



Fotografía: *Pronto seremos uno*, imagen participante del VII Concurso Nacional de Fotografía sobre Derechos Humanos 2017.

Experiencia institucional en la evaluación del intento suicida en niñas, niños y adolescentes

MAURICIO LEIJA ESPARZA*

* Psiquiatra infantil y de la adolescencia de la Clínica de Niños y Adolescentes del Instituto Jalisciense de Salud Mental (Salme), médico adjunto en paidopsiquiatría del Centro Médico Puerta de Hierro, y profesor de la maestría en terapia familiar en el Instituto Bateson de Psicoterapia Sistémica, A. C.

Introducción

Hablar del fenómeno suicida en niñas y niños forzosamente nos enfrenta al amplio y –todavía– poco explorado campo de la psicopatología infantil. No podríamos ahondar en el tema sin revisar el concepto de depresión infantil. La idealización del mundo infantil, por parte de algunas personas adultas, ha representado una barrera para la comprensión de las alteraciones anímicas en las y los niños. Con respecto a esto, resultan significativas las palabras de Herman Hesse en *El lobo estepario*, donde expresó que aquel que anhela la felicidad infantil es porque “ha olvidado totalmente que los niños no son felices, que son capaces de muchos conflictos, de muchas discordancias, de todos los sufrimientos”.¹

Desde esta perspectiva no nos parecen exageradas las observaciones de los grandes teóricos del desarrollo psicológico; iniciando por el trauma del nacimiento de Otto Ranck; la angustia del octavo mes de René Spitz; la ansiedad de castración de Sigmund Freud; la crisis de la adolescencia de Erik Erikson, etcétera. Cabe señalar, sin embargo, que hablar de pensamientos suicidas en las y los niños exige cierto grado de

desarrollo psicológico. Si bien es cierto que Spitz documentó la presencia de síndromes depresivos en las y los lactantes –a lo que llamó *depresión anaclítica*–,² el fenómeno suicida no pudo presentarse en etapas tan tempranas del desarrollo como lo han hecho creer las notas difundidas en algunos medios de comunicación.³

Ideas suicidas en infancia y adolescencia

La presencia de ideas de suicidio requiere forzosamente la comprensión del concepto de muerte, el cual se define por cuatro características básicas: la irreversibilidad (la muerte es un fenómeno permanente); la finalidad (implica la detención de todas las funciones del organismo); la inevitabilidad (la muerte es un fenómeno universal), y la causalidad (la muerte es el fin de un proceso).⁴

Antes del inicio de la etapa escolar es difícil que niñas y niños adquieran el concepto de muerte. Debido a esto, cuando las y los niños muy pequeños se enfrentan al fenómeno de la muerte suelen expresar ideas incompatibles con la realidad. Algunos ejemplos son: esperar que el fallecido regrese, como de un viaje; preocuparse de que el falleci-

do sufra hambre o frío; pueden llegar a creer que algunas personas son inmortales, e inclusive desarrollar la idea de que una persona murió a causa de deseársela la muerte.

Resulta difícil, por lo tanto, considerar la presencia de fenómenos suicidas en niñas y niños preescolares o más pequeños. Sin embargo, con más edad, el desarrollo mental puede hacer germinar las ideas de suicidio, su dependencia a la familia suele hacer difícil, sino es que imposible, un abordaje psicológico o psiquiátrico individual (que, dicho sea de paso, es el más común). Expresado en palabras de Carl Jung:

La neurosis infantil sería, de ordinario, un problema muy simple, si invariablemente no existiese una relación entre ella y una conducta errónea de los progenitores. Esta complicación refuerza por cierto la neurosis infantil contra todos los métodos terapéuticos.⁵

En la Clínica de Niñas, Niños y Adolescentes del Instituto Jalisciense de Salud Mental (Salme) hemos ofrecido atención especializada a personas menores de edad con intentos de suicidio e ideación suicida,

contribuyendo a garantizar el pleno goce de sus derechos humanos.⁶ En estos casos ha sido la regla encontrar fallas importantes en la estructura y el funcionamiento de la familia, así como detectar a uno o más familiares con alguna psicopatología.

En una gran cantidad de casos hemos encontrado antecedentes de ideas e intentos de suicidio en sus progenitores, algunas madres o padres de niñas y niños con ideas o intentos de suicidio han sido internados en hospitales psiquiátricos por la misma razón. Y es común que la psicopatología de los padres esté relacionada con la disfunción conyugal.

En un trabajo de investigación realizado en Salme encontramos que 72.9% de las y los niños que acudieron para una evaluación psiquiátrica provinieron de familias en las que, por lo menos uno de los padres reportó un bajo ajuste conyugal.⁷ Sin embargo, un problema al que nos enfrentamos, tanto a nivel cultural como a nivel de servicios ofrecidos en instituciones públicas, es el pobre interés en la conyugalidad.⁸ En contraste con la parentalidad, la conyugalidad casi nunca es materia de evaluación o intervención. Un ejemplo de esto lo encontramos en el hecho de que hoy se han vuelto muy populares los talleres de escuela para padres, tanto en instituciones educativas como de salud. En cambio, es no sólo poco común sino casi imposible que en México se realicen talleres de *escuela para parejas* (así, en cursivas, como si este término fuese una palabra escrita en otro idioma). Las personas adultas con frecuencia están dispuestas a que se les enseñe a ser padres y madres, y a su vez las personas profesionales de la salud y la educación están dispuestas a apoyarlos en ese proceso, pero nadie, ninguna de las partes, toca la conyugalidad, ni siquiera a niveles educativos, no se diga terapéuticos.

En Salme hemos atendido a niñas, niños y adolescentes con intentos de suicidio e ideación suicida, y hemos encontrado en algunos de ellos fallas importantes en la estructura y en el funcionamiento de la familia, así como detectado a familiares con alguna psicopatología.

La tensión que impregna la atmósfera familiar y el sobreinvolucramiento de las y los cónyuges en sus propios conflictos suele generar sentimientos de soledad y rechazo en las y los niños, situación que se torna complicada ya que no garantiza a las y los hijos su derecho humano a vivir en condiciones de bienestar y a un sano desarrollo integral.⁹ Algunos padres y madres han reconocido, con enormes sentimientos de culpa, que se *desquitan* con sus hijas o hijos luego de reñir con su pareja. Sin embargo, cuando logran considerar la situación, el daño ya está hecho. En ocasiones, los progenitores han expresado frases como “ojalá no hubiera nacido”, “estaríamos mejor sin ti”, “cuando te estaba esperando pensé en abortar”, entre otras parecidas, acciones que violentan los derechos humanos de las niñas, los niños y las y los adolescentes. La descalificación y desconfirmación que padecen las y los hijos en este tipo de familias son el punto de partida para las ideas de suicidio. Carl Whitaker afirmó:

El suicidio tiene un contexto bi-personal. El paciente no se suicidará a menos que haya alguien en su mundo que quiera su muerte. Supongo que ese

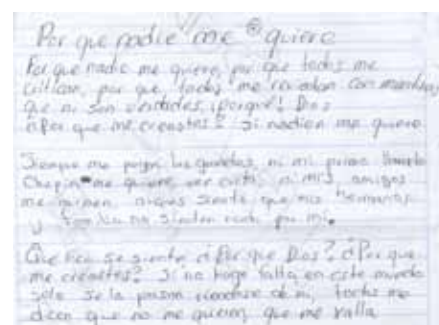
alguien es por lo común un miembro de la familia.¹⁰

Tomemos el caso de Pedro,¹¹ un chico de 10 años que hizo llegar a sus padres esta nota.



Como puede apreciarse en las leyendas, Pedro expresa con firmeza “si no cambian me mato”. El cambio en las familias, tal como lo pide este chico, ¿es una realidad posible! Sólo precisa del apoyo institucional para ofrecer servicios de terapia familiar accesibles a la comunidad. Resulta sin duda alarmante el dibujo en el extremo inferior izquierdo de la hoja, donde puede leerse “pistola, navaja, veneno”. Ante estas señales es urgente una evaluación y una intervención especializada.

Otro caso que ilustra los conceptos mencionados es el de Jaime, un chico de 11 años con ideas de suicidio. Como puede apreciarse en su mensaje, el niño se siente descalificado por su familia, pues expresa “todos me critican”, además, es evidente que se siente no deseado en su núcleo familiar, “si no hago falta en este mundo... todos me dicen que no me quieren, que me vaya”.

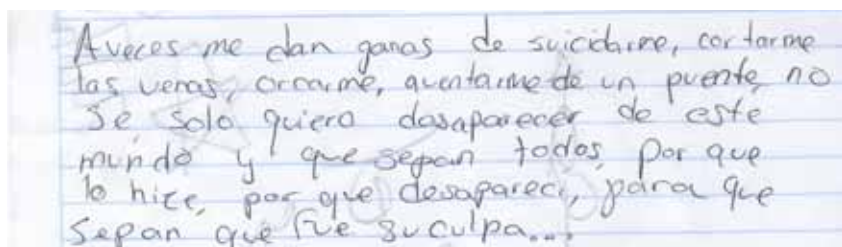


En las siguientes líneas del mismo paciente pueden apreciarse con claridad los pensamientos suicidas. En ellas vemos reflejada una reflexión freudiana: “suele el enfermo conseguir por el camino indirecto del autocastigo su venganza de los objetos primitivos y atormentar a los que ama, por medio de la enfermedad”.¹²

e intentos suicidas en el Salme muestra, sin lugar a dudas, la importancia de trabajar con las familias en el plano psicoterapéutico. Tras los conceptos y casos expresados en este artículo resulta evidente que las y los pacientes padecían un grado importante de malestar emocional relacionado con los problemas familiares.

que se preocupa por la salud mental de las y los niños, pero no se involucra en el trabajo con sus familias, está condenada a emprender tratamientos poco exitosos o fallidos, pero lo que se requiere en la actualidad es que estas instituciones cumplan eficazmente con las políticas públicas diseñadas para garantizar a la población su derecho humano a la salud y a la salud mental.

Si bien en Jalisco existe una Red Estatal para la Prevención del Suicidio, la cual tendrá su equivalente en muchos otros estados de la república, la red que debemos fortalecer es, sin lugar a dudas, la red familiar, que es un eslabón importante en la cadena para garantizar a la población el pleno goce de sus derechos humanos. **D**



Conclusión

La experiencia en el trabajo con niñas, niños y adolescentes con ideación

El día de hoy son pocas las instituciones públicas que ofrecen servicios de terapia familiar. Una institución

NOTAS

- 1 Hermann Hesse, *El lobo estepario*, México, Grupo Editorial Tomo, 2012, p. 75.
- 2 René A. Spitz, *El primero año de la vida del niño*, México, Fondo de Cultura Económica, 1969, p. 203.
- 3 Como un ejemplo véase Sonia de Anda, “Advierten incremento de índices de suicidio en edades tempranas”, en *Uniradio Noticias*, 29 de marzo de 2017, disponible en <<http://bit.ly/2wc8f0a>>, página consultada el 7 de septiembre de 2017.
- 4 Eduardo Dallal y Castillo, “El niño y su comprensión de la muerte”, en *Caminos del desarrollo psicológico*, vol. v. La muerte, Plaza y Valdés, 2005, p. 228.
- 5 Carl Jung, *Psicología y educación*, España, Paidós Ibérica, 1993, p. 40.
- 6 Como el derecho humano a la salud, a la supervivencia, al desarrollo, a la igualdad sustantiva, a no ser discriminado, entre otros. Para mayor información véase Comisión Nacional de los Derechos Humanos, “Derechos humanos de niñas, niños y adolescentes”, disponible en <<http://bit.ly/1RSsEOh>>, página consultada el 7 de septiembre de 2017.
- 7 Mauricio Leija Esparza, Israel Itzaman Jiménez Navarro y Lidia Karina Macías Esparza, “Funcionamiento familiar en padres de familia que llevan a sus hijos a una evaluación psiquiátrica”, en *Salud Mental*, núm. 38, vol. 3, México, mayo-junio de 2015, disponible en <<http://bit.ly/2wzmrSE>>, página consultada el 3 de septiembre de 2017.
- 8 La *conyugalidad* es definida según Mendoza y Napoli como la unión entre dos o más individuos que comparten relaciones maritales socialmente aceptadas, las cuales varían de acuerdo con la cultura y con las normas y acuerdos sociales establecidos. Véase Manuel Mendoza y Vince Napoli, *Introducción a las ciencias sociales*, cuarta edición actualizada, Madrid, Mc Graw-Hill, 1990, p. 207.
- 9 Comisión Nacional de los Derechos Humanos, *loc. cit.*
- 10 Carl Whitaker y Margaret O. Ryan, *Meditaciones nocturnas de un terapeuta familiar*, España, Paidós, 1992, p. 228.
- 11 Los nombres y la edad han sido cambiados para ocultar la identidad de los pacientes.
- 12 Sigmund Freud, “Duelo y melancolía”, *Obras completas*, tomo 11, España, Biblioteca Nueva, 2007, p. 2096.