morir como razón para realizar el intento de suicidio, reportaron más desesperanza, depresión, tendencia al perfeccionismo y dificultades para expresar rabia (Boergers citado en Spirito & Overholser, 2003). Por otra parte, Hendin (1991 citado en Committee on Adolescence, 1996) sugiere que el significado nuclear de todos los intentos de suicidio sería obtener control sobre situaciones que el adolescente considera intolerables y donde se siente incapaz de influir de manera más racional y menos dramática. Así, obtendrían control mágico sobre una pérdida (a través de reunirse con otro luego de su muerte), aliviarían la culpa de no poder cumplir las expectativas sociales y familiares, concretizarían el deseo de venganza y castigo a otros, adquirirían control en familias disfuncionales (chivo expiatorio) y en situaciones catastróficas (Committee on Adolescence, 1996).

II. *Desarrollo del concepto de muerte*

Pese a que la intencionalidad de provocarse la muerte o un daño serio a sí mismo, es un elemento que define la conducta suicida, en el caso de los niños y adolescentes que presentan este tipo de conductas, resulta muy difícil de evaluar. “Esta dificultad tiene que ver con el desarrollo cognitivo respecto al concepto de muerte y a la irreversibilidad de este fenómeno, hecho que no se logra entender cabalmente hasta el comienzo de la prepubertad” (Montenegro & Guajardo, 2000: 144). Producto de esta dificultad existe una postura que plantea que el término *intento de suicidio* estaría mal empleado en niños, ya que en la mayoría de los casos estas conductas son utilizadas con propósitos no suicidas, no habría una intención calculada, “ni una determinación final y ni siquiera una ambivalencia entre vivir o morir, más bien lo que hay es un demostrativo llamado de ayuda, un signo de escape o un acto impulsivo” (Montenegro & Guajardo, 2000: 144). Pese a esto, “los intentos de

suicidio en los niños, son potencialmente riesgosos, aunque en la mayoría de los casos la intención de morir es baja” (De la Barra, 1989: 154).

La discusión que se da en torno a la intencionalidad, es comprensible dentro del marco de diferencias que presenta la conducta suicida en las etapas de niñez y adolescencia, en cuanto al desarrollo del concepto de muerte.

Ajuriaguerra (1996: 222), describe el desarrollo de la noción de muerte en el niño, postulando que “dicha evolución se organiza en torno a dos puntos esenciales: cómo percibir la ausencia y cómo integrar la permanencia de la ausencia. Desde esta perspectiva la muerte se concibe como el fin definitivo de la vida”. En este sentido, el niño primero debe desarrollar la noción de ser, para luego poder desarrollar el concepto de “no-ser”. De este modo, esta evolución se daría en 4 etapas:

- a) Hasta los 2 años: “existe una incomprensión total y una indiferencia completa por el tema” (Ajuriaguerra, 1996: 223).
- b) De 2 a 6 años: corresponde a una percepción mítica de la muerte. “Llega a ser un concepto de interrupción y desaparición. La muerte es además provisional, temporal y reversible, siendo a la vez aceptadas y negadas sus consecuencias (...). Los dos estados vida – muerte no son opuestos ni contradictorios, son estados diferentes, ni amenazantes ni contrarios y cada uno de ellos es reversible” (Ajuriaguerra, 1996: 223).
- c) De 6 a 9 años: en esta etapa, van a producirse 3 cambios en el concepto de muerte. En primer lugar, “es el paso de una referencia individual (...) a una referencia universal (...). Después el paso de lo temporal y reversible a lo definitivo e irreversible (...). Por fin, se produce el cambio del significado moral ligado a la muerte. Una muerte considerada castigo o venganza pasa a ser un proceso natural, un elemento del ciclo biológico” (Ajuriaguerra, 1996: 223).
- d) Desde los 9 años en adelante: que corresponde a una fase abstracta, “la de la angustia existencial que supone el acceso a la simbolización de la muerte y al conocimiento de este concepto, pero también el temor a la pérdida real y al final de su propio destino, (...) se produce la introducción del pensamiento adulto sobre la muerte, sus corolarios filosóficos, metafísicos, religiosos, psicosociológicos y éticos” (Ajuriaguerra, 1996: 223).

Es necesario considerar que el desarrollo del concepto de la muerte no sólo depende de la edad, sino también del desarrollo emocional y cognitivo, así como de las experiencias personales y familiares relacionadas con la muerte (Almonte, 2003).

III. Magnitud del problema

Pese a que se manejan cifras y estadísticas respecto a las conductas suicidas en niños y adolescentes, parece haber consenso en que éstas no reflejan la magnitud real del problema. Esta dificultad se debería a la falta de registros adecuados, en especial cuando se trata de la ideación suicida, en donde es prácticamente imposible llevar una estadística.

Aún así, se calcula que en el año 2000 se suicidaron en el mundo 815.000 personas, lo cual representa una tasa mundial de mortalidad anual de 14.5 por 100.000 habitantes, es decir, aproximadamente una muerte cada 40 segundos. Estas cifras convierten al suicidio en la decimotercera causa de muerte en el mundo (OPS, 2003). Además, se calcula que la proporción entre actos suicidas no mortales (ideación e intento suicida) y mortales puede llegar a ser de 100 – 200:1 (OPS, 2003).

Se ha visto que el fenómeno de la conducta suicida entre los adolescentes y adultos jóvenes ha ido en franco incremento dentro de la población europea y norteamericana (Larraguibel et al, 2001).

En nuestro país, “el suicidio y el homicidio constituyen la 2ª y 3ª causa de muerte en la edad juvenil (entre los 15 y 24 años), siendo precedidos por los accidentes” (Almonte, 2003: 510), representando una proporción creciente de muertes entre los adolescentes (Salvo, 1998). “Según los datos consolidados por el Departamento de Informática del Ministerio de Salud desde 1986 a 1996 las tasas de suicidio han tenido un aumento gradual en los últimos años (...). En el caso de los adolescentes las tasas han permanecido relativamente estables en el período observado, aunque con un leve aumento en los últimos dos años estudiados” (Larraguibel et al., 2001). Es así, como la conducta suicida, en un

segmento de la población en el que históricamente no fue considerada, se ha ido constituyendo en un problema de salud pública en todo el mundo.

Cabe señalar que las estadísticas que pueden encontrarse respecto a la conducta suicida en nuestro país, sólo es manejada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) y el Servicio Médico Legal (SML), aún cuando ambas instituciones no se refieren directamente a este tipo de conductas, sino que se refieren al término “Lesiones Autoinflingidas Intencionalmente”.

En el Anuario Estadístico 2000 (Servicio Médico Legal [SML], 2000), se plantea que el porcentaje de autopsias médico legales realizadas en fallecidos por lesiones autoinflingidas intencionalmente corresponde al 1.09% en el grupo etario 10 – 14 años (6 casos) y a 20.20% en el grupo etario 15 – 24 años de edad (102 casos). Además, puede apreciarse que el método más utilizado, tanto en el grupo de 10 – 14 años como en el de 15 – 24 años, fue el ahorcamiento (5 y 77 casos respectivamente), seguido por el uso de armas de fuego (17 casos, sólo en el grupo de 15 – 24 años).

En el Compendio Estadístico 2003 (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2003), se manejan cifras similares para el año 2000, correspondiendo a 14 casos de defunción por suicidio y lesiones autoinflingidas en el rango etario 10 – 14 años, y a 114 casos en el rango 15 – 19 años. En este compendio no se especifican los métodos utilizados por las personas para cometer el acto suicida.

En cuanto a las tentativas de suicidio, no fue posible encontrar cifras directas de este hecho, sin embargo, en el Anuario Estadístico 2000 (SML, 2000) se encuentran las frecuencias de las pericias clínicas realizadas, observándose dentro de la categoría “lesiones autoinflingidas intencionalmente” sólo 1 caso, que corresponde al rango de edad 15 – 24 años.

Según los datos encontrados en el Anuario Estadístico 2000 (SML, 2000), las autopsias médico legales realizadas a fallecidos (de sexo masculino) por lesión autoinflingida intencionalmente corresponde a 5 casos, en el rango etario de 10 – 14 años (equivalente a

1.16% de los casos totales según sexo), y a 81 casos en el grupo de 15 – 24 años (equivalente a un 18.79% del total según sexo). En el caso de las mujeres, se encuentra 1 caso dentro del rango 10 – 14 años, y a 21 casos en el grupo de 15 – 24 años (correspondiente a 28.38 del total según sexo). Si bien la frecuencia relativa es mayor en las mujeres (dado que representa el segundo porcentaje más alto dentro del total para su sexo), la frecuencia absoluta es mayor en los varones. Respecto al método empleado para realizar el acto suicida, no se aprecia diferencia por sexo, siendo utilizado en ambos casos, en primer lugar el ahorcamiento y luego el arma de fuego.

En el Compendio Estadístico 2003 (INE, 2003), se encuentra que en el año 1999 hubieron 8 defunciones por suicidio y lesiones auto inflingidas en el rango 10 – 14 años, y 84 en el grupo 15 – 19 años en el caso de los hombres, mientras que en las mujeres hubo 6 casos en el rango 10 – 14 años, y 30 dentro del grupo 15 – 19 años.

En un estudio realizado por Valdivia, Quevedo, Salazar, Silva y Torres (2005) en adolescentes rurales de enseñanza media se encontró que 40 jóvenes (N = 244) habían realizado al menos un intento de suicidio. De ellos “el 65 % fue de sexo femenino, edades entre 14 y 19 años; el 30 % cometió su intento en los últimos 12 meses, 37.5 % antes de los últimos 12 meses y 32.5 % en ambos períodos, originando un total de 68 intentos. Métodos más usados fueron lesiones cortantes (30.9 %) e ingesta de medicamentos (29.4 %). Finalidad más frecuente terminar con su vida (50 %). Desencadenantes más frecuentes problemas familiares (55.9 %) y problemas amorosos (10.3 %). Sentimiento post intento predominante fue el arrepentimiento (51.5 %). Se hospitalizó el 7.4 %” (Valdivia, Quevedo, Salazar, Silva & Torres, 2005: 52). En el estudio realizado por Ruíz y Sepúlveda (2004) en una muestra de 116 adolescentes de enseñanza media, se encontró que el 11 % de la muestra había realizado un intento suicida, donde el 7 % eran mujeres y el 4 % hombres. Otro dato interesante es que el 75 % de los sujetos que refirieron presentar ideación suicida “a menudo”, presentaron también intento de suicidio. En otro estudio nacional, realizado por Quinteros y Grob (2003) en una población no clínica de adolescentes, se encontró que el 5.6 % de la muestra (N = 177) hizo un intento de suicidio en los últimos 12 meses y que dentro de los intentadores el 70 % correspondía a mujeres y el 30 % a hombres. Por último, en el estudio realizado por Valdivia, Ebner, Fierro, Gajardo y Miranda (2001) en una

muestra de ingresos por intentos de suicidio a los servicios pediátricos (7 a 15 años) entre octubre de 1995 y septiembre de 1999, se encontró que de 46 ingresos por este motivo, 78.3 % eran de sexo femenino y que en la mitad de los casos no hubo planificación previa.

IV. Epidemiología y Datos Estadísticos

La conducta suicida durante la niñez y la adolescencia sólo recientemente se ha constituido como foco de estudios científicos. Por esta razón, es aún un fenómeno en desarrollo teórico. “Es a fines de la década del 70 y comienzos de los 80 que comienzan a aparecer estudios empíricos al respecto. Ellos revelan entre otros hallazgos, que si bien es cierto la incidencia del suicidio en niños es baja, este fenómeno puede ocurrir desde la edad escolar tardía, existiendo sí un claro efecto cohorte que va haciendo aumentar su incidencia al aumentar la edad” (Montenegro & Guajardo, 2000).

Se estima que 1 de cada 5 adolescentes norteamericanos considera seriamente el suicidio; entre un 5 y un 8% de adolescentes realiza un intento suicida, representando aproximadamente 1 millón de adolescentes, de quienes casi 700.000 recibe atención médica por este hecho; y que aproximadamente 1.600 adolescentes mueren por suicidio consumado (Gould, Greenberg, Velting & Shaffer, 2003). Considerando estas cifras, el suicidio fue la 3ª causa de muerte en los grupos etarios 10 – 14 y 15 – 19 años en los EEUU durante el año 2000 (Gould et al, 2003).

En los EEUU, durante el año 2002 se encontró que el 19% de los estudiantes de secundaria consideraron seriamente un atentado suicida, casi 15% hizo un plan específico de intento suicida, 8.8% reportó algún atentado suicida y 2.6% hizo un intento suicida médicamente serio que requirió atención de ese tipo (Gould et al, 2003). Pese a estas cifras, en este mismo país se ha experimentado una disminución del suicidio masculino desde mediados de la década del 90. La proporción entre hombres blancos, casi 20 por cada 100.000 habitantes en 1988, ha caído a aproximadamente 14 por cada 100.000 en el año 2000 (Gould et al, 2003). Si bien, las razones para este descenso no están claras aún, la cifra previa a este podría explicarse por la alta exposición a drogas y alcohol, así como por la disponibilidad a armas de fuego a la que se veía enfrentada la población juvenil. Así, el

descenso podría deberse al mayor control en la disponibilidad de armas de fuego, además de la mayor prescripción de tratamientos con antidepresivos a los adolescentes (la proporción anual de uso de antidepresivos aumentó desde 0.3% a 1.0% para personas entre 6 y 19 años en los EEUU) (Gould et al, 2003).

Uno de los aspectos que cabe señalar, es que “el riesgo de muerte por suicidio, 10 a 15 años después de un intento, es 10% en los varones y 2.9% en las mujeres y es mayor en los adolescentes que utilizan medios activos o más violentos” (Ulloa, 1994: 178). En relación con esto, Altamirano (1995: 31) plantea que “la tasa de repetición de intento de suicidio en el grupo de 15 – 24 años es de 37%”. Además, el riesgo de repetición en un intervalo corto es particularmente alto en jóvenes, encontrándose un 6 – 16% de adolescentes que vuelven a hacer un intento dentro del mismo año. Por último, después de 5 años, disminuiría el riesgo de suicidio, pero aumentaría la patología depresiva crónica. La ideación suicida recurrente especialmente cuando incluye un plan detallado o un intento previo de alto riesgo, sitúa al adolescente en un elevado riesgo de la realización de un nuevo intento (Lewinsohn, 1994 citado en Spirito & Overholser, 2003).

Además, “el 85% de los adolescentes que consuman un suicidio han expresado sus ideas suicidas a otras personas con anterioridad” (Parmelee, 1998: 230).

Dentro de la epidemiología de las conductas suicidas en niños y adolescentes, se han encontrado aspectos diferenciales, tales como:

- a) Rango etario: Si bien el suicidio, y las tentativas de éste, son poco frecuentes en la niñez (menores de 12 años), la ideación suicida es muy común a esta edad. La baja incidencia de las tentativas y del suicidio consumado a esta edad podría explicarse por diversos factores, tales como mayor protección por parte de la familia y el entorno a la niñez, por inmadurez cognitiva para planear y llevar a cabo un intento suicida, por la menor presencia de trastornos afectivos (como la depresión) en esta edad (Almonte, 2003), así como por la menor exposición a drogas y alcohol (Gould et al, 2003). En la literatura norteamericana se ha descrito que dentro del grupo etario 10 – 14 años, ocurren más suicidios entre los 12 y 14 años. La incidencia del suicidio consumado se incrementa marcadamente en los últimos años de la adolescencia y continua su ascenso hasta la

adultez temprana (Gould et al, 2003). Por su parte, el intento de suicidio tiene su mayor frecuencia entre los 16 y 18 años, después de los cuales experimenta un marcado descenso, especialmente en el caso de la mujeres jóvenes (Gould et al, 2003).

- b) Género: Tanto en los EEUU como en Chile, mientras que la ideación suicida y los intentos suicidas son más frecuentes entre niñas y adolescentes de sexo femenino, el suicidio consumado es más común entre niños y adolescentes de sexo masculino. Esto es congruente con la incidencia del fenómeno según género en todas las edades. En EEUU, los adolescentes de sexo masculino entre 15 y 19 años, cometen suicidio 5 veces más que los de sexo femenino (Gould et al, 2003). Del mismo modo, se encuentra que los niños se suicidan con una frecuencia 5 veces superior a la de las niñas, pese a que éstas intentan suicidarse con una frecuencia aproximadamente 3 veces superior que la de los niños (Parmelee, 1998). Esta diferencia podría explicarse dado que en nuestra cultura habría “mayor tolerancia por la expresión de sentimientos agresivos o de rabia por parte de las mujeres” (Montenegro & Guajardo, 2000: 145). Además, los métodos utilizados por las adolescentes son más “pasivos” (de baja letalidad) para autoeliminarse (con frecuencia sobredosis), en comparación con los utilizados por los varones (ahorcamiento, armas de fuego), los cuales son de mayor letalidad (Montenegro & Guajardo, 2000). Por otra parte, el suicidio consumado con frecuencia se asocia a comportamiento agresivo y abuso de sustancias, los cuales se presentan más en varones (Gould; 2003).
- c) Etnia: El suicidio consumado es más frecuente entre niños y adolescentes blancos que entre afroamericanos, en los EEUU (Gould et al, 2003). Los porcentajes históricamente bajos entre éstos últimos, han sido atribuidos a la gran religiosidad de la que generalmente participan y a la diferencia entre expresar la agresión o “guardársela”.

V. Factores de Riesgo

Los factores de riesgo para la conducta suicida pueden agruparse en:

❖ Personales: dentro de estos están:

a) Trastornos psiquiátricos asociados:

Más del 90% de los suicidios juveniles han tenido al menos un desorden psiquiátrico, aunque las víctimas adolescentes menores de suicidio tienen porcentajes más bajos de psicopatología, promediando alrededor de un 60% (Gould et al, 2003).

En Chile, el intento suicida en adolescentes se asocia con depresión, desórdenes conductuales, abuso de sustancias, déficit atencional, trastornos de aprendizaje y desorden límite de personalidad (Salvo, Rioseco & Salvo, 1998). “La única enfermedad que se ha visto ligada al suicidio en pediatría es la epilepsia” (Ulloa, 1994: 179). Esto, dado que el uso de fenobarbital como anticonvulsivante puede asociarse con depresión e ideación suicida, aumentando el riesgo de ocurrencia de este fenómeno en la población epiléptica.

El Trastorno Depresivo es el más prevalente entre adolescentes víctimas de suicidio, oscilando entre 49 y 64% (Gould et al, 2003). Este desorden es más probable en las víctimas de sexo femenino que en las de sexo masculino. “Los niños depresivos pueden manifestar según su nivel de desarrollo el deseo de no estar más, de irse o desaparecer, o claramente (desde alrededor de los 10 años) la idea de querer morir, esto puede estar limitado a un pensamiento aislado o reiterado, o a una planificación más concreta, y eventualmente, a un intento de suicidio” (Valdivia, 2002: 26). Stone (1989 citado en Committee on Adolescence, 1996), señala que las cifras de suicidio completado son particularmente altas en hombres con Trastorno de personalidad Límite junto con un Trastorno Afectivo severo.

El Abuso de Sustancias es otro importante factor de riesgo, especialmente entre víctimas adolescentes mayores de sexo masculino. Por una parte, el individuo que presenta este trastorno con frecuencia experimenta conflictos con la familia y con otras personas de su red de apoyo social. A su vez, estos conflictos son fuente de estrés, lo cual se asocia con riesgo suicida. Por otra parte, el consumo de algunas sustancias tiene como resultados secundarios la presentación de síntomas psiquiátricos, como efecto en el sistema nervioso

central. Además, el síndrome de intoxicación por consumo de algunas sustancias (como el alcohol), puede asociarse a labilidad emocional y a una disminución del control de impulsos, lo cual aumenta el riesgo de conducta suicida impulsiva. El abuso de sustancias se relaciona con frecuencia a problemas legales derivados de una conducta agresiva y/o antisocial (actividad delictual). También ha sido encontrada una alta prevalencia entre Trastornos Afectivos asociados a un Trastorno por Abuso de Sustancias (Gould et al, 2003). Fyer et al. (1988 citado en Committee on Adolescence, 1996), señala que la combinación de Trastorno de personalidad Límitrofe con un Trastorno Afectivo conllevan un alto riesgo de suicidio, especialmente combinado con Abuso de Sustancias.

Los Trastornos de Conducta también son frecuentes en víctimas suicidas adolescentes de sexo masculino. Aproximadamente un tercio de ellos han tenido un Trastorno de Conducta, frecuentemente asociado con un Trastorno del Ánimo, ansiedad o Abuso de Sustancias. Este tipo de trastorno puede conllevar alguna acción legal o disciplinaria, lo cual se constituye en una fuente de estrés. Además, este trastorno se correlaciona con otros factores de riesgo como disfuncionalidad familiar, impulsividad y Trastornos de Aprendizaje (Gould et al, 2003).

El Trastorno por Ataque de Pánico también ha sido asociado con un aumento de riesgo de conducta suicida en adolescentes. Sin embargo, parece tener especificidad de género. Así, los ataques de pánico pueden aumentar el riesgo suicida sólo en las niñas (Gould et al, 2003).

El Trastorno Límitrofe de Personalidad, en especial la inestabilidad anímica, es un componente importante de la conducta suicida. Además, los sujetos que presentan este trastorno junto con el Trastorno Depresivo, son más tendientes a la realización de intentos de suicidio que quienes sufren Depresión junto con otro tipo de Trastornos de Personalidad (Pfeffer, 1985).

Cabe destacar que, “a pesar de la alta prevalencia de afecciones psiquiátricas individuales en los jóvenes suicidas, sólo un tercio de las víctimas de suicidio han sido vistos por un médico antes de su muerte. El suicidio ocurre como consecuencia de las

distorsiones de percepción y juicio que caracterizan a un estado psíquico perturbado” (Ulloa, 1994: 180).

b) Historia de atentados suicidas previos:

Este es un fuerte predictor de suicidio consumado, sobre todo en los seis meses siguientes al primer intento (OPS, 2003), dando un riesgo particularmente alto para los niños y menos elevado para las niñas. Entre un cuarto y un tercio de víctimas de suicidio juvenil han hecho un atentado previo (Gould et al, 2003). Además, se constituye en un riesgo para el desarrollo de problemas psicosociales tales como comportamiento criminal, problema de alcohol y drogas, y divorcio (Brent et al, 1993 citados en Huey, Henggeler, Rowland et al, 2004).

En diversos estudios se ha encontrado que tanto la presencia de la ideación suicida, como de atentados previos, se constituyen en importantes factores de riesgo y predictores de suicidio consumado (De la Barra, 1989).

c) Factores cognitivos y de personalidad:

La desesperanza ha sido fuertemente asociada con riesgo de suicidio, incluso más que la depresión en sí misma, encontrándose altos niveles de desesperanza en individuos con conductas suicidas (Gould et al, 2003). Combinada con la impulsividad del adolescente, puede resultar bastante peligrosa (Hollander, 2000 citado en Rutter & Behrendt, 2004). Otro elemento es la baja autoestima y la escasa habilidad de resolución de problemas, donde se ha encontrado que las soluciones tienden a ser irrelevantes y repetitivas (Orbach, 1990 citado en Villardón, 1993), con un enfrentamiento evitativo y pasivo (Gould, Velting, Kleinman, Lucas, Graham & Chung, 2004). También se encuentra el comportamiento agresivo – impulsivo (Gould et al, 2003; OPS, 2003). Mehrabian y Weinstein (1985 citados en Villardón, 1993), plantean que las características temperamentales de sumisión, excitabilidad, “neuroticismo” y “tendencia a la ansiedad” diferencian a los sujetos que presentan una predisposición al desarrollo de conductas suicidas del resto de la población. Por otra parte, la sensibilidad a las críticas por parte de los demás y el perfeccionismo han sido relacionadas con la ideación suicida (Villardón, 1993). Un estilo atribucional interno para eventos negativos que se relaciona con el aumento de culpa en respuesta a estresores

interpersonales, ha sido vinculado con la aparición de ideación suicida (Spirito & Overholser, 2003). Otro factor considerado como incrementando el riesgo suicida es la hostilidad, la cual ha sido recientemente asociada con conductas de autoagresión dirigidas a castigar a otras personas como padres o pares (Meehan et al, 1992 citados en Rutter & Behrendt, 2004). El autoconcepto construido por estos adolescentes se basa en la incorporación de fallas personales, escolares y sociales, lo cual conduce a un autodevaluación y a la consideración del suicidio (Rutter & Behrendt, 2004). El miedo a la muerte es vivenciado de manera distinta en quienes realizan un intento de suicidio. Así, estos adolescentes reportan menores niveles de miedo a la muerte, por lo que este elemento no cumpliría su función inhibitoria como en los sujetos que no presentan conductas suicidas (Spirito & Overholser, 2003).

d) Orientación sexual:

Recientes estudios encontraron un incremento significativo (desde 2 hasta 6 veces más) del riesgo de conducta suicida no letal en jóvenes homo y bisexuales (Gould et al, 2003). “Los adolescentes homosexuales presentan tasas de tentativas de suicidio más elevadas que la población general y que la población homosexual de mayor edad” (Ulloa, 1994: 179). Con frecuencia esta conducta se presenta el mismo año en que se identifican a sí mismos como homo o bisexuales, ya que a raíz de este hecho se produciría un disturbio intra e interpersonal, aislamiento y estigma social. El adolescente no sería capaz de tolerar y enfrentar esta situación, llevándolo a considerar la muerte como la solución más efectiva a su situación (Ulloa, 1994: 179). En los casos en que estos adolescentes presentan mayor apoyo social en la familia y los pares, disminuye el riesgo suicida (Rutter & Soucar, 2002 citados en Rutter & Behrendt, 2004).

e) Factores biológicos:

Se ha estudiado una anomalía en la función de la serotonina en los individuos suicidas y en sujetos impulsivos y agresivos. Recientemente, el blanco de los estudios ha sido el polimorfismo que presentarían tres genes que juegan un importante rol en la regulación de la serotonina (Gould et al, 2003).

❖ Factores Psicosociales asociados a la realización de un intento de suicidio:

Características familiares: dentro de estas se encuentran:

- a) Historia familiar de conducta suicida: Se ha encontrado que el suicidio juvenil es casi 5 veces más probable en la descendencia de madres que realizaron suicidio consumado y 2 veces más común en la descendencia de padres con las mismas características (Gould et al, 2003).
- b) Psicopatología parental: Altos porcentajes de psicopatología parental, particularmente Depresión y Abuso de Sustancias, han sido encontrados en asociación con suicidio consumado, con ideación e intentos suicidas en la adolescencia (Gould et al, 2003).
- c) Divorcio: Los estudios muestran que las víctimas de suicidio provenían de familias no intactas. La asociación entre separación / divorcio y conducta suicida disminuye cuando éste se explica por psicopatología parental (Gould et al, 2003).
- d) Relación padres – hijos: Las relaciones dañadas están asociadas con un aumento en el riesgo de suicidio y de intentos suicidas entre los jóvenes. Por otra parte, factores precipitantes suelen superponerse a situaciones desfavorables del ambiente familiar que por lo general son de larga historia (Gould et al, 2003). El joven no encuentra apoyo en su familia, siente hostilidad y rechazo, percibe desinterés por sus problemas y críticas a sus comportamientos. “La frustración que le provoca este trato se transforma en violencia hacia sí mismo y lo lleva a la ruptura de los vínculos familiares” (Ulloa, 1994: 180). Se trata de relaciones caracterizadas por episodios de extremo estrés y conflicto, por lo que los niños viven en un ambiente poco predecible resultándoles difícil confiar en sus padres (Pfeffer, 1985). Generalmente estos niños temen a la disciplina excesiva y se sienten culpables por causar estrés en sus padres (Pfeffer, 1985).
- e) Características del grupo familiar: Villardón (1993), basándose en numerosos estudios, plantea que en las familias de adolescentes que tienden a desarrollar conductas suicidas se han detectado conflictos interpersonales, ambivalencias, dificultades de comunicación, hostilidades, violencia, carencias afectivas e indiferencia, control excesivo, ausencia de límites generacionales, relaciones conyugales conflictivas,

inflexibilidad y relaciones simbióticas. “En el momento mismo de la crisis suicida las características típicas encontradas en la familia son: incapacidad para aceptar los cambios necesarios, roles perturbados, afectos deteriorados, sistema familiar cerrado dominado por un miembro frágil de la familia, trastorno en la comunicación, intolerancia ante las crisis” (Richman, 1981 citado en Villardón, 1993: 119). Del mismo modo, Almonte (2003: 513), señala que “los niños o adolescentes que intentan suicidarse suelen proceder de familias que se caracterizan por la falta de empatía, escaso compromiso y que además presentan dificultades en el funcionamiento de los distintos subsistemas que la conforman”. Estas familias podrían encontrarse en “deprivación social significativa, con una red de apoyo restringida o inefectiva para contener las conductas impulsivas” (Almonte, 2003: 513). La relación fraternal se caracteriza por la falta de solidaridad e individualismo (Almonte, 2003). Los estudios han mostrado que el estrés familiar es el factor medioambiental más importante asociado con la conducta suicida en niños y adolescentes. Así, la desorganización familiar crónica o reciente o la presencia de crisis familiar son frecuentes en niños y adolescentes que intentan suicidarse (Pfeffer, 1985).

- f) Características de los padres: Margolin y Teicher (1968 citados en Villardón, 1993), señalan que las madres de los niños y adolescentes que presentan conductas suicidas presentan incapacidad de responder en forma efectiva a las necesidades de sus hijos e inmadurez, mientras que los padres o bien están ausentes, o son percibidos por los hijos con indiferencia o disgusto. Como subsistema parental, suelen ser rígidos e inconsistentes en el establecimiento de límites y normas, con vinculaciones inestables o desapegadas (Almonte, 2003). Con frecuencia, los padres de niños con conductas suicidas presentan altas manifestaciones de depresión y agresión (Pfeffer, 1985).

Circunstancias de vida adversas: dentro de éstas:

- g) Eventos vitales estresantes: “Los eventos que han ocurrido más frecuentemente entre la población suicida tiene que ver con la pérdida y el conflicto interpersonal” (Villardón, 1993: 64). Gould (2003), plantea que la prevalencia de estresores específicos entre las víctimas de suicidio varía según la edad. Así, los conflictos entre padres e hijos son precipitantes más comunes en víctimas adolescentes menores, mientras que las

dificultades de pareja son más frecuentes en adolescentes tardíos. A su vez, Villardón (1993), señala la importancia de la presión académica y el fracaso escolar como precipitantes de la conducta suicida. Los estresores vitales también varían según los desórdenes psiquiátricos que estén presentes. De este modo, el distanciamiento interpersonal es más común entre víctimas de suicidio con Trastorno por Abuso de Sustancias mientras que las crisis legales o disciplinarias son más frecuentes en víctimas con Trastorno de Conducta.

- h) Aislamiento social: ya desde los planteamientos de E. Durkheim (1951 citado en Rutter & Brehrendt, 2004), se ha señalado que los sujetos que tienen lazos sociales más débiles y los que sufren la falta de un sentido de pertenencia, están más expuestos a cometer suicidio. De acuerdo con esto, los hallazgos de Rutter y Behrendt (2004) señalan que los adolescentes que presentan una falta de apoyo social y experimentan aislamiento, pueden llegar a comportarse de manera autoagresiva. Sin embargo, es necesario considerar que estos autores plantean este factor dentro de un grupo de cuatro factores psicosociales (desesperanza, hostilidad y autoconcepto negativo), los cuales al presentarse en conjunto aumentan el riesgo de realizar un intento suicida. Esto se relaciona con lo planteado por Lynch (1965 citado en Collins & Cutcliffe, 2003), quien señala que la esperanza es vista como relacionada con la ayuda, lo que se relaciona con la visión del ser humano como un animal social, ya que habría una relación entre el nivel de esperanza – desesperanza y el grado de inserción social.
- i) Abuso físico: En un estudio (Gould et al, 2003), se encontró que este elemento se asocia con un aumento en el riesgo de intentos suicidas en la adolescencia tardía y la adultez temprana. Se encontró además, que las dificultades interpersonales durante la adolescencia media (tales como discusiones con adultos o pares o no tener amigos cercanos) actuaban como mediadores en la asociación entre abuso infantil y posteriores atentados suicidas.
- j) Abuso sexual: Es un elemento significativamente asociado con el aumento de riesgo de conductas suicidas en la adolescencia (OPS, 2003). “En los Países Bajos, algunos investigadores examinaron la relación entre el abuso sexual y el comportamiento

suicida en 1.490 estudiantes adolescentes y encontraron que los que habían sufrido abuso sexual mostraban un comportamiento suicida significativamente mayor así como otros problemas emocionales y de conducta, en comparación con sus compañeros que no lo habían sufrido” (OPS, 2003: 207).

Factores contextuales y ambientales: dentro de éstos:

- k) Nivel socioeconómico: Estudios sobre víctimas de suicidio (Gould et al, 2003) generalmente han encontrado escaso o ningún efecto relacionado a tener un nivel socioeconómico bajo.
- l) Problemas escolares y laborales: Las dificultades en la escuela o en el trabajo, o no estar asistiendo a la escuela o a la universidad, otorga un riesgo significativo para suicidio consumado (Gould et al, 2003).
- m) Contagio / imitación: Se ha acumulado evidencia respecto al impacto de los medios de comunicación en grupos de suicidas, apoyando la existencia de contagio suicida (Gould et al, 2003). La magnitud del aumento suicida es proporcional a la cantidad, duración y prominencia de la cobertura de los medios de comunicación, mientras que el impacto de las historias suicidas sobre subsecuentes suicidios consumados parece ser mayor para los adolescentes, especialmente en aquellos con predisposición a la conducta suicida. En este sentido, parece ser relevante el manejo que dan la escuela, la familia, los medios de comunicación y la publicidad, al suicidio de algún compañero, amigo o familiar (Ulloa, 1994). Por otra parte, cuando un adolescente tiene un amigo que ha muerto por suicidio, sus pensamientos acerca de la muerte y el suicidio tienden a aumentar en frecuencia e intensidad, ya que una vez que se ha roto el tabú sobre el suicidio, este se vuelve una opción viable para enfrentar el estrés y los eventos vitales negativos (Spirito & Overholser, 2003). Actualmente se ha señalado que internet puede tener mayor efecto en el contagio suicida que otros medios de comunicación (Baume et al, 1997 citados en Becker & Shmidt, 2005), aunque aún se necesita más investigación al respecto.
- n) Regulación y control de armas de fuego y/o de medicamentos disponibles: Dado que muchos de los suicidios consumados e intentos realizados, son llevados a cabo de forma

impulsiva, utilizando métodos que el niño o adolescente tiene a mano (como los medicamentos de un familiar o propios, o armas de fuego accesibles) (Gould et al, 2003).

VI. Factores Protectores

- a) **Cohesión familiar:** Este elemento ha sido reportado como un factor protector en un estudio realizado entre adolescentes de enseñanza media y universitarios (Gould et al, 2003). Los estudiantes que describieron la vida familiar en términos de un alto grado de compromiso mutuo, compartir intereses y apoyo emocional, tuvieron entre 3.5 a 5.5 veces menos probabilidades de presentar conductas suicidas que los adolescentes de familias con menos cohesión y que tuvieron los mismos niveles de depresión o estrés vital.

- b) **Religiosidad:** Según Gould et al (2003), desde los planteamientos de E. Durkheim, el rol de la religiosidad en el suicidio ha sido foco de investigación científica. Recientemente se le ha dado valor protector en contra del comportamiento suicida y la depresión. Este factor ha sido apelado para explicar el menor porcentaje de suicidios entre las personas de raza afroamericana en EEUU, incluyendo niños y adolescentes (Gould et al, 2003).

- c) **Apoyo Social:** este factor, definido como un sentido de pertenencia, especialmente dentro de pares, familia, grupos y comunidad (Grholt et al, 2000 citados en Rutter & Behrendt, 2004), se ha relacionado con un funcionamiento más sano en los adolescentes. En el estudio realizado por Rutter y Behrendt (2004), quienes reportaron un apoyo social más fuerte presentaron mayores niveles de resiliencia y menor riesgo suicida. Los adolescentes que perciben mayor aceptación por parte de su familia, amigos y pares, y más relaciones de amistad positivas, también se muestran en menor riesgo de presentar conductas suicidas (Harter, Marold, Whitesell & Cobbs, 1996 citados en Rutter & Behrendt, 2004). Además, quienes se sienten con apoyo de consejeros, padres o pares presentaron mecanismos de enfrentamiento más sanos y

mantuvieron una visión más positiva del futuro (De Wilde, Kienhorst, Diekstra & Wolters, 1993 citados en Rutter & Behrendt, 2004).

VII. Organización del Desarrollo en niños y adolescentes con conductas suicidas

Desde una perspectiva piagetana, es posible concebir este tipo de conductas como un importante desequilibrio en los procesos de desarrollo de la organización de identidad. En este sentido, las dificultades que se dan en la diferenciación e integración con otros, llevan a una pérdida del sentido del sí mismo, del futuro y de la vida (Sepúlveda, 2003). La construcción de la visión de sí mismos y la realidad se distorsiona, inclinándose a lo negativo. Además, al volverse rígidas se dificulta la posibilidad de un cambio a partir de la interacción con el entorno. La vivencia toma un tono depresivo de estar coartado en el actuar e impedido de ser incluido en el mundo, las frustraciones vitales inevitables son percibidas como insuperables, lo cual lleva a enfrentar el estrés desde la conducta suicida (Sepúlveda, 2003).

En síntesis, en los aspectos del desarrollo se encuentran (Sepúlveda, 2003):

- ❖ *Aspectos cognitivos:* baja autoestima y autoconcepto negativo, rigidez cognitiva, estilo de resolución y enfrentamiento de problemas de tipo evitativo, visión de realidad amenazante, negativa y depresiva, visión de los otros como poco contenedores, rechazantes y hostiles.
- ❖ *Aspectos afectivo – sociales:* impulsividad, bajo autocontrol y autocuidado, desesperanza, baja tolerancia a la frustración y al estrés, labilidad emocional, escasa modulación afectiva, pobre expresión de emociones, sentimientos de soledad y rechazo, pérdida del sentido de la vida, desapego de los otros y del mundo.

VIII. Aproximaciones al Intento de Suicidio en Niños y Adolescentes

En general, las investigaciones empíricas y el abordaje del tema se han enfocado principalmente a la prevención (Valdivia, Schaub & Díaz, 1998) y el tratamiento a largo plazo (como la psicoterapia en sus distintas modalidades). De este modo, han sido

estudiados en profundidad los factores de riesgo asociados a la presentación de las distintas conductas suicidas, destinando esta información a la generación de planes y programas dirigidos a la población en riesgo inmediato (Valdivia, Schaub & Díaz, 1998), así como para el tratamiento de quienes presentan ideación o intentos de suicidio.

- Prevención: dentro de esta área se encuentran programas dirigidos al contexto escolar, comunitario y de salud, buscando atenuar el efecto de los factores de riesgo presentes y detectar aquellos sujetos que se encuentran en riesgo de llevar a cabo algún intento de suicidio (Gould, Greenberg, Velting & Shaffer, 2003).

En las estrategias de prevención en el área escolar, se encuentra el incluir en el currículo académico conocimientos acerca del suicidio, de modo de incrementar las habilidades de detectar pares en riesgo y de actuar en forma responsable ante estas situaciones (Kalafat & Elias, 1994 citados en Gould et al, 2003). Otra estrategia es el entrenamiento de habilidades de enfrentamiento y resolución de problemas (Asarnos et al. 1987, Cole, 1989, Rotheram – Borus et al., 1990 citados en Gould et al, 2003). Otras son: la detección de casos mediante la evaluación directa de individuos (Gould et al, 2003), el entrenamiento del personal de las escuelas con conocimientos sobre la conducta suicida con el fin de identificar y derivar sujetos en riesgo (Garland & Zigler, 1993, Kalafat & Elias, 1995 citados en Gould et al, 2003), preparar a los pares en escuchar, reportar cualquier señal de alerta y aconsejar a quienes puedan estar en riesgo (Gould et al, 2003) y, por último, se encuentran los programas de intervención en crisis en la escuela luego de un intento de suicidio, con el fin de reducir morbilidad y mortalidad como consecuencia de esta experiencia (Brent et al., 1993, 1994 citados en Gould et al, 2003). En relación con esto, cabe señalar los hallazgos de Stuart, Waalen y Haelstromm (2003) sobre la efectividad del entrenamiento de pares como programa de prevención del suicidio, donde se observó que luego de este, los adolescentes aumentaron las actitudes positivas acerca de la intervención en el suicidio, los conocimientos del tema, y la capacidad de indagar acerca de la ideación suicida, logros que se mantenían luego de tres meses del entrenamiento.

Respecto a las estrategias de prevención comunitarias, se encuentran: los centros de atención en crisis y las líneas telefónicas de emergencia, que proveen apoyo inmediato y

accesible a cualquier hora (Gould et al, 2003), la restricción de las armas de fuego (Gould et al, 2003) y educar a los profesionales de los medios de comunicación en cuanto al fenómeno del contagio suicida (Gould et al, 2003).

En cuanto a los programas de prevención relacionados a los sistemas de salud, la estrategia se enfoca al entrenamiento de médicos y pediatras en la detección y tratamiento de niños y adolescentes con conductas suicidas (Gould et al, 2003).

- Tratamiento: este incluye el abordaje de sujetos que ya han realizado un intento de suicidio. Dentro de estas estrategias se encuentran la utilización de los servicios de salud mental, de emergencia y de intervención en crisis, la hospitalización, el tratamiento ambulatorio, la psicoterapia y las intervenciones psicofarmacológicas (Gould et al, 2003).

Si bien, ambas líneas de abordaje se distinguen en cuanto a la población a la que se dirigen, se plantean objetivos similares en su intervención. Estos pueden agruparse según el contexto al que apuntan:

En el contexto individual:

- a. Evaluación de la conducta suicida y del riesgo de suicidio del sujeto, atendiendo especialmente el nivel de desesperanza, por el peligro que este entraña en la posibilidad de un reintento (Dori & Overholser, 1999 citados en Rutter & Behrendt, 2004). Además de realizar una evaluación respecto a la depresión como estrategia efectiva en la prevención del suicidio, en niños y adolescentes en riesgo (Shaffer & Craft, 1999 citados en Vermeiren, Schwab-Stone, Ruchkin et al., 2003), se debe evaluar la presencia de conductas violentas y de riesgo (Vermeiren, Schwab-Stone, Ruchkin et al. 2003).
- b. Entrenamiento y construcción de competencias sociales (Bell & Clark, 1998), de enfrentamiento y resolución de problemas (Bell & Clark, 1998; Carrigan, 1994; Linehan, 1987 citado en Pulakos, 1993), el mejoramiento de las estrategias de comunicación (Carrigan, 1994) y de formas más efectivas y menos peligrosas de conseguir sus metas, señalando las conducta suicidas como respuestas desadaptativas al

estrés (Hillard, 1983). Con el desarrollo de estrategias de resolución de problemas se pretende aumentar los niveles de tolerancia al estrés, capacidad de regulación emocional, efectividad interpersonal y la capacidad de tomar mejores decisiones (Linehan, 1993 citado en Shaffer & Pfeffer, 2001).

- c. Indagar, explorar y discutir acerca de los sentimientos del sujeto que intenta un suicidio, con el fin de comprenderlos y poder comunicarlos de manera más efectiva, facilitando un espacio donde se sienta escuchado y validado (Carrigan, 1994; Pulakos 1993).
- d. Establecer un buen vínculo terapéutico (Ashworth, 2001).
- e. Indagar en la subjetividad del paciente para entender los significados del acto suicida (Stuart & Sundine, 1991 citado en Carrigan, 1994).
- f. Aumentar las habilidades de búsqueda de ayuda apropiada, escasos en los sujetos que realizan un intento de suicidio y que actuarían como barrera en la consecución de ayuda (Gould et al, 2004), desarrollando un plan que evite el aislamiento de sus pares o de su familia (Spirito & Overhoser, 2003).
- g. Retomar actividades académicas, puesto que ir a la escuela le provee al sujeto de un sentido de identidad y de habilidad. Sin actividades regulares su sentido de competencia o eficacia y su identidad reconocida mediante la interacción con sus pares, se ve amenazada (Committee on Adolescence, 1996).

En el contexto familiar:

- a. Realizar una evaluación a la familia, especialmente respecto a las interacciones entre sus miembros y respecto a la presencia de conductas violentas y suicidas en los padres (Pfeffer, 1985).
- b. Asegurar y restringir el acceso de armas de fuego (Bell & Clark, 1998) y otros métodos potenciales para la realización de un acto suicida, tales como medicamentos, cuchillos, u otros (Henggeler, 2002 citado en Huey et al., 2004), además de limitar el acceso al alcohol y otras sustancias potencialmente desinhibidoras (Shaffer & Pfeffer, 2001).
- c. Realizar contención y establecer un sistema de control respecto al sujeto que realizó el intento de suicidio, especialmente cuando se presentan influencias negativas en la comunidad (Henggeler, 2002 citado en Huey et al., 2004). Para esto, la familia debe generar un plan y sistema de monitoreo que disminuya el riesgo de un nuevo intento de suicidio.

- d. Realizar psicoeducación a los padres respecto a los comportamientos suicidas de niños y adolescentes, ayudándolos a identificar eventos precipitantes y los síntomas o estados mentales que anuncien un nuevo intento (Brent et al, 1993 citado en Shaffer & Pfeffer, 2001).
- e. Mejorar los patrones de comunicación entre los miembros de la familia, logrando que se expresen de manera clara y directa entre ellos, pidiendo y entregando feedback mediante la comunicación (Stuart & Sundine, 1991 citado en Carrigan, 1994). Para lograr una comunicación efectiva los padres deben ofrecer espacios de escucha a sus hijos, permitiéndoles la expresión de sentimientos, enseñándoles los valores de la cercanía humana y cómo pedir ayuda cuando se está en dificultades (Ulloa, 1994).

En el contexto escolar:

- a. Proveer a los pares información acerca de los intentos de suicidio, alertando acerca de cómo detectar signos que señalen un riesgo de conducta suicida y entregando información acerca de cómo buscar ayuda para sí mismos o para otros sujetos en riesgo (recursos de apoyo disponibles para menores en crisis) (Bell & Clark, 1998; Committee on Adolescence, 1996; King, 2001; Ulloa, 1994).
- b. Capacitar e incentivar a profesores (así como a padres y amigos del niño o adolescente) en la identificación de sujetos de alto riesgo de realizar un intento de suicidio, mediante el desarrollo de la capacidad de “recoger las señales que envíe un niño o adolescente con problemas y de responder adecuada y prontamente a estas” (Ulloa, 1994: 182), reconociendo así signos y factores de riesgo relacionados al suicidio (King, 2001).
- c. Promover la colaboración de los distintos actores del contexto escolar, con el fin de lograr una coordinación adecuada que permita detectar sujetos en riesgo de realizar conductas suicidas y responder de manera eficiente a las necesidades que estos presenten (King, 2001).
- d. Aumentar la participación y vinculación de los estudiantes con el establecimiento escolar, generando un ambiente contenedor, puesto que la percepción de este vínculo actuaría como factor protector respecto a las conductas suicidas (Resnick, Bearman & Blum, 1997 citados en King, 2001). Por otro lado, se debe favorecer la vinculación e integración entre la escuela y la familia, y asimismo la vinculación del contexto escolar con centros comunitarios y otras instancias de apoyo que pudiesen ser contactadas en el

caso de intento de suicidio de algún estudiante u otras necesidades relacionadas (King, 2001).

- e. Minimizar el trauma a los pares y reducir la posibilidad de contagio / imitación o de futuros intentos de suicidio (King, 2001).
- f. Ofrecer la posibilidad al personal docente, paradocente y pares de expresar sentimientos, preocupaciones y sugerencias respecto a la experiencia del intento de suicidio (King, 2001).
- g. Estimular formas activas (en vez de pasivas) de responder a la crisis (Celotta, 1995).
- h. Evitar alarmar al cuerpo estudiantil, intentando mantener la confidencialidad y privacidad del sujeto que realizó el intento de suicidio, ya que si rumores y mitos respecto del intento de suicido son generalizados y están causando algún tipo de daño, los alumnos han presenciado la acción policial o de los servicios de emergencia, o bien un grupo de amigos o pares cercanos al sujeto que realizó el intento de suicidio resultan afectados, esta situación se convierte en una crisis que debe ser manejada por el personal docente (King, 2001).

Al intervenir, es necesario considerar que la influencia en el desarrollo de los distintos grupos de pertenencia, es diferente según la etapa evolutiva de la que se trate. De este modo, durante la infancia es primordial la influencia de la familia, mientras que en la adolescencia es más relevante la influencia del grupo de pares (Committee on Adolescence, 1996; Kirk, 1993). Al respecto, se ha señalado la importancia de incluir a los padres como parte central del proceso de tratamiento en niños, dada la relación de dependencia que existe entre ellos, a diferencia del tratamiento en sujetos mayores (Abrams, 1993). Por otro lado, cuando los adolescentes se encuentran con problemas, prefieren buscar ayuda en fuentes informales, como los amigos (Offer et al, 1991, Rickwood & Braithwaite, 1994 citados en Gould et al, 2004) y educadores (Kirk, 1993). Sin embargo, éstos se encuentran poco facultados para proveerla de manera adecuada (Deane et al, 2001 citados en Gould et al, 2004). Este hecho se agrava con los datos que indican que los adolescentes perturbados (como el caso de quienes presentan conductas suicidas), tienden a establecer relaciones de amistad de “calidad pobre” (Cole et al, 1992 citados en Gould et al, 2004) y con otros adolescentes con problemas (Sarbornie & Kauffman, 1985 citados en Gould et al, 2004).

En relación con esto, la intervención debe considerar las características de la dinámica relacional existente entre el sujeto y cada contexto de acuerdo con la variable evolutiva.

Los elementos teóricos y empíricos revisados dentro de este capítulo, permiten la comprensión del intento de suicidio como un signo de desequilibrio psíquico, más que una entidad mórbida en sí misma. La conducta suicida abarca un continuo y, a la vez, un proceso que culmina en el suicidio consumado. De esta manera, se facilita su comprensión como una dinámica en la que participan factores individuales (como la vulnerabilidad del sujeto) y ambientales, que se constituyen en factores de riesgo y / o protectores en los sujetos y en sus interacciones.

A partir de la revisión realizada, es posible rescatar aspectos comunes a la base del intento de suicidio tales como desesperanza, baja autoestima, impulsividad, contexto familiar disfuncional, escasas habilidades de resolución de problemas y enfrentamiento evitativo de estos, importantes necesidades insatisfechas, deseos de morir, escapar u obtener alivio, aislamiento social, pérdidas y conflictos interpersonales, entre otros elementos que permiten delinear los objetivos principales de cualquier modalidad de intervención.

Respecto a este último punto, se han enfatizado como principales focos y objetivos de intervención: contención emocional, generación de un contexto protector para los sujetos afectados, mejoramiento de vínculos, resolución de problemas, desarrollo y mejoramiento de estrategias de comunicación y competencias sociales, desarrollo de habilidades de búsqueda de ayuda y comprensión de la crisis suicida (generalmente mediante psicoeducación), aplicables a los tres contextos señalados en esta investigación.

Si bien se logra una adecuada contextualización y entendimiento del fenómeno del suicidio, contando así con los conocimientos básicos y principales que permitan realizar una intervención en niños y adolescentes que presentan este tipo de crisis, se puede pensar que una comprensión del intento de suicidio desde una perspectiva constructivista evolutiva, permitiría enriquecer tanto su entendimiento (especialmente sobre los procesos y dinámicas entre los factores intra e interindividuales), como la planificación de estrategias de

intervención. A partir de la visión del fenómeno desde este enfoque en particular, se lograría reconocer las características del funcionamiento actual de los sujetos intervenidos, adecuando la intervención a estas y entendiendo cuáles serían las metas (y las modalidades de su consecución), en cuanto a la superación del desequilibrio y el logro de una equilibración más estable.

Para lograr esta comprensión, a continuación se expondrán los elementos teóricos, provenientes del marco Constructivista Evolutivo y de los postulados piagetanos, que permitan precisar la intervención en crisis en niños y adolescentes que intentan suicidarse desde los aportes de este enfoque.

CAPÍTULO 3: Enfoque Constructivista Evolutivo

El enfoque Constructivista Evolutivo, sienta sus bases en la epistemología Constructivista que permite comprender la relación dinámica entre sujeto y objeto en la experiencia de conocer. De esta forma, es posible entender los procesos de construcción de significado y complejización de las estructuras de conocimiento, dentro de la relación continua entre el sujeto y su contexto a lo largo de su historia vital.

A partir de esta comprensión, se entiende cómo el de la persona se da a través de la permanente interacción con el medio en un proceso de cooperación con otros. Sin embargo, estos procesos no siempre permiten el logro de las tareas evolutivas y, en consecuencia, de una adaptación adecuada, constituyéndose en una vulnerabilidad para el desarrollo que abre la posibilidad de la aparición de psicopatología, como es el caso de las conductas suicidas.

I. Aspectos Generales y Epistemológicos

El término Constructivista denomina a aquella epistemología que reconoce que “el conocimiento es producto de procesos constructivos cuya naturaleza debe ser objeto de investigaciones empíricas” (Macurán, 2003: 10). A pesar que sus orígenes podrían remontarse a los escritos de filósofos como Vico, Kant y Vaihinger (Mahoney, 1997), sólo recientemente se ha desplegado, abarcando diferentes áreas científicas y trayendo con esto diversas implicaciones que han significado una revolución respecto de la mirada epistemológica reinante hasta su aparición, el Positivismo (Cayazzo & Vidal, 2002).

Este cambio epistemológico, centra en el sujeto la construcción del conocimiento, situándolo en una posición proactiva ante la realidad. Es el sujeto quien construye el conocimiento a partir de su propia experiencia y acción (Mahoney, 1997). “Toda comprensión es siempre el resultado de la interpretación (...) la comprensión es inseparable de la experiencia humana, y en consecuencia existir significa literalmente conocer” (Guidano, 1994: 17 – 18). Y continua: “mientras que la experiencia aparecería como una condición necesaria de toda explicación, también toda explicación es crucial para dar

congruencia y significado a los hechos de la vida” (Guidano, 1994: 19). Desde este cambio, el sujeto se hace responsable de sus propias construcciones, además de incluir como un elemento importante para la construcción del conocimiento la interacción con los otros y su ambiente.

Por otra parte, esta construcción pasa a ser concebida como un proceso evolutivo y, en este sentido, histórico y autorreferente. Se trata de un conocimiento que avanza hacia la complejidad y comprensión en cada momento del desarrollo, mientras que toma validez al darse dentro de un marco de coherencia y estabilidad respecto a las construcciones previas del individuo, es decir, la viabilidad del conocimiento está dada por las consecuencias que traiga para el individuo en términos de adaptación. Cada conocimiento o significado construido acerca de “la realidad”, refleja al mismo tiempo a la estructura que la generó, tornando inseparable sujeto y objeto (Guidano, 1994; Piaget, 1998).

Con esto, esta manera de concebir el conocimiento, abre paso a la tolerancia, ya que es posible admitir la existencia de una pluralidad de realidades, tantas como observadores hay. De este modo, si bien admite la diversidad de las interpretaciones y significados respecto a la realidad, esta tolerancia se enmarca dentro de un parámetro proporcionado por la interacción con la cultura. Cada “realidad” es construida también desde el consenso social. Así, puede concluirse que la mente y la organización del sí mismo se crean a partir de lo social (Cayazzo & Vidal, 2002).

Un cambio de relevancia, se da respecto al concepto de adaptación, ya que mientras que para la epistemología positivista esta se refería al grado de ajuste entre la percepción y la realidad externa, desde esta nueva mirada epistemológica es definida como “la aptitud para transformar la perturbación que nace de la interacción con el mundo en información significativa para el propio orden experiencial. La conservación de una adecuación adaptativa significa esencialmente la preservación del propio sentido del sí mismo mediante la transformación continua del mundo percibido, y no por una mera correspondencia con él” (Guidano, 1994: 23). Esta proposición es coherente con los planteamientos de Piaget, los cuales serán expuestos a continuación.

II. Concepto de Desarrollo

Dentro de este marco epistemológico, el desarrollo es concebido como “una curva discontinua en la que los períodos de relativa estabilidad estructural son “interrumpidos” por episodios de cataclismo de todo el sistema; en esos episodios aparecen importantes reorganizaciones” (Guidano, 1994: 23), lo cual concuerda con la conceptualización que se hace de este mismo proceso desde la visión piagetana. Para Piaget “el desarrollo mental del niño aparece, en total, como una sucesión de tres grandes construcciones, cada una de las cuales prolonga la precedente, reconstruyéndola, ante todo, en un nuevo plano para sobrepasarla luego cada vez más” (1969: 151). De este modo, el desarrollo puede concebirse “como un proceso de aproximaciones sucesivas a una especie de equilibrio, un estado final que nunca se alcanza por completo” (Flavell, 1982: 67), las cuales se dan tanto a nivel orgánico como mental. Los dos procesos fundamentales que constituyen el equilibrio son la asimilación y la acomodación. El primero, se define como “el proceso por el cual se alteran los elementos del ambiente en forma tal que puedan ser incorporados en la estructura del organismo” (Flavell, 1982: 65). En lo cognitivo, este proceso implica la estructuración mental de todo objeto ambiental que es enfrentado en una relación de conocimiento, lo cual debe hacerse en concordancia con las estructuras previas. El segundo proceso, la acomodación, apela al hecho que la realidad “nunca es infinitamente maleable” (Flavell, 1982: 68), por lo cual, para que pueda darse lugar el desarrollo cognitivo es necesario que el organismo se ajuste a la realidad. “La esencia de la acomodación es precisamente este proceso de adaptarse a las variadas demandas o requerimientos que el mundo de los objetos impone al sujeto” (Flavell, 1982: 68). A pesar que asimilación y acomodación se distinguen conceptualmente, en el proceso son indisociables. Toda asimilación supone al mismo tiempo acomodación y a la inversa.

Piaget introduce la equilibración como proceso, ya no como estado, planteándolo como el motor del desarrollo, ya que “conduce de ciertos estados de equilibrio aproximado a otros, cualitativamente diferentes, pasando por múltiples desequilibrios y reequilibraciones” (Piaget, 1998: 5). En este contexto, este autor plantea la necesidad de tres tipos de equilibración:

- ❖ Entre la asimilación de los objetos a esquemas de acción y la acomodación de estos a los objetos. Los objetos son necesarios para el desarrollo, a la vez que el esquema es el que le da el significado, transformándolo.
- ❖ Entre los subsistemas, ya que la constitución de estos es un proceso progresivo y con desfases temporales, dando cabida a desequilibrios.
- ❖ Entre la diferenciación y la integración, por ende de la relación entre los subsistemas y la totalidad, considerando la estructura y su jerarquía.

Los desequilibrios suelen ser más frecuentes en las etapas iniciales que en las posteriores, dado que existe una primacía de los caracteres positivos y que la elaboración de las contradicciones o negaciones (todo aquello que el individuo no conoce, que no forma parte de los esquemas que ha construido y que, por lo tanto, viene a constituirse en un perturbador al presentar un elemento nuevo y diferente al conocido) tiende a darse de forma más tardía y lenta en el desarrollo. Siguiendo un orden temporal, primero se estructura el conocimiento de lo positivo, en términos de lo que ocurre en la experiencia inmediata, “perceptivamente sólo se registran observables positivos y la percepción de la ausencia de un objeto se produce sólo de un modo secundario y en función de expectativas o de previsiones que dependen de la acción completa y superan la percepción” (Piaget, 1998: 19). Esta asimetría entre los caracteres positivos y negativos, aumenta la posibilidad de perturbar al sistema. Ante estas perturbaciones, entendiendo éstas como obstáculos que impiden una asimilación, se van construyendo distintas formas de compensación a lo largo del desarrollo, donde compensación es “una acción de sentido contrario a un efecto dado que tiende, por lo tanto, a anularlo o a neutralizarlo” (Piaget, 1998: 30). Así, es posible distinguir tres conductas compensatorias:

- ❖ En la primera, “si se trata de una pequeña perturbación próxima al punto de equilibrio, se obtendrá la compensación mediante una simple modificación introducida por el sujeto en sentido inverso de la perturbación en cuestión (...) si la perturbación es más fuerte o es considerada implícitamente como tal por el sujeto: en ese caso, la anulará despreciándola sin más o simplemente eliminándola (...) estas reacciones sólo son parcialmente compensadoras y, en consecuencia, el equilibrio que resulta de ellas sigue siendo muy inestable” (Piaget, 1998: 73-4).

- ❖ La segunda “consistirá en integrar en el sistema el elemento perturbador surgido del exterior, consistiendo entonces (...) en modificar el sistema por “desplazamiento de equilibrio” hasta ser asimilable el hecho inesperado (...) lo que era perturbador se convierte en variación en el interior de una estructura reorganizada, gracias a nuevas relaciones que unen el elemento incorporado a los que ya estaban organizados” (Piaget, 1998: 74-5).
- ❖ El tercer tipo de conducta consiste en anticipar las posibles variaciones las cuales pierden su carácter de perturbador al transformarse en previsibles. “El sentido de la compensación es el de una simetría inherente a la organización del sistema, y no ya el de una eliminación de las perturbaciones” (Piaget, 1998: 76).

Con la interiorización de lo que inicialmente era perturbador, así como de las compensaciones, se contribuye a la reversibilidad de las operaciones, al generar la construcción de las negaciones y su correspondencia con las afirmaciones, lo cual constituye el proceso fundamental de la equilibración. “Hay compensación cuando, en respuesta a una perturbación, el sujeto se esfuerza en coordinar los caracteres positivos y negativos de la situación, y la compensación es completa cuando a todas las afirmaciones corresponden las negaciones que implican” (Piaget, 1998: 192).

Es necesario considerar que si bien los desequilibrios empujan al desarrollo, sólo lo potencian en la medida en que puedan ser superados. De este modo, la fuente real del progreso es la reequilibración que se consigue, no como volver al estado de equilibrio previo a la perturbación, sino como un avance respecto a éste. En este sentido, el concepto de equilibración maximizadora, viene a designar a aquella reequilibración que incluye también la mejora, en comparación al estado de equilibrio previo al desequilibrio, “las reequilibraciones sólo en ciertos casos constituyen regresos al equilibrio anterior: por el contrario, las que son más fundamentales para el desarrollo consisten en formaciones no solamente de un nuevo equilibrio, sino también de un equilibrio mejor en general” (Piaget, 1998: 5). Esta mejora puede deberse a dos razones. Primero, que sea el resultado del éxito del equilibrio momentáneamente alcanzado, significando una ampliación del campo del sistema en cuanto a su extensión. Segundo, que sea producto de la abstracción del mismo

mecanismo de la regulación, teniendo como consecuencia diferenciaciones en la comprensión (y no sólo una ampliación en la extensión).

Con la equilibración maximizadora, se consigue la construcción gradual de negaciones de diferentes clases, pasando desde las negaciones prácticas a su representación a través de la reflexión. Con esto el desarrollo avanza, logrando incluir diferenciaciones e integraciones que llevan a la complejidad del sistema de conocimiento. Es así como el individuo alcanza un conocimiento del mundo, de sí mismo y de su relación con el entorno.

III. Estadios del Desarrollo

La “integración de estructuras sucesivas (...), permite dividir el desarrollo en grandes períodos o subestadios, que obedecen a los siguientes criterios: 1. su orden de sucesión es constante, aunque las edades promedio pueden variar de un individuo a otro, según sus grados de inteligencia, o de un ambiente social a otro. El desarrollo de los estadios puede, pues, dar lugar a retrocesos o aceleraciones; pero el orden de sucesión persiste constante en los ámbitos en que puede hablarse de tales estadios; 2. cada estadio se caracteriza por una estructura de conjunto, en función de la cual pueden explicarse las principales reacciones particulares (...); 3. esas estructuras de conjunto son integrativas y no se sustituyen unas a otras: cada una resulta de la precedente, integrándola como estructura subordinada, y prepara a la siguiente, integrándose antes o después en ella” (Piaget, 1969: 151–2).

De esta manera, Piaget (1986) establece cuatro estadios o periodos de desarrollo, los cuales constituyen una forma particular y progresiva de equilibrio, y van permitiendo una adaptación cada vez más precisa a la realidad. En estos estadios, la asimilación y acomodación progresan desde ser procesos indiferenciados, marcando un egocentrismo al no diferenciarse sujeto y objeto, hasta su completo “antagonismo” y complementariedad, integrándose para lograr la autonomía y diferenciación individual (Flavell, 1982). Estas etapas son:

1. El recién nacido y el lactante (del nacimiento a los 2 años) o Estadio Sensoriomotriz:

Piaget (1969) establece seis sub - estadios en este período:

- Estadio I: se inicia el desarrollo con actividades espontáneas y totales del organismo, a partir de las cuales surgen los reflejos como diferenciación de ellas (esquema reflejo).
- Estadio II: se desarrollan los hábitos a través de ciclos reflejos, donde el niño se interesa por una actividad y la repite automáticamente, organizando las percepciones y la práctica de acciones de forma más estable en esquemas de asimilación sensorio motrices de conjunto en los que no existe diferenciación entre medios y fines (razón por la cual aún no se trata de inteligencia), “no hay invenciones, ni descubrimiento de medios nuevos, sino simple aplicación de medios conocidos a circunstancias imprevistas” (Piaget, 1955: 135).
- Estadio III: comienza en el momento en que hay coordinación entre visión y aprehensión. Se trata de inteligencia práctica basada en esquemas de acción, pues se basan en la manipulación activa de los objetos. Surgen nuevas conductas de transición entre el hábito simple y la inteligencia, las reacciones circulares, que serían una reproducción activa de un resultado obtenido una primera vez por azar y donde se nota un progreso en la movilidad, aunque aun no se presenta la reversibilidad. Así, se crean nuevos hábitos pero con la posibilidad de comenzar a diferenciar entre medios y fines. Las percepciones de estas acciones, están centradas en su propia actividad, por lo que se habla de un “egocentrismo inconsciente e integral”.
- Estadio IV: comienza a haber finalidad previa, independiente de los medios que el niño vaya a usar.
- Estadio V: aquí se añade la búsqueda de medios nuevos por diferenciación de los esquemas conocidos.
- Estadio VI: el niño es capaz de encontrar medios nuevos, no sólo por condiciones materiales, sino por combinaciones interiorizadas que desembocan en una comprensión repentina. Este estadio “señala la conclusión de la inteligencia sensoriomotriz: en lugar de que los medios nuevos sean descubiertos exclusivamente por la experimentación activa, como en el nivel anterior, puede haber en adelante invención, mediante coordinación interior y rápida, de procedimientos no conocidos aún por el sujeto” (Piaget, 1955: 137).

La inteligencia sensoriomotriz organiza lo real construyendo las grandes categorías de acción, que son: los esquemas de objeto permanente, la noción de causalidad y del espacio y el tiempo.

Dentro del desarrollo afectivo, se aprecia una descentración que va desde un estado de indiferenciación entre el yo y el entorno, al yo diferenciado (donde surgen los sentimientos interindividuales y los intereses). Aquí, destacan tres elementos: 1. A dualismo, que se trata de la no existencia del yo, por lo cual no hay diferenciación. La afectividad está centrada en el propio cuerpo y en las acciones propias, entonces los afectos dependen de los ritmos generales de las actividades espontáneas y globales del organismo. 2. Reacciones interindividuales, donde aparece un grado de diferenciación emocional y de situaciones, por lo que el contacto con personas va cobrando mayor importancia dando paso a la comunicación. 3. Relaciones objetales, donde hay una elección de objeto, con la consecuente descentración afectiva, en relación al desarrollo del esquema de objeto permanente. Este estadio corresponde al de los sentimientos intraindividuales, dentro del cual Piaget (2001) establece tres estadios del desarrollo afectivo:

I. Estadio de los dispositivos hereditarios (cuyo paralelo intelectual son los reflejos e instintos), donde se sitúan las tendencias instintivas y emociones.

II. Estadio de los afectos perceptivos (cuyo paralelo intelectual serían los primeros hábitos y las percepciones diferenciadas), que son sentimientos ligados a las percepciones (placer, dolor, agradable, desagradable, etc.) y la diferenciación de las necesidades y de los intereses “hasta la satisfacción de un cierto número de necesidades diferenciadas = formas diversas de satisfacción (o de decepción), con todo tipo de matices según la acción considerada” (Piaget, 2001: 42).

III. Estadio de las regulaciones elementales o de los afectos intencionales (cuyo paralelo sería la inteligencia sensorio-motriz) donde se observan: “ a) nuevas diferenciaciones, aunque se mantienen en el plano intraindividual. 1. coordinaciones de intereses: ciertos objetos sin interés en sí mismos, cobran un interés en relación con otros, previamente valorizados. Por lo tanto: 2. Comienzo de una jerarquía de valores (...) aún lábil. b) comienzo de descentraciones: la afectividad comienza a dirigirse hacia el otro” (Piaget, 2001: 48).

Según Piaget (2001), se presentan cuatro clases de regulación (que cumplen un rol en la economía general del comportamiento): las regulaciones de activación y las de terminación, ambas compuestas por las positivas y negativas.

Al sistema regulador de los sentimientos, además hay que agregar un segundo sistema regulador, el de los intereses o del valor de la acción, donde el valor implica un intercambio afectivo con el exterior que puede caracterizarse como un enriquecimiento de la acción propia (un objeto, o persona adquieren valor cuando enriquecen la acción propia). El sistema de valores desborda al sistema de regulaciones y comienza a constituir la finalidad de la acción misma, aunque en este estadio la distinción de estos dos sistemas recién comienza, por lo que se observa, aún, una jerarquización naciente de los valores (Piaget, 2001).

2. Primera infancia de los 2 a los 7 años o Estadio Preoperatorio:

Este periodo se caracteriza principalmente por las consecuencias en el desarrollo mental de la adquisición del lenguaje, que capacita al sujeto para reconstruir sus acciones pasadas y anticipar las futuras y que Piaget (1986) sintetiza en tres hitos: intercambio posible entre individuos, interiorización de la palabra e interiorización de la acción.

Entre los 2 y los 4 años, se desarrolla el pensamiento simbólico y preconceptual (Piaget, 1955). Este pensamiento, caracterizado por el uso de preconceptos, que son esquemas a mitad de camino entre la generalidad del concepto y la individualidad de los elementos que la componen, aún no son conceptos lógicos y están en parte relacionados aún con la asimilación sensoriomotriz.

El razonamiento naciente se caracteriza por la transducción o razonamiento preconceptual, que no procede por deducción, sino por analogías inmediatas (de lo singular a lo singular) y que descansa sobre englobamientos incompletos. “La transducción es un razonamiento que procede de lo especial a lo especial sin generalización ni rigor lógico” (Piaget, 1972: 144).

Alrededor de los 3 años, el niño comienza a plantearse preguntas, de las cuales destacan los ¿porqués?, los que acusan una precausalidad intermedia entre la causa eficiente y la causa final. Los niños buscan con esta pregunta una razón. En estas preguntas, se observa la presencia de tres aspectos de la precausalidad, que son: el animismo, el finalismo y el artificialismo. Éstos expresan la indisociación entre el mundo interno y el externo.

Entre los 4 y los 7 años, surge el pensamiento intuitivo. El “esquematismo prelógico que imita todavía de cerca los datos perceptivos, centrándolos a su propia manera, es lo que puede llamarse pensamiento intuitivo. Este pensamiento intuitivo señala un progreso respecto al pensamiento preconceptual o simbólico: referida esencialmente a las configuraciones de conjunto y no ya a figuras simples, semi-individuales, semi-genéricas, la intuición lleva a un rudimento de lógica, pero bajo la forma de regulaciones representativas y no aún de operaciones” (Piaget, 1955: 169). Además, “la intuición sigue siendo fenoménica, ya que imita los contornos de la realidad, sin corregirlos y egocéntrica porque constantemente se halla centrada en función de la acción del momento” (Piaget, 1955: 178). Así, la inteligencia práctica se transforma en pensamiento intuitivo, donde las experiencias sensorio-motrices son reconstruidas o anticipadas merced a la representación, aún con predominio de un egocentrismo intelectual.

En cuanto al pensamiento, entre los 3 y los 9 años, encontramos los fenómenos de yuxtaposición y sincretismo. “El sincretismo es la tendencia espontánea de los niños a percibir por visiones globales en lugar de discernir los detalles, a encontrar analogías inmediatamente, sin análisis, entre los objetos o las palabras extrañas unas a otras, a ligar entre sí fenómenos naturales heterogéneos, a encontrar una razón a todo acontecimiento, incluso fortuito; es en síntesis la tendencia a ligarlo todo a todo” (Piaget, 1972:15). La yuxtaposición, por su parte, “es el hecho de que los juicios sucesivos de que está formado el discurso no están enlazados por lazos explícitos, sino meramente aglomerados” (Piaget, 1972: 23). “En lógica la yuxtaposición lleva a una ausencia de implicaciones o de justificaciones recíprocas entre los juicios sucesivos; el sincretismo lleva a una tendencia a ligarlo todo por las razones más ingeniosas o más retorcidas” (Piaget, 1972: 53). Según Piaget (1972) el hecho de yuxtaponer juicios sucesivos en lugar de ligarlos, denota que al pensamiento le falta necesidad interna al no estar obligado a introducir la coherencia en éste

dada las características de la socialización en esta etapa. “El pensamiento egocéntrico es necesariamente sincrético (...) la tendencia egocéntrica conduce al mismo resultado: ignorar los enlaces objetivos en provecho de los subjetivos, imponer esquemas arbitrarios a las cosas, asimilar incesantemente las experiencias nuevas a esquemas antiguos, en suma reemplazar la adaptación al mundo exterior por la asimilación al yo. El sincretismo es la expresión de esta asimilación perpetua, de todas las cosas a esquemas subjetivos, y a esquemas globales e inadaptados” (Piaget, 1972: 172). El niño es incapaz de pensar en más de una cosa a la vez y, a pesar de que puede percibir numerosos detalles, dispersa los datos sin sintetizarlos.

Piaget (1986) ubica dentro de este nivel el IV Estadio del desarrollo afectivo, que corresponde a los afectos intuitivos y el comienzo de los sentimientos interindividuales: “representación y lenguaje van a permitir a los sentimientos adquirir una estabilidad y una duración que no podían conocer hasta este momento (...). Veremos entonces desarrollarse los sentimientos interindividuales, al mismo tiempo que aparecen los sentimientos morales, que, como se conservan, constituirán progresivamente los sentimientos normativos y las escalas de valores” (Piaget, 2001: 70). Las formas más simples de los sentimientos interindividuales son la simpatía y la antipatía. La réplica del esquema de simpatía en el sujeto mismo, es la auto valorización. En el ajuste de las propias acciones agregamos al sistema de las regulaciones energéticas (economía interna de la acción, puramente cuantitativas), el sistema de la auto valorización (cualitativo).

Así, se encuentran tres novedades: el desarrollo de los sentimientos interindividuales (afectos, simpatías, antipatías según si los otros comparten o no sus intereses y valores), aparición de sentimientos morales intuitivos (se trata de una moral heterónoma, basada en la obediencia y voluntad de otros respetados, como los padres) y las regulaciones de intereses y valores. Con el surgimiento de la imagen mental, la memoria de evocación, el juego simbólico y el lenguaje, el objeto afectivo está siempre presente y actuando. Esto conlleva a la formación de nuevos afectos duraderos hacia otros y a la toma de conciencia de sí mismo (que se refiere a una valorización duradera de sí). Dada la necesidad de afirmación y de independencia que se desprende producto de esta toma de conciencia de sí

mismo, se genera una “crisis de oposición” que marca la interacción con los otros, en especial la relación con los adultos.

Respecto a la socialización, destaca en un principio la imitación de gestos corporales y exteriores (desde la segunda mitad del primer año), y luego la subordinación del niño al adulto (vistos como modelos a seguir). Con respecto a los demás, existe una primacía del punto de vista propio estableciendo, en vez de diálogos y discusiones, “monólogos colectivos” entre los niños. En los juegos, cada uno sigue sus propias reglas. Existe el “egocentrismo infantil” que marca las interacciones, siendo éstas de carácter precooperativo a la vez que centradas en el niño y su propia actividad.

En cuanto al desarrollo moral encontramos que el niño recibe del exterior el ejemplo de reglas codificadas, así “la regla se considera sagrada e intangible, de origen adulto y de esencia eterna; toda modificación propuesta, el niño la considera como una transgresión” (Piaget, 1977: 22). Surge el sentimiento de obligación (“deber”), cuya aparición se subordina tanto a la intervención de consignas dadas desde el exterior (órdenes de cumplimiento indeterminadas) como a la aceptación de estas consignas, lo cual supone la existencia del sentimiento de respeto (que corresponde a una suma de afecto y temor), que a este nivel es unilateral, ya que se asocia al temor a un superior, y que genera en el niño una moral de obediencia caracterizada por una heteronomía. El poder de las consignas está inicialmente ligado a la presencia material del que las da. Luego, ese poder se hace duradero produciéndose un juego de asimilaciones sistemáticas que generan una identificación con las imágenes parentales. Sin embargo, como consecuencia de la disociación de los componentes del respeto, se generan sentimientos de simpatía y agresividad que conducen a una ambivalencia hacia las imágenes parentales.

Por su parte, la heteronomía conduce al realismo moral, según el cual las obligaciones y valores están determinadas por la ley o consigna en sí misma, independiente del contexto de intenciones y relaciones. También lleva a la responsabilidad objetiva, donde el acto es valorado en función de su grado de conformidad material con la ley y no en función de las intenciones. Con este concepto también se liga la noción de justicia inmanente (que disminuye desde los 8 años, aunque puede subsistir en algunos adultos), donde se considera

natural que una falta cualquiera provoque una sanción automática (que puede provenir incluso de la naturaleza misma).

3. *Infancia de los 7 a 12 años o Estadio de las Operaciones Concretas:*

La asimilación egocéntrica está en vías de transformación a la asimilación racional. Las intuiciones logran transformarse en operaciones cuando constituyen sistemas de conjuntos a la vez componibles y reversibles. En esta etapa, según Piaget (1955) se observa el tránsito de una fase de equilibrio progresivo (pensamiento intuitivo) a un “equilibrio móvil”, que se alcanza con la producción de las siguientes transformaciones (simultáneamente): dos acciones sucesivas pueden coordinarse en una sola; el esquema de acción se vuelve reversible; un mismo punto puede alcanzarse por dos caminos distintos; el retorno al punto de partida permite encontrar a éste, idéntico a sí mismo; la misma acción al repetirse, o no agrega nada a sí misma, o es una nueva acción con efecto acumulativo. Las operaciones utilizadas están ligadas a la acción, por lo que los niños en este periodo son incapaces aún de razonar sin manipular directamente los objetos, es decir, por simples proposiciones verbales.

En este estadio el niño comienza a liberarse de su egocentrismo social e intelectual, “sólo bajo la presión de las discusiones y de las opiniones tratará de justificarse a los ojos de los demás, y adquirirá el hábito de verse pensar, es decir de buscar por introspección, de discernir incesantemente los motivos que la guían y las direcciones que sigue” (Piaget, 1972: 110). Con esto surge la capacidad de lograr nuevas coordinaciones, “la lógica constituye precisamente el sistema de relaciones que permite la coordinación de los puntos de vista entre sí, de los puntos de vista correspondientes a individuos distintos y también de los que corresponden a percepciones o intuiciones sucesivas del mismo individuo” (Piaget, 1986: 65).

En cuanto al desarrollo moral, con los progresos de la cooperación social entre los niños y los correlativos progresos operatorios, el niño llega a relaciones morales basadas en el respeto mutuo las cuales llevan a cierto grado de autonomía. Esto deriva en el sentimiento de justicia, que se impone sobre la obediencia convirtiéndose en una norma central (el niño comienza a disociar la justicia de la sumisión). Las operaciones (inteligencia) y la voluntad

(equivalente afectivo de las operaciones de la razón), permiten la doble coordinación lógica y moral. “A partir de los 10 años como término medio, es decir, a partir de la segunda mitad del estadio de la cooperación y durante todo el estadio de la codificación de las reglas, la conciencia de las reglas se transforma completamente. A la heteronomía sucede la autonomía (...)” (Piaget, 1977: 53). Así, las reglas dejan de ser sagradas e impuestas y pasan a ser el resultado del consentimiento mutuo. La regla es concebida como producto de un acuerdo entre contemporáneos, por lo cual se admiten modificaciones, siempre y cuando se logre un consentimiento democrático para ello. “El respeto mutuo se nos presenta pues, como la condición necesaria para la autonomía, bajo su doble aspecto intelectual y moral” (Piaget, 1977: 90). A la moral de la autonomía y la cooperación le corresponde la sanción por reciprocidad. “La moral de la conciencia autónoma no tiende a someter a las personalidades a unas reglas comunes en su contenido: se limita a obligar a los individuos a “situarse” en relación unos con otros, sin que las leyes de perspectiva que resultan de esta reciprocidad supriman los puntos de vista particulares” (Piaget, 1977: 335).

El desarrollo afectivo está estrechamente relacionado con el desarrollo moral. Así, Piaget distingue el surgimiento del V estadio correspondiente a los afectos normativos. Se trata de la aparición de los sentimientos morales autónomos, con intervención de la voluntad. Hasta el momento, se ha visto como “el desarrollo de los sentimientos tendía hacia un equilibrio: los valores, primitivamente ligados a la situación momentánea, comenzaban a conservarse desde el estadio anterior. Ahora van a constituir progresivamente sistemas coordinados e incluso reversibles, paralelos a los sistemas operatorios de la inteligencia: serán entonces los sentimientos morales o los afectos normativos” (Piaget, 2001: 87). De este modo, una de las características afectivas más importantes de este estadio, es la voluntad, que es el instrumento de conservación de los valores y que implica que en una situación de conflicto de dos tendencias, la tendencia inicialmente más débil debe volverse la más fuerte, presentando así, una analogía con la descentración. La voluntad puede definirse como “una regulación de segundo grado, una regulación de regulaciones, así como la operación en el plano intelectual es una acción sobre las acciones. En otras palabras, la expresión de la voluntad es la conservación de los valores y el acto de voluntad consiste en subordinar la situación dada a una escala permanente de valores” (Piaget, 2001: 94).

4. Adolescencia o Estadio de las Operaciones Lógico - Formales:

Se produce el paso del pensamiento concreto al pensamiento formal o hipotético-deductivo. Éste, según Piaget (1986), se refiere a la capacidad de deducir las conclusiones de puras hipótesis y no sólo de una observación concreta, es decir, se trata de la capacidad de reflexionar operaciones independientemente de los objetos y de reemplazar a éstos por simples proposiciones. A partir de la diferenciación de formas y contenidos, el sujeto se hace capaz de reflexionar correctamente sobre proposiciones en las que aún no cree (hipótesis). Sólo entonces es capaz de sacar las consecuencias necesarias de verdades posibles. Mientras que “el razonamiento que se refiere a la realidad consiste en una agrupación de operaciones de primer grado (...) esto es, de acciones interiorizadas que han llegado a ser susceptibles de composición y reversibles (...) el pensamiento formal consiste en reflexionar (en el sentido propio) estas operaciones, vale decir, en operar sobre operaciones o sobre sus resultados, consecuentemente en agrupar operaciones de segundo grado” (Piaget, 1955: 190). El primer resultado de la separación entre pensamiento y objetos, es liberar las relaciones y las clasificaciones de sus vínculos concretos, así es posible construir cualquier relación y clase, lo cual desemboca en una combinatoria que permite razonar en cada caso sobre la realidad dada. “El pensamiento formal supone dos factores, uno social (la posibilidad de colocarse en todos los puntos de vista y de superar el punto de vista propio o inmediato), y otro que remite a la psicología de la creencia, (la posibilidad de sobre entender por debajo de la realidad empírica, un mundo puramente posible en el que se instalará la deducción lógica” (Piaget, 1972: 61). También hacia los 11-12 años se sitúa la experiencia lógica que “puede definirse por estas dos condiciones: 1) una “experiencia mental” ejecutada en el plano de las hipótesis puras o de la pura posibilidad y 2) una regulación y una toma de conciencia de las operaciones del pensamiento como tales” (Piaget, 1972: 188). Con el desarrollo de las operaciones formales, el mundo se abre a todas las posibilidades interindividuales y a la anticipación del futuro, permitiendo estructurar las ideas y valores ligados a proyectos de porvenir. Así es como el adolescente es capaz de preocuparse de elegir una carrera que corresponde a una vocación y que le permite satisfacer sus necesidades de reforma social y de creación de nuevas ideas.

En cuanto al desarrollo moral, este estadio es el de la codificación de las reglas, donde “el código de las reglas a seguir es conocido por la sociedad entera” (Piaget, 1977: 21). Las reglas en este estadio, son el producto del consentimiento mutuo, a través de la cooperación y de la conciencia autónoma” (Piaget, 1977: 22). Incluso se desarrolla un interés en la legislación misma del juego, a diferencia del periodo anterior. Además, hay un paso de la justicia puramente igualitaria hacia un concepto de equidad, ya que adquieren un valor afectivo las ideas de justicia social y los ideales racionales, sociales y estéticos. Será en función de estos valores que el adolescente adoptará sus decisiones. Según Piaget (1977) mientras la obligación de la tradición (que tiene su correlato con el respeto unilateral) impone opiniones o costumbres simplemente, la cooperación no impone más que los procedimientos del intercambio intelectual o moral. “La gran diferencia entre la obligación y la cooperación, o entre el respeto unilateral y el respeto mutuo, es que la primera impone creencias o reglas terminadas, que hay que adoptar en bloque, y la segunda sólo propone un método, método de control recíproco y de verificación en el terreno intelectual, de discusión y justificación en el terreno moral” (Piaget, 1977: 81).

La vida afectiva en esta etapa se caracteriza por la doble conquista de la personalidad y su inmersión en la sociedad adulta, estructurando el VI estadio, correspondiente a los sentimientos ideales y la formación de la personalidad. “En la adolescencia, las personas conservan una gran importancia, pero en cierta medida, mediatizan los valores ideales: a través de los individuos particulares, es efectivamente a los ideales a los que apunta el adolescente. Así es como participa progresivamente en la conciencia colectiva” (Piaget, 2001: 101).

Piaget (1986), refiere que la personalidad se iniciaría a fines de la infancia con la organización autónoma de las reglas, de los valores y la afirmación de la voluntad como regulación y jerarquización moral de la tendencia, ahora bien, “si la personalidad implica una especie de descentramiento del Yo que se integra en un programa de cooperación y se subordina a disciplinas autónomas y libremente construidas, es evidente que todo desequilibrio volverá a centrarla en sí misma” (Piaget, 1986: 101). En la construcción de la personalidad, juega un papel relevante la inserción en la vida social, suponiendo una descentración y una subordinación al ideal colectivo. La vida social, en el adolescente, se

caracteriza por una fase inicial de replegamiento de los demás, donde sin embargo, hay constante reflexión respecto a la sociedad, con el interés de reformarla. Esto se observa comúnmente en los grupos de adolescentes, donde hay un énfasis en la discusión de la reconstrucción del mundo. Se habla de un egocentrismo del adolescente que “se manifiesta a través de la creencia en la reflexión todopoderosa, como si el mundo tuviera que someterse a los sistemas y no los sistemas a la realidad” (Piaget, 1986: 99). Ligado a esto, se podría decir que el paso a la vida adulta tendría que ver con la posibilidad de concretar los ejercicios constantes de reflexión en esta etapa, en este sentido “la verdadera adaptación a la sociedad habría de hacerse al fin automáticamente cuando, de reformador, el adolescente pasará a realizador” (Piaget, 1986: 105).

De modo general, “pueden distinguirse dos formas de inteligencia: una práctica (o “empírica”) y otra reflexiva (o “sistemática”). En la primera, la cuestión se presenta con el carácter de una simple necesidad: la hipótesis, de un tanteo senso-motor, y la verificación, de una pura sucesión de fracasos y éxitos. Es en la segunda forma, donde la necesidad se refleja como problema, donde el tanteo se interioriza en búsqueda de hipótesis y donde la verificación anticipa la sanción de la experiencia por medio de una “conciencia de las relaciones”, suficiente para desechar las hipótesis falsas y retener las buenas” (Piaget, 1955: 124-5). “El proceso es pues exactamente el de la socialización progresiva del pensamiento: egocentrismo puro, socialización y finalmente objetivación completa” (Piaget, 1972: 91). El niño va saliendo de su egocentrismo (afectivo, cognitivo y moral), a medida que avanza en los procesos de socialización, llegando a lograr la cooperación con los demás a través del intercambio de pensamientos con los otros, principalmente en la discusión que se genera entre los pares y en las relaciones de respeto mutuo, que va posibilitando la descentración y la cooperación que “viene a ser la discusión conducida objetivamente (de donde se sigue esa discusión interiorizada que es la deliberación o reflexión), la colaboración en el trabajo, el intercambio de ideas, la crítica mutua (que determina la necesidad de verificación y de demostración), etc.” (Piaget, 1955: 207). Para comprender este fenómeno, Piaget (1972) señala que la necesidad de control y de demostración es un producto de la vida social, pues la demostración nace justamente de la discusión, del choque de pensamientos con el de los otros (que provoca la duda) y de la necesidad de convencer a otros; observándose así una solidaridad entre la disminución del egocentrismo

y el aumento de la justificación lógica. En este sentido “la práctica de la narración y de la discusión no conduce a la invención, pero obliga al pensamiento a la coherencia” (Piaget, 1972: 55). “Sin los demás, las decepciones de la experiencia nos llevarían a una sobrecompensación de imaginación y al delirio” (Piaget, 1972: 156).

En la relación entre niños y adultos hay mayor preponderancia del lenguaje egocéntrico, porque el adulto no impone por su autoridad una alteración entre estas relaciones. En cambio, en la relación con sus pares el niño se enfrenta a un problema nuevo, el de la distinción entre él y los otros, puesto que en estas relaciones son a la vez iguales y distintos. Si bien la socialización en el niño, tiene mayor énfasis en los pares, en la relación con el adulto, también se puede intentar lograr una cooperación verdadera a través de que “el niño y su mayor distinguieran la parte correspondiente a su individualidad y lo de las realidades comunes” (Piaget, 1977: 77), pero para esto es necesaria la igualdad intelectual y la reciprocidad, realidades que sólo el respeto mutuo puede generar. El mismo principio lo encontramos tanto en el plano social como en el plano moral.

Cabe señalar que Piaget distingue las funciones cognitivas y las funciones afectivas, porque le parecen de naturaleza diferente, aunque reconoce que en el comportamiento concreto del sujeto se vuelven indisociables, “parece más exacto entonces sustituir la dicotomía de la inteligencia y de los sentimientos por la distinción entre comportamientos orientados a los objetos y comportamientos orientados a las personas. En uno u otro caso encontramos a la vez un aspecto estructural, cognitivo, y un aspecto afectivo energético” (Piaget, 2001: 104).

IV. Equilibración Interindividual

Los procesos grupales de equilibración, funcionan con los mismos principios que los procesos individuales “al analizar la cooperación como tal (...) esta se resuelve en operaciones idénticas a las que se observan en los estados de equilibrio de la acción individual” (Piaget; 1983: 103), de hecho, son procesos que se implican mutuamente y son indisociables, “cada proceso lógico equivale de manera indisociable, a un progreso en la socialización del pensamiento” (Piaget, 1983: 98). Así, si se parte analizando estados más

incipientes de equilibración a nivel individual (por ejemplo, cuando existe aún un alto grado de egocentrismo), se observa que a nivel social “el equilibrio no puede alcanzarse cuando por egocentrismo intelectual los participantes no logran coordinar sus puntos de vista” (Piaget; 1983: 107). Por otro lado, si se comparan los estados de equilibrio más estables, se observa que el estado de equilibrio mayor a nivel individual como el que se alcanza con el logro del pensamiento hipotético-deductivo tiene su correlato a nivel social o interindividual como estado de cooperación, pues “cooperar en la acción es operar en común, es decir, ajustar por medio de nuevas operaciones (cualitativas o métricas) de correspondencia, reciprocidad o complementariedad, las operaciones ejecutadas por cada uno de los participantes” (Piaget, 1983: 103).

V. Concepto de Psicopatología

Dentro de la Psicología ha primado una concepción de psicopatología que se sustenta en una visión biológica del desarrollo, en la cual se concibe a los individuos que se encuentran en las etapas iniciales de este (niños y adolescentes), como en potencial riesgo para la aparición de posteriores problemas, centrándose en las falencias y alteraciones que este proceso implica y dejando de lado el entorno en el cual se da este proceso. Por lo tanto, ha restado valor a las influencias del entorno y las interacciones que el individuo sostiene con este a lo largo de su desarrollo. Además, el concepto de psicopatología ha sido reduccionista, minimizando las diferencias interpersonales “y con ello niegan la posibilidad de comprender la variedad, alcances y relaciones de los procesos patológicos con otras áreas del desarrollo” (Macurán, 2003: 46). Otra característica de esta visión de psicopatología, es la tendencia a concebirla como lo que falta, con el déficit respecto al bienestar actual.

Contraria a esta concepción, la visión de la psicopatología desde el enfoque Constructivista Evolutivo se dirige a la comprensión de la patología actual en relación al proceso personal e histórico de construcción de significado, entendiéndola como una perturbación en este proceso, en el sentido de no ser coherente con las estructuras de significados o no poder integrar las diferentes estructuras (Guidano, 1994). Es decir, desde

esta mirada, se busca la comprensión de su estado actual, dentro de la historia de su desarrollo y de la relación construida entre sujeto y objeto.

Si bien, Piaget no aborda directamente este aspecto, al concebir como un elemento fundamental del desarrollo el proceso de equilibración, es posible plantearse que la patología tiene cabida cuando este proceso se ve afectado. Considerando que “la adaptación tiene lugar cada vez que un intercambio particular de organismo y ambiente tiene el efecto de modificar al primero de modo tal que resultan acrecentados los posteriores intercambios favorables a la preservación del organismo” (Flavell, 1982: 65), es posible pensar que “los desequilibrios durables constituyen estados patológicos orgánicos o mentales” (Piaget, 1967, citado en Rychlak, 1988: 520). Estos estados se traducirían en patrones duraderos de conducta que no logran satisfacer las necesidades de la persona, lo cual daría paso a la anormalidad y, en este sentido, se trataría de estados desadaptativos (Rychlak, 1988).

Según Rychlak (1988), la perspectiva piagetana proporciona criterios que permiten definir una conducta como anormal. Estos serían:

- ❖ El desarrollo de una estimación no realista del sí mismo, ya que implicaría que el niño no está logrando acomodarse a la realidad, negando aquellos aspectos que no son asimilables y distorsionando los esquemas afectivos que construye en relación a sí mismo, los otros y el mundo. “Los niños que se sobreestiman o que se subestiman demasiado a ellos mismos están condenados a desajustes de uno u otro tipo” (Rychlak, 1988: 520).
- ❖ La fijación en el desarrollo, que implica un estancamiento de éste, manteniéndose en etapas donde predomina el egocentrismo y formas primitivas de pensamiento. Esta rigidización de las estructuras, implica también una regresión que no permite un ajuste social adecuado ni la satisfacción de necesidades de complejidad creciente (Rychlak, 1988).
- ❖ Un estado de desequilibrio permanente y generalizado, que implica el desequilibrio de la asimilación y la acomodación, lo que deriva en la imposibilidad de regular el comportamiento (Rychlak, 1988).

Según Piaget (2001), la regresión puede manifestarse en la afectividad interviniendo en las percepciones, aunque sin alterar las estructuras, pudiendo generar centraciones perceptivas en el sujeto, según los intereses que priman en el acto de percibir. A nivel del pensamiento, una aplicación del fenómeno de las regresiones, son los fenómenos de la yuxtaposición y el sincretismo, característicos del pensamiento del niño, en etapas egocéntricas y que, bajo ciertas circunstancias, pueden presentarse también en un adulto. “Cuando la percepción, incluso en un adulto, analiza mal un objeto, ya sea porque este objeto es nuevo, ya porque es demasiado complejo, vemos reaparecer esos dos fenómenos. Por un lado, al no discernirse suficientemente el detalle, la percepción crea un esquema de conjunto vago e indistinto, lo que constituye el sincretismo. Pero por otro, precisamente por no haber discernido el detalle, la percepción es incapaz de precisar las inserciones y los enlaces, lo que constituye la yuxtaposición. El predominio del todo sobre las partes o de las partes sobre el todo, resultan ambas, pues, de una misma falta de síntesis, entendiendo por síntesis el equilibrio entre la tendencia formativa de esquemas y la tendencia analítica” (Piaget, 1972: 53).

En cuanto a los afectos, el “equilibrio afectivo varía según los individuos y también según la edad. Es precario en el niño, cuyos sentimientos son muy vivos, pero cuyo comportamiento conoce alternancias permanentes; por el contrario en el anciano, el comportamiento es más estable, en cambio los sentimientos han perdido vivacidad. Entonces, la intensidad de los sentimientos depende del desequilibrio” (Piaget, 2001: 52).

“En la teoría piagetana la persona bien ajustada (adaptada) es autoaceptada, deseosa de acomodarse y, por encima de todo, realista acerca de la vida” (Rychlak, 1988). Es decir, la adaptación, que vendría a cerrar la posibilidad de psicopatología, implica un individuo que ha dejado atrás el egocentrismo cognitivo y emocional, manteniendo un ajuste adecuado en lo social, lo moral y lo afectivo. En consideración de todos estos elementos, se conseguiría la autonomía, logro que permite la adaptación a todo individuo.

Desde estos elementos teóricos, es posible comprender la conducta suicida como una crisis que tiene sentido dentro del continuo vital de cada sujeto en la relación con su medio y las construcciones de significado que ha ido elaborando a partir de esta. Al entender la

crisis suicida como manifestación de un desequilibrio en los procesos de desarrollo, es factible pensar en la posibilidad de crecimiento y avance en el desarrollo al superar esta crisis a través de la ampliación de las construcciones del sujeto, al incorporar nuevas habilidades y aprovechar los recursos ya existentes en el sujeto y su comunidad.

Para la resolución constructiva de la crisis implicando el logro de una reequilibración, resulta fundamental la comprensión que entrega la perspectiva Constructivista Evolutiva respecto a los procesos del desarrollo. En este sentido, los conceptos de adaptación, equilibración, desequilibrio, organización del sí mismo y construcción de significado, junto con las características particulares de cada etapa del desarrollo, permiten la comprensión del intento de suicidio como un proceso histórico y dinámico, a partir de la cual se puede diseñar una intervención que tenga sentido dentro de este marco comprensivo dando paso a la continuidad de un desarrollo adaptativo. Además, este enfoque permite la comprensión de los procesos evolutivos como una dinámica individual a la vez que social, lo cual tiene una importante repercusión en el diseño de los criterios de intervención en crisis en intentos de suicidio.

CAPÍTULO 4: Criterios para un Modelo de Intervención en Crisis en Niños y Adolescentes que realizan Intentos de Suicidio

I. Aspectos Generales

El Intento suicida representa una crisis, tanto para el sujeto que lo realiza como para el contexto inmediato en el que está inserto. Se trata de una urgencia médica y psicológica, que implica un riesgo de vida y en el desarrollo mental (Bulbena, 1991; Committee on Adolescence, 1996). Dadas estas características, además del funcionamiento psicológico que presentan quienes hacen un intento suicida, la intervención en crisis aparece como la alternativa más apropiada para abordar este estado de emergencia integral (Bulbena, 1991), posibilitando la resignificación de la vivencia de crisis al convertirla en una oportunidad de crecimiento.

De este modo, la intervención en crisis en niños o adolescentes que realizan un intento suicida debe considerar la familia y la escuela (y los cuidadores o apegos más significativos para el menor dentro de estos contextos), ya que es en éstos que los niños y adolescentes pasan la mayor parte de su tiempo y donde transcurre su desarrollo (Ruiz & Sepúlveda, 2004). Por lo tanto, es necesario abordar factores protectores y de riesgo que se encuentren en relación con la familia y la escuela y que influyan en la presentación de un nuevo intento suicida o de cualquier otra conducta suicida.

Un factor importante de considerar en la realización de la Intervención en Crisis, es el rol del interventor. Al respecto, su acercamiento comenzará siendo directivo, con el fin de realizar un manejo agudo que permita la posterior intervención (Slaikeu, 1988), sentando las bases de un vínculo terapéutico con el niño o adolescente y con la familia y la escuela, además de asegurar un contexto protector que resguarde la supervivencia e integridad física del menor. Sin embargo, en la medida que se avanza en la consecución de objetivos terapéuticos, el abordaje del interventor debe dar paso a la autonomía del niño o adolescente para lo cual gradualmente debe adoptar una actitud facilitadora (Sánchez – Barranco & Sánchez - Barranco, 1999). Por otra parte, es necesario que el interventor cuente con flexibilidad horaria, por si es necesaria una sesión que no ha sido planificada, y

con accesibilidad total dejando en posesión del sujeto que ha realizado el intento suicida y su familia su teléfono de contacto (Rudd, 1999 citado en Ashworth, 2001; Bassuk, Schoonover & Gill, 1982). Un punto central de la intervención (Ashworth, 2001), es la construcción de un vínculo terapéutico que permita el despliegue de ésta. Hay gran evidencia acerca de la importancia de la relación terapéutica para proveer cuidado y desarrollar esperanza en los pacientes (Miller 1989, Herth 1990, Cutcliffe 1995, 1996 y 2000, Cutcliffe & Granth, 2001 citados en Collins & Cutcliffe, 2003). Por esta razón, constituye un trabajo transversal. Es decir, en todo momento y en toda actividad que se realice está presente la necesidad de la construcción de este vínculo. El vínculo terapéutico tendrá la forma de un compromiso mutuo, en el que el niño o adolescente que ha realizado el intento de suicidio se compromete a resguardar su supervivencia e integridad física no realizando un nuevo intento suicida, ni ningún acto que atente en mayor o menor medida a su bienestar (por ejemplo autoagresiones) (Almonte, 2003).

Con esto, se busca establecer un ambiente seguro para el niño o adolescente que ha realizado el intento de suicidio, para lo cual es necesario elegir a los adultos que sean capaces de proporcionar los cuidados necesarios para que sea resguardada la integridad física del menor (Sepúlveda, 2003). Una vez establecidos los cuidadores y el lugar físico en donde permanecerá el menor mientras se realice la intervención, es necesario configurar un plan de cuidado diario supervisando las 24 hrs. involucrando a la familia y otros recursos, de ser necesario (Ashworth, 2001; Sepúlveda, 2003). Una medida relevante es volver inaccesibles aquellos medios potenciales que pueden ser usados para realizar un nuevo intento suicida, tales como armas de fuego, hojas de afeitar, sustancias tóxicas (cloro, veneno, etc.), cuerdas, entre otras. También, es necesario resguardar los fármacos que estén al alcance dentro del hogar (Shaffer & Pfeffer, 2001). Como medida protectora, es preciso trabajar con la familia, a fin de lograr que las relaciones intrafamiliares sean más cálidas y que se transforme en una red de apoyo (Committee on Adolescente, 1996; Larraguibel et al, 2001).

Para esto, dentro del contexto de una intervención en crisis, la integración con los otros abarcaría el fortalecimiento de las redes más inmediatas (como la familia) y también de las comunitarias (como los servicio de salud mental y/o de protección de menores) (Ashworth,

2001). Además, es preciso identificar dentro del contexto sociocultural del niño o adolescente aquellas redes comunitarias que prestan ayuda en este tipo de casos. El interventor debe realizar este contacto favoreciendo que éste permanezca estable y seguro en el tiempo. Es decir, el interventor debe poner en contacto al sujeto (y su contexto) con las redes presentes y posibles para él, por ejemplo, se ha propuesto (Shaffer & Pfeffer, 2001) que una de las intervenciones necesarias es dejar establecida la primera cita de atención con un equipo de salud mental antes de dar el alta en la atención de urgencia, así como contactar telefónicamente al paciente o a los familiares para asegurar su posterior tratamiento. La movilización de los recursos de la familia y la comunidad, “tiene un resultado duradero para que el niño se vuelva capaz de buscar apoyo en los otros” (Abrams, 1993: 145) luego de concluida la intervención.

II. Criterios desde la Perspectiva Constructivista Evolutiva

A partir de la comprensión de la conducta suicida desde el enfoque Constructivista Evolutivo, es posible la formulación de criterios que sirvan de base para un modelo de Intervención en Crisis en niños y adolescentes (así como en sus familias y escuelas), de modo que guíen una intervención que se adecúe a las particularidades evolutivas de cada caso al incluir estos elementos en su diseño. Estos criterios serán expuestos a continuación:

➤ **Nivel de Desarrollo**

Este criterio se refiere a la necesidad de determinar las características propias que presenta el funcionamiento psicológico actual de los sujetos afectados por la crisis suicida (es decir, el sujeto que ha realizado el intento, su escuela y familia), lo que permitirá definir las metas potenciales relacionadas al desarrollo que podrán alcanzar a partir de la intervención y la forma más apropiada de lograrlas.

De este modo, es necesario revisar las distintas áreas del desarrollo para establecer las características que está presentando en el momento de crisis según los postulados de Piaget.

En el área cognitiva, debe evaluarse: la lógica que subyace al proceso del pensamiento y su grado de flexibilidad, el estilo de enfrentamiento y resolución de problemas (Sepúlveda, 2003, 2004).

En el área afectiva: el grado de impulsividad, el estado anímico y desesperanza, el nivel de labilidad emocional, el grado de tolerancia a la frustración y al estrés, y características de la autoestima, de la visión de sí mismo, de los otros y de la realidad (Sepúlveda, 2003, 2004).

En el área social es necesario evaluar las habilidades de interacción social, el grado de diferenciación e integración con los otros, la capacidad de toma de perspectiva y de diálogo (con los otros y con sí mismo) (Sepúlveda, 2003, 2004).

Finalmente en el área moral, debe evaluarse el estado de la jerarquía valórica, indagar en intereses y el estado del respeto y la cooperación (Ruiz & Sepúlveda, 2004; Sepúlveda, 2003, 2004).

A partir de la revisión de estos distintos aspectos del desarrollo, se podrá conocer a cabalidad las características particulares de este funcionamiento desadaptativo visualizándolo en cada área, con el fin tanto de determinar los aspectos más desadaptativos, en los que se pondrá mayor énfasis en la intervención, como los aspectos más adaptativos, que serán potenciados mediante esta. En este sentido, es necesario considerar los conceptos de fijación y regresión, los cuales caracterizarían un funcionamiento desadaptativo y que se encontrarían a la base del desarrollo de psicopatología, al no permitir los logros evolutivos ligados a las distintas etapas del desarrollo.

Con el conocimiento del nivel de desarrollo en el que están funcionando todos los sujetos afectados por la crisis, será posible establecer los focos de la intervención, cuyo fin último sería el logro de una reequilibración que conlleve un avance en el desarrollo, aunque no necesariamente hasta alcanzar el nivel de funcionamiento correspondiente a la edad del sujeto (según lo descrito por Piaget, 1969, 1986) sino con la pretensión de lograr una mayor adaptación en ellos.

➤ **Comprensión del Funcionamiento Psicológico del Sujeto que realiza un Intento de Suicidio**

Este criterio apunta a la necesidad de una comprensión amplia de la complejidad del fenómeno de la conducta suicida, a partir de los elementos que la componen y la interacción entre ellos. La visión del fenómeno a través del enfoque Constructivista Evolutivo, entrega la posibilidad de lograr esta comprensión, puesto que proporciona los elementos que permiten entender el intento de suicidio como un proceso histórico a la vez que evolutivo, donde es fundamental el interjuego entre lo individual y lo social. Con esta comprensión, que debe ser sostenida tanto por el interventor como por los intervenidos, se buscaría facilitar un contexto de intervención a través de flexibilizar la visión de la experiencia vivida, permitiendo la desestigmatización del fenómeno y el desarrollo de habilidades que permitan una adecuada resolución de esta crisis.

El intento de suicidio, y cualquier tipo de conducta suicida, desde los criterios psicopatológicos del enfoque Constructivista – Evolutivo puede ser considerado como reflejo de un desequilibrio en el funcionamiento psicológico del sujeto. Por lo tanto, se trataría siempre de un signo psicopatológico. El intento de suicidio vendría a constituir una conducta desadaptativa, es decir, es la expresión de un desequilibrio entre los procesos de asimilación y acomodación que no le permite al sujeto relacionarse de forma adaptativa con sí mismo, los otros y el mundo (Sepúlveda, 2004). En su relación con la realidad, el sujeto no está logrando construir esquemas que le permitan progresar ni convertir en información valiosa para él las perturbaciones que de esta interacción se desprenden (Sepúlveda, 2003). Quienes realizan un intento de suicidio se encuentran en un estado de desequilibrio importante, que no les permite regular su comportamiento hacia la adaptación y que dificulta el desarrollo de la organización de la identidad hacia la autonomía (Ruiz & Sepúlveda, 2004; Sepúlveda, 2004). En estos sujetos, “se produce un desequilibrio importante en la relación de significado del sí mismo en el mundo y con los otros, dándose la percepción y el sentimiento de falta de libertad, de falta de igualdad y de falta de oportunidades para la creación, la acción y el diálogo” (Sepúlveda, 2004).

Dentro del período de tiempo en el que el sujeto avanza en el continuo de conductas suicidas hasta llegar al intento como tal, este patrón de conducta desadaptativa va

rigidizándose, retroalimentando positivamente la forma de percibir y construir las visiones de sí mismo, los otros y el mundo que ha ido desarrollando.

Es posible situar el intento de suicidio como indicador de un desequilibrio mayor en el sistema del sujeto en relación consigo mismo y con los demás, en comparación con otras conductas suicidas, puesto que, como señala el estudio realizado por Ruiz y Sepúlveda en adolescentes de enseñanza media, “a mayor severidad de conductas suicidas, mayor presencia de desequilibrio en adolescentes, por lo tanto, se reafirmaría la idea de un continuo de conductas suicidas como se ha descrito a nivel teórico” (Ruiz & Sepúlveda, 2004: 81).

En el sujeto que realiza un intento de suicidio la construcción de la visión de sí mismo y la realidad se distorsiona, inclinándose a lo negativo. Además, al volverse rígidas se dificulta la posibilidad de un cambio a partir de la interacción con el entorno. Así, “se van configurando imágenes poco realistas o negativas de sí mismo y de la realidad, sin la posibilidad de transformación y cambio, sin autonomía para transformar la realidad del sí mismo en la interacción con el medio. Predomina un sentimiento depresivo de estar coartado en el actuar e impedido de ser incluido en el mundo, aplastado por las frustraciones vitales inevitables, enfrentándose el estrés desde la conducta suicida” (Sepúlveda, 2003).

Así, se encuentran los siguientes elementos:

a) *Área Social*

El sujeto que realiza un intento de suicidio, presenta un funcionamiento predominantemente egocéntrico con escasa diferenciación e integración con otros, que lo llevan a una pérdida del sentido del sí mismo, del futuro y de la vida (Sepúlveda, 2003). Además, presenta dificultades en la toma de perspectiva, lo cual disminuye las posibilidades de establecer relaciones interpersonales con obligaciones y expectativas mutuas (Ruiz & Sepúlveda, 2004). Desde una perspectiva piagetana el egocentrismo se relaciona con la incapacidad de coordinar los propios puntos de vistas con los de los otros, dificultando el logro de una equilibración interindividual, estableciendo así relaciones de carácter preoperacional. Este tipo de relaciones, como señala Piaget (1955) impiden al sujeto salir de su egocentrismo (afectivo, cognitivo y moral), puesto que no le permitirían

avanzar en los procesos de socialización, lo que significaría la dificultad en el logro de la cooperación que posibilita la descentración y el avance en todos los aspectos del desarrollo.

Sepúlveda (2004), plantea que el sujeto que presenta conductas suicidas al no lograr la integración con otros, permanece centrado en sí mismo, sin interiorizarlos como parte de sí, lo cual coarta la posibilidad de crear inmerso en un nosotros. Continúa, “se construyen así, vínculos afectivos inseguros inestables, ambivalentes y ambiguos, con la pérdida del apego. Esto junto a la pérdida de las capacidades de enfrentamiento y resolución de problemas, no posibilita la búsqueda de alternativas de acción, de diálogo y de reconocimiento desde otros” (Sepúlveda, 2004). Desde este tipo de interacciones el sujeto en crisis suicida va construyendo una vivencia de soledad y rechazo a partir del desapego de los otros y del mundo (Sepúlveda 2003). Con esto, se ve dificultada la posibilidad de realizar el ejercicio de la diferenciación entre sí mismo y los otros, lo cual sumado a la dificultad de lograr una toma de perspectiva, dificulta la superación del egocentrismo.

La familia, la escuela y el grupo de pares, los cuales están en contacto directo con los niños y adolescentes, son factores que influyen en el establecimiento de este tipo de interacciones. Como señalan Ruiz y Sepúlveda (2004) en estas áreas podrían encontrarse variables que estén interfiriendo para que los sujetos alcancen estadios de desarrollo más avanzados. De este modo, el funcionamiento familiar influirían en el desarrollo y mantención de estados de egocentrismo que los sujetos con conductas suicidas presentan, dadas las características que marcan la interacción entre sus miembros (como la falta de diferenciación entre sus miembros, rigidez, escasa habilidad para responder efectivamente a las necesidades de los hijos), las cuales dificultan el logro de la descentración y de la diferenciación. Además, dificultan, por un lado, el aprendizaje de resolución de problemas y, por otro, no ofrecen un espacio de contención suficiente ante situaciones estresantes (Ruiz & Sepúlveda, 2004). De esta manera, el sujeto no percibe apoyo en su familia sino que, por el contrario, un desinterés por sus problemas, sintiendo hostilidad, rechazo y permanentes críticas a su comportamiento, ni logra maneras alternativas de solucionar sus problemas, sino que se mantiene en un esquema rígido que consiste en evitarlos (Villardón, 1993).

“Al adolescente suicida se lo describe como un joven pasivo frente al mundo, no reconociéndose controlando su ambiente, sobrepasado por las circunstancias, con dificultades para sentirse participe de su comunidad” (Maturana, Cubillos, Henríquez y otros, 2001: 152).

Al estar centrado en sí mismo, presentar escasas habilidades interpersonales (Gould et al, 2003) y mantenerse aislado (Neimeyer, 1983 citado en Villardón, 1993), se interfiere el proceso de diálogo e integración con los pares. De este modo, se dificultaría el logro de una equilibración interindividual, ya que, de acuerdo a lo planteado por Piaget (1983), cuando existe un alto grado de egocentrismo a nivel individual, se ve imposibilitado el logro de un equilibrio interindividual, es decir, se dificulta el logro de la cooperación dado que los sujetos no logran coordinar sus puntos de vista. También se disminuye la posibilidad de avanzar en su propio desarrollo, puesto que, como señala Piaget (1955), es principalmente en la discusión que se genera entre los pares y en las relaciones de respeto mutuo, que va posibilitándose la descentración y la cooperación que “viene a ser la discusión conducida objetivamente (de donde se sigue esa discusión interiorizada que es la deliberación o reflexión), la colaboración en el trabajo, el intercambio de ideas, la crítica mutua (que determina la necesidad de verificación y de demostración), etc.” (Piaget, 1955: 207).

Por otra parte, nuestra sociedad suele obstaculizar el ajuste social de los jóvenes, restringiendo sus opciones de integración e impidiendo la satisfacción de sus necesidades de autonomía en los diversos aspectos del desarrollo (Sepúlveda, 2004). Los valores presentes en la sociedad actual, basados en el individualismo y exitismo, “promueven una posición más egocéntrica en detrimento del reconocimiento del otro en una relación de reciprocidad y respeto mutuo” (Ruiz & Sepúlveda, 2004: 76). Además, al no reconocer la necesidad de expresarse e incorporarse al mundo social, “se les obliga a mantenerse en un estado de dependencia, lo cual condiciona su despliegue afectivo y social (...). Esto, junto a las dificultades de organización de la identidad en estructuras de personalidad frágiles, puede llevar a diversas psicopatologías en la edad juvenil, y a estados depresivos que visualizan la conducta suicida como una opción para la resolución de la problemática de la identidad” (Sepúlveda, 2004).

b) Área Afectiva

El área afectiva, en los sujetos que presentan conductas suicidas, ha sido descrita con los siguientes elementos: labilidad afectiva e impulsividad, junto con sentimientos de desesperanza y depreciación (Ulloa, 1993), baja tolerancia a la frustración y al estrés, escasa modulación afectiva y pobre expresión de emociones (Sepúlveda, 2003). La disminución en las interacciones con el entorno y la rigidez presente en el sistema de significaciones, dificulta la posibilidad de un cambio en estos elementos (Sepúlveda, 2003), impidiendo la integración de otros aspectos que amplíen su experiencia afectiva.

De acuerdo a lo señalado por Shneidman (1988 citado en Villardón, 1993), el estado perceptual presente en estos sujetos es la constricción, referida a no percibir todos los aspectos de la realidad y considerar sólo aspectos negativos. Este estado perceptual, se asemeja al fenómeno de centración perceptiva descrito por Piaget (2001), en el cual la tonalidad afectiva de base junto con la rigidez de las estructuras del sujeto, llevan a que la percepción se centre principalmente en aquellos aspectos de la realidad que concuerdan con estos afectos.

De este modo, la valoración que el sujeto va construyendo sobre sí mismo y los otros, es poco “realista”, ya que se basa en las percepciones que el individuo capta desde este estado afectivo que se centra en los aspectos negativos de la realidad. Este estado afectivo se caracteriza principalmente por la presencia de rabia, culpa, desesperanza y desesperación (Hendin, 1991 citado en Committee on Adolescence, 1996). Así, los sujetos que presentan conductas suicidas, desarrollan imágenes poco realistas sobre sí mismos y la realidad, en las cuales predominan los aspectos negativos (Sepúlveda, 2003). A partir de esto, “se da la pérdida del sentido del sí mismo: en el no logro de la unidad del sí mismo, el joven no define los límites del sí mismo. No hay un reconocimiento de sí mismo como único, con una pérdida de la valía del sí mismo, del amor a sí” (Sepúlveda, 2004). En este sentido, “se produce un desequilibrio importante en la relación de significado de sí mismo en el mundo y con los otros, dándose la percepción y el sentimiento de falta de libertad, de falta de igualdad y de falta de oportunidades para la creación, la acción y el diálogo. El joven se siente aplastado por las frustraciones vitales inevitables: los límites desde sí, desde el otro y desde la realidad” (Sepúlveda, 2004). De este modo, a partir de la autopercepción y

autoestima que el sujeto va construyendo, va sintiéndose incapaz de enfrentar sus problemas significándolos como insuperables.

En relación con el comportamiento impulsivo presente en los sujetos que realizan un intento de suicidio (quienes se encuentran en un estado de desequilibrio importante), y considerando que la intensidad de los sentimientos tiene directa relación con el estado de desequilibrio (Piaget, 2001), desde la perspectiva piagetana puede entenderse que estos sujetos experimentan emociones displacenteras intensas que los llevarían a actuar en función de tendencias más primitivas, reflejando así un funcionamiento más regresivo de la voluntad (Piaget, 2001). Considerando que esta es definida como “el instrumento de conservación de los valores (...) y que implica que en una situación de conflicto de dos tendencias, la tendencia inicialmente más débil debe volverse la más fuerte, presentando así, una analogía con la descentración. En otras palabras, la expresión de la voluntad es la conservación de los valores y el acto de voluntad consiste en subordinar la situación dada a una escala permanente de valores” (Piaget, 2001: 94), al encontrarse en un funcionamiento más regresivo no se posibilita una adecuada coordinación entre los aspectos afectivos y cognitivos ni un sometimiento de los actos del sujeto a la voluntad o a su escala de valores.

c) Cognitiva – Intelectual

En los sujetos que intentan un suicidio, comúnmente se observan las siguientes características cognitivas: dificultades para generar soluciones a problemas interpersonales, de trabajo o escuela, tendencia a caer en un pensamiento rígido y dicotómico (Bellack, 1993), estilo de resolución y enfrentamiento de problemas de tipo evitativo, autoconcepto negativo, visión de realidad amenazante, negativa y depresiva, visión de los otros como poco contenedores, rechazantes y hostiles (Sepúlveda, 2003).

Como señalan Ruiz y Sepúlveda (2004), la fijación del desarrollo en adolescentes que presentan conductas suicidas, puede situarlos en un funcionamiento con características operacionales, desde los postulados piagetanos, lo cual implicaría limitaciones para el logro de un razonamiento más abstracto. Sin embargo, al considerar que las características cognitivas que han sido planteadas en relación con las conductas suicidas por Hillard (1983, basándose en Beck y Rush, 1978), tales como abstracción selectiva, inferencia arbitraria,

sobregeneralización, entre otras, “son caracterizadas por el pensamiento (...) descrito por Piaget en su trabajo como pensamiento preoperacional (...) Beck describe ese pensamiento como primitivo y lo caracteriza como global, absolutista e irreversible” (Rosen, trad. 1985: 224). A partir de esto, la fijación en el desarrollo también podría darse en un funcionamiento con características preoperatorios.

Diversos estudios (Mus, 1980 citado en Decinti & Fuentes, 1997: 16) han demostrado que una variedad de conductas desadaptativas, como el intento de suicidio, “están asociadas con un pensamiento egocéntrico permanente” (Decinti & Fuentes, 1997:16). “El pensamiento egocéntrico es necesariamente sincrético (...) la tendencia egocéntrica conduce al mismo resultado: ignorar los enlaces objetivos en provecho de los subjetivos, imponer esquemas arbitrarios a las cosas, asimilar incesantemente las experiencias nuevas a esquemas antiguos, en suma reemplazar la adaptación al mundo exterior por la asimilación al yo. El sincretismo es la expresión de esta asimilación perpetua, de todas las cosas a esquemas subjetivos, y a esquemas globales e inadaptados” (Piaget, 1972: 172). De este modo, el sujeto que realiza un intento de suicidio, al funcionar con un pensamiento egocéntrico (en el que se encuentran los fenómenos de yuxtaposición y sincretismo), presentaría mayores dificultades para enfrentar y resolver los problemas que lo aquejan, al no lograr visualizarlos como un todo coherente, ni distinguir las partes que lo conforman y sus relaciones entre sí. Así, el sujeto percibe las situaciones como un todo vago e indistinto y/o sólo partes aisladas de las situaciones o problemas a los que se enfrenta.

En relación al aislamiento social y las características de centración del sujeto (Sepúlveda, 2004), se dificulta la posibilidad de flexibilizar y ampliar sus construcciones al no introducirlas dentro de un marco de intersubjetividad, por la falta de discusión y diálogo, ya que serían estas instancias las que generan la necesidad de verificación, demostración y coherencia interna al pensamiento (Piaget, 1955, 1972). Este aislamiento se ve reforzado con las creencias de que las personas deben lidiar con sus propios problemas sin buscar ayuda externa y que deben mantener lo que sienten para ellos mismos. A su vez, estas creencias, también se encuentran a la base de estrategias desadaptativas de búsqueda de ayuda y la tendencia a la autosuficiencia (Gould et al, 2004).

“Los individuos suicidas usan estrategias poco eficaces para resolver los problemas, tales como la negación, el escape y la evitación” (Villardón, 1993: 66). El intento de suicidio en sí mismo es una conducta de evitación pasiva, donde el sujeto presenta tendencias a la internalización (De Man, Dolan, Pelleiter, 1994 citados en Decinti & Fuentes, 1997). A partir del significado que tiene la relación con el mundo, los otros y sí mismo, el sujeto se siente coartado en la acción y en la búsqueda de nuevas alternativas de solución y de enfrentamiento de problemas (Sepúlveda, 2003, 2004). Además, la no resolución del pensamiento egocéntrico dificulta la integración de “información relevante (emocionalmente sobresaliente) con las demandas o tareas cognitivas necesarias para una resolución eficaz de los problemas interpersonales” (Decinti & Fuentes, 1997: 16 - 7).

Una forma de comprender el intento de suicidio propuesta por Brent (1997 citado en Spirito & Overholser, 2003), señala que un evento precipitante provocaría un intenso afecto negativo y una escasa regulación de los afectos a través de una baja asertividad, distorsiones cognitivas o una percepción de ineffectividad en las relaciones interpersonales. El estado afectivo negativo perjudicaría la toma de decisiones, reduciría la habilidad para generar soluciones alternativas y crearía dificultades en la anticipación y evaluación de las posibles consecuencias de sus modos de enfrentamiento. Esta secuencia de eventos puede derivar en sentimientos de desesperación, desesperanza y en conducta suicida.

d) Área Moral

El sujeto que presenta conductas suicidas, “no logra reconocer los compromisos ideológicos y valóricos que dan sentido al sí mismo (...) pierde la capacidad de iniciativa, de crear y de ser autor de su propia historia” (Sepúlveda, 2004). Esto, a partir del importante desequilibrio en el que se encuentran los procesos de organización de la identidad, en el que no se estaría dando la “construcción de un sentido ético que define el sí mismo en términos de una jerarquización de valores” (Sepúlveda, 2004) dentro del marco de una identidad “quebrada” o no construida (Sepúlveda, 2004). Considerando que “la expresión de la voluntad es la conservación de los valores y el acto de voluntad consiste en subordinar la situación dada a una escala permanente de valores” (Piaget, 2001: 94), al dificultarse el desarrollo de una jerarquía de valores, se facilitarían el debilitamiento de la voluntad.

Desde una perspectiva piagetana, al no lograr reconocer sus compromisos valóricos, el sujeto perdería las guías principales de sus acciones (Piaget, 2001). Esto, sumado a las dificultades en el logro del pensamiento abstracto, interfiere con la planificación de su proyecto vital y con la construcción de un sentido del futuro.

En síntesis, el funcionamiento de un sujeto que realiza un intento de suicidio, y en general de quienes presentan conductas suicidas, está marcado por el desequilibrio prolongado en los procesos de asimilación y acomodación, que no le permiten al sujeto adaptarse a la realidad y avanzar en el desarrollo, lo que lleva a una fijación de éste pudiendo presentar características operatorias y/o preoperatorias. El sujeto con conductas suicidas presenta una baja diferenciación e integración con el mundo, estableciendo relaciones interpersonales de naturaleza preoperacional. Presenta un estado afectivo caracterizado por sentimientos depresivos y desesperanza. Además, no logra reconocer los compromisos ideológicos y valóricos que dan sentido al sí mismo. Así, pierde la continuidad y el sentido de sí mismo, al integrar los elementos de la realidad en esquemas rígidos. “La no aceptación de las contradicciones y frustraciones que se van dando a través de la vida, no permiten la integración del pasado, presente y futuro, con la pérdida de la continuidad del sí mismo en el tiempo, y la consiguiente pérdida de la esperanza” (Sepúlveda, 2004).

Todos estos elementos apuntan a la dificultad e incluso el no logro de una identidad personal integrada y autónoma, que lleva a la vivencia de la imposibilidad de actuar, con falta de diálogo y de sentido vital, al no proyectarse ni contar con la continuidad de la propia historia que provee de coherencia y significado al sí mismo (Sepúlveda, 2004). En relación con esto, un estudio (Chandler, Lalonde, Sokol & Hallett, 2003), encontró que los adolescentes que no presentaban conductas suicidas encontraban maneras coherentes de enlazar su presente, pasado y futuro en sí mismos y en los otros, dando así continuidad temporal a su sí mismo. En contraste, el 83 % de los sujetos que sí las presentaron, fallaron en encontrar una forma de lograr la continuidad temporal de sí mismo y de los otros. Esto muestra que tener algún sentido de continuidad temporal del sí mismo, es fundamental para lograr una autovalía que permita el surgimiento y mantención del deseo de seguir viviendo.

Por otro lado, “si la personalidad implica una especie de descentramiento del Yo que se integra en un programa de cooperación y se subordina a disciplinas autónomas y libremente construidas, es evidente que todo desequilibrio volverá a centrarla en sí misma” (Piaget, 1986: 101). En la construcción de la personalidad, juega un papel relevante la inserción en la vida social, suponiendo una descentración y una subordinación al ideal colectivo. Sin embargo, los sujetos que presentan conductas suicidas se encuentran centrados en sí mismos y al no estar integrados con los otros, la descentración y el cambio en los significados que ha ido construyendo se ve dificultada (Sepúlveda, 2004).

En este contexto, surge la conducta psicopatológica del intento de suicidio, como una manera de evitar el dolor de no estar incluido en el mundo, de enfrentar el estrés y solucionar problemas.

➤ **Desarrollo de Estrategias de Resolución de Problemas**

Este criterio es central en la intervención ante un sujeto (y su contexto) que ha realizado un intento de suicidio. Esto, dado que las estrategias de enfrentamiento y resolución de problemas poco adaptativas son un aspecto presente en todo intento de suicidio, por lo cual es considerado en el abordaje y descripción de este fenómeno desde cualquier enfoque. En complemento, uno de los focos fundamentales de la Intervención en Crisis es precisamente la definición y resolución de las problemáticas principales relacionadas con la crisis, en este caso suicida.

“Las estrategias de resolución de problemas interpersonales constituyen el reflejo de la capacidad de un individuo para generar alternativas de solución a partir de una situación problemática, considerando los distintos factores que en ella se involucran, permitiendo el surgimiento de la mejor solución. Las estrategias de resolución de problemas mediatizan la adaptación psicosocial del individuo” (Spivack, 1976 citado en Decinti & Fuentes, 1997: 38). Los sujetos que realizan intentos de suicidio, una conducta desadaptativa, presentan dificultades en las estrategias de resolución y enfrentamiento de problemas inter e intrapersonales (Huey, Henggeler, Rowland et als, 2004).

Estos sujetos, con conductas impulsivas y violentas, explicadas por algunos autores como producto de déficit cognitivo (Decinti & Fuentes, 1997), presentarían una “habilidad insuficiente para la exploración espontánea (previo a la acción de toma de decisiones) (...) dificultades para prever consecuencias de sus acciones y existirían deficiencias en la habilidad para generar opciones al enfrentarse a problemas interpersonales” (Decinti & Fuentes, 1997: 31).

A partir de esto, se hace necesario trabajar las habilidades de resolución de problemas interpersonales capacitando al niño / adolescente para enfrentar problemas, explorando diferentes escenarios de soluciones y consecuencias posibles, y anticipando el grado de control posible en los diferentes escenarios (Committee on Adolescent, 1996). Así, deben ser abordadas las problemáticas actuales (definidas por el niño o adolescente), a partir de “una búsqueda para relacionar diferentes aspectos de la situación problema lo que resultaría en un “entendimiento estructural”, es decir, la habilidad para comprender como todas las partes constitutivas de un problema se ajustan para satisfacer los requerimientos de la meta. Esto involucraría reorganizar los elementos de la situación problema de un modo nuevo, de manera tal que este sea resuelto” (Mayer, 1977 citado en Decinti & Fuentes, 1997:25). Además, es preciso explorar situaciones en el pasado en que el niño o adolescente logró enfrentar y resolver sus dificultades de forma diferente y/o exitosa, de manera que tome conciencia que existen maneras alternativas de solucionar sus problemas a partir de sus propias fortalezas (Sharry, Darmody & Madden, 2002).

Entender la crisis como una falla en sus mecanismos habituales de enfrentamiento y resolución de problemas (Spirito & Overholser, 2003), permitiría al sujeto concebirla como algo “superable”, al desarrollar nuevas habilidades o fortalecer las que ya tenía.

El ir recuperando sus habilidades de enfrentamiento y resolución de problemas, al explorar alternativas más realistas, le entregará la vivencia de dominio sobre sí mismo y su realidad. De otro modo, el mantener expectativas irrealizables, inevitablemente desembocaría en frustración y desesperanza (Maturana, Cubillos, Henríquez et al, 2001), lo que junto a la visualización del suicidio como una solución viable a los problemas vitales (Spirito & Overholser, 2003), aumentan el riesgo de repetición de un intento.

III. Operacionalizaciones de los Criterios de Intervención

a. Contexto Individual

Dentro de este contexto, a partir del establecimiento de las características que presenta el desarrollo actual del sujeto (criterio “nivel de desarrollo”), se desprenden aplicaciones que apuntan a determinar el estadio del desarrollo en el que está funcionando (según lo planteado por Piaget), diferenciando las áreas más desadaptativas y su relación con la mantención del desequilibrio. Ligado con este, es necesario definir las problemáticas y necesidades insatisfechas que han contribuido al surgimiento y mantención de la crisis suicida, en relación con los aspectos más desadaptativos. También es necesario determinar aquellos aspectos más adaptativos, con el fin de potenciarlos mediante la intervención.

En cuanto al criterio referido a la “comprensión del funcionamiento psicológico”, las aplicaciones prácticas apuntan a aumentar los niveles de autoconciencia respecto a las características de su desarrollo actual y cómo estas se relacionan con las problemáticas a la base de la crisis suicida. Si bien, esta toma de conciencia está acotada a su funcionamiento en la situación de crisis, lo cual le permite la comprensión del modo particular de construir esta experiencia, también se relaciona con el modo de significar y valorar la realidad que ha ido construyendo el sujeto a lo largo de su historia vital, con lo que se sentarían las bases para dar continuidad a su experiencia integrando la crisis suicida dentro de esta, al poder entender cómo surgió esta crisis en coherencia con lo que es y ha sido en su contexto histórico. Dentro del logro de esta comprensión, también es necesario incluir la relación del sujeto con los otros y el mundo, en cuanto a cómo ha contribuido al surgimiento de la crisis, y asimismo cómo puede contribuir a la resolución de esta.

Por último, en relación al criterio de “resolución de problemas”, lo que se buscaría en términos prácticos sería el desarrollo de formas más adaptativas de enfrentar y resolver las problemáticas que se le presentan como insuperables en el momento de la crisis. En el desarrollo de estas, resulta necesaria la resignificación de la posibilidad de recibir ayuda y apoyo por parte de los otros significativos, a partir de lo cual el niño o adolescente logre contactarse con ellos en momentos que lo sienta necesario. Esto, especialmente ligado al

reconocimiento de aspectos de sí mismo que le indiquen la posibilidad de desarrollar una nueva crisis suicida.

b. Contexto Familiar

Este contexto de intervención es incluido, ya que se trata de la primera instancia de socialización de los niños. Es aquí donde encuentran los vínculos más significativos para su desarrollo, los cuales facilitan, o no, el surgimiento de sus capacidades. Entre estas, la de resolución de problemas, cuyo desarrollo adaptativo es central en esta intervención. Al respecto, “uno de los factores importantes es que en la familia las discusiones incluyan al joven en la exploración de los detalles de una particular aproximación a los problemas. La discusión lo incluiría en la planeación paso a paso de la posible solución” (Decinti & Fuentes, 1997:21). Sin embargo, el tipo de discusiones que se realiza en las familias de niños y adolescentes con conductas suicidas, no facilita el desarrollo de esta habilidad, por lo cual resulta imprescindible la adquisición de estrategias de enfrentamiento y resolución de problemas más adaptativas por parte del grupo familiar en torno a la crisis suicidas y las necesidades insatisfechas en relación con esta. Para facilitar el logro de este avance, parece apropiado además desarrollar estrategias de comunicación y diálogo que permitan la exposición de puntos de vista diferentes dentro de un contexto de respeto y empatía por el otro. Con el fin de que la familia logre vivenciar un estilo diferente y más adaptativo de enfrentar y resolver problemas, dando la posibilidad de avanzar respecto a una estrategia más evitativa de hacerlo, es preciso que tomen conciencia de cómo han estado enfrentando sus problemáticas y cómo pueden hacerlo de manera más adaptativa, enfatizando una actitud más proactiva de su parte hacia la búsqueda de modos de satisfacer sus necesidades y la inserción en sus redes de apoyo. Todas estas aplicaciones se desprenden del criterio formulado respecto al “desarrollo de estrategias de resolución de problemas”.

En cuanto al criterio relacionado con la “comprensión del funcionamiento psicológico del sujeto que realiza el intento de suicidio”, en primer lugar, se buscaría que la familia verbalice la explicación que ha construido respecto al intento de suicidio realizado por el niño o adolescente, facilitando la toma de conciencia de las emociones que han surgido en ellos con relación a este hecho. Esto permitiría entender el significado del miembro que ha realizado el intento de suicidio para cada uno de ellos y qué ha significado el intento de

suicidio en términos de crisis familiar. Con el fin de ampliar esta comprensión, dando paso a la resignificación y flexibilización, la intervención debe facilitar que la familia contextualice esta explicación dentro de su estilo interaccional y de las características particulares de su funcionamiento, insertándola en el continuo de su historia vital. De este modo, al vincular las características del funcionamiento familiar con la realización del intento de suicidio se abre la posibilidad de lograr que la familia construya un espacio que permita la expresión de necesidades y afectos de forma adaptativa, constituyéndose en un contexto protector para cada uno de sus miembros.

En relación al criterio de “nivel de desarrollo”, en el contexto familiar, este se traduce en el establecimiento de las características de su funcionamiento, en cuanto a la presencia de factores de riesgo y protectores entendidos a partir de la dinámica relacional de sus miembros. A partir de esta comprensión, es posible establecer ciertas metas para la intervención que permitan una resolución constructiva de la crisis suicida, conllevando un avance en la dinámica familiar, a través de lograr niveles de mayor respeto y cooperación que faciliten el desarrollo de sus miembros y la capacidad de estos para identificar y satisfacer las necesidades de cada uno, de acuerdo a su etapa de desarrollo. Con esto se espera potenciar y fortalecer los aspectos más adaptativos de la dinámica familiar, minorizando aquellos más desadaptativos.

c. Contexto Escolar

Las aplicaciones del criterio referente al “nivel de desarrollo” se dirigen, por un lado, al establecimiento de las características que presenta el desarrollo tanto de la población estudiantil afectada por la crisis suicida como de la docente y paradocente, rescatando los aspectos más adaptativos del funcionamiento de estos sujetos con el fin de potenciarlos mediante la intervención de modo que se minorice el efecto de aquellos más desadaptativos, al igual que en los contextos anteriores. Por otro lado, las aplicaciones también se dirigen a establecer cómo las características del Establecimiento Educativo (normas, valores, estilo interaccional, entre otras) están afectando el proceso del desarrollo y de resolución de la crisis suicida.

Así como en los contextos anteriores, es de relevancia que la población escolar logre expresar su vivencia y explicación construida respecto al intento de suicidio en un contexto grupal que facilite el diálogo con la visualización de distintas posturas y vivencias en relación a este hecho, generándose un espacio de resignificación del intento de suicidio en alumnos, docentes y paradocentes afectados por la crisis suicida. De acuerdo a la magnitud que represente la crisis suicida en cada uno de los alumnos, será posible incluir a los padres de quienes se encuentren más afectados, para así facilitar la resignificación de este hecho dentro de un contexto de apoyo y contención que fortalecería a sus propias familias como figuras protectoras y redes de apoyo. Mediante esta nueva comprensión, se espera generar condiciones favorables para el reingreso del sujeto que realizó el intento de suicidio, previniendo su estigmatización por parte de pares o docentes, a la vez que permitir la integración de esta experiencia en los sujetos afectados. Con estas aplicaciones, se aborda el criterio de “comprensión del funcionamiento psicológico” de quien realiza el intento suicida.

Por último, en relación al criterio de “desarrollo de estrategias de resolución de problemas”, se buscará fortalecer los estilos de enfrentamiento y resolución de conflictos presentados por los sujetos más afectados por la crisis, haciéndolos más adaptativos al enfatizar la búsqueda de ayuda e incentivando la conexión entre los sujetos y entre estos y el sistema educacional, de modo que la escuela se constituya en una red de apoyo para sus miembros. Dentro de esta red, también es necesaria la participación e integración de los padres y apoderados para facilitar el logro de estrategias más adaptativas, ayudando a sus hijos al aclarar dudas y estimulando el diálogo y entendimiento en su relación con ellos. Estas aplicaciones se relacionan, además, con la resignificación del intento de suicidio, de modo que pueda ser entendido como una manera desadaptativa de resolver problemas, con lo que se espera disminuir la posibilidad de que alguno de los pares afectados resuelva sus conflictos de este modo, a la vez que aumentar la posibilidad de la utilización de estrategias adaptativas que favorezcan el avance en el desarrollo de los sujetos.

Si bien, las aplicaciones recién expuestas presentan características específicas según el contexto al que se dirigen, están relacionadas con objetivos generales buscados por los criterios planteados en esta investigación. Estos son, por un lado, resignificar la crisis

suicida en términos constructivos para el desarrollo de los sujetos afectados por esta y, por otro, flexibilizar y ampliar las estructuras mentales con las que está funcionando el niño o adolescente. Para esto, es fundamental lograr la comprensión del intento suicida, desde una mirada Constructivista Evolutiva, lo cual implica la integración de esta experiencia a la historia vital, y el desarrollo de estrategias de enfrentamiento y resolución de problemas, en especial las problemáticas relacionadas con esta crisis.

El logro de un mejor equilibrio en cada uno de los sujetos intervenidos, llevaría a la par un mejoramiento en la equilibración interindividual, facilitando el proceso de integración entre estos, lo que cobra especial relevancia en el caso del niño o adolescente que ha realizado el intento de suicidio, quien se encuentra y percibe aislado de los otros y del mundo antes y durante la crisis suicida.

CAPÍTULO 4: Discusión y Conclusiones

A partir de la acuciosa búsqueda y revisión de la diversa bibliografía relacionada a la Conducta Suicida en niños y adolescentes, se ha constatado la preponderancia de un desarrollo teórico y empírico desde la práctica psiquiátrica, a la vez que un escaso desarrollo del tema desde el enfoque psicológico (especialmente desde la teoría Constructivista Evolutiva), en donde se ha dado mayor énfasis a los procesos preventivos y psicoterapéuticos como medidas para enfrentar el fenómeno. De este modo, la posibilidad de construir un plan de Intervención en Crisis, ante casos de Conducta Suicida, que integre diversos aspectos, se ve dificultada. Este punto cobra especial relevancia, al considerar la necesidad de plantear una intervención que permita optimizar recursos económicos y profesionales, a la vez que resulte efectiva en el enfrentamiento de la situación de urgencia (como lo es un intento de suicidio) y en la prevención del desarrollo y empeoramiento de psicopatología, tanto en el individuo como en su contexto.

Pese a estas dificultades, los objetivos planteados para la realización de esta investigación bibliográfica lograron llevarse a cabo. Así, en relación con los objetivos específicos propuestos, se logró revisar y sistematizar información actualizada respecto al tema, lo cual facilitó la comprensión del fenómeno desde distintas perspectivas, incluyendo la Constructivista Evolutiva (desde los postulados piagetanos y el marco epistemológico y clínico que subyace a este enfoque). Además, se logró la integración de los aportes de este enfoque, ampliando el abordaje de la Intervención en Crisis hacia una perspectiva más psicológica y, a su vez, considerando planteamientos más específicos en relación al nivel de desarrollo y a las características del fenómeno del intento de suicidio. Por último, se amplió el alcance de esta modalidad de intervención, incluyendo el contexto familiar y escolar, los cuales también viven la crisis suicida y se encuentran en continua relación con el sujeto que ha desarrollado este tipo de conducta desadaptativa.

El logro de estos objetivos implicó la integración de elementos de investigaciones empíricas realizadas en el estudio de las características de los sujetos que presentan conductas suicidas, de los factores asociados y de los tratamientos efectivos utilizados en

estos casos. Por último, fueron integrados todos los elementos que aportaran a la comprensión del fenómeno y que fueran coherentes con los postulados Constructivista Evolutivos (especialmente con los piagetanos).

El logro de todos estos objetivos derivó en la consecución del objetivo general, por lo cual fue posible el planteamiento de Criterios de Intervención en Crisis enfocado al abordaje de niños y adolescentes que realizan un intento de suicidio, así como de sus familias y escuelas, a partir de los cuales pueden ser planificadas estrategias concretas de intervención.

Este logro se relaciona con el aporte teórico y práctico de este trabajo al ejercicio clínico infanto – juvenil y a la investigación que se desarrolla en el ámbito de la conducta suicida. Por un lado, el aporte teórico se refiere a la sistematización e integración de diversos elementos en la comprensión del fenómeno de la conducta suicida en la niñez y adolescencia. Por otro, la definición de criterios de intervención se constituye en una guía que permite la planificación de una intervención más integrativa para enfrentar un fenómeno de gran complejidad (como es el caso del intento de suicidio), a la vez que diferencial, ya que recoge elementos que permiten un abordaje más específico al considerar la variable evolutiva. A pesar de que es posible encontrar todos estos elementos en la bibliografía actualmente disponible, la falta de sistematización se convierte en una dificultad para la elaboración de una intervención que abarque todos los factores relacionados con este fenómeno en estas etapas del desarrollo. Es por esta razón, que la sistematización e integración que se llevó a cabo en la presente investigación cobra relevancia, ya que entrega la información necesaria y suficiente para guiar la planificación de una intervención breve y eficiente que considere factores individuales, contextuales y relacionales.

De acuerdo con lo mencionado hasta ahora, cabe señalar que se logró la confirmación de la hipótesis de investigación, puesto que se definieron criterios de Intervención en Crisis en niños y adolescentes que realizan un intento de suicidio, abarcando sus familias y escuelas, desde algunos conceptos fundamentales extraídos del enfoque Constructivista Evolutivo, especialmente de la teoría piagetana, y desde la teoría de la Intervención en

Crisis. Los conceptos piagetanos aluden principalmente a la conceptualización del desarrollo y de la psicopatología, enfatizando el rol que juegan en estos el desequilibrio, la equilibración de las estructuras, la construcción de significados y la integración con los otros.

Pese a la inclusión de estos conceptos, la investigación realizada hasta ahora no permite la integración de otros conceptos piagetanos que pudiesen permitir una comprensión más amplia del fenómeno de la conducta suicida en niños y adolescentes y del alcance de la intervención sobre el desarrollo de estos sujetos. En este sentido, la literatura existente enfatiza la recuperación del equilibrio previo a la crisis suicida como objetivo principal de cualquier intervención. Sin embargo, al tratarse de sujetos que presentan una vulnerabilidad en su desarrollo (la cual ha dejado abierta la posibilidad del surgimiento de la conducta suicida), es posible pensar que el equilibrio previo a la realización del intento de suicidio sería de carácter precario e inestable, por lo que no sería suficiente la recuperación de ese equilibrio. Por lo tanto, el objetivo central al que debe apuntar toda intervención, por breve que esta sea, es lograr la reequilibración de las estructuras, lo cual implica un avance en el desarrollo al alcanzar un nuevo equilibrio, aumentando sus posibilidades de adaptación. En este sentido, parece apropiada la utilización del concepto de reequilibración maximizadora (Piaget, 1998), el cual apunta al logro de un equilibrio mejor a partir de la resolución de un desequilibrio que se presenta en el sistema, significando un avance en el desarrollo. Dado que los sujetos (y sus contextos) que presentan conductas suicidas se encuentran en un estado de desequilibrio y fijación (Ruíz & Sepúlveda, 2004; Sepúlveda, 2004), no resultaría suficiente la recuperación del equilibrio y funcionamiento previo a la crisis suicida, ya que éste no permite la satisfacción de las necesidades fundamentales del sujeto, ni su adaptación a la “realidad”. Por esta razón, resulta indispensable dirigir la intervención al logro de habilidades que permitan un avance en el desarrollo. En este sentido, con el fin de lograr la resolución del desequilibrio que representa la conducta suicida en la intervención, de tal modo que implique este avance, es necesario llevar al niño o adolescente desde el funcionamiento actual (caracterizado por la fijación) hasta uno que le permita relacionarse con sí mismo, los otros y el entorno de manera adaptativa y constructiva. De este modo, la reequilibración que se busca corresponde al tipo de equilibración de primer nivel descrito por Piaget (1998), que hace

alusión a la asimilación de los objetos a esquemas de acción y la acomodación de éstos a los objetos. Los otros tipos de equilibraciones, entre los subsistemas y entre la diferenciación y la integración, sobrepasan los objetivos de una intervención breve y de objetivos limitados, y corresponden más bien a un proceso psicoterapéutico de largo plazo.

En relación con la reequilibración maximizadora, el logro de un avance en el desarrollo de los sujetos intervenidos, implica a su vez un avance en los procesos de equilibración interindividual. A medida que el sujeto logre un avance en sus propios procesos de equilibración, también logrará un avance en los procesos de equilibración interindividual, puesto que los procesos individuales y sociales se implican mutuamente, son indisociables y el avance en uno conlleva un avance en el otro (Piaget, 1983).

Ligado con este aspecto, uno de los objetivos fundamentales que debe perseguir la intervención en estos casos, es la integración del sujeto que ha realizado el intento de suicidio en su medio social. Así, es clave, por un lado, el desarrollo de las habilidades interpersonales del individuo y, por otro, el desarrollo de habilidades que permita a los grupos sociales más inmediatos entregar un apoyo efectivo, facilitando el proceso de integración. En este proceso, es de especial relevancia el vínculo que el interventor construye con el sujeto en crisis suicida (y sus contextos), por cuanto entrega una experiencia en el aquí y en el ahora respecto a una relación basada en la cooperación y el respeto mutuo. Con este vínculo, el interventor debe apuntar a que el sujeto logre una vivencia distinta y pueda resignificar su relación con los otros y el mundo, ya que al cambiar esta construcción, el sujeto podría llegar a sentirse parte de este y, a la vez, integrar a los otros como parte de sí mismo. De este modo, el niño o adolescente al sentirse integrado por un mundo más contenedor, podrá percibir el interés que las personas que forman parte de su entorno tienen por él y lo que le pasa, con lo cual se abre la posibilidad de buscar ayuda y expresar sus necesidades en un medio experimentado como confiable y protector, disminuyendo la desesperanza. Con esto se buscaría lograr una relación proactiva entre el sujeto y sus redes de apoyo, es decir, que el propio sujeto pueda identificarlas y realizar acciones voluntarias en dirección de encontrar el apoyo que necesita.

Por otro lado, la integración con los otros posibilita el intercambio de experiencias e ideas, estimulando el ejercicio de la coherencia interna de éstas al someterlas a un espacio de discusión dentro de la interacción interpersonal (Piaget, 1955), potenciando el desarrollo de la lógica, la abstracción, el respeto mutuo, entre otras capacidades.

Otro concepto piagetano, que no ha sido relacionado con la conducta suicida en las investigaciones realizadas y que, sin embargo, pudiese aportar en la comprensión más amplia del fenómeno, es el de las conductas compensatorias. En este caso, tendría relación con el estilo de enfrentamiento y resolución de problemas que presentan los niños y adolescentes con conductas suicidas. De este modo, este estilo de carácter evitativo se relacionaría con la conducta compensatoria más primitiva, en la que ante la perturbación el sujeto introduce una modificación en el sentido inverso de la perturbación, negándola (Piaget, 1998). Como consecuencia, la perturbación no es integrada al sistema, lo cual lleva a que el equilibrio que se desprende de esta compensación, sea siempre inestable, ya que cada vez que se presente la perturbación, se abrirá la necesidad de compensarla nuevamente. Cuando la perturbación es demasiado compleja y evidente, este mecanismo compensatorio deja de ser adaptativo, dando paso a la necesidad de integrarla. Al no contar con los recursos necesarios, el sujeto que enfrenta las perturbaciones entra en crisis, contexto que propicia la aparición de las conductas suicidas.

La consideración de una perspectiva evolutiva dentro de la planificación de una Intervención en Crisis en niños y adolescentes, implica involucrar en ella aquellos contextos que influyen en el desarrollo de estos sujetos, ya que es en éstos donde pueden encontrarse factores de riesgo y protectores relevantes tanto en el surgimiento como en la resolución de la crisis. Así, la aparición de una crisis suicida en un niño o adolescente implicaría no sólo una vulnerabilidad personal sino también algún grado de disfunción dentro de la familia y escuela, y en la relación que éstas establecen con el sujeto. En este sentido, los contextos donde se desarrollan los niños y adolescentes pueden facilitar o dificultar la consecución de los logros evolutivos y también los objetivos de una intervención. Por esta razón, es fundamental que las fortalezas con las que cuentan la familia y la escuela, sean identificadas y fomentadas a través de una intervención, con el fin de que estos contextos contribuyan al crecimiento y adaptación de los sujetos. De esta

forma, la intervención en crisis trasciende el ámbito individual, para enfocarse en el relacional y en la importancia de este en el desarrollo.

Este aspecto relacional, no sólo se restringe al abordaje de las interacciones que se dan dentro de los contextos familiar y escolar, sino también abarca las relaciones entre estos contextos y las redes de apoyo existentes en su comunidad. En este sentido, la intervención buscaría insertar estos contextos dentro de una red relacional más amplia, que pueda proveer los recursos necesarios para el desarrollo constructivo de éstos y el apoyo requerido para enfrentar y resolver tanto la crisis suicida como posibles crisis futuras. De este modo, con la Intervención en Crisis en intentos de suicidio de niños y adolescentes se establece un diálogo entre la Psicología Clínica y la Comunitaria.

La realización de este tipo de intervención, implica flexibilidad en diversos sentidos. Por un lado, debe adaptarse a las características específicas de cada caso en particular, incluyendo las características del intento de suicidio y de los sujetos involucrados (niño / adolescente, familiares, pares, entre otros). Por otro, es el interventor quien realiza las acciones *in situ*, flexibilizándose la necesidad de contar con un setting como espacio físico de intervención. Este aspecto es de gran relevancia, pues facilita el acceso al tratamiento y, como consecuencia, aumenta la posibilidad de que los intervenidos desarrollen adherencia a ésta. De esta forma, se estaría dando respuesta a una demanda creciente de programas breves y de bajo costo, que permiten abarcar mayor porcentaje de población que requiere este tipo de atención. Además, mediante la intervención, estos contextos se empoderan al rescatar y potenciar sus fortalezas, generando un cambio en la percepción de sus capacidades, por parte de estos grupos y del sujeto, lo cual fomenta una actitud proactiva y protectora.

A pesar de los alcances que pueden lograrse con la realización de una Intervención en Crisis en niños y adolescentes que realizan intentos de suicidio, existen algunas limitaciones inherentes a este tipo de intervención, como la escasa efectividad en casos de sujetos que han realizado reiterados intentos de suicidio, cuando existe un trastorno psiquiátrico grave a la base de estos intentos y en caso de disfunciones familiares serias. En general, se debe promover la continuación de un proceso psicoterapéutico de largo plazo,

en especial cuando la gravedad del caso requiere una intervención de mayor profundidad, ya que si bien la intervención en crisis es eficaz no resulta suficiente considerando que se trata de un proceso que afecta la construcción de la identidad del sujeto.

Pese a la brevedad y al alcance limitado de sus objetivos, la intervención en crisis en estos casos debiera plantearse como objetivo transversal la toma de consciencia, por parte de los sujetos intervenidos, de los procesos psicológicos subyacentes a los mecanismos de enfrentamiento y, a través de éstos, de los procesos de significación de la realidad. La adquisición del conocimiento de sí mismos generaría una sensación de mayor control y seguridad sobre sí mismos y sus procesos, y la posibilidad de identificar algunas características de su funcionamiento como “indicadores” de un estado definido, frente al cual puede actuar para modificarlo. Además, permite que el sujeto vaya resignificando sus construcciones sobre sí mismo y los otros, abriendo la posibilidad de recibir ayuda de los demás al reconocer la necesidad del otro para complementar las propias carencias, lo cual se ligaría a la superación del egocentrismo y a un mayor reconocimiento de sí mismo a partir de la toma de conciencia de las limitaciones inherentes a la condición humana (Sepúlveda, 2004).

Para facilitar la toma de consciencia parece apropiado que el sujeto sea capaz de reconocer e identificar las necesidades que van surgiendo dentro de su experiencia vital, así como de los medios que le permiten satisfacerlas de forma adaptativa.

Otro elemento útil, tanto para aumentar los niveles de autoconciencia como para el avance en sus habilidades de enfrentamiento y resolución de problemas, sería la visualización del proceso de análisis a la base de una resolución efectiva. Para esto, el sujeto debe identificar sus problemas, dividirlos en partes observando cada una de ellas por separado, luego la relación entre ellas y como configuran un todo. Esto apuntaría a lograr una descentración simultánea del todo y de las partes, para comprender el fenómeno en su complejidad a partir de una descentración sucesiva de las partes, del todo y de las relaciones entre ellos, y así fomentar un avance en el desarrollo de la lógica del pensamiento a través de un ejercicio que va desde una forma de inteligencia más práctica a una más reflexiva. De este modo, la búsqueda de soluciones a las necesidades definidas

como problemas partiría desde el método de ensayo y error, restringidas a las dimensiones concretas de la realidad hasta la representación mental de las acciones realizadas (a modo de hipótesis) previendo las consecuencias de los actos, avance que dependerá de las capacidades del sujeto y su nivel evolutivo. En cuanto a las formas de lograr estas soluciones, se debiera partir por la aplicación de medios conocidos a las circunstancias definidas, luego nuevos tipos de medios a las mismas situaciones y finalmente a circunstancias imprevistas.

Otro aspecto a considerar en el aumento de los niveles de autoconciencia de los sujetos intervenidos, es la expresión y reconocimiento de las emociones, que puede contribuir a lograr su representación mental, a disminuir la intensidad de aquellas que estarían influyendo en las dificultades de lograr una coordinación adecuada entre los aspectos afectivos y los cognitivos y, con esto, los niveles de impulsividad. A la luz de los postulados piagetanos (Piaget, 2003), se puede entender cómo frente a afectos más primitivos, poco diferenciados y muy intensos, producto de ciertas perturbaciones, el niño o adolescente tiende a actuar de manera más impulsiva y a perder la voluntad frente a sus actos. Que el sujeto adquiera este conocimiento sobre sí mismo, contribuiría al fortalecimiento de su voluntad.

Tanto a nivel familiar como escolar (pares y docentes), resultaría conveniente crear un espacio en el que se permita la expresión de emociones, posibilitando la descarga afectiva y el reconocimiento de las necesidades existentes en este ámbito dentro de un contexto de contención. Con esto, se proporciona una experiencia en el aquí y el ahora que ofrece la vivencia de los beneficios de tener un espacio de expresión y contención emocional, facilitando la resignificación de la experiencia emocional.

En el ámbito familiar, la intervención debería identificar en conjunto las fortalezas y debilidades existentes en su sistema de comunicación. Esto abarcaría la identificación de las problemáticas presentes en el logro de una comunicación fluida y efectiva, cómo es que fueron surgiendo estas dificultades contextualizándolas dentro de la historia familiar (desde cuándo y a partir de qué situaciones), cómo es que se generan y su frecuencia (identificando factores asociados), el tipo de repercusiones en cada uno de los individuos y, finalmente,

los mecanismos empleados por cada cual para enfrentarlos. Además, se debería indagar en las explicaciones que cada individuo ha construido para entender estas problemáticas para que luego construyan en conjunto, dentro de un contexto de discusión y diálogo, una explicación de cuáles serían los factores que no estarían permitiendo una interacción basada en el respeto mutuo y la cooperación. Una vez identificadas estas dinámicas, tanto las que facilitan como las que dificultan el diálogo, deberían ser reflejados los roles que cada cual juega dentro de estas interacciones, con el fin de que cada uno tome conciencia de su participación y responsabilidad dentro de la mantención de tales dinámicas.

Pese a que la intervención se enfoca principalmente a la resolución de problemáticas específicas definidas a partir de las necesidades insatisfechas directamente ligadas a la realización del intento de suicidio, a través de la toma de conciencia de los mecanismos subyacentes al funcionamiento psicológico de los sujetos intervenidos (tanto de los que dificultan como los que facilitan el logro de las metas definidas en el logro de la satisfacción de estas necesidades de manera adaptativa), se abre la posibilidad de que mediante la aprehensión de esta manera de reconocerse y de encontrar maneras alternativas de actuar y de dialogar, los sujetos puedan generalizar estos logros a otras áreas de sí mismo y de su relación con los otros y el mundo. Es decir, el fin último de la intervención en crisis en intentos de suicidio es contribuir a que cada una de las personas involucradas pueda aumentar su conocimiento sobre sí misma y, a partir de esta información, lograr establecer relaciones más adaptativas consigo mismo y los que lo rodean.

Desde otra mirada, esta intervención va al rescate de la importancia del sentido de lo comunitario y relacional en el desarrollo y bienestar del sujeto integrado en un nosotros, que tiene que ver con la vivencia de ser y estar dentro de la relación con un otro, percibido como legítimo otro y en igualdad de derechos, condiciones y libertad. Este aspecto es especialmente relevante en el caso del intento de suicidio, donde los sujetos y sus contextos de desarrollo han construido una vivencia de soledad y aislamiento, tan frecuente, por cierto, en nuestra sociedad, en la que prima un individualismo exacerbado y una falta de espacios compartidos. Estos valores postmodernos, tienen importantes repercusiones en los significados que las personas construyen sobre sí mismas, su relación con los otros y el mundo, en especial en la niñez y adolescencia, para las cuales no hay espacios de

expresión, comunicación, comprensión y contención. En este contexto, ante la necesidad intrínseca de niños y adolescentes de contar con un espacio de expresión y de reconocimiento como seres legítimos y valiosos en conjunto con las dificultades de construir estos espacios tanto por las características de su desarrollo como por la indiferencia del resto de la sociedad por integrarlos e incentivar su autonomía, surgen manifestaciones alternativas que no siempre son adaptativas. Es así, como surgen conductas de violencia hacia los otros o dirigidas a sí mismos (como el caso del intento de suicidio) y otras conductas desadaptativas como la realización de rayados y graffiti, daños a la propiedad pública y privada, abuso de alcohol y marihuana, bajo rendimiento escolar, entre otras. Por otro lado, esta intervención va al rescate de las fortalezas y habilidades de cada sujeto, especialmente en cuanto a enfatizar las responsabilidades y las actitudes proactivas en su accionar al resolver los conflictos y movilizar los recursos necesarios para ello. La relevancia de esto, en el caso de niños y adolescentes, se relaciona con el modo de interactuar que tienden a mantener los adultos con ellos, en donde prima la infantilización, la dependencia y una visión de la infancia y adolescencia como etapas de carencia de habilidades e incapacidad en la toma de decisiones.

Parece relevante destacar la importancia de aprovechar espacios comunitarios, como el contexto escolar, para favorecer el desarrollo y la salud mental. En este sentido, no sólo se trata de un espacio de aprendizaje formal (como ha sido visto tradicionalmente), sino también de un espacio de intervención y tratamiento, ya que debido al tiempo de permanencia de los niños y adolescentes y la posibilidad de interactuar con pares y adultos dentro de un contexto normado y protector, se constituye en un espacio que potencia el desarrollo. Si bien, estos recursos siempre han estado presentes, no han sido utilizados en su totalidad por disciplinas como la Psicología Clínica, que se ha restringido especialmente al ámbito de la prevención desaprovechando otras oportunidades de intervención en las que podría favorecer el desarrollo de los miembros de la comunidad escolar.

Dentro de las limitaciones que presenta esta investigación, se encuentra la falta de una diferenciación más fina en el diseño de criterios dirigidos a la intervención en niños y adolescentes, que rescaten las características específicas de cada una de estas etapas del desarrollo, impidiendo la ejecución de intervenciones más precisas. Esta limitación

encuentra su origen, por una parte, en la escasa diferenciación existente al respecto en la bibliografía y, por otra parte, el mayor desarrollo de investigaciones dirigidas al estudio del fenómeno de la conducta suicida en adolescentes, dado que la mayor cantidad de intentos de suicidio son realizados en este rango etario.

A partir de la relevancia de contar con este método de intervención y por su escasa aplicación en nuestro país, especialmente en Psicología Clínica e intentos de suicidio, surge la necesidad de llevar a cabo investigaciones empíricas que, por un lado, avalen la eficacia de esta intervención y, por otro, aporten información proveniente de la ejecución en terreno que permita la retroalimentación de los planteamientos que conforman los criterios postulados en esta investigación bibliográfica. De este modo, se puede complementar, corregir y ampliar estos planteamientos integrando mayor cantidad de conceptos pertenecientes al enfoque Constructivista Evolutivo. Incluso sería posible aplicar los criterios de intervención planteados en esta investigación (el nivel de desarrollo, la integración con los otros, la integración, continuidad y coherencia del sí mismo, la descentración del sí mismo, la resolución de problemas, el equilibrio – desequilibrio y la salud mental en el contexto familiar y escolar), adaptando el referente a las características del intento de suicidio según la crisis que se trate. Esto último, puede ser especialmente relevante en casos en que una circunstancia genere una crisis en varias personas a la vez, como por ejemplo en casos de abusos sexuales en un establecimiento educacional por parte de un miembro de la comunidad escolar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abrams, D. (1993). Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia (PBIU) con niños. En Bellack, L. (1993). *Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia* (pp. 141 – 148). México DF: Ed. El Manual Moderno.
2. Ackerman – Engel, R. (1993). Terapia cognoscitiva breve. En Bellack, L. (1993). *Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia* (pp. 151 – 160). México DF: Ed. El Manual Moderno.
3. Ajuriaguerra, J. & Marcelli, D. (1996). *Psicopatología del niño*. Ed. Masson, 3ª edición en español. Barcelona, España.
4. Altamirano, P. (mar. – abr. 1995). Comportamiento suicida en la adolescencia: ¿causas y explicaciones?. *Pediatría al día*, 11 (1), 31 – 33.
5. Almonte, C., Sepúlveda, G., Avendaño, A. & Valenzuela, C. (1985). Desarrollo Psicosocial de Adolescentes de 12 a 15 años. *Rev. Chil. Pediatr.* 56 (4), 263 – 270.
6. Almonte, C. (2003). Conducta suicida en la niñez y adolescencia. En Almonte, C., Montt, M. & Correa, A. *Psicopatología infantil y de la adolescencia* (507 – 522). Editorial Mediterráneo. Santiago, Chile.
7. Ashworth, J. (2001). *Practice principles: A guide for mental health clinicians working with suicidal children and youth*. Vancouver: Ministry of Children and Family Development. British Columbia.
8. Beautrais, A., Joyce, P. & Mulder, R. (1997). Precipitating factors and life events in serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36 (11), 1543 – 1551.
9. Becker & Shmidt (2005). When kids seek help on – line: Internet chat rooms and suicide. *Reclaiming Children and Youth*, 13 (4), 229 – 230.
10. Bell, C. & Clark, D. (1998). Adolescent suicide. *Pediatric Clinics of North America*, 45 (2), 365 – 382.
11. Bellack, L. (1993). Aplicación a estados específicos. *Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia* (pp. 178 – 181). México DF: Ed. El Manual Moderno.
12. Boyd, N. (1991). *Play therapy with children in crisis. A case book for practitioners*. New York: Ed. Gilford Press.

13. Bulbena, A. (1991). Urgencias psiquiátricas. En Vallejo, J. *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (pp. 714 – 720). Barcelona: Salvat Editores.
14. Burmester, M. (1988). Urgencias en psiquiatría. *Boletín Escuela de Medicina, P. Universidad Católica de Chile, 18 (1)*, 32 – 35.
15. Caplan, G. (1966). *Principios de Psiquiatría Preventiva*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
16. Carrigan, J. (1994). The psychosocial needs of patients who have attempted suicide by overdose. *Journal of Advanced Nursing, 20*, 635 – 642.
17. Castellón, C., Verdugo, S. & Lolas, F. (1988). Desesperanza, ideación suicida y depresión. *Revista Terapia Psicológica, Año VII (10)*, 33 – 36.
18. Cavenar, J., Cavenar, M. & Ingram, J. (1983). Crisis intervention. En Ingram, J. *Psychiatric emergencies. Intervention and resolutions* (pp. 201 – 212). Philadelphia: J.B. Lippincott.
19. Cayazzo, F. & Vidal, S. (2002). *Definición de los conceptos de deseo, intención y complementariedad de intenciones en el modelo de la asertividad reformulada desde el marco del modelo cognitivo*. Memoria para optar al título de Psicólogo. Universidad de Chile, Santiago, Chile.
20. Celotta, B. (1995). The aftermath of suicide: Postvention in a school setting. *Journal of Mental Health Counseling, 17 (4)*, 397 - 413.
21. Chandler, M., Lalonde, C., Sokol, B. & Hallett, D. (2003). Personal persistence, identity development, and suicide: a study of native and non – native north american adolescents. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 68 (273)*, 1 – 141.
22. Christensen, C. (1995). *Intencionalidad suicida*. Trabajo de tesis. Universidad del Aconcagua, Facultad de Psicología.
23. Claro, S., Soto, G. & Carrasco, E. (1998). Depresión mayor en el niño y adolescente: Algunos aspectos relevantes. *Pediatría al Día, 14 (4)*, 218 – 222.
24. Collins & Cutcliffe (2003). Addressing hopelessness in people with suicidal ideation: Building upon the therapeutic relationship utilizing a cognitive behavioural Approach. *Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing, 10*, 175 – 185.
25. Committee on Adolescence (1996). *Adolescent suicide. Report N° 140*. Washington D C: American Psychiatric Press Inc.

26. Cox, B., Enns, M. & Clara, I. (2004). Psychological dimensions associated with suicidal ideation and attempts in the national comorbidity Survey. *Suicide and Life – Threatening Behavior*, 34 (3), 209 – 219.
27. Decinti, O. & Fuentes, V. (1997). *Desarrollo, aplicación y evaluación de un programa basado en el método de resolución de problemas para prevenir las conductas violentas en adolescentes*. Memoria para optar al Título de Psicólogo. Universidad de Chile, Santiago, Chile.
28. De la Barra, F. (1989). Conducta suicida en niños y adolescentes. *Pediatría al día*, 5 (3), 152 – 157.
29. Enns, M., Cox, B. & Inayatulla, M. (2003). Personality predictors of outcome for adolescents hospitalized for suicidal ideation. *J. Am. Acad. Chile Adolesc. Psychiatry*, 42 (6), 720 – 726.
30. Escobar, E. (1997). La enseñanza de la psiquiatría de urgencia. *Revista Psiquiatría Clínica*, 34 (1 – 2), 75 – 80.
31. Flavell, J. (1982). *La psicología evolutiva de Jean Piaget*. Barcelona: Ed. Paidós.
32. Freedman A., Kaplan, H. & Sadock, B. (1983). *Compendio de psiquiatría*. Barcelona: Salvat Editores.
33. González, M., Larraguibel, M., García, D. et al. (1999). *Sugerencias técnicas para la atención de adolescentes con ideación y / o intento de suicidio*. Ministerio de Salud, Programa del Adolescente.
34. Goldston, D., Daniel, S., Reboussin, B. et al. (2000). Cognitive risk factors and suicide attempts among formerly hospitalized adolescents: A prospective naturalistic study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40 (1), 91 – 99.
35. Gould, M., Greenberg, T., Velting, D. & Shaffer, D. (2003). Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past 10 years. *J. Am. Acad. Chile Adolesc. Psychiatry*, 42 (4), 386 – 405.
36. Gould, M., Velting, D., Kleinman, M., Lucas, C. Graham, J. & Chung, M. (2004). Teenagers' attitude about coping strategies and help-seeking behavior for suicidality. *Journal Academy of Child and Adolescent Psychiatr*, 43 (9), 1124 – 1133.
37. Guidano, V. (1994). *El sí mismo en proceso*. Barcelona: Paidós.
38. Hellerstein, D., Aviram, R. & Kotov, K. (2004). Beyond “Handholding”: Supportive therapy for patients with BPD and self – injurious behavior. *Psychiatric Times*, XXI (8).

39. Hillard, J. (1983). Emergency management of the suicidal patient. En Ingram, J. *Psiquiatric emergencies. Intervention and resolutions* (pp. 101 – 123). Philadelphia: J.B. Lippincott.
40. Huey, S., Henggeler, S., Rowland, M. et al. (2004). Multisystemic therapy effects on attempted suicide by youths presenting psychiatric emergencies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 4(2), 183 – 190.
41. Instituto Nacional de Estadísticas (2003). *Compendio estadístico 2003*. Extraído el 16 de mayo, 2005, de www.ine.cl/20-compendio/75-110.pdf.
42. King, K. (2001). Developing a comprehensive school suicide prevention program. *Journal of School Health*, 71 (4), 132 - 137.
43. Kirk, W. (1993). *Adolescent suicide. A school-based approach to assesment and intervention*. Ed. Research Press. Estados Unidos.
44. Larraguibel, M., González, P., Martínez, V. & Valenzuela, R. (2000). Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. *Revista Chilena de Pediatría*, 71 (3), 183 – 191.
45. Larraguibel, M., Martínez, V., Valenzuela, R., González, P. & Schiattino, I. (2001). Intento de suicidio en adolescentes. Factores asociados. *Psicopatología*, 21 (4), 237 – 253.
46. Lester, D. & Young, L. (1999). External versus internal attributions in suicide and their implications for crisis intervention and suicide prevention. *Psychological Report*, 85, 393 – 396.
47. Londino, D., Mabe, P. & Josephson, A. (2003). Child and adolescent psychiatric emergencies: Family psychodynamic issues. *Child adolesc Psychiatric Clin N Am.*, 12, 629 – 647.
48. Maass, J. & Monasterio, H. (1996). Red de urgencias psiquiátricas e intervención en crisis. Propuesta para la mejoría de la resolutiveidad en atención psiquiátrica. *Cuaderno Médico Social*, XXXVII (2), 39-45.
49. Macurán, G. (2003). *Efectividad de la psicoterapia cognitiva constructivista evolutiva en el desarrollo de la organización del sí mismo en niños*. Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología. Universidad de Chile, Santiago, Chile.
50. Mahoney, M. (1997). *Psicoterapias cognitivas y constructivistas. Teoría, investigación y práctica*. Bilbao: Ed. Desclée de Brower.

51. Mardomingo, M. (1998). Los intentos de suicidio. En Rodríguez, J. *Psicopatología del niño y del adolescente* (2ª ed) (pp. 709 – 714). Tomo I. Sevilla: Universidad de Sevilla.
52. Maturana, A., Cubillos, P., Henríquez, M., Canales, M., Farías, L. & Guajardo, S. (2001). Una experiencia de trabajo en equipo multiprofesional con adolescentes suicidas. *Revista Terapia Psicológica*, 19 (36), 143 – 158.
53. Michel, K., Jobes, D., Leenaars, A. et al. (2005). *Meeting the suicidal person. The therapeutic approach to the suicidal patient: New perspectives for health professionals. Patient`s narratives*. Extraído el 28 de julio, 2005, de www.aeschiconference.unibe.ch.
54. Molina, V., Rodríguez, L. & Verdugo, X. (1997). Características de los ingresos por conducta suicida en un servicio de pediatría. *Pediatría*, 40 (2), 7 – 9.
55. Montenegro, H. & Guajardo, H. (2000). *Psiquiatría del niño y del adolescente*. Santiago Editorial Mediterráneo.
56. Montenegro, H (1993). Depresión en la infancia y adolescencia. *Rev. Chil. Neuro – Psiquiat.*, 31, 13 – 23.
57. Organización Panamericana de la Salud (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Publicación Científica y Técnica N° 588. Extraído el 20 de noviembre, 2004, de www.paho.org.
58. Ornstein, C., Letelier, C., Tapia, P. & Montenegro, A. (2003). Intervención en crisis en pacientes terminales. *El Dolor. Asociación chilena para el Estudio del Dolor. Boletín semestral*, 12(40), 22 – 25.
59. Parmelee, D. (1998). *Psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid: Editorial Harcourt Brace.
60. Pedreira, J. (1998). Las conductas suicidas en la infancia y la adolescencia. En Rodríguez, J. *Psicopatología del niño y del adolescente* (2ª ed) (pp. 689 – 708). Tomo I. Sevilla: Universidad de Sevilla.
61. Pérez, S. (2000). *¿Cómo evitar el suicidio en adolescentes?*. Extraído el 4 diciembre, 2003, de www.monografias.com.
62. Pfeffer, C. (1985). Self – destructive behavior in children and adolescents. *Psychiatric Clinics of North Americ*, 8 (2), 215 - 226.
63. Piaget, J (1955). *Psicología de la inteligencia*. Buenos Aires: Ed. Psique.
64. Piaget, J. & Inhelder, B. (1969). *Psicología del niño*. Madrid: Ediciones Morata.

65. Piaget, J. (1972-73). *Estudios sobre la lógica del niño(I): El lenguaje y el pensamiento en el niño*. Buenos Aires: Ed. Guadalupe.
66. Piaget, J. (1972). *Estudios sobre la lógica del niño(II): El juicio y el razonamiento en el niño*. Buenos Aires: Ed. Guadalupe.
67. Piaget, J. (1977). *El criterio moral en el niño*. Barcelona: Ed. Fontanella.
68. Piaget, J. (1983). *Estudios sociológicos*. Barcelona: Editorial Ariel.
69. Piaget, J. (1984). *Los procesos de adaptación*. Ed Buenos Aires: Nueva Visión.
70. Piaget, J. (1986). *Seis estudios de psicología*. Buenos Aires: Editorial Ariel.
71. Piaget, J. (1998). *La equilibración de las estructuras cognitivas. Problema central del desarrollo*. México DF: Siglo XXI Editores.
72. Piaget, J. (2001). *Inteligencia y afectividad*. Buenos Aires: Aique Grupo Editor.
73. Pulakos, J. (1993). Two models of suicide treatment: Evaluation and recommendations. *American Journal of Psychotherapy*, 47 (4), 603-612.
74. Quinteros, P. & Grob, F. (2003). Depresión y suicidalidad en una población no clínica de adolescentes. *Boletín Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia*, 14 (1), 4 – 8.
75. Reyes, V. (2000). *Muerte en el contexto escolar: bases para un modelo de intervención en crisis*. Seminario clínico. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile, Escuela de Psicología.
76. Rosen, H. (1985). *Piagetian dimensions of clinical relevance*. New York: Columbia University Press.
77. Ruiz, J., Imbernón, J. & Cano, J. (1999). *Psicoterapia cognitiva de urgencia*. Extraído el 3 de julio, 2003, de www.cop.es.
78. Ruiz, Y. & Sepúlveda, C. (2004). *Organización del sí mismo en adolescentes estudiantes de educación media*. Memoria para optar al título de Psicólogo. Universidad de Chile, Santiago, Chile.
79. Rutter, P. & Behrendt, A. (2004). Adolescent suicide risk: Four psychosocial factors. *Adolescence*, 39 (154), 295 - 303.
80. Rychlak, J. (1988). *Personalidad y psicoterapia. Una aproximación a la construcción teórica*. México DF: Ed. Trillas.
81. Salvo, L., Rioseco, P. & Salvo, S. (1998). Ideación suicida e intento de suicidio en adolescentes de enseñanza media. *Rev. Chilena de neuropsiquiatría*, 36 (1), 29 – 35.

82. Sánchez, A. (1991). *Psicología comunitaria. Bases conceptuales y operativas: Métodos de intervención*. Barcelona: UUB.
83. Sánchez, A. (1993). *Programas de prevención e intervención comunitaria*. Barcelona: PPU.
84. Sánchez – Barranco, A. & Sánchez – Barranco, P. (1999). Un modelo psicológico de intervención en crisis. *Psiquis*, 20 (2), 77 – 82.
85. Sanislow, C., Grilo, C., Fehon, D., Axelrod, S. & McGlashan, T. (2003). Correlates of suicide risk in juvenile detainees and adolescent inpatients. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 42 (2), 234 –240.
86. Sepúlveda, G. (2003). *Psicoterapia evolutiva: Manual de planificación terapéutica (orientación para psicólogos)*. Apuntes de Psicología Clínica Infanto – juvenil: enfoque evolutivo. Santiago: Universidad de Chile.
87. Sepúlveda, G. (2004). *Psicoterapia evolutiva en adolescentes con conductas suicidas. Conducta suicida en el adolescente: Continuidades entre infancia, adolescencia y adultez*. Simposio realizado en XXIII Congreso Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y la Adolescencia, Concepción, Chile.
88. Servicio Médico Legal (2001). *Anuario estadístico 2000*. Extraído el 11 de diciembre, 2003, de www.sml.cl/pdf/anuario%202000.pdf.
89. Shaffer & Pfeffer (2001). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behaviour. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, Supplement*, 40 (7), 24s – 47s.
90. Sharry, J., Darmody, M. & Madden, B. (2002). A solution – focused approach to working with clients who are suicidal. *British Journal of Guidance & Counseling*, 30 (4), 383 - 399.
91. Schoonover, S. (1982). Crisis therapies. En Bassuk, E., Schoonover, S. & Gill, A. *Lifelines, Clinical Perspectives on Suicide* (pp. 49 – 58). Nueva York: Plenum Press.
92. Silverman, M. & Maris, R. (1995). The prevention of suicidal behaviors: An overview. *Suicide and Life – Threatening Behavior*, 25 (1), 10 – 21.
93. Slaikou, K. (1988). *Intervención en crisis*. México DF: Ed. El manual moderno.
94. Spirito, A. & Overholser, J. (2003). The suicidal child: assessment and management of adolescents after a suicide attempt. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am*, 12, 649 – 665.

95. Stuart, Waalen & Haelstromm (2003). Many helping hearts: An evaluation of peer gatekeeper training in suicide risk assessment. *Death Studies*, 27, 321 – 333.
96. Tapia, P. (1996). Depresión y trastornos de la alimentación. *Rev. Chil. Neuro – Psiquiat*, 34, 317 – 322.
97. Ulloa, F. (1993). Tentativas y consumación de suicidio en niños y adolescentes. *Rev. Chilena de pediatría*, 64 (4), 272 – 276.
98. Ulloa, F. (1994). Prevención del suicidio en niños y adolescentes. *Rev. Chilena de pediatría*, 65 (3), 178 – 183.
99. Valdivia, M., Schaub, C. & Díaz, M. (1998). Intento de suicidio en niños: Algunos aspectos biodemográficos. *Rev. Chil. Pediatr*, 69 (2), 64 – 67.
100. Valdivia, M, Ebner, D., Fierro, V., Gajardo, C. & Miranda, R. (2001). Hospitalización por intento de suicidio en población pediátrica: Una revisión de cuatro años. *Rev. Chil. Neuro – Psiquiat*, 39, 211 – 8.
101. Valdivia, M. (2002). *Manual de psiquiatría infantil. Guía para pediatras y médicos generales*. Santiago: Ed. Mediterráneo.
102. Valdivia, M., Quevedo, I., Salazar, P., Silva, D. & Torres, S. (2005). Caracterización del intento de suicidio en adolescentes rurales de enseñanza media. *Boletín Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia, Resúmenes Congreso 2004, Trabajos de Psiquiatría*, 16 (1), 51 - 2.
103. Vermeiren, R., Schwab-Stone, M., Ruchkin, V. et cols. (2003). Suicidal behavior and violence in male adolescents: a school-based study. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 42 (1), 41 – 48.
104. Vilches, O. (2001). Intento de suicidio en adolescentes. Proceso terapéutico. Mirada desde la narrativa y el construccionismo social. *Revista Terapia Psicológica*, 19 (36), 129 – 142.
105. Villardon, L. (1993). *El pensamiento del suicidio en la adolescencia*. Bilbao: Universidad de Deusto.
106. Wagner, B., Aiken, C., Mullaley, M. & Tobin, J. (abril 2000). Parent's reactions to adolescents' suicide attempts. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(4), 429 – 436.

107. Yañez, J., Gaete, P., Harcha, T., Kühne, W., Leiva, V. & Vergara, P. (2001). Hacia una metateoría constructivista cognitiva de las psicoterapia. *Revista de Psicología*, *10(1)*, 97 – 110. Departamento de Psicología, Universidad de Chile. Santiago, Chile.



Información disponible en el sitio ARCHIVO CHILE, Web del Centro Estudios “Miguel Enríquez”, CEME:
<http://www.archivochile.com>

Si tienes documentación o información relacionada con este tema u otros del sitio, agradecemos la envíes para publicarla. (Documentos, testimonios, discursos, declaraciones, tesis, relatos caídos, información prensa, actividades de organizaciones sociales, fotos, afiches, grabaciones, etc.)

Envía a: archivochileceme@yahoo.com

NOTA: El portal del CEME es un archivo histórico, social y político básicamente de Chile y secundariamente de América Latina. No persigue ningún fin de lucro. La versión electrónica de documentos se provee únicamente con fines de información y preferentemente educativo culturales. Cualquier reproducción destinada a otros fines deberá obtener los permisos que correspondan, porque los documentos incluidos en el portal son de propiedad intelectual de sus autores o editores. Los contenidos de cada fuente, son de responsabilidad de sus respectivos autores, a quienes agradecemos poder publicar su trabajo. Deseamos que los contenidos y datos de documentos o autores, se presenten de la manera más correcta posible. Por ello, si detectas algún error en la información que facilitamos, no dudes en hacernos llegar tu [sugerencia / errata](#)..

© CEME web productions 2003 -2007