

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El comportamiento suicida en el que se incluye la ideación suicida, el intento de suicidio y el suicidio constituyen en la actualidad uno de los principales problemas de salud pública en el Ecuador y el resto de países del mundo y que se ha ido incrementando de modo alarmante en los últimos años.

En el año 2000, unas 815.000 personas murieron a causa del suicidio en todo el mundo. Esto representa una tasa mundial de mortalidad anual de cerca de 14,5 por 100.000 habitantes, que equivale a una defunción cada 40 segundos. El suicidio es la décimo tercera causa principal de muerte en el mundo. Entre las personas de 15 a 44 años de edad, las lesiones autoinflingidas son la cuarta causa de muerte y la sexta causa de mala salud y discapacidad.¹

El suicidio es un fenómeno que se ha manifestado en el hombre de todas las sociedades a lo largo de la historia y que por tanto ha tenido diferentes interpretaciones de acuerdo a la sociedad y época en que se ha dado. Según se conoce el suicidio fue considerado como patología a partir de la revolución francesa.

El suicidio en el Ecuador se ubica entre las principales causas de muerte en la población adulta y económicamente activa, que de acuerdo a los criterios proporcionados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la población adulta corresponde a los hombres y a las mujeres en edades comprendidas entre los 20 a 55 años.

El intento de suicidio es un tipo de comportamiento suicida no mortal del que se tiene escaso material bibliográfico y contados estudios realizados en el país. Algunas de estas investigaciones son aportes de ciencias como la medicina, la jurisprudencia, la sociología y la psicología y que hoy son un referente de consulta para los interesados en el tema. Sin embargo; es necesario contar con material actualizado que permita mejorar la elaboración de las investigaciones académicas posteriores.

¹ Informe Mundial sobre la violencia y la salud-Prevención, Editado por Etienne G. Drug, Linda L. Dahlberg, James A Mercy, Anthony B Zwi y Rafael Lozano, Publicación Científica y técnica N° 588, Organización panamericana de la Salud. P. 204.

La incidencia del intento de suicidio en el país se incrementó de 1.209 casos que representa una tasa de 9,6 x 100.000 habitantes en el año 2002 a 2.258 casos que equivale a una tasa de 16,4 x 100.000 habitantes para el año 2008. (Fuente EPI-2 Dirección Nacional de Salud Mental-MSP-2008). Sin embargo, hay que mencionar que existe un subregistro de los casos de intentos de suicidio debido a que no todas las personas que llevan a cabo un intento de suicidio reciben atención médica, y, por otro lado, se debe a que somos parte de una cultura que estigmatiza el suicidio, el intento de suicidio y a quienes los ejecutan y es por eso que en muchos de los casos que son atendidos en las casas de salud, se cambia el diagnóstico real de intento de suicidio por un diagnóstico socialmente aceptado.

El Hospital Quito N° 1 de la Policía Nacional (HQ1) que constituye un referente hospitalario importante en el país, también recibe y atiende a pacientes que han llevado a cabo algún intento de suicidio y que en un buen porcentaje son miembros de la institución y/o sus familiares.

Durante la práctica clínica realizada por la investigadora se ha constado que en el contexto hospitalario, la atención y el tratamiento del componente emocional de los pacientes y más en el caso de un paciente con intento de suicidio no es una prioridad como lo es el tratamiento orgánico del paciente lo cual desde luego es lo más acertado al momento de salvar la vida del paciente, sin embargo, a más de la estabilidad orgánica de la persona es necesario un abordaje psicológico que logre la estabilidad emocional del paciente tomando en cuenta la definición de salud que figura en la Constitución de la OMS la cual expresa: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”². Y la salud mental se define como: “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”³

² OMS: http://www.who.int/features/mental_health/es/

³ Art.Cit.

El malestar psíquico que se ha evidenciado en los casos de pacientes atendidos por intento de suicidio y que son miembros de la policía o familiares de los mismos, tienen una estrecha relación con acontecimientos presentes y sobretodo pasados de la vida de la persona, por esta razón se hará uso del psicoanálisis como enfoque comprensivo-interpretativo de la presente investigación, tomando en cuenta que el psicoanálisis tiene una tendencia a indagar acontecimientos pasados y su relación con la dinámica de la vida psíquica y es ahí donde se encuentran los motivos (que pueden ser de contenido inconsciente) que en algún momento llevan a la persona a atentar en contra de su propia existencia como una forma de reducir los niveles de angustia que llega a experimentar por razones que le resultan poco claras a la conciencia.

El intento de suicidio constituye el síntoma de algunos padecimientos de carácter orgánico y psíquico que no hay que dejar pasar por alto, ya que, de alguna manera éste comportamiento está comunicando que la persona que lo ejecuta, requiere de un abordaje profesional oportuno e integral.

Ahora bien, las investigaciones realizadas y los registros emitidos por las diferentes instituciones de la salud referente el comportamiento suicida, dan cuenta de un problema que es real y concreto en nuestra sociedad y que está afectando a la población adulta del país y no únicamente a quienes llevan a cabo el suicidio o intento de suicidio sino que además afecta directamente a sus familias y a la sociedad misma.

En los casos de pacientes que hasta el momento han sido atendidos en el HQ1 por intento de suicidio se han podido evidenciar algunas de las posibles situaciones desencadenantes de esta problemática como son las conflictivas de tipo familiar, de pareja y laboral las mismas que en determinado momento son asumidas por el paciente como incompatibles con la vida. Por todo lo hasta aquí dicho, habría que investigar y cabe la pregunta: ¿Cuáles son los factores que predisponen al intento de suicidio en pacientes adultos atendidos en el Hospital Quito N° 1 de la Policía Nacional?

JUSTIFICACIÓN.

Los principales aspectos que motivan la presente investigación son:

La importancia de trabajar desde la psicología clínica en el estudio del comportamiento suicida mortal y no mortal tomando en cuenta el incremento alarmante en la incidencia de los casos de suicidio e intento de suicidio los últimos años y que han llegado al punto de figurar entre las diez primeras causas de muerte en el mundo. El intento de suicidio constituye un problema no solo de salud sino que además es un problema social que está afectando sobretodo a la salud mental de una buena parte de la sociedad ecuatoriana entre los que se cuenta a las víctimas directas del comportamiento suicida y por otro lado a sus familias quienes experimentan pérdidas irreparables ya sea por causa del suicidio o el intento de suicidio.

La necesidad de trabajar en propuestas de investigación a nivel hospitalario donde se puedan aplicar las teorías, conceptos, principios y técnicas de la psicología científica en beneficio de la salud, utilizando para ello los recursos físicos, materiales y humanos que proporciona el Hospital Quito N° 1 de la Policía Nacional.

Difundir la importancia que tiene el abordaje de la salud integral de la persona en calidad de paciente. En el caso específico de los intentos de suicidio además de la atención orgánica oportuna, amerita también que sean abordadas y tratadas en el mismo grado de importancia las condiciones psicológicas desencadenantes y predisponentes de la problemática del paciente.

La necesidad urgente de comprender por que quienes son miembros de la comunidad policial y/o sus familiares, son personas con un alto riesgo de cometer un comportamiento suicida sea mortal o no mortal como es el intento de suicidio. Y una vez que se llegue a la respectiva comprensión de la problemática se encaminen estrategias con las que se pueda prevenir en la medida de lo posible futuros intentos de suicidio e incluso suicidios.

Realizar una recopilación sistemática de datos actualizados sobre el intento de suicidio en la población adulta que acude al HQ1. Esto como un valioso aporte al escaso material bibliográfico del que se dispone sobre el comportamiento suicida en

este grupo etareo para que sirva como fuente de consulta a todas aquellas personas interesadas en el tema.

Así mismo, la investigación servirá para sensibilizar al personal de la salud encargado de abordar a este grupo de pacientes y que conozcan que el intento de suicidio es una problemática real que está afectando a la población adulta que acude al HQ1. Además que sea de conocimiento de los mismos la importancia que tiene la identificación temprana de este comportamiento en personas potencialmente suicidas y a partir de esta identificación, trabajar a futuro en la búsqueda de soluciones y de formas con las que se pueda prevenir el intento de suicidio.

Se ha optado por el psicoanálisis como enfoque teórico para esta investigación porque permite ahondar en el estudio de una psicología profunda del ser humano y de su personalidad. Igualmente este enfoque permitirá interpretar las significaciones que tiene para la persona determinados factores que actúan como desencadenantes para la autoagresión y por último asociar las experiencias primarias de la vida psíquica de la persona con las experiencias actuales que impulsaron a tomar la decisión de autoagredirse.

OBJETIVOS:

General:

Entender la significación de los principales factores predisponentes al intento de suicidio en pacientes adultos atendidos en el Hospital Quito N° 1 de la Policía Nacional.

Específicos:

- Describir los factores sociales que predisponen a la conducta del intento de suicidio, en pacientes adultos atendidos en el Hospital Quito N° 1 de la Policía Nacional.
- Describir los factores familiares que predisponen a la conducta del intento de suicidio, en pacientes adultos atendidos en el Hospital Quito N° 1 de la Policía Nacional.

- Interpretar la estructura de la personalidad y la dinámica psíquica de cada paciente adulto atendido en el Hospital Quito N° 1 de la Policía Nacional, por intento de suicidio.

CAPITULO II

CONSIDERACIONES GENERALES DEL COMPORTAMIENTO SUICIDA

“El hombre que no es capaz de crear, esta condenado a destruirse”

Erich Fromm

2.1 Antecedentes Históricos

El comportamiento suicida y sus diferentes manifestaciones han estado presentes en el hombre de todas las sociedades alrededor del mundo y desde tiempos remotos. El suicidio consumado ha sido uno de los fenómenos del comportamiento suicida del que mayor información y estudios teóricos se han realizado en las diferentes sociedades, culturas y épocas, recibiendo distintas significaciones e interpretaciones en cada una de ellas.

Según las versiones de algunos historiadores, el término suicidio comienza a ser empleado a partir del siglo XVII, así lo expresa el siguiente párrafo:

El término suicidio y suicida es relativamente actual, surgiendo, según algunas fuentes en Gran Bretaña en el siglo XVII, y según otras en Francia en el siglo XVIII. A pesar de ello, tradicionalmente se ha definido que la palabra tenía su origen en el abate Prévots (1734), de quien la retomaría el abate de Desfontaines (1737) y, posteriormente, Voltaire y los enciclopedistas (Plezier, 1985), siendo incluida por la academia francesa de la lengua en 1762, como el acto del que se mata a sí mismo (Sarró y de la Cruz, 1991).⁴

El enfoque filosófico si bien no descarta la locura en los casos de suicidio, toma en consideración argumentos y razones pro y contra el suicidio principalmente de tipo existencial. Así en la filosofía griega se encuentran autores como Sócrates que condenan el suicidio por que desde su perspectiva, la vida les pertenecía a los dioses y no a los hombres, por tanto, solamente de los dioses dependía dar la vida o quitarla.

Platón también condenaba el suicidio y su postura frente a dicho acontecimiento era que constituía una cobardía de la persona para enfrentarse a su destino y por eso optaba por una muerte violenta en contra de sí misma, por lo tanto, decía que los

⁴ CLEMENTE, Miguel y Gonzales, *SUICIDIO Una alternativa social*, Editorial Biblioteca Nueva, S.L, Madrid-España, 1996, p. 19.

cuerpos de quienes se suicidaban debían ser enterrados lejos de la ciudad, en lugares baldíos, además que debían utilizar tumbas particulares y no compartidas con otros, ni tampoco registrar en ellas nombre alguno. En resumen Platón advirtió en el suicidio a un acto que transgredía las normas legales, religiosas y políticas de aquel entonces.

En concordancia con esta postura, Aristóteles consideraba al suicidio como un atentado contra la propia vida, además de una deshonra personal y fundamentalmente un atentado contra la ciudad más que contra sí mismo, aduciendo que si bien la ley no autoriza a suicidarse, tácitamente lo prohíbe. En la obra “Ética a Nicómaco” Aristóteles expresa: “Pero el morir por huir de la pobreza o del amor o de algo doloroso, no es propio del valiente sino más bien del cobarde...”

Finalmente, ha sido identificado tan sólo un argumento a favor del suicidio o que lo justifica y se trata de la postura del filósofo Séneca que perteneció a la escuela estoica creada en Atenas hacia el año 300 A.C. Este personaje fue parte del tercer período estoico que tuvo su centro en Roma durante el periodo del Imperio romano, los estoicos ponían principal énfasis en la ética y sostenían que vivir de acuerdo con la naturaleza o la razón era vivir conforme al orden divino del universo. La importancia de esta visión se aprecia en la parte que el estoicismo desempeñó en el desarrollo de una teoría de ley natural, que influyó poderosamente en la jurisprudencia romana.

Séneca en base a sus fundamentos argumentaba que la vida es potestad del individuo y entiende al suicidio y su consumación como la puesta en práctica de aquella libertad que posee el ser humano para abandonar la vida si la considera indigna. Honor y libertad son los dos pilares que sustentan la teoría de Séneca sobre el suicidio entendiéndolo como un acto moral y valiente y no como un acto de desesperación o cobardía como lo habían planteado previamente otros autores. Además, para Séneca el suicidio no era un acto que iba en contra de Dios quien ya nos había destinado a todos a la muerte, se trataba más bien de un acto de total coherencia con la razón y una posibilidad que Dios nos pone al alcance de la mano para salir de la vida cuando lo creamos necesario. Este filósofo propone el suicidio

como una salida honrosa frente a una vida infructífera y dolorosa a la que toda persona tiene derecho. El bien morir decía consiste en rehuir el peligro del mal vivir

En la edad media, época comprendida entre el Siglo V y XV fueron San Agustín y Santo Tomás de Aquino representantes del cristianismo quienes se refirieron al suicidio como un acto que iba contra la naturaleza, contra el amor a sí mismo y ante todo un acto contra Dios que ha dado la vida y en este contexto el suicidarse era siempre considerado un pecado mortal por ir en contra de la ley natural. Ésta condenación total del cristianismo respecto al suicidio estaba basada en la interpretación del mandamiento de la iglesia católica romana que versa “No matarás” en el cual se incluía el no matarse a sí mismo y por esa razón durante toda esta época se entendió al suicidio como un crimen hacia sí mismo. En varios de los primeros concilios de la iglesia cristiana se condenó expresamente la muerte por suicidio e incluso se llegó a establecer que aquellos individuos que cometieran suicidio no podían acceder a los rituales ordinarios que mantiene la iglesia tras la muerte y se les quitó el derecho de recibir cristiana sepultura siendo que éste constituía un requisito para ir al cielo. Así también, se asumía que los que cometían suicidio faltaban gravemente a la santificación y a la propagación de la vida. La razón fundamental por la que se les quitaron ciertos derechos a los suicidas fue para desalentar los suicidios.

En España, la palabra suicidio, sería utilizada por primera vez en la obra de Fray Fernando de Cevallos titulada “La falsa filosofía y el ateísmo” (1772), que tenía por objetivo hacer una crítica a la obra de Voltaire (Martí 1984). La palabra suicidio no sería incluida en el Diccionario de la Real Academia Española (RAE) hasta su quinta edición en 1817, momento para el cual se había generalizado el uso de la palabra, con una etimología paralela a la de homicida, cuya raíz se encuentra en los términos latinos *Sui* de sí mismo y *Cadere* de matar, siendo definido en el diccionario de la lengua de la RAE de la siguiente manera: “dícese del acto o de la conducta que daña o destruye al propio agente”.

Es a partir de la revolución Francesa (1789-1799), que el suicidio es considerado una patología grave que, podía o no, estar asociada a la enfermedad mental, a la

depresión o a trastornos afectivos y al abuso de sustancias, aunque existe una importante incidencia del fenómeno en este tipo de alteraciones que serán abordadas más adelante.

El fenómeno del suicidio ha sido estudiado por diversos enfoques teóricos, especialmente, aquellos relacionados con las ciencias humanas como es el caso del enfoque sociológico, psicológico, filosófico antropológico, médico-psiquiátrico, jurídico, entre otros que han dedicado su tiempo y esfuerzo en dar una explicación a dicho fenómeno, sin embargo; en este trabajo investigativo se pondrá énfasis al estudio del comportamiento suicida desde la Psicología teniendo como eje teórico fundamental al enfoque psicoanalítico con el aporte de sus principales representantes quienes han aunado esfuerzos con el fin de proporcionar una explicación e interpretación de dicho comportamiento.

En la actualidad, el comportamiento suicida es considerado un grave problema de salud pública en gran parte de los países del mundo cuya incidencia tiende al incremento e incluso los últimos años se ha extendido el problema a la población adolescente e infantil y cada día se va agudizando a consecuencia de un deterioro social que se ha hecho evidente en todos los estratos y niveles socio-culturales, lo que estaría generando cierta inestabilidad en el individuo. Según un informe emitido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2003, el suicidio se ha convertido en la decimo tercera causa principal de muerte en el mundo.

Así también, el suicidio además de ser un problema de salud, se destaca por ser un problema de carácter social debido a que en la mayor parte de países alrededor del mundo domina una estructura social en la que no hay aprecio por la vida y sus manifestaciones por lo que el mundo paulatinamente se ha convertido en lugar violento, cruel, inestable, desesperanzador para las actuales y nuevas generaciones y es una realidad que requiere de nuestra atención como profesionales de la salud mental.

Entre las razones por las cuales se considera al comportamiento suicida un problema social estarían: la inestabilidad emocional que dicho comportamiento puede generar

en el modelo vigente de familia que han perdido a sus seres queridos a causa del suicidio o intento de suicidio y que resultan profundamente afectados e incluso se puede decir que dicho acontecimiento les deja traumatizados, entendiéndose por trauma: “Un trastorno emocional que causa una alteración permanente del equilibrio mental a raíz de una vivencia profunda y conmovedora”.⁵

Si en estos casos no hay un trabajo psicológico que les permita procesar a los sobrevivientes la pérdida súbita de su ser querido, ellos pueden ser el grupo más vulnerable e incurrir tarde o temprano en un nuevo suicidio. Estas personas más que recibir de nuestra parte estigma por su situación o juicios de valor identificándolos como los principales sospechosos o culpables del deceso de su familiar por esta condición, requieren del apoyo y de la inclusión por parte de su entorno social inmediato ya que a veces ocultan la razón de la muerte para evitar ser juzgados y esto solo conduce a seguir ignorando la realidad del problema.

Por otra parte, tanto el intento de suicidio como el suicidio acarrearán altos gastos económicos que no están planificados por ejemplo en el caso de un intento de suicidio, la persona que lo lleva a cabo puede requerir del uso de equipos especiales en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de una casa de salud para poder salvarle la vida o exponerlo a cirugías reconstructivas de su organismo que le permitan conservar su vida. También existe la posibilidad de que un intento de suicidio deje a la persona con una discapacidad temporal o permanente que directamente repercute en la economía de la familia y de las instituciones encargadas de velar por la salud de la población. Y respalda estas observaciones el informe de la OMS: “[...] Se estima que los costos económicos asociados con la muerte por suicidio o con las lesiones autoinfligidas suman miles de millones de dólares estadounidenses al año”⁶

Hay que tomar en cuenta que esta condición no se da únicamente en una parte del mundo sino que es una realidad en muchos países y el nuestro no es una excepción

⁵ Biblioteca: Microsoft ® Encarta ® 2009. © 1993-2008 Microsoft Corporation.

⁶ Art.Cit, p. 201.

solamente que mientras unos países llevan una sistematización de datos más ordenada otros apenas están empezando a llevar un registro de la problemática y de sus repercusiones en los diferentes ámbitos entre ellos la economía del país.

Los últimos años en el Ecuador la pérdida de talento humano por causa del comportamiento suicida mortal ha sido significativa sobretodo en la población de edad económicamente activa y que afecta a la sociedad ya que no puede contar con ese valioso recurso humano, además de extinguirse la descendencia de este grupo que pudo haber dado un valioso aporte a la sociedad.

Hasta aquí hay que destacar dos aspectos fundamentales sobre el suicidio, primero la universalidad de dicho acto que ha estado presente en todos los tiempos y en todas las sociedades y segundo la existencia de argumentos a favor y en contra de este comportamiento que se repiten en todas las épocas.

2.2 Nociones / Definición

2.2.1 Suicidio

Para abordar el tema de investigación que es el intento de suicidio, es necesario tratar en un primer momento del suicidio consumado, debido a que constituye uno de los fenómenos del comportamiento suicida del que se dispone mayor información bibliográfica y una vez hecho el acercamiento a lo que es el suicidio, se podrá definir consecutivamente lo que es el intento de suicidio y la ideación suicida, no sin antes mencionar un dato mundial de relevancia sobre el comportamiento suicida que nos permite un acercamiento a dicha realidad.

En el año 2000, unas 815.000 personas murieron a causa del suicidio en todo el mundo. Esto representa una tasa mundial de mortalidad anual de cerca de 14,5 por 100.000 habitantes, que equivale a una defunción cada 40 segundos. El suicidio es la decimotercera causa principal de muerte en el mundo. Entre las personas de 15 a 44 años de edad, las lesiones autoinfligidas son la cuarta causa de muerte y la sexta causa de mala salud y discapacidad.

Las muertes por suicidio son solo una parte de este problema muy grave. Además de los que mueren, muchas personas mas sobreviven a los intentos de acabar con su propia vida o causarse

*un daño, a menudo suficientemente grave para requerir atención médica.*⁷

Actualmente, existen al menos tres teorías principales que hacen referencia al estudio del suicidio y son: la teoría Sociológica, Psicológica y Médico-Psiquiátrica.

Las teorías Sociológicas están basadas en el estudio de las sociedades y de los hechos sociales los mismos que son abordados como realidades exteriores al individuo. En el caso del suicidio, se estudia al problema de una manera general, recogiendo de él datos históricos, etnográficos y estadísticos básicamente. Las teorías Psicológicas, por su parte han contado con valiosos aportes de las diferentes corrientes teóricas que ven en el suicidio un acto que responde a decisiones subjetivas sean estas de carácter consciente o inconsciente, además ven en el suicidio un comportamiento que responde a múltiples factores y que el suicidio constituye un síntoma de alguna otra manifestación psicológica o psiquiátrica de base que debe ser tratada. Las teorías Médico-Psiquiátricas en general consideran al suicidio una patología que es tratada básicamente de forma individual y desde un punto de vista orgánico.

Dentro de la Sociología, Emilio Durkheim (1858-1917) sociólogo Francés es uno de los representantes más contemporáneos en tratar el suicidio en su obra y estudio analítico titulado “EL SUICIDIO” (1897) en el que postuló que la conducta suicida es un efecto de la estructura social, además que dicha conducta constituía un fenómeno sociológico consecuencia de una mala adaptación social por parte del individuo y de una falta de integración de éste en la sociedad más que un puro acto individualista. Durkheim definió al suicidio como: “todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, ejecutado por la propia víctima, a sabiendas de que habría de producir este resultado.”⁸

Durkheim identificó tres categorías de suicidio:

⁷ Art.Cit, p. 201.

⁸ DURKHEIM, Emilio, EL SUICIDIO, ESTUDIO DE SOCIOLOGÍA, Editorial Schapire S.R.L, Buenos Aires, 1965, p.14.

1. El suicidio egoísta es el que se incluía a aquellas personas que se suponía, no habían estado sólidamente integradas en ningún grupo social. La característica básica de este suicidio es que se trata de un sujeto que pierde todo tipo de interés con lo que le une a la vida. Según el autor, esta categoría de suicidio es la más frecuente en las sociedades contemporáneas, debido a que en ellas prevalecen los intereses individuales y cada vez es menor el grado de cohesión entre las personas.
2. El suicidio altruista, cuya manifestación es todo lo contrario al suicidio egoísta. Este suicidio representaba el grupo cuya tendencia al suicidio era resultado de su excesiva integración en un grupo. Durkheim consideraba que este tipo de suicidio podría haberse esperado en algunas clases de la sociedad japonesa o en el caso de algunos ejércitos donde la conciencia del deber y la integración en el grupo (pequeña sociedad) es mucho mayor que en otras agrupaciones sociales. Esta categoría de suicidio es menos frecuente porque en la actualidad el pensamiento individualista es mucho más fuerte que el pensamiento colectivo.
3. El suicidio anómico que sería producto de un trastorno en el equilibrio de la integración entre la persona con la sociedad, lo que le deja sin normas de conducta habituales. Esta categoría de suicidio es de mayor incidencia en el grupo de personas divorciadas y son más vulnerables las personas que han experimentado cambios drásticos en su situación económica. Así mismo es más frecuente en sociedades desarrolladas con situaciones de desorganización como por ejemplo desorganización entre el individuo y la sociedad a la que pertenece, pérdida de la propia identidad, entre otros.

En cada una de las categorías están contemplados factores socio-demográficos como la edad, género, estado civil, poblaciones urbanas y rurales, religión, estrato económico, factores como la raza, entre otros. Los datos investigados en esta obra pertenecen especialmente a la realidad de los países del antiguo continente.

Las teorías psicológicas sobre el suicidio, cuentan con aportes de las diferentes corrientes teóricas entre las que se destacan la corriente psicoanalítica y la corriente

cognitiva conductual. Para el respectivo estudio se tomarán en cuenta los aportes que sobre el tema han hecho los representantes del psicoanálisis.

Dentro de la corriente psicoanalítica, Sigmund Freud (1856-1939) médico Vienes y fundador del psicoanálisis relacionó el suicidio con un impulso natural de muerte conocido como *Thanatos* que se impone al impulso de vida *Eros*, como producto de la frustración y la melancolía experimentada por la persona.

Freud basaba el origen del suicidio en el inconsciente del ser humano.

Básicamente Freud hipotetizó que el individuo suicida volcaba sobre sí su ira inconsciente no expresada hacia una persona amada. Por lo tanto el suicidio representaba un fracaso para expresar externamente el propio afecto emergente (generalmente de hostilidad) de manera abierta y directa, con frecuencia, hacia una persona amada. En lugar de esto, este afecto se volcaba en contra de la persona misma. Por tanto psicodinámicamente, el suicidio fue contemplado como asesinato en el ciento octogésimo grado.⁹

En este sentido, la ira que por determinado acontecimiento experimenta un individuo y es reprimida se convierte en autoagresión. Desde el psicoanálisis se habla de que la persona reprimiría la ira específicamente hacia el objeto amado y la invertiría hacia sí mismo a través de un proceso del que no es consciente como consecuencia ya sea de recursos limitados y/ o inmadurez por parte del Yo del individuo que se autoagrede y que de alguna manera le impide expresar genuinamente lo que siente. Otra posibilidad podría ser que el individuo que comete autoagresión por medio del suicidio en realidad no quiere castigarse a sí mismo sino mas bien por medio del suicidio dar muerte concretamente a aquella persona amada a quien ha introyectado haciéndola parte de si.

Para el psicoanálisis el suicidio: “Parece ser el resultado de un conflicto intrapsíquico desencadenado frecuentemente por factores ambientales del tipo de pérdida del objeto amado. En la melancolía un superyó excesivamente severo y sádico se vuelve contra el yo y consigue llevar a la persona a la muerte”¹⁰

⁹ LORRAINE, Serr, Agonía, muerte y duelo, Editorial El Manual Moderno, México-DF-México, 1992. Pág. 247.

¹⁰ CLEMENTE, Miguel y GONZALES, Andrés, Op Cit. p.23.

Aquí se hace referencia a la instancia psíquica del Superyó catalogado como severo que en la melancolía descarga sobre el Yo del individuo fuertes acusaciones respecto a la pérdida ideal del objeto de amor, estas acusaciones tienen como finalidad empobrecer al Yo, utilizando para ello frecuentes autoreproches, autodenigraciones y una constante expectativa de castigo hacia sí mismo, reiterándole al Yo de que no es digno del amor de la persona que ha perdido y conduciéndolo al autocastigo por medio del suicidio.

Al experimentar la pérdida del objeto de amor, el sujeto entra en una profunda angustia y que al resultar amenazante para la instancia psíquica del Yo, utilizará como una salida a la angustia el acto del suicidio que, de alguna manera, le permitirá dejar de sentir en la conciencia ese dolor incompatible con su existencia que representa para él o ella la pérdida de su objeto de amor.

Herbert Hendin, también psicoanalista, describió diversas causas de suicidio a las que denominó psicodinámicas del suicidio y estas son:

a) muerte como un abandono vengativo - que se manifiesta cuando el individuo se siente rechazado por el medio y quienes lo circundan y con frecuencia recurre a sueños y ensoñaciones como compensadores a través de los que el individuo ejerce influencias positivas sobre los demás y es buscado por ellos. En este caso, el suicidio aparece como un mecanismo de compensación por medio del cual el individuo intervierte la realidad y de abandonado se transforma en quien voluntariamente abandona a los demás.

b) muerte como un homicidio introyectado - Este caso ya fue descrito por Freud y consiste en que el odio y el deseo de venganza que se tiene hacia un sujeto del medio, se vuelve contra el mismo individuo que experimenta el sentimiento de odio y/o deseo de venganza.

“El suicidio en un tal estado anímico no es otra cosa que la concreción, a diverso nivel, de una heteroagresividad, que el Superyó no admite que se exteriorice en su forma primitiva”¹¹

¹¹ TOZZINI, Carlos, *EL SUICIDIO*; Ediciones Depalma, Buenos Aires-Argentina, 1969. P. 21

Es decir, que el Superyó impide al Yo que pueda exteriorizar la ira hacia la persona amada (objeto amado) a quien genuinamente iría dirigida la agresión porque se trataría de un asesinato, el mismo que es entendido como una conducta primitiva. Por tanto, serían las normas morales culturales y sociales a través del Superyó las que impidan que el Yo descargue su ira hacia otra persona.

c) muerte como una reunión - Aquí el énfasis no está puesto en la muerte, sino en la gratificación de lograr con la muerte una reunión que le hará tener un pasar más placentero.

d) muerte como resurrección - Se refiere a la complejidad de las fantasías de humanas sobre la muerte que impliquen un renacer y un deseo de omnipotencia divina.

e) muerte como autopunición - El suicidio surge como castigo a las propias fallas, las mismas que impiden el logro de metas desproporcionadas.

f) muerte del cuerpo en sujetos afectivamente muertos - Categoría que está constituida exclusivamente por esquizofrénicos.

Siguiendo los lineamientos teóricos del psicoanálisis, otro de los autores que intenta dar una explicación integral sobre el suicidio es Karl Menninger (1893-1990) psiquiatra y psicoanalista norteamericano quien fuera discípulo de Freud. Menninger ha desarrollado una teoría sobre el suicidio en su obra “El hombre contra sí mismo” (1938). Para Menninger las causas de suicidio responden a impulsos internos principalmente, siendo los factores externos refuerzos y justificaciones que el sujeto inconscientemente se crea congruentes con los primeros. De ello resulta que el ambiente que se construye el individuo responderá a sus intenciones suicidógenas; es decir, el individuo mismo se crea un ambiente negativo, que disculpe de cara al exterior las intenciones de su inconsciente.

En función de este postulado Menninger establece la existencia de tres elementos presentes en la conducta suicida: el deseo de matar, el deseo de ser matado y el deseo de morir. El primer elemento aparece como respuesta a una frustración originada por un ser querido y hacia el que suelen existir vínculos de identidad; es decir, siguiendo a Freud, ha sido previamente introyectado. El segundo elemento se produce cuando la conciencia actúa, provocando en el sujeto un sentimiento de culpabilidad y

colocándole en un estado melancólico o depresivo. El tercer elemento es el que determinará la consumación del suicidio. En este punto, el autor resalta que a la intensión consciente de morir, ha de sumarse el deseo inconsciente. En caso contrario lo más habitual es que el suicidio se vea frustrado. Además pone de relevancia el deseo inconsciente del sujeto de morir al realizar ciertas conductas que, siendo innecesarias, implican riesgo de muerte. Menninger reconoce que el deseo de morir no tiene suficiente base científica, aunque le parece interesante especular sobre su concreta relación con el fenómeno del suicidio. En suma, de acuerdo con Menninger el suicidio surgiría al producirse un desequilibrio entre las tendencias destructivas y constructivas del hombre, a favor de las primeras.

Nuevos aportes desde el psicoanálisis pero que no siguen dogmáticamente a la teoría freudiana, son las contribuciones de Bowlby, quien ve en el suicidio una reacción a la frustración, exteriorizada mediante la hostilidad y enlaza a la teoría de la melancolía con la del suicidio, identificando en ambas elementos comunes como: la culpabilidad, el deseo de ser castigado, regresión, y represión de los instintos, introyección, entre otros, como elementos facilitadores del suicidio. Lewin, por el contrario, encontrará en sus investigaciones realizadas con adictos, maníacos y psicópatas, puntos comunes entre la excitación de éstos con el sueño, comparando a la muerte con un estado de constante “nirvana”, y deduce que al suicida le subyace la idea de renacer, de volver a la madre, resultado de la función del yo y del superyó.

En cuanto a las contribuciones de la corriente Cognitiva Conductual con relación al suicidio, se pueden tomar en cuenta los postulados de Edwin Shneidman quien a pesar de que no se definió a sí mismo como un cognitivista, sus postulados hacen referencia al rol clave que tiene la cognición en la Psicología del suicidio.

En 1949, se iniciaron los estudios e investigaciones teórico-empíricas en lo relacionado con la prevención del suicidio de la mano de Edwin Shneidman considerado el padre de la suicidología moderna, quien enfatizó los procesos psicológicos como centrales para comprender y prevenir el suicidio, respecto al mismo expresó:

“Creo que el suicidio es esencialmente un drama de la mente, donde éste es casi siempre dirigido por el dolor psicológico, el dolor de emociones negativas, lo que llamo dolor de psique. El dolor de psique es el corazón oscuro del suicidio, sin dolor de psique no hay suicidio”¹²

En esta cita, el dolor psíquico al que se refiere el autor tendría que ver principalmente con un tipo de dolor emocional difícil de tratar y caracterizado por la presencia significativa de angustia en la persona que lo experimenta. A este dolor se añadirían emociones negativas tales como la desesperanza o conjunto de expectativas negativas acerca del futuro ya que las personas potencialmente suicidas manifestaban rigidez de pensamiento, una falta de habilidad para imaginarse a sí mismos en el futuro siendo más propensos a enfocarse en el presente de donde surgían pensamientos como acabar con el dolor que experimentaban a través de la muerte que constituye la esencia del suicidio, esta persona ve en la muerte una condición más favorable que la vida.

Shneidman definió el suicidio como “el acto consciente de autoaniquilación, que se entiende como un malestar pluridimensional en un individuo que percibe este acto como la mejor solución”. Básicamente atribuyó el suicidio al dolor emocional que ya se explicó anteriormente.

Representantes contemporáneos de la Psicología Social como Clemente y Gonzales en su obra titulada “El Suicidio” (1996), emiten la siguiente definición de suicidio:

*El suicidio es el efecto de un conflicto entre el individuo y su existencia y realidad sociales, que le provoca una desmotivación para vivir, y/o se percibe irreconciliable con dicha realidad, siendo la misma mucho más fuerte que él. Ante la falta de refuerzo existencial, su vínculo se va deteriorando, lo que provocará exclusiones parciales, despojo de ciertos roles, así como confrontaciones con la realidad estipulada que actúan como refuerzo de su actitud de elusión social, hasta que en un momento dado el sujeto decide excluirse totalmente dándose muerte, tras haber visto superados sus recursos y capacidades de intervención y afrontamiento.*¹³

¹² ELLIS, Thomas, *COGNICION Y SUICIDIO, TEORÍA, INVESTIGACIÓN Y TERAPIA*, Editorial EL MANUAL MODERNO, S.A de C.V, México-DF, 2008. P. 29.

¹³ CLEMENTE, Miguel y GONZALES, Andrés, Op.Cit, p. 25

Se trata de una de las definiciones más amplias que se exponen en este capítulo en la que se incluye a la realidad social a la que pertenece el individuo y como éste se relaciona con dicho entorno. El deterioro consecutivo de la interrelación entre sociedad e individuo es lo que conduciría a la persona a que en determinado momento decida excluirse de la sociedad por sentir incompatibilidad con ella que lo ha ido relegando y se suman a esto los recursos personales limitados de la persona que se hacen evidentes el momento de afrontar las adversidades que pueden presentarse en algún momento de la convivencia en sociedad.

Por su parte, la psiquiatría desde sus inicios ha considerado el fenómeno del suicidio como una enfermedad mental o alteración psíquica. Fue Pinel quien clasificó al acto suicida como síntoma de la melancolía, y, en la misma línea teórica su discípulo Esquirol, quien define al suicidio como un trastorno mental, aunque también se refiere a él como una crisis de afección moral que es consecuencia de múltiples afecciones e incidencias a lo largo de la vida.

2.2.2 Intento de suicidio

El intento de suicidio, conocido también como parasuicidio, tentativa de suicidio, intento de autoeliminación, autolesión intencionada o intento autolítico, constituye el acto sin resultado de muerte en el cual un individuo se hace daño a sí mismo.

E. Durkheim, tras definir el fenómeno del suicidio, añadió: “La tentativa de suicidio es ese mismo acto, pero interrumpido antes de que sobrevenga la muerte”¹⁴

Desde el psicoanálisis, el intento de suicidio se define como:

*Una acción que corona una crisis de manera significativa. Aparece luego de una decepción amorosa, y en contra-agresión, retorna sobre el sujeto la agresión contra el padre, o el objeto perdido, acompañado por un desplome de la situación sobre los datos simbólicos que el sujeto tiene aún, por eso la tentativa de suicidio contiene una dimensión simbólica dirigida a otro.*¹⁵

¹⁴ DURKHEIM, Emilio, Op. Cit. p.14.

¹⁵ <http://psiconet.com/ramirez/articulos2/suicidio.html>

El intento de suicidio estaría motivado por la pérdida del objeto amado lo que hace que el individuo que pierde ese objeto vuelva contra sí mismo la agresión como una forma de castigar a ese otro que lo ha abandonado y a quien ha introyectado en su Yo. Este personaje simbólico a quien va dirigida la agresión también podría ser el padre debido a que es quien instaura las normas sociales y morales en el individuo y al volcar la agresión contra éste, de alguna manera se estaría transgrediendo toda norma y la agresión dirigida al objeto de amor estaría enfocada a la destrucción de esa persona por lo tanto la autoagresión simbólicamente estaría encaminada inconscientemente a castigar a otros y no necesariamente como un castigo a sí mismo.

El intento de suicidio se lo define según la OMS como aquel acto no habitual que deja una lesión no letal además de ser un acto deliberado y sin la intervención de terceros.

En el intento de suicidio predomina una ambivalencia caracterizada por la duda y la constante lucha entre el instinto de vida y las tendencias autodestructivas coexistentes en todo ser humano. La identificación de esta fase es muy importante para la prevención de un nuevo comportamiento suicida sea mortal o no mortal debido a que, la persona de una u otra forma expresa su intención de suicidarse. La fase de ambivalencia puede manifestarse de una forma rápida como en el caso de un acto escasamente meditado e impulsivo y que suele ser característico de personalidades inmaduras y explosivas o puede presentarse en personas que se encuentran en estado de intoxicación como en el caso de consumo de alcohol.

La tentativa de suicidio puede responder a un fallo accidental del método que se utilizó para quitarse la vida o también puede responder al deseo real de la persona de no morir sino únicamente utilizar la tentativa como un recurso por medio del cual solicitar ayuda, a fin de solucionar los conflictos que en el presente le generan malestar e inestabilidad psíquica.

El intento de suicidio

“es el conjunto de conductas donde el sujeto de forma voluntaria e intencional se produce daño físico, cuya consecuencia es el dolor, desfiguración o daño de alguna función o parte de su cuerpo”.¹⁶

Esta definición nos permite comprender la situación de varias de las personas que han cometido intento de suicidio y que durante la valoración psicológica posterior al intento manifiestan claramente que sus intenciones no son las de morir sino de generar un cambio en su condición actual. El intento de suicidio que llevan a cabo es una forma de suspender por un momento la continuidad de su vida con el fin de que las personas que están en su entorno se percaten de su llamado de atención cuya principal finalidad sería la de cambiar su condición actual que le está generando malestar.

Por otro lado Carlos Tozzini afirma que la intención suicida es vaga y ambigua, es decir, que el sujeto que lleva a cabo un intento de suicidio quiere vivir y también quiere morir, pero siempre se dirige a la comunicación con los demás. Es una forma más de relación con los otros hombres, aunque extrema y desesperada, a la cual se recurre como forma dramática de expresión para lograr una ayuda y un cuidado que con otras fórmulas hubiera sido posiblemente muy difícil.

Tozzini manifestó que los intentos de suicidio pueden significar como ya se ha dicho una petición de ayuda que si es ignorada, puede ser precursora de posteriores intentos.

Por tanto, la tentativa de suicidio tendría como objetivo un intento de incidir en la realidad, no pretendiendo la muerte sino valerse de su fuerte significación para pedir ayuda y para llamar al grupo sociofamiliar en demanda de amparo, protección, afecto, etc.

¹⁶ LEON, Dora, *Tesis para la obtención del título de Doctor en Medicina y Cirugía*, PUC E Facultad de Medicina, Quito-Ecuador, 2005.

2.2.3 Ideación Suicida

En el artículo ya mencionado y que ha sido emitido por la OMS, se define a la ideación suicida como aquel “conjunto de pensamientos que la persona tiene de terminar con la propia existencia”. El término se refiere también al sentimiento de estar cansado de la vida, la creencia de que no vale la pena vivir y el deseo de no despertar del sueño.

La ideación suicida puede adoptar las siguientes formas de presentación:

Idea suicida sin un método establecido, a través de la cual, la persona tiene deseos de matarse pero al momento de preguntarle como lo va a llevar a cabo, responde: “no se como pero lo voy a hacer”

Idea suicida con un método inespecífico, en la cual la persona expone su deseo de matarse y al plantearle la pregunta de cómo lo hará responde: “de cualquier forma ahorcándome, dándome un balazo”

Idea suicida con un método establecido no planificado, la persona desea suicidarse y ha elegido un método determinado para ejecutarlo, pero aún no sabe cuando lo va a hacer, en que lugar, no ha tomado en cuenta las precauciones a tomar con el fin de no ser descubierta y cumplir con sus propósitos de autoeliminación.

Idea suicida planificada, en la que la persona desea suicidarse, ya ha elegido un método mortal para ejecutarlo, el lugar donde llevarlo a cabo, el momento oportuno con el fin de no ser descubierta y tiene claros los motivos que sustentan dicha decisión con el propósito final de morir.¹⁷

2.3 Factores de riesgo asociados al intento de suicidio

Entre los principales y diversos factores de riesgo asociados al intento de suicidio se pueden mencionar los siguientes:

2.3.1 Factores Sociales y Ambientales

2.3.1.1 La Migración

Que en los últimos doce años ha tenido mayor apogeo en la población ecuatoriana de todas las edades y que ha sido motivada por la búsqueda de una mejor calidad de vida y a la vez mejorar la situación financiera de la familia. Como consecuencia de la migración, se ha ido lesionando a la estructura familiar tradicional que en la actualidad se encuentra en crisis. La ruptura de la familia nuclear es vertiginosa y la migración constituye una de las causas. En nuestra sociedad, forzosamente han tenido que improvisarse nuevos modelos de familia y tener como jefes de hogar a los

¹⁷ Idem, p. 19

abuelos, a un tío o tía, entre otros. Y en la familia actual, sea de estructura tradicional o no, se evidencia un descuido total de cada uno de los miembros, donde la comunicación se ha cortado parcial o definitivamente y cada miembro vive en un mundo totalmente individualizado y desconocido para el resto de miembros de la familia. Hoy por hoy quien esta reemplazando a la familia y a la escuela que dicho sea de paso también esta en crisis son los medios de difusión colectiva quienes “orientan” respecto a lo que ha de hacerse.

En el caso específico de los miembros de la policía nacional, en muchas ocasiones se ven obligados a realizar una migración interna de provincia a provincia con el fin de ejercer su labor y esto hace que se desestructure la familia a la que pertenecen y a la vez aparezcan otros factores que predisponen el comportamiento suicida como la infidelidad de parte de los miembros de la institución o de sus cónyuges por la ausencia de los primeros.

Uno de los factores que podrían motivar alguna manifestación de comportamiento suicida pueden ser los problemas suscitados en la pareja como por ejemplo la infidelidad que constituye un problema real y de alta incidencia en los miembros de la institución policial a consecuencia del distanciamiento que en algunas ocasiones se ven obligados a hacer de sus hogares para ejercer su labor.

2.3.1.2 El Desempleo

Es uno de los factores que en la actualidad han influido en los casos de suicidio e intento de suicidio. Su tasa de incidencia en nuestro país es considerablemente alta a pesar de que las estadísticas digan todo lo contrario. El desempleo constituye una realidad preocupante para gran parte de la población ya que al no disponer de un lugar de trabajo estable por medio del cual poder subsistir, la persona tiende a deprimirse a desvalorizar sus capacidades que no son tomadas en cuenta pese a los esfuerzos que hace por salir de la categoría de desempleado.

Uno de los aspectos ha tomarse en cuenta en este tema es que la sociedad ecuatoriana es altamente discriminatoria y deja sin oportunidad de trabajo a la población por su

condición de género, por ejemplo: es mayor el número de mujeres desempleadas a pesar de su preparación académica que supera al género masculino. La edad es otro de los impedimentos al momento de conseguir un empleo porque si son menores a la edad que solicitan no cuentan con experiencia necesaria para el desempeño de determinada actividad y si superan la edad y cuentan con experiencia ya no se les permite ejercer determinada responsabilidad o cargo a ellos encomendado. La nacionalidad es un factor que facilita o impide que una persona pueda conseguir empleo ya que en nuestro país se prefiere contratar a personas de otras nacionalidades que demandan menos costos por su trabajo o que están dispuestos a desempeñar cualquier cargo con tal de tener empleo. El aspecto físico del individuo puede ser un facilitador o un limitante el momento de conseguir empleo ya que en algunas instituciones la condición de una “excelente presencia” es requisito básico para acceder a un puesto de trabajo y como estas muchas otras condiciones que no hacen más que reiterar la discriminación de la persona.

Por lo tanto, el desempleo constituye un factor predisponente al comportamiento suicida por medio del que se evidencia una constante falta de oportunidades para una buena parte de la población que se ve obligada a optar por el subempleo que no da estabilidad y que solamente permite vivir al día. La injusticia social es el pan de cada día ya que mientras unos tienen mucho otros no tienen ni para cubrir las necesidades básicas por lo que cabe decir que en la actualidad se vive en medio de una crueldad social indiferente a los requerimientos colectivos e interesado únicamente a las individualidades que cuentan con políticas que responden a los intereses de las minorías. Toda esta desigualdad estaría generando en el individuo un resentimiento hacia la sociedad de la que en un determinado momento prefiere excluirse.

2.3.1.3 La Violencia

Cada vez más naturalizada en el medio ecuatoriano que de hecho es una sociedad violenta donde no se respeta al individuo ni a sus derechos.

Los estudios e investigaciones que se han hecho sobre el comportamiento suicida determinan que cuando una persona vive en un medio familiar y social caótico es

vulnerable a experimentar hastío por la vida, considerando al suicidio o al intento de suicidio como una salida viable de su condición de vida que le resulta insostenible.

La migración que ya se ha mencionado antes es uno de los factores que también intervienen en el tema de la violencia porque el abandono es considerado una forma de maltrato hacia la población más vulnerable que pueden ser los niños, los adolescentes y las personas de la tercera edad que son los que en su mayoría sufren el abandono de sus familiares que les dejan sin tomar en cuenta el daño emocional que su abandono les genera.

El tema del abuso sexual presente en varios de los casos de pacientes que se suicidan o intentan suicidarse es un tema de violencia muy fuerte y traumático que puede tener sentimientos muy reprimidos y que no han sido trabajados en espacios de psicoterapia los mismos que pueden ser causantes de depresiones importantes en los pacientes.

La violencia que está presente en la sociedad en general también se la puede identificar en los diferentes espacios que de ella son parte como la familia, la escuela, las instituciones del orden entre ellas la policía y el ejército, la iglesia, las instituciones de la salud, entre otras.

2.3.2 Factores Psicológicos y Factores Psiquiátricos

Entre los que podemos mencionar se encuentran:

2.3.2.1 La Depresión

“La palabra depresión significa decaimiento del ánimo o de la voluntad. Estado patológico en que existe disminución general de toda la actividad psíquica y que afecta especialmente al componente afectivo de la personalidad”¹⁸

Los representantes de la salud refieren que actualmente nos encontramos en la era de la depresión debido a que constituye una de las patologías con tasas de crecimiento

¹⁸ DICCIONARIO DE PEDAGOGÍA Y PSICOLOGÍA, Editorial CULTURAL S.A, Madrid-España, 2002. p. 75.

elevadas a nivel mundial, se estima que en la población que supera los 15 años de edad, se identifican entre 6 a 8 casos de depresión por cada 100 habitantes. La depresión afecta a hombres y a mujeres de toda edad y condición social a pesar de que las mujeres serían las más propensas a sufrir de depresión.

Entre las principales características que se identifican en el cuadro depresivo están: sentimientos de inutilidad, sentimientos de culpa, tristeza, sentimientos de abandono y una marcada desesperanza. En el caso de la depresión patológica, se presentan además síntomas como: tristeza persistente, alteraciones en el ritmo del sueño, incremento o disminución del apetito, anhedonia, autocastigo, entre otros.

En psicopatología se reconocen dos categorías dentro del cuadro depresivo y son: El trastorno depresivo en el cual aparecen episodios de depresión entre ellos depresión grave que ha sido considerado uno de los principales factores psiquiátricos y psicológicos asociados con el suicidio y la depresión bipolar caracterizada por periodos depresivos alternados con períodos de ánimo exaltado conocido como manía.

“La depresión desempeña una función destacada en el suicidio y se piensa que interviene en aproximadamente 65%-90% del total de suicidios relacionados con enfermedades psiquiátricas”¹⁹

Si bien es cierto no todas las personas con depresión llegan a cometer suicidio o intento de suicidio son un número significativo de ellos que si llegan a ejecutarlos, por tanto, es importante hacer una valoración minuciosa de cada uno de los pacientes con los que se tiene contacto.

2.3.2.2 Abuso de alcohol y otras sustancias

“El abuso de alcohol y otras drogas también desempeña una función trascendente en el suicidio. En los Estados Unidos, se informa que al menos una cuarta parte de los suicidios están vinculados con el abuso del alcohol.”²⁰

¹⁹ Art.Cit, p.209

²⁰ Art.Cit. p.209

Como se ha manifestado, en estudios previamente realizados sobre el comportamiento suicida, se ha determinado que un significativo número de casos de suicidio e intento de suicidio se encuentran asociados con el abuso y consumo del alcohol y otras sustancias. Y en concordancia con dichos estudios hay que mencionar que durante la investigación que se ha realizado de los casos de intento de suicidio también se han identificado a algunos de ellos que llevaron a cabo el intento de suicidio encontrándose en estado etílico y han reincidido en los intentos al menos en dos ocasiones. Al parecer la ingesta de alcohol en los pacientes es frecuente y de alguna manera los desinhibe y conduce a cometer una autoagresión sin medir el riesgo de sus acciones.

2.3.2.3 La Ansiedad

Estado de aprensión, tensión e incertidumbre que se produce como reacción a la anticipación de una amenaza real o imaginaria. Se expresa por sentimientos de temor y aprensión, o por tensión emocional acompañada de reacciones somáticas mas o menos difusas. Se desencadena ante la anticipación de un peligro imprevisible que se percibe como incontrolable.²¹

La ansiedad a diferencia de la angustia es un fenómeno de orden psíquico que presenta síntomas somáticos como la inquietud, impaciencia, fatiga, dificultad de concentración, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño. La ansiedad puede aparecer como un síntoma de algún trastorno psiquiátrico y en otras patologías. En algunas ocasiones se asocia a la depresión de una forma tan estrecha que resulta difícil establecer una jerarquización entre ambas como es el caso del trastorno mixto ansioso-depresivo, sin embargo; en estos casos de dará prioridad al abordaje de la depresión.

2.3.2.4 Los Trastornos del humor

En este tipo de trastornos la alteración fundamental es una alteración del humor o de la afectividad acompañada de depresión y ansiedad a pesar de que ésta última puede estar o no presente. La mayoría de estos trastornos suelen ser recurrentes y el inicio de cada episodio se relaciona con acontecimientos estresantes.

²¹ Ídem p. 21.

Los tipos de trastornos del humor que más se han identificado en los casos de pacientes que han llevado a cabo intento de suicidio son: Episodio depresivo leve, Episodio depresivo moderado, Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos, Trastorno depresivo recurrente episodio actual leve o moderado y Trastorno del humor afectivo persistente como la Distimia, cada uno de ellos se detallan en el libro de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 10).

2.3.2.5 Los Trastornos de la personalidad

Son pautas persistentes y profundamente arraigadas en los modos de percibir, pensar y relacionarse, es decir, que se trata de la forma característica que la persona tiene de relacionarse con el ambiente, con los demás y consigo misma. Estos trastornos aparecen entre la infancia y la adolescencia y se mantienen a lo largo de la vida adulta de la persona.

Entre los principales trastornos de la personalidad que se han identificado en los pacientes que han realizado intento de suicidio están:

2.3.2.5.1 Trastorno de personalidad dependiente

Quienes padecen este trastorno tienen una necesidad excesiva de que otras personas se ocupen de ellos y asuman la responsabilidad de sus decisiones, puesto que, la persona se siente incapaz de tomarlas por cuenta propia. Se trata de personas que buscan siempre el apoyo y la aprobación de los demás por lo que rara vez manifiestan su desacuerdo. En este trastorno, la persona suele sentir temor por la separación y experimenta un miedo exagerado a ser capaz de cuidar de sí mismo.

2.3.2.5.2 Trastorno de personalidad límite de tipo impulsivo

En el CIE-10 se lo ubica en el capítulo de los trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto con el código F60.3 que describe al trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad y se lo divide en dos tipos: Tipo impulsivo y Tipo límite. En ambos existe una marcada predisposición a actuar de un modo impulsivo sin tener en cuenta las consecuencias de sus acciones. Por ahora

sólo se abordará el tipo impulsivo porque es el más frecuente en los pacientes analizados.

Las personas que padecen este trastorno tienen un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, en su autoimagen y en la afectividad, además de una notable impulsividad. Tienen un miedo exagerado a ser abandonados y con el fin de evitarlo realizan desmedidos esfuerzos que pueden incluir actos impulsivos como intentos de suicidio. Es importante conocer que estas personas son impulsivas en dos áreas específicas:

1. pueden participar en actividades adictivas como el juego, el abuso de sustancias y otros.
2. pueden llegar a la mutilación o el suicidio.

2.3.2.5.3 Trastorno paranoide de la personalidad

En los casos de personas con este trastorno presentan como característica principal la desconfianza y suspicacia generalizada hacia los demás por lo que todas las acciones del resto son interpretadas como maliciosas y sospechan continuamente de quienes les rodean. Son personas que suelen albergar rencores que no olvidan fácilmente, se sienten profundamente atacados aunque no haya ninguna prueba objetiva que apoye ese pensamiento, manifiestan celos patológicos con sus parejas por lo que quieren ejercer un poder absoluto sobre la conducta del otro, por lo general no son capaces de aceptar sus errores, no toleran las críticas, son reservados y su manera de pensar y actuar hace que tengan dificultades en sus relaciones personales.

2.3.2.6 La Desesperanza

Tiene que ver con un estado de ánimo en el que se ha desvanecido la esperanza.

La desesperanza está relacionada también con poseer una visión negativa del futuro, como que ya no se espera nada de él. El sentimiento de desesperanza constituye uno de los principales factores predictivos del comportamiento suicida. La desesperanza hace que quienes la experimentan en este caso los pacientes con intento de suicidio tengan una visión de “túnel” a través de la cual se vislumbra una sola posibilidad y

es la de salir de la realidad insostenible en la que se encuentran y tomando en cuenta la rigidez de pensamiento que caracteriza a estas personas les es sumamente difícil proyectarse al futuro ya que sus pensamientos están fijados únicamente en su condición presente que se caracteriza por ser desalentadora.

2.3.2.7 Antecedentes de intento de suicidio previo

Durante el abordaje y valoración psicológica que en la medida de lo posible se pueda hacer al paciente, se ha de considerar fundamental indagar entre otras cosas sobre los antecedentes de intentos de suicidio previos llevados a cabo por el paciente o casos de intentos de suicidio y/o suicidio que se hayan presentado en su historia familiar o cercana al paciente como el caso de comportamiento suicida entre sus amistades o personas significativas fuera del ámbito familiar ya que de alguna manera estos acontecimientos cercanos al paciente podrían en algún momento motivarlo a llevar a cabo un acto similar en contra de sí mismo.

En el estudio que sobre el suicidio efectuara Carlos Tozzini expresa: “La psicología ha encontrado muchas influencias personales y situacionales que también contribuyen a la muerte voluntaria. Esta se produce a menudo para escapar de circunstancias dolorosas; también como acto de venganza contra otra persona a la que se acusa de ser responsable del sufrimiento que lleva a tomar tan drástica decisión.”

Tomando como respaldo los casos de los pacientes que colaboraron con esta investigación, las llamadas influencias personales o situacionales pueden ser por ejemplo: la desestructuración de la familia que acarrea el abandono de los padres a los hijos en años de la infancia o adolescencia donde esta comenzando a formarse la personalidad. Otro factor es la infidelidad por parte de alguno de los cónyuges o convivientes de quien intenta suicidarse, los problemas laborales y económicos también guardarían relación con el comportamiento suicida.

2.4 Incidencia del intento de suicidio en el Ecuador

Tanto el suicidio como el intento de suicidio son parte de una problemática desafiante en el campo de la salud pública de nuestro país y el resto del mundo.

Junto con la incidencia del intento de suicidio a nivel país, se hará hincapié concretamente en la incidencia de esta problemática en el Hospital Quito N°1 de la Policía Nacional (HQ1), cuyos casos de intento de suicidio también servirán como muestra de estudio y de la que más adelante se hará un minucioso análisis de casos.

En el Ecuador las manifestaciones del comportamiento suicida especialmente el suicidio e intento de suicidio, constituyen un problema de salud desatendido a pesar de que su incidencia se ha incrementado ubicándose entre las 10 principales causas de muerte en los últimos 10 años. Así mismo, la problemática se ha extendido a la población infantil y adolescente, y dan cuenta de dicho incremento la publicación de noticias referentes al tema que se dan a conocer a través de la prensa escrita y el resto de medios de comunicación masiva, los mismos que, informan sobre los cada vez mas frecuentes casos de intentos de suicidio y/o suicidio consumado. Esta situación resulta preocupante sobretodo para quienes trabajamos en el área de la salud.

En el país, se cuenta con registros sobre la epidemiología del suicidio y los intentos de suicidio desde el año 1998, sin embargo, para la respectiva investigación, se tomarán en cuenta únicamente y en la medida de lo posible aquellos datos más recientes relacionados con la problemática planteada.

Los datos con que cuenta el Ministerio de Salud Pública (MSP) llegan desde aproximadamente 165 áreas de salud repartidas en el territorio ecuatoriano, las mismas que, envían reportes mensuales de la epidemiología en cada región por medio del programa EPI2.

Según datos obtenidos del informe del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC):“ Anuario de estadísticas vitales: nacimientos y defunciones año 2007”, en el Ecuador unas 1.006 personas murieron debido a lesiones autoinflingidas

intencionalmente (suicidio), esto representa una tasa de mortalidad de 7.4 por cada 100.000 habitantes y esta categoría de mortalidad se encuentra en el décimo cuarto lugar de incidencia donde la característica más destacada es la sobremortalidad masculina en edades activas, sobretodo la población que se encuentra entre los 15 y 49 años de edad. De la misma fuente se conoce que el registro de los egresos hospitalarios por lesiones autoinflingidas intencionalmente (intento de suicidio) tienden a incrementarse sobre todo en la población femenina, siendo de mayor prevalencia también en la población adolescente y de adultos jóvenes. Es importante mencionar que la tasa de intentos de suicidio en el país es de 15 a 20 veces más alta que el suicidio.

Una de las principales dificultades que tiene que enfrentar el país y concretamente el HQ1 respecto a los casos de comportamiento suicida es el subregistro del número de casos suscitados en la población ecuatoriana. Esta subnotificación de casos se ha evidenciado en la mayor parte de instituciones encargadas de llevar un registro estadístico de dichos acontecimientos. Entre estas instituciones están: los hospitales públicos y privados, la Policía, los centros de salud, entre otros, y, al no haber un registro claro, no será posible conocer la verdadera dimensión del problema.

Es importante mencionar que los intentos de suicidio no figuran en las estadísticas, sencillamente porque no se inscriben como tales, es decir, que las tentativas fueron disimuladas por medio del cambio de diagnóstico así por ejemplo muchas de ellas se hacen pasar por “intoxicaciones”, “traumatismos”, entre otros. Otro factor que impide el conocimiento real de casos es que no todos los que cometen intento de suicidio llegan a ser atendidos en los hospitales y demás casas de salud a menos que se encuentre verdaderamente comprometida la vida de la persona, y, finalmente hay tentativas que se consumaron en suicidio.

Particularmente en el Ecuador son casi inexistentes tanto los estudios sobre el suicidio como las formas de prevenirlo, esto a consecuencia de los limitados recursos económicos, y, a una frágil cultura de la prevención en los diferentes ámbitos entre ellos la salud. Además es evidente la ausencia de políticas públicas en Salud Mental pertinentes al comportamiento suicida y a todas sus manifestaciones puesto que se la

entiende como un problema de salud aislado a pesar de que su incidencia como ya se ha mencionado tiende al crecimiento, sin embargo; el MSP a través de su Departamento de Salud Mental está juntando esfuerzos para generar propuestas viables por medio de las cuales se pueda proporcionar ayuda a los pacientes y a los familiares de los pacientes que han cometido suicidio y / o intento de suicidio.

Con el fin de lograr una comprensión detallada de la dimensión del problema en nuestro país, se adjuntan gráficos cuyas curvas de incidencia corresponden a los casos de intentos de suicidio y que son registrados fundamentalmente en los hospitales públicos, por lo que, puede existir un margen de error en relación a los datos globales a nivel país. (**Ver anexo**).

En el Hospital Quito N° 1 de La Policía Nacional (HQ1), lugar donde se desarrolla la presente investigación, la mayor parte de casos de intentos de suicidio ingresan por emergencia y/o por el servicio de consulta externa de las diferentes especialidades y de esta manera se contacta con el paciente para realizar una valoración psicológica que sea lo más oportuna posible.

Durante la práctica clínica realizada en este centro hospitalario, se constató que la población más afectada por los intentos de suicidio son: los adolescentes y los adultos jóvenes. Así lo reflejan los siguientes datos.

Registro de Intentos de suicidio Hospital Quito N°1 de la Policía Nacional

AÑO	GENERO	Nº DE CASOS	RANGO DE EDAD
2007	MASCULINO	3	11 a 39 años
	FEMENINO	6	20 a 31 años
2008	MASCULINO	9	10 a 51 años
	FEMENINO	12	20 a 62 años
2009	MASCULINO	4	13 a 46 años
	FEMENINO	9	16 a 35 años
2010 Ene-Oct	MASCULINO	7	21 a 38 años
	FEMENINO	6	14 a 34 años

Fuente: Estadísticas HQ1 Servicio de Salud Mental: Registro de pacientes año 2007-2010

El artículo publicado por la OMS durante el año 2003, ubica al Ecuador como uno de los países con tasas crecientes de suicidio en la población que se encuentra por debajo de los 45 años de edad. Así lo expresa el siguiente párrafo.

Hoy en día, en aproximadamente un tercio de los países, las tasas de suicidio son ya superiores entre las personas de menos de 45 años de edad que entre quienes superan los 45 años, un fenómeno que parece existir en todos los continentes y no se correlaciona con los niveles de industrialización o riqueza. Como ejemplos de países y zonas en los que las tasas actuales de suicidio (así como el número absoluto de casos) son más altas en las personas por debajo de los 45 años de edad que en quienes sobrepasan los 45 años podemos mencionar a [...] Ecuador.²²

Estos datos coinciden con la incidencia de intentos de suicidio y suicidios en pacientes que se encontraban en este rango de edad y que han sido reportados en el HQ1 durante el período 2010, tiempo en el que se llevó a cabo la investigación.

Particularmente en esta casa de salud, se ha conocido que por lo general los casos de suicidio e intento de suicidio no suelen ser reportados como tales, sino que la primera impresión diagnóstica de ingreso suele ser fundamentalmente orgánica por ejemplo: “traumatismo”, “intoxicación medicamentosa”, etc. A medida que avanza la intervención con el paciente y conociendo su historial clínico, el diagnóstico va cambiando por intento autolítico y al dar el alta al paciente en algunos casos el diagnóstico real de intento autolítico puede ser cambiado por un diagnóstico socialmente aceptado como por ejemplo: un episodio depresivo, un traumatismo o lesión, entre otros, debido a las sanciones disciplinarias que pueden recaer sobre quienes siendo miembros de la institución policial han ejecutado un intento de suicidio.

En el caso de haberse suscitado un suicidio por parte de algún miembro de la institución policial, la omisión del fallecimiento por suicidio o el cambio de diagnóstico respecto a la causa del fallecimiento, probablemente se debería al riesgo de perder los beneficios económicos que proporciona la institución a los familiares directos de la persona que fallece en este caso al cónyuge y a los hijos. Algunas de estas circunstancias son tomadas en cuenta por la OPS en el siguiente párrafo:

²² Art.Cit, p. 204.

“se puede ocultar un suicidio para evitar la estigmatización de la persona que ha acabado con su propia vida, o de la familia de la persona, por conveniencia social, por razones políticas, para beneficiarse de pólizas de seguro, o porque la persona que comete el suicidio deliberadamente lo hace parecer un accidente...”²³

Otro de los aspectos a tomar en cuenta es que en el HQ1 no existen políticas que determinen que los pacientes con riesgo suicida reciban una atención integral y que requieran someterse a un tratamiento que sea continuado por consulta externa de Salud Mental y que para ello sus jefes inmediatos den al paciente que es miembro de la institución, las facilidades pertinentes con el fin de lograr una recuperación adecuada, ya que, hasta el momento el ingreso a hospitalización de un paciente que es atendido por intento de suicidio es de carácter voluntario; es decir, que tanto la atención que se le pueda dar posterior a la estabilidad orgánica del paciente y el seguimiento del caso por consulta externa quedan a criterio del paciente y/o de sus familiares lo que de alguna manera mantiene en quien cometió el intento de suicidio el riesgo latente de volverlo a ejecutar.

Igualmente, durante la investigación se ha podido constatar que los casos de intento de suicidio suelen ser subvalorados incluso por algunos profesionales de la salud que atienden al paciente hasta conseguir una estabilidad orgánica y que de inicio es lo más importante; sin embargo, durante el proceso de abordaje al paciente también deberían tomarse en cuenta el resto de factores no orgánicos que pudieron haber motivado el intento de suicidio sobretodo porque las investigaciones previas relacionadas con el tema dan cuenta de que quien ha intentado suicidarse, tiene una alta probabilidad de volverlo a intentar una o varias veces con una alta probabilidad de terminar concretando el suicidio.

“[...] quienes intentan suicidarse corren un alto riesgo de incurrir en un comportamiento suicida posterior, tanto mortal como no mortal”²⁴

²³ Art.Cit, p. 205

²⁴ Art.Cit, p-.207

En la sociedad ecuatoriana, por lo general el suicidio e intento de suicidio se encuentran asociados a factores legales, religiosos y de moral de los que se habla en la mayoría de ocasiones a través de frecuentes juicios de valor dirigidos a quien los ejecutan y a sus familiares, los mismos que, son estigmatizados y sancionados moralmente por la sociedad en general.

De manera general, se ha podido evidenciar, que a los familiares de quienes han ejecutado intento de suicidio, se les recrimina la falta de apoyo a los pacientes y frecuentemente son rechazados, aislados y enjuiciados según las leyes morales propias de la sociedad que ven al acto suicida como una decisión totalmente errónea y no como una opción personal del individuo que lo lleva a cabo.

2.5 Métodos utilizados en el intento de suicidio.

En lo que tiene que ver con los métodos empleados para ejecutar el intento de suicidio, se ha conocido por investigaciones realizadas que estadísticamente el 95% de los intentos se los lleva a cabo con el uso de fármacos y el 5% restante con otros métodos. Además los métodos utilizados varían desde los relativamente no violentos como es el caso del envenenamiento o sobredosis, hasta los violentos como dispararse o herirse con objetos cortopunzantes.

Consecuentemente a los estudios realizados, Vallejo Ruiloba, en el capítulo dedicado al suicidio, clasifica los métodos más frecuentes utilizados tanto en los casos de suicidio como en los casos de intento de suicidio y que se exponen en el siguiente cuadro.

Métodos Traumáticos	Métodos por asfixia	Métodos Tóxicos
armas de fuego	suspensión	venenos
arma blanca	sofocación	psicofármacos
precipitaciones	sumersión	fármacos en general
aplastamiento	Inhalación de vapores tóxicos	
Ingesta de cáusticos y quemaduras	electrocución	

Fuente: VALLEJO, RUILOBA, J, Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría, 5ª edición.

Además del método utilizado, es importante analizar el escenario donde se ha cometido el intento. En algunas ocasiones es casi imposible que el suicida sea descubierto, al menos en un tiempo prudencial, lo cual evita cualquier posible ayuda. Otras veces el intento se efectúa a sabiendas de que las personas que están cercanas se van a enterar y, por lo tanto, estarán obligadas a intervenir. Es evidente que en este último caso, lo que realmente se busca no es la muerte, sino exponer a los demás la necesidad de ayuda o de cambio de una situación, hasta el momento insostenible según opinión del afectado.²⁵

Para conocer con precisión el método utilizado y las razones que motivaron a la persona a cometer el intento de suicidio, es importante hacer una valoración psicológica oportuna y lo más minuciosa posible, dando importancia a lo que la persona tiene que decir respecto a la realidad que esta viviendo y de esta manera determinar si hay una verdadera intención de buscar la muerte o por el contrario de una petición de ayuda.

Se ha conocido que los métodos elegidos tanto para cometer suicidio como intento de suicidio se encuentran estrechamente relacionados con los roles de lo masculino y lo femenino adjudicados por la sociedad y la cultura. Similar opinión tiene el psicoanálisis que asigna a lo masculino un rol activo y a la mujer un rol pasivo. En el comportamiento suicida, el hombre hace uso de las armas de fuego o el ahorcamiento lo que simbólicamente representaría al falo y en el caso de la mujer emplea el envenenamiento o la ingesta de fármacos, que simbólicamente tendría que ver con llevar algo dentro de su vientre.

²⁵ VALLEJO, RUILOBA, J, Introducción a la psicopatología y la psiquiatría, 5ª edición, MASSON S.A, Barcelona-España, 2003, p.301.

CAPITULO III

EL DUELO, LA ANGUSTIA Y EL SÍNTOMA EN EL INTENTO DE SUICIDIO

“Ni siquiera la muerte puede quitarte tu danza, tus lagrimas de alegría, la pureza de tu soledad, tu silencio, tu serenidad, tu éxtasis. Lo que la muerte no puede es el único y verdadero tesoro...”
Julio García R.

El abordaje de los temas como el duelo normal, duelo patológico y la melancolía guardan relación con los casos de pacientes que han llevado a cabo intento de suicidio y que han sido atendidos en el HQ1, ya que se ha identificado en algunos de ellos, síntomas que tienen que ver con la no superación del duelo y de melancolía. A la par, los conceptos de angustia y síntoma serán de utilidad para posteriormente asociarlos en el análisis de los casos de intento de suicidio.

3.1 DUELO

Etimológicamente la palabra duelo proviene del latín *dolus* que significa dolor. De ahí que el proceso de duelo sea una lucha dolorosa frente a la muerte y a la pérdida.

El diccionario de la lengua española define al duelo como: “Dolor, lástima, aflicción o sentimiento. Demostraciones que se hacen para manifestar el sentimiento que se tiene por la muerte de alguno”.²⁶

En términos generales, el duelo es una reacción natural frente a la pérdida de un ser querido, que incluye una respuesta emocional y comportamental por parte de quien experimenta dicha pérdida, esta respuesta tiene que ver con la manifestación de sentimientos de tristeza, sufrimiento, llanto frecuente, pérdida del apetito, insomnio, entre otras expresiones por parte de quien ha experimentado la pérdida de su ser querido.

El duelo y el estado depresivo que lo acompaña han sido considerados dentro de la nuestra y de otras culturas como un estado “normal” que luego de un tiempo y su respectivo proceso, se extinguirá. Sin embargo; pueden darse casos de personas que requieran del apoyo de un profesional que les ayude a procesar el período de duelo.

²⁶ DICCIONARIO ILUSTRADO OCEANO DE LA LENGUA ESPAÑOLA, Grupo Editorial OCEANO S.A, Barcelona-España, p. 363.

Desde el punto de vista psicológico, el duelo constituye un estado y proceso que sigue a la pérdida de un ser querido, dicha pérdida suele ser definitiva y por esta razón se la ha asociado generalmente con la muerte. En este punto cabe señalar que también puede manifestarse el duelo sin que se presente la muerte real de un ser querido y se podría citar como ejemplo: la ruptura de una relación de pareja en la que de hecho la persona que experimenta la pérdida, genuinamente ha perdido a su objeto de amor, entendiendo por objeto de amor una persona, animal, objeto o un evento significativo. El duelo en ambas manifestaciones, requiere seguir un proceso de elaboración de la pérdida a través del cual la persona pueda resolver su duelo.

Basados en su experiencia profesional, algunos expertos de la Salud Mental, entre ellos psicólogos y psiquiatras de los diferentes lugares donde se realizó la práctica clínica los últimos tres años, han manifestado que el proceso de duelo dependerá de varios factores a tomarse en cuenta entre los que estarían: factores sociales y culturales de cada población, que tienen mucho que ver con la expresión del duelo y la duración del mismo, el tipo de relación afectiva, el grado de parentesco y apego que se haya mantenido con aquella persona con la cual se pierde el vínculo.

Así mismo el trabajo de duelo tendrá algunas etapas que deben ser superadas una por una hasta llegar a la resolución de la pérdida. Todo este proceso, por lo general y dentro de parámetros “normales”, se podría llevar entre seis meses a un año aproximadamente, tiempo transcurrido desde que la pérdida se produce hasta que se la supera.

En la obra “Duelo y Melancolía” (1915) de Sigmund Freud se define el duelo como aquella: “reacción frente a la pérdida de una persona amada o una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc.”²⁷

Esta reacción a la que hace referencia Freud, es descrita por él como una respuesta “normal” frente a una pérdida concreta o simbólica y que seguirá un proceso

²⁷ FREUD, Sigmund, “*Duelo y Melancolía*”, Obras Completas, Amorrortu Editores, Buenos Aires 2000, Volumen XIV. P. 241.

conocido como trabajo de duelo que para este autor es: “el esfuerzo que tiende a reconstruir el equilibrio psíquico turbado por la pérdida de una persona querida”²⁸

El trabajo de duelo, será elaborado principalmente por la instancia psíquica del Yo del individuo. Y es precisamente el Yo el que procede a retirar toda la carga libidinal de sus enlaces con el objeto amado y canalizar dicha energía hacia otro objeto por medio del establecimiento de nuevas relaciones, permitiendo de esta manera, que, luego de un tiempo el Yo vuelva a encontrarse libre, desinhibido y en busca de un nuevo objeto de amor en quien depositar la carga libidinal.

La superación del duelo implica entonces un proceso consciente en el que el examen de realidad demuestra al individuo que su ser querido u objeto de amor ya no existe más de aquí en adelante. El proceso de superación de la pérdida fortalecerá al sujeto que ha experimentado alguna pérdida en la continuación de su vida.

Vale decir que tanto en el duelo como en la melancolía, la desatadura libidinal entre el individuo y su objeto de amor se cumple lentamente y paso por paso.

La no superación del duelo tendría que ver con una o varias de las etapas del trabajo de duelo que no han sido experimentadas o finalizadas, además de la resistencia o negación para enfrentar la pérdida del objeto de amor por parte del individuo que la experimenta, y por otro lado, en algunos sujetos persisten los rituales asociados al duelo como el aislamiento social, pensamientos fijos en el objeto de amor que se ha perdido.

La no superación podría también estar asociada a la existencia de un Yo débil y limitado en recursos que, de alguna manera le impide al sujeto enfrentar el proceso de duelo.

²⁸ MERANI, Alberto, DICCIONARIO DE PSICOLOGÍA.

Por último, hay que decir que el duelo es un proceso necesario que debe seguir quien ha experimentado una pérdida con el fin de que se restablezca en algún momento su salud física y mental.

3.2 Tipos de Duelo

Dentro de las corrientes psicológicas, existen varios autores que se han enfocado al estudio del duelo y que lo han clasificado en una diversidad de categorías o tipos, sin embargo; aquí, se tomara en cuenta únicamente los tipos de duelo estudiados por el psicoanálisis.

S. Freud, destacó la diferencia entre el duelo normal y el duelo patológico y éste último con la melancolía que se detallará posteriormente.

3.2.1 El Duelo Normal

Corresponde a un duelo que puede ser experimentado por cualquier sujeto. En este tipo de duelo se ubica a la pérdida en el exterior del individuo y por tanto es el mundo el que pierde importancia, por esta razón, quien experimenta la pérdida se encuentra interesado únicamente en aquello que le recuerde a su ser querido, mientras todo lo demás, pierde importancia.

Esta categoría de duelo constituye una respuesta natural frente a la pérdida real e irreparable de un ser querido u objeto de amor que haga sus veces, mientras que, la ausencia de duelo sería lo no natural frente a una pérdida.

Una de las principales características del duelo normal es que se trata de un proceso totalmente consciente para el sujeto que experimenta la pérdida, quien al darse cuenta de que su ser querido ya no existe más en la realidad, con doloroso pesar asume la pérdida y paulatinamente se va adaptando a ella, lo que, le permite retomar su vida en el mundo sin la presencia de su ser querido, capacitándolo también para desarrollar nuevos intereses y establecer nuevas relaciones con sus semejantes.

La pérdida súbita del objeto de amor que ha experimentado el sujeto que lleva a cabo intento de suicidio hace que éste se sienta psicológicamente abatido por lo que la

superación de dicha pérdida conocida como trabajo de duelo será un proceso paulatino.

Sería importante diferenciar también al duelo normal de un episodio depresivo cuya sintomatología presenta culpa por las cosas más que por las acciones recibidas o no recibidas por el superviviente en el momento de morir la persona querida, pensamientos de muerte más que voluntad de vivir, asociado a un sentimiento de que el superviviente debería haber muerto con la persona fallecida, sentimiento de inutilidad, inhibición psicomotora y experiencias alucinatorias distintas de las de escuchar la voz o ver la imagen fugaz de la persona fallecida.

3.2.2 El Duelo Patológico

“El duelo patológico coloca la pérdida en el interior, es decir, es el Yo el que ha perdido una parte de sí con la consiguiente disminución de su valía”²⁹

En este tipo de duelo, el afectado por lo general suele sentirse culpable de la pérdida de su ser querido lo que le conduce a experimentar una disminución en su valía, además de una significativa inhibición de actividades como el detenimiento de la vida laboral, social, académica entre otras que son trascendentes en la vida del sujeto.

El duelo patológico se caracteriza por la dificultad y resistencia que manifiesta la persona para aceptar la pérdida de su ser querido u objeto de amor. Quien experimenta este tipo de duelo se niega rotundamente a aceptar la pérdida de su ser querido como consecuencia de una fuerte dependencia que éste mantenía con su objeto amado o porque no mantiene una estrecha relación con otro miembro de la familia u otro sujeto fuera de ese contexto que pueda apoyarle en la superación de la pérdida y poder procesarla como tal. Los casos de duelo patológico pueden llegar a ser catalogados como una enfermedad que debe ser tratada.

²⁹ CASTRO, Daniela, Tesis previa a la obtención del título de psicóloga, Quito, 2002.

3.2.3 La Melancolía

Consecuentemente con el duelo, la melancolía manifiesta las mismas características frente a la pérdida del objeto amado como la cancelación del interés por el mundo exterior, pérdida de la capacidad de amar, inhibición de toda actividad productiva, insomnio, repulsa del alimento y desfallecimiento de la pulsión de vida que resulta contradictoria a las ganas de vivir que aparentemente esta implícita en todo ser humano.

“[...] el duelo muestra los mismos rasgos, excepto uno; falta en él la perturbación del sentimiento de sí. Pero en todo lo demás es lo mismo”³⁰

Aquí se presenta una diferencia básica entre el duelo y la melancolía ya que en el duelo no hay un empobrecimiento del Yo sino que el empobrecimiento es del mundo externo, el mismo que se percibe insignificante debido a la pérdida del ser querido.

Con respecto a la melancolía Freud expresó:

[...] es evidente que también ella puede ser reacción frente a la pérdida de un objeto amado; en otras ocasiones, puede reconocerse que esa pérdida es de naturaleza más ideal. El objeto tal vez no está realmente muerto, pero se perdió como objeto de amor (p.ej., el caso de una novia abandonada).³¹

Otra de las diferencias importantes entre el duelo y la melancolía es que en el primero hay una pérdida concreta y consciente, en cambio, en el caso de la melancolía la pérdida como se dijo es de naturaleza ideal lo que significa que el objeto de amor puede estar presente en la realidad pero se ha perdido algo de él/ella y ni el mismo sujeto que experimenta la pérdida puede determinar que es lo que exactamente ha perdido por lo que ya no se trataría de una pérdida que llega a ser consciente sino que entraría dentro del plano inconsciente.

Tanto el duelo como la melancolía siguen un proceso que de ninguna manera puede darse instantáneamente sino que al contrario implica un avance paulatino porque se

³⁰ FREUD, Sigmund, Op.Cit. p. 242.

³¹ FREUD, Sigmund, Op. Cit. p. 243.

trata de un proceso que lentamente va siendo asimilado por el individuo y que tiene algunas etapas que deben ser superadas previamente para que se pueda lograr la superación total del duelo o de la melancolía.

Finalmente se han evidenciado en los casos de los pacientes atendidos, situaciones de melancolía, donde las pérdidas experimentadas han sido más de carácter ideal, por ejemplo: una ruptura de la relación afectiva sostenida entre el sujeto que ha llevado a cabo intento de suicidio y su pareja. Esta ruptura que el sujeto experimenta, constituiría una condición incompatible con su existencia lo que le llevaría a experimentar un significativo empobrecimiento del Yo. El sujeto debido a la pérdida puede llegar a sentirse culpable, se autoreprocha, se autoagrede lo que le conduciría al comportamiento suicida como una salida viable a su dolor.

Detrás de todo esto se evidencia un conflicto entre el Yo y el Superyó donde el Yo es castigado por el Superyó como consecuencia de haber perdido al objeto amado. En palabras de Freud: “En la melancolía un superyó excesivamente severo y sádico se vuelve contra el yo y consigue llevar a la persona a la muerte” y tal es el caso del suicidio.

3.3 La Angustia

En el psicoanálisis, la angustia constituye uno de los principales conceptos que han sido tomados en cuenta por esta corriente psicológica y es importante abordarla aquí, ya que, es a la vez uno de los síntomas frecuentes que se ha evidenciado en los pacientes que por intento de suicidio fueron atendidos en el HQ1 durante el año 2010.

El conocimiento de lo que implica la angustia, permitirá un acercamiento a lo que de alguna manera experimenta el sujeto que ha llevado a cabo un intento de suicidio, para lo cual, se comenzará dando una definición de ella.

La palabra angustia proviene del latín *angustus* que significa angosto, estrecho. Se la define como: “la sensación de expectativa dolorosa frente a peligros internos, desconocidos, pero cuya naturaleza se presiente”³²

En este sentido, la angustia se generaría por un estímulo indeterminado que se ubica en el interior del sujeto lo que hace que quien la experimenta se sienta impotente ante una amenaza inexplicable e indeterminada, además sienta un intenso malestar psicológico que suele ir acompañado de algunas alteraciones orgánicas como: el aumento del ritmo cardíaco, opresión precordial, sensación de asfixia, miedo a perder el control, entre otros.

Es importante también establecer la diferencia entre la angustia, el miedo y el terror.

“La angustia tiene un inequívoco vínculo con la expectativa; es angustia ante algo. Lleva adherido un carácter de indeterminación y ausencia de objeto; y hasta el uso lingüístico correcto le cambia el nombre cuando ha hallado un objeto, sustituyéndolo por el de miedo”³³

La angustia como ya se dijo se refiere a una sensación indeterminada, sin objeto específico y por tanto no se puede identificar la causa de ella e incluso los psicólogos han dado por definirla clásicamente como “miedo sin objeto aparente que la cause”.

El miedo por el contrario, se refiere claramente a un objeto en concreto que lo causa y tiene una explicación racional así por ejemplo el miedo que se le puede tener a un perro o a subirse en un avión y el terror es un sentimiento que aparece cuando el peligro sobresalta sin un previo aviso, es decir el estímulo aparece precipitadamente.

³² Diccionario de Psicología, ECOE Ediciones, 1era Edición, Bogotá-DC , 2004, p. 18.

³³ FREUD, Sigmund, Op.Cit. p. 154.

Hacia el año 1895, Freud expuso su primera teoría sobre la angustia basado en sus investigaciones preliminares sobre la neurosis de angustia, época en que se encontraba profundamente influido por sus estudios neurológicos por lo que quería profundizar y expresar los datos psicológicos en términos fisiológicos. Respecto a la angustia Freud expresó que:

[...] consideraba la angustia como una reacción general del yo bajo las condiciones del displacer, en cada caso procuraba dar razón de su emergencia en términos económicos y, apoyado en la indagación de las neurosis actuales, suponía que una libido (excitación sexual) desautorizada por el yo o no aplicada hallaba una descarga directa en la forma de angustia.³⁴

A esta primera teoría sobre la angustia la llamó angustia como libido trasmudada, en la que enfatizó a la angustia como aquella libido o energía sexual acumulada la misma que era canalizada a través de la expresión del afecto de angustia que en ese entonces era entendido como un proceso puramente físico y sin ninguna determinación psicológica. Esta teoría tenía sus limitantes ya que aportaba con una explicación limitada y mecanizada respecto a la angustia, motivo por el cual las indagaciones sobre ella continuaron posteriormente.

Freud, en su obra “Inhibición, síntoma y angustia” se refirió brevemente a su segunda teoría sobre la angustia en la cual formuló que: “la angustia es la reacción del yo frente a la situación de peligro; se la ahorra si el yo hace algo para evitar la situación o sustraerse de ella”.

A diferencia de la primera teoría en ésta propuso que el yo era el centro de la angustia y que entre las instancias psíquicas del Ello, el Yo y el Superyó, únicamente el Yo podía reproducirla y sentirla, proponiendo así una noción psicológica de la angustia, la misma que, constituía un sentimiento del yo frente a las situaciones de

³⁴ Ídem, p. 150.

peligro o a las tensiones psíquicas, que eran todos aquellos acontecimientos en los cuales la estimulación de peligro era tan fuerte que quien los experimentaba sentía impotencia para controlarlos.

En la misma obra distinguió dos tipos de angustia: la angustia automática y la angustia señal.

*El factor determinante de la angustia automática es una situación traumática, esta es, esencialmente, una vivencia de desvalimiento del yo frente a una acumulación de excitación, sea de origen externo o interno, que aquel no puede tramitar. La angustia-señal es la respuesta del yo a la amenaza de una situación traumática, amenaza que constituye una situación de peligro. Aunque los peligros internos cambian en las distintas etapas de la vida, tienen como carácter común el implicar la separación o pérdida de un objeto amado, o la pérdida de su amor; esta separación o pérdida puede, por diversas vías, conducir a una acumulación de deseos insatisfechos y, por ende, a una situación de desvalimiento.*³⁵

En el caso de la angustia automática, se trataba de una emoción de displacer desencadenada por las situaciones de peligro, cuya función natural era la de facilitar la huida, según el psicoanálisis era típica de la infancia, debido a que, en esta etapa las situaciones traumáticas eran frecuentes debido a la indefensión del niño.

La angustia señal o aprendida se trataba de la respuesta del yo frente a la amenaza de determinada situación de peligro, por ejemplo: la pérdida del objeto amado. Con el desarrollo psicológico, el yo aprendía a anticipar el peligro antes de que fuera demasiado tarde, emitiendo una señal de angustia que pone en marcha el mecanismo del principio de placer y activa el mecanismo de represión que se encarga de poner al yo a salvo de la pulsión peligrosa, ya que de no darse la represión se consumiría la situación de peligro.

³⁵ FREUD, Sigmund, Op.Cit. p. 77.

La angustia que experimenta el Yo al perder a su objeto de amor o al perder el amor del objeto, le conduciría a experimentar un desvalimiento o empobrecimiento que sumado a la recriminación del Superyó por la pérdida del objeto de amor, le llevaría al yo a optar por el autocastigo como una forma de expiar su culpabilidad, concretándose de este modo el intento de suicidio.

El sentimiento de angustia podría evidenciarse en el comportamiento del sujeto que lleva a cabo el intento de suicidio el momento en que éste ha tomado la determinación de atentar en contra de su vida como una reacción frente a un peligro inminente que resulta una amenaza para el yo, como por ejemplo: la separación o abandono definitivo de parte de la pareja sentimental del sujeto que intenta el suicidio, situación que resulta incompatible con la existencia de quien experimenta dicha pérdida. Entonces, el sujeto que ha llevado a cabo un intento de suicidio como consecuencia de la pérdida del amor del objeto ha sido invadido por la angustia que ha identificado en esta experiencia un acontecimiento altamente angustiante para su yo.

En algunos de los casos de pacientes atendidos en el HQ1 por intento de suicidio, se conoció que experimentaron un sentimiento de angustia antes y después de llevar a cabo el intento de suicidio, condición que se evidenció en frases por ellos expresadas durante el abordaje psicológico como por ejemplo: “Yo siento que sin el o ella (objeto de amor) mi vida ya no tiene sentido”, “cuando estoy angustiada siento que no soy dueña de mis actos y pierdo el control”.

A mediados del siglo XIX el concepto de angustia aparece en el campo de la patología, por lo que la Psiquiatría considera a la angustia como una patología de orden somático y la diferencia de la ansiedad que ha sido descrita como una patología más bien de orden psíquico.

3.4 El Síntoma

En el desarrollo de este trabajo, el abordaje del término síntoma, permitirá comprender precisamente al intento de suicidio como un síntoma que puede ser parte de un cuadro clínico ya instaurado en un sujeto como el caso de la depresión, el alcoholismo, entre otros padecimientos igualmente importantes, que, al ser abordados de manera oportuna y prolija por los profesionales de la salud en general, permitiría la extinción o al menos la disminución de comportamientos como el intento de suicidio o suicidio que comprometan la salud y existencia del sujeto.

Desde el punto de vista médico, al síntoma se lo define como un: “Fenómeno que aparece como consecuencia de una alteración funcional u orgánica (enfermedad) en cualquier parte del organismo”³⁶

Para explicar el síntoma se tomará como ejemplo el cuadro clínico de un episodio depresivo que conlleva alteraciones de carácter funcional y orgánico, estas manifestaciones pueden ser similares entre quienes la padecen y a la vez subjetivas, es decir, que serán percibidas de manera particular según el individuo que las experimenta.

Por lo general, un episodio depresivo manifestará los siguientes síntomas: pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas (anhedonia), reducción de su nivel de actividad (inhibición motora), pérdida de la confianza en si mismo (sentimiento de minusvalía), perspectiva sombría del futuro (desesperanza), pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones, trastornos del sueño, pérdida del apetito, entre otros. Estos síntomas, podrían reducirse a través de una atención médica integral y oportuna.

³⁶ “Diccionario Ilustrado Oceano de la Lengua Española, Oceano Grupo Editorial S.A, Barcelona, p. 904.

Desde el psicoanálisis al síntoma se lo define de la siguiente manera:

Tiene siempre el significado de una señal de alarma; indica que hay una perturbación en el organismo biológico; constituye un intento de restitución, de autocuración (...) Se considera en el síntoma varios tipos de ganancias o ventaja: 1) la ganancia secundaria que es siempre parcialmente inconsciente y que nunca alcanza por sí misma a determinar el síntoma, aunque pueda dificultar mucho su remoción, 2) la ganancia primaria se refiere a la descarga que produce el síntoma en relación global de las fuerzas del conflicto. Esta descarga es muy poco importante y su aporte a la resolución del conflicto básico es mínimo, y 3) la ganancia terciaria descrita en los últimos años por Rangell y Stone, quienes hacen hincapié en la identidad inconsciente que el paciente establece entre el "sí mismo" y el síntoma.³⁷

Esta definición permite entender al síntoma como una manifestación de alarma, además de ser un indicio de un proceso patológico en quien lo experimenta, es decir, que el síntoma comunica que algo está sucediendo con el individuo. Según el psicoanálisis, el síntoma es creado para separar a la angustia o situación intolerable del yo.

Hay que tomar en cuenta que el yo ejecuta dos actividades en la formación del síntoma: 1) la de anular lo acontecido que pretende hacer desaparecer no las consecuencias de un suceso, sino a éste mismo y 2) la actividad del yo que tiene que ver con el aislar dicho acontecimiento por ejemplo con el empleo de la amnesia frente a determinada situación traumática.

En algunos casos de intento de suicidio que han sido abordados, se ha evidenciado que lo que el sujeto pretendería con este acto es escapar o evitar la realidad por medio de la suspensión de la conciencia donde tiene registrado determinada situación traumática que le resulta angustiante. La intolerable angustia frente a la pérdida del objeto de amor o del amor del objeto sería el síntoma que conduce al sujeto a cometer el intento de suicidio como una vía de escape frente a la angustia que experimenta y también como una manera de expiar la pérdida de su objeto de amor.

³⁷ CONSUEGRA, Natalia, Diccionario de Psicología, ECOE Ediciones, 1era Edición, Bogotá-DC, 2004,p. 246.

Como consecuencia de la pérdida del ser amado, el sujeto también tiende a aislarse de su círculo social inmediato enfocando su atención únicamente al recuerdo del objeto de amor que ha perdido y a la vez recriminándose a sí mismo por dicha pérdida por medio de los autoreproches. Puede manifestarse también la repulsa del alimento como una forma inconsciente de extinguir su existencia. Otro síntoma que puede presentarse es la inhibición motora por ejemplo en el caso del estado de sueño excesivo (hipersomnia) como una forma de desconectarse de la realidad que le genera displacer. Todo esto sería parte de un cuadro clínico depresivo en el que está sumido el sujeto a partir de la pérdida del objeto de amor y es precisamente éste cuadro el que debe ser sometido a tratamiento para la reducción o desaparición de los síntomas que con él se manifiestan y que constituyen un alto riesgo para el sujeto que lo experimenta.

Además de los términos y conceptos hasta aquí abordados, se tomarán en cuenta otros igualmente importantes como los mecanismos de defensa que son empleados de manera inconsciente por el sujeto y por otro lado la dinámica de la estructura psíquica con sus instancias: el Ello, el Yo y el Superyó que también serán expuestos en los siguientes capítulos ya que guardan una estrecha relación con el tema central que es el intento de suicidio.

CAPITULO IV

LOS MECANISMOS DE DEFENSA

“Hice eso, dice mi memoria. Es imposible que yo haya hecho eso, dice mi orgullo y se mantiene inflexible. Al final, mi memoria cede.”

Nietzsche.

4.1 Mecanismos de Defensa

El término mecanismo de defensa, ha sido empleado por la Psicología y fundamentalmente por el Psicoanálisis. En 1926, el estudio de los mecanismos de defensa llegó a convertirse en un tema importante dentro de la investigación psicoanalítica cuyos principales aportes han sido otorgados por Sigmund Freud y posteriormente por su hija Anna Freud, quien dedicó una buena parte de sus esfuerzos al estudio descriptivo de cada uno de los mecanismos y cuyo aporte ha sido fundamental para esta corriente psicológica. Entre los autores que también se refieren al tema están: Otto Fenichel, Melanie Klein y los llamados psicoanalistas del yo.

A los mecanismos de defensa se los ha definido como: “estrategias inconscientes mediante las cuales el yo se protege contra los aspectos de la realidad que le resultan intolerables”³⁸

Una definición de los mecanismos de defensa desde la teoría psicoanalítica expresa: “son los métodos utilizados por el yo para disminuir la angustia mediante la distorsión inconsciente de la realidad. Sirven para enmascarar las pulsiones amenazadoras, impidiéndoles entrar en la conciencia”³⁹

Entonces, los mecanismos de defensa son aquellos recursos utilizados por la instancia psíquica del yo a manera de defensa psicológica y que buscan proteger al sujeto de las tensiones o peligros que permanentemente lo amenazan desde la

³⁸ ROUDINESCO, Elisabeth; PLON, Michel, DICCIONARIO DE PSICOANALISIS, Segunda Edición Actualizada y Revisada, Editorial PAIDOS, Buenos Aires-Argentina, 2008. p. 166.

³⁹ DICCIONARIO DE PEDAGOGÍA Y PSICOLOGÍA, Editores CULTURAL S.A, Madrid-España, 2002.p. 209.

realidad. Estos mecanismos podrán ser empleados por cualquier individuo en el momento y en las circunstancias en que su psiquismo los requiera.

Algunas de las características de los mecanismos de defensa son: que operan junto a otras defensas, es decir, que se combinan entre sí. Por lo general, los mecanismos de defensa actúan de manera inconsciente y es la instancia psíquica del yo, la que bloquea inconscientemente los impulsos, pensamientos, ideas o los distorsiona logrando así que sean más aceptables y menos amenazantes.

El concepto de defensa yoica fue formulado en sus escritos por Sigmund Freud; más adelante su hija Anna lo enriqueció y elaboró adecuadamente algunos detalles de los diversos mecanismos de defensa.

En un sentido muy general, puede entenderse los como artilugios destinados al autoengaño: nos ayudan a mentirnos a nosotros mismos, con el propósito de aumentar nuestra autoestima toda vez que algún tipo de información amenaza menoscabarla.

Los mecanismos de defensa se consideran una variante del comportamiento normal. Son muy corrientes. Pueden volverse neuróticos o inadaptados si se los utiliza en demasía y si interfieren con un funcionamiento eficaz en la vida.⁴⁰

En varios de los escritos metapsicológicos de S. Freud del año 1915, se ha podido evidenciar el uso del término mecanismo de defensa para designar tanto el proceso defensivo característico de la neurosis (que se refiere a un trastorno psíquico sin la presencia de lesiones físicas demostrables) como para indicar la utilización defensiva de determinado destino pulsional: como la represión y demás mecanismos de defensa.

En este capítulo se abordarán los distintos mecanismos de defensa de los cuales se vale la instancia psíquica del Yo de cualquier sujeto para impedir el acceso de deseos moralmente prohibidos y experiencias traumáticas como generadores de tensión psíquica. Así también, se enfatizará en el conocimiento de aquellos mecanismos defensivos que se han observado e identificado en el discurso y en los actos de los

⁴⁰ ROUDINESCO, Elisabeth; PLON, Michel, Op. Cit, p. 167.

sujetos que han llevado a cabo un intento de suicidio el momento en que se ha tratado la problemática.

Finalmente, la inclusión de este capítulo en la investigación es pertinente debido al uso de los diferentes mecanismos de defensa o el empleo persistente de alguno de ellos por parte del sujeto que ha llevado a cabo algún intento de suicidio.

Entre los principales mecanismos de defensa del yo se encuentran:

4.2 La Represión

Se trata de un mecanismo de defensa que: “suprime de la conciencia aquello que produce ansiedad (un hecho, idea o percepción) y con ello impide que se resuelva [...]. Pero el elemento reprimido sigue formando parte de la psique y permanece activo a pesar de ser inconsciente.”⁴¹

Otra definición expresa que la represión es una:

operación por medio de la cual el sujeto intenta rechazar o mantener en el inconsciente representaciones (pensamientos, imágenes, recuerdos) ligados a una pulsión. La represión se produce en aquellos casos en que la satisfacción de una pulsión (susceptible de procurar por sí misma placer) ofrecería el peligro de provocar displacer en virtud de otras exigencias.

*La represión es particularmente manifiesta en la histeria, si bien desempeña también un papel importante en las restantes afecciones mentales, así como en la psicología normal. Puede considerarse como un proceso psíquico universal, en cuanto se hallaría en el origen de la constitución del inconsciente como dominio separado del resto del psiquismo.*⁴²

La represión constituye un mecanismo de defensa que tiene como esencia el rechazar y alejar de la conciencia elementos que suelen ser dolorosos o inaceptables para el yo del sujeto. Con el empleo de éste mecanismo, el yo evita que aquellos impulsos, experiencias desagradables y fantasías moralmente prohibidas que corresponden al pasado entren al nivel consciente del sujeto. En este sentido, el uso de la represión será saludable para la vida psíquica del sujeto ya que permite olvidar aquellas situaciones, pensamientos, ideas que representan una amenaza para el yo.

⁴¹ FADIMAN; James y FRAGER, Robert, Teorías de la Personalidad, Cuarta Edición, Oxford University Press, Prentice Hall, México, 2001, p. 134.

⁴² LAPLANCHE, JEAN y PONTALIS, Jean, Bertrand, DICCIONARIO DE PSICOANALISIS, Primera Edición, Ediciones PAIDÓS IBÉRICA S.A, Barcelona, 1996. p. 375.

En los escritos de Freud, relacionados con el tema, se considera a la represión como uno de los mecanismos primarios y prototipo de otras operaciones defensivas. En un principio se utilizaron los términos defensa y represión como equivalentes, sin embargo; es importante mencionar que el término defensa se utilizaba para designar de un modo general todas las técnicas de las que se sirve el yo en sus conflictos, y que eventualmente pueden conducir a la neurosis, mientras que el término represión designa “uno de estos métodos de defensa en particular”.

Cuando el mecanismo de la represión deja de ejecutar la función a él asignada podrían aflorar los deseos inconscientes, por ejemplo: en el caso en que un sujeto ha perdido a su objeto de amor como resultado del rompimiento de la relación amorosa que mantenían, este dolor le resulta al sujeto incompatible con la vida y dicha situación le provoca un sentimiento de ira hacia el objeto perdido (a quien tanto odia inconscientemente) por haberle abandonado. Esta ira no canalizada puede llegar a incurrir en asesinato y como éste acto está moralmente penado, la ira que, no puede ser dirigida al sujeto apropiado podría llegar a convertirse en autoagresión e incurrir así en un intento de suicidio y en algunos casos incluso podrían llevar al sujeto al suicidio.

En síntesis, Sigmund Freud dijo de la represión que: “su esencia consiste únicamente en el hecho de alejar algo y mantenerlo apartado de la conciencia” (1915).

4.3 La Regresión

Se trata de un mecanismo de defensa que se lo define como: “un retorno en sentido inverso, a partir de un punto ya alcanzado, hasta otro situado anteriormente.”⁴³

Otro aporte a su definición expresa: “Es el retorno a un estado anterior de maduración o a un modo de expresión más simple e infantil. Es una forma de calmar

⁴³ Idem, p. 357.

la ansiedad alejándose del pensamiento real y repitiendo las conductas que la apaciguaban.”⁴⁴

Con el empleo de este mecanismo de defensa, el sujeto puede hacer un retorno al pasado, en el sentido de que, podrá regresar a una situación psicológica previa que le brinde la seguridad que actualmente necesita para enfrentarse a situaciones que se consideran amenazas para la instancia psíquica del Yo. Este retorno que hace el sujeto hacia situaciones seguras del pasado es una forma de apartarse del presente que le resulta amenazante.

La interpretación que da el psicoanálisis respecto a la regresión como mecanismo de defensa expresa que por medio de este mecanismo, el sujeto hace un retorno hacia etapas ya superadas, por ejemplo: el retorno hacia el vientre materno donde encontraba seguridad y estaba a buen resguardo frente a los peligros, por lo que en las situaciones actuales que le generan angustia el sujeto vuelve a hacer uso del retorno al vientre materno en sentido figurado como una manera de mermar la angustia que experimenta. En otros casos incluso el sujeto pudiera querer alcanzar una etapa inorgánica de la materia explicación que utiliza el psicoanálisis en el caso de la regresión por medio de la cual llegar a un estado de quietud (motivado por el instinto de muerte) y dejar de experimentar situaciones amenazantes y angustiantes para el yo. Estas etapas primitivas podría alcanzarlas el sujeto a través de comportamientos auto agresivo como el intento de suicidio o suicidio.

4.4 El Desplazamiento

“Mecanismo de defensa del yo consistente en separar la carga afectiva de una representación para ligarla a otra, que aun cuando era neutra en origen se encuentra asociativamente unida a la primera. El individuo satisface un deseo de forma indirecta al sustituirlo por un objeto, persona o actividad más seguro y asequible.”⁴⁵

Desde el punto de vista del psicoanálisis, Laplanche y Pontalis definen a este mecanismo de defensa como: Un mecanismo que consiste en que el acento, el

⁴⁴ FADIMAN; James y FRAGER, Robert, Op.Cit. p. 138.

⁴⁵ ROUDINESCO, Elisabeth; PLON, Michel, Op. Cit, p. 82.

interés, la intensidad de una representación puede desprenderse de ésta para pasar a otras representaciones originalmente poco intensas, aunque ligadas a la primera por una cadena asociativa.

Se trata de un mecanismo de defensa inconsciente por medio del cual el yo redirige algunas emociones o impulsos de un objeto y/o representación psíquica que la percibe como peligrosa o inaceptable y la sustituye por una aceptable. Es la condición en la cual no solo el sentimiento conectado a una persona o hecho en particular es separado, sino que además ese sentimiento se une a otra persona o hecho. Por ejemplo: Alguien que odia a su madre, puede reprimir ese odio pero lo desvía hacia las mujeres en general. El obrero de la fábrica tiene problemas con su supervisor pero no puede desahogarlos en el tiempo. Entonces, al volver a casa y sin razón aparente, discute con su esposa.

Este mecanismo no es tan frecuentemente utilizado por quien incurre en un comportamiento auto agresivo o intento de suicidio.

4.5 La Identificación

“Proceso psicológico mediante el cual un sujeto asimila un aspecto, una propiedad, un atributo de otro y se transforma, total o parcialmente, sobre el modelo de éste. La personalidad se constituye y se diferencia mediante una serie de identificaciones.”⁴⁶

Se trata de un mecanismo de defensa que tiende a aumentar los sentimientos de valía personal por medio de la adaptación de las características de alguien a quien el sujeto admira o le considera un personaje con mayor éxito.

Otra definición, enuncia lo siguiente: “Proceso psíquico por el que un individuo piensa, siente u obra como otro. Es un proceso fundamentalmente inconsciente donde el individuo no advierte que se está identificando con su modelo.”⁴⁷

⁴⁶ ROUDINESCO, Elisabeth; PLON, Michel, Op. Cit, p. 184.

⁴⁷ Idem, p. 166.

El término identificación en su empleo psicoanalítico, corresponde principalmente al sentido de identificarse. El concepto de identificación ha adquirido progresivamente en la obra de Freud el valor central que más que un mecanismo psicológico hace de él la operación en virtud de la cual se constituye el sujeto humano.

El psicoanálisis diferencia entre identificación primaria y secundaria. La primera de ellas aparece siempre vinculada a una persona real del medio en que se desarrolla el sujeto, por ejemplo: la identificación del niño con sus padres o cuidadores primarios. En la identificación secundaria, el objeto de ésta ha llegado a constituir parte del individuo, por ejemplo: la reacción emotiva ante una película se produce porque el sujeto siente “como si” fuera un héroe, con lo que éste personaje de forma transitoria, pasa a formar parte de uno mismo.

En los casos de auto agresión, la identificación podría estar manifiesta si en una familia, el padre comete suicidio o intenta darse muerte y luego de un tiempo, su hijo toma el mismo camino como producto de la identificación. En la actualidad se han conocido varios de estos casos y también aquellos en los que ocurre tal identificación entre los miembros de una pareja que tienen algún vínculo sentimental y que ambos llevan a cabo el mismo acto al mismo tiempo o en períodos de tiempo diferentes y ese acto puede ser el suicidio o el intento de suicidio.

4.6 La Negación

“Procedimiento en virtud del cual el sujeto, a pesar de formular uno de sus deseos, pensamientos o sentimientos hasta entonces reprimidos, sigue defendiéndose negando que le pertenezca.”⁴⁸

Se trata un mecanismo de defensa inconsciente por medio del cual el sujeto rechaza una realidad traumatizante que altera al yo, por lo que, si una situación es demasiado intensa para poder manejarla, simplemente el sujeto se niega a experimentarla. Este mecanismo de defensa es frecuentemente empleado por niños y jóvenes quienes aún no se han adaptado a la realidad.

⁴⁸ROUDINESCO, Elisabeth; PLON, Michel, Op. Cit, p. 233.

Freud dio al fenómeno de la negación una explicación metapsicológica muy precisa que desarrolla tres afirmaciones estrechamente solidarias entre si:

1) La negación constituye un medio de adquirir conocimiento de lo reprimido [...]

2) [...] lo que se elimina es sólo una de las consecuencias del proceso de represión, a saber, el hecho de que el contenido representativo no llegue a la conciencia. Como resultado tiene lugar una especie de aceptación intelectual de lo reprimido, mientras que persiste lo fundamental de la represión;

*3) mediante el símbolo de la negación, el pensamiento se libera de las limitaciones de la represión [...]*⁴⁹

Esta última proposición muestra que, para Freud la negación en sentido psicoanalítico y la negación en sentido lógico y lingüístico tienen el mismo origen, lo cual constituye la tesis principal de su trabajo.

En su práctica psicoanalítica, Freud identificaba que mientras más se profundizaba en las situaciones que resultaban intensas para el sujeto, más difícilmente éste aceptaba los recuerdos y afirmaciones que surgían y utilizaba frases como: “Yo no he pensado esto” ó “jamás he pensado en esto”. Con lo que Freud concluía que: la negación posee el mismo valor de confirmación cuando se opone a la interpretación del analista.

En los casos de intento de suicidio, se podrá hacer uso de este concepto para determinar si éste mecanismo es utilizado por sujetos con esta problemática especialmente en lo que tiene que ver con la marcada resistencia que hace el sujeto frente a la pérdida del objeto de amor con quien se encuentra estrechamente ligado.

Otro aspecto relacionado con este mecanismo es que el sujeto que lleva a cabo el intento autolítico se resiste a admitir que atentó contra su existencia o que hay en si mismo algún aspecto como la impulsividad en sus actos o padecimiento como la dependencia al alcohol que, en un determinado momento, puede poner en riesgo no solo su vida sino también la de los demás.

⁴⁹ Idem, p. 235.

4.7 El Aislamiento

Mecanismo de defensa, típico sobre todo de la neurosis obsesiva, y que consiste en aislar un pensamiento o un comportamiento de tal forma que se rompan sus conexiones con otros pensamientos o con el resto de la existencia del sujeto. Entre los procedimientos de aislamiento podemos citar las pausas en el curso del pensamiento, formulas, rituales y, de un modo general, todas las medidas que permiten establecer un hiato en la sucesión temporal de pensamientos o de actos.⁵⁰

Respecto a este mecanismo de defensa S. Freud expresó: “el aislamiento se vuelve un mecanismo de defensa cuando sirve para evitar que el yo acepte aspectos de situaciones o relaciones que provocan ansiedad”

Este mecanismo de defensa consiste en separar del yo aquellos recuerdos o acontecimientos que causan ansiedad, por ejemplo: separar un recuerdo doloroso del resto de la psique, de tal manera que muy poca o ninguna reacción emotiva quede ligada al suceso. Así, cuando un sujeto analiza una situación emotiva que experimentó en el pasado y que le pudo haber causado angustia, con el uso de éste mecanismo puede aislar ese acontecimiento vivido del resto de su personalidad y en adelante lo recordará sin ningún sentimiento asociado, haciendo como si aquella situación le hubiera pasado a otro. Esta condición permite que el sujeto se distancie cada vez más de sus propios sentimientos como una forma de proteger al yo. El aislamiento ha sido considerado un modo arcaico de defensa que aparece como una eliminación de la posibilidad de contacto.

El aislamiento en el intento de suicidio puede evidenciarse cuando quien lo ejecuta ha separado el acto y los sentimientos que motivaron el mismo del resto de su yo, aduciendo no recordar ningún detalle anterior y posterior al acto de atentar contra su propia vida.

⁵⁰ Idem, p.17.

4.8 La Formación Reactiva

La definición de la formación reactiva expresa que: “Ésta sustituye conductas o sentimientos opuestos al deseo real; es una inversión explícita e inconsciente del deseo”⁵¹

Este mecanismo de defensa invierte un deseo real que se encuentra en el campo de lo reprimido y lo convierte en un deseo socialmente aceptable.

Con el empleo de la formación reactiva se puede evitar que la expresión de un sentimiento real surja por lo que este sentimiento real es inmediatamente sustituido por un sentimiento agradable y aceptado por los demás. Por ejemplo: una persona que no puede reconocer ante sí mismo, que otra persona le produce antipatía, nunca le muestra señales de hostilidad y con frecuencia le mostrará una cara amable.

Otra definición de formación reactiva dice que se trata de: “Actitud o hábito psicológico de sentido opuesto a un deseo reprimido y que se ha constituido como reacción contra éste (por ejemplo: pudor que se opone a tendencias exhibicionistas).”⁵²

Desde el punto de vista psicológico la formación reactiva es la expresión opuesta al deseo real que tiene el sujeto pero que la evita porque de alguna manera anticipa censura moral a causa de la expresión de su deseo, por ejemplo: la sobreprotección de parte de una madre hacia su hijo en el sentido de que por todos los medios se involucra en la vida de éste, aduciendo amor profundo para con él, cuando el sentimiento real es de resentimiento hacia el hijo y la sobreprotección sería en realidad una expresión de castigo.

⁵¹ ROUDINESCO, Elisabeth; PLON, Michel, Op. Cit, p. 136

⁵²Idem, p. 162

4.9 La Introyección

Se la define como: “Mecanismo psicológico mediante el cual el sujeto asimila o incorpora a sí mismo objetos, o cualidades de éstos, que pasan a formar parte de él. La Introyección se encuentra asociada con la identificación y se opone a la proyección, constituyendo un mecanismo de defensa de los más primitivos. Freud lo describió como la base fundamental de la identificación.”⁵³

Se trata de un mecanismo de defensa inconsciente que consiste en la incorporación imaginaria de algo exterior, como de un objeto o sujeto amado, por ejemplo: una persona de gran importancia, como si perteneciera al yo.

La Introyección reduce la ansiedad que produce el alejamiento o las tensiones que causan una ambivalencia hacia el objeto. La Introyección también es un proceso psicológico por medio del que se hacen propios los rasgos, conductas u otros fragmentos del mundo que circunda al sujeto, de manera especial de la personalidad de otros sujetos.

Es importante establecer la diferencia entre la Introyección con palabras afines como identificación e incorporación.

Desde un punto de vista estrictamente conceptual la identificación se efectúa con objetos o los rasgos de un sujeto.

En el psicoanálisis, el límite corporal constituye el prototipo de toda separación entre un interior y un exterior; el proceso de incorporación se relaciona explícitamente con esa envoltura corporal que tiene que ver con el ingerir, devorar. La introyección es más amplia ya que no se trata sólo del interior del cuerpo, sino del interior del aparato psíquico o de una instancia, por eso, se habla de introyección en el yo, en el ideal del yo, etc.

⁵³ ROUDINESCO, Elisabeth; PLON, Michel, Op. Cit, p., 184.

En el caso del comportamiento auto agresivo como el suicidio o el intento de suicidio, el sujeto ha introyectado a tal punto a su objeto amado que al no poder castigar directamente al objeto amado porque podría ser sancionado moralmente, se provoca así mismo castigo con el propósito inconsciente de castigar de este modo a su objeto de amor introyectado.

Este mecanismo defensivo es uno de los que más se han identificado en los casos de intento de suicidio y es que el yo del sujeto que lleva a cabo el acto violento ha introyectado a tal punto a su objeto amado que la única manera que encuentra de castigarlo es agrediéndose a sí mismo donde esta instaurado el objeto amado.

4.10 La Proyección

En sentido propiamente psicoanalítico, operación por medio de la cual el sujeto expulsa de sí y localiza en el otro (persona o cosa) cualidades, sentimientos, deseos, incluso <<objetos>> que no reconoce o que rechaza en sí mismo. Se trata de una defensa de origen muy arcaico que se ve actuar particularmente en la paranoia, pero también en algunas formas de pensamiento <<normales>>, como la superstición”⁵⁴

Es un mecanismo de defensa conocido también como un desplazamiento hacia afuera y es la tendencia a ver o a atribuir a los demás sentimientos, comportamientos o pensamientos propios, que le resultan inaceptables para si mismo.

La proyección aparece siempre como una defensa que arroja fuera lo que no desea reconocer en sí mismo, es decir que el sujeto atribuye a otro (persona o cosa) cualidades, sentimientos y deseos que le generan ansiedad por lo que los rechaza, no los reconoce en si mismo y los direcciona hacia ese algo o alguien a quien se los asigna totalmente.

A la proyección se la puede entender también como una forma de desconocimiento que tiene por contrapartida el reconocimiento en otra persona de lo que precisamente se desconoce dentro uno mismo.

⁵⁴ ROUDINESCO, Elisabeth; PLON, Michel, Op. Cit, p. 306.

En el caso de la conducta auto destructiva y en los sujetos que llevan a cabo los intentos de suicidio se ha observado que hacen uso de la proyección para referirse a los sentimientos que les desagradan de los otros y que están presentes en ellos mismos, así por ejemplo: los celos, la desconfianza, la manipulación, entre otros, que se han identificado como los más frecuentes.

4.11 La Sublimación

La definición de éste término expresa: “Es el proceso mediante el cual la energía dirigida a metas sexuales o agresivas se encauza hacia nuevos objetivos, generalmente artísticos, intelectuales o culturales.”⁵⁵

Respecto a la sublimación también se dice que: “Dentro de la teoría psicoanalítica, mecanismo de defensa consistente en reencauzar las pulsiones inaceptables en actividades u objetos que gozan de aprobación social y que tienen un valor social o ético más elevado.”⁵⁶

El mecanismo de defensa de la sublimación consiste en desviar la pulsión sexual que no puede manifestarse libremente por el control del superyó hacia una nueva actividad desexualizada y que sea socialmente aceptable, por ejemplo: exteriorizar dicha energía en otras actividades como una creación artística, el misticismo religioso, la práctica de algún deporte, el desarrollo científico o ideales en que el yo invierte su libido o energía psíquica.

Otto Fenichel, llamó a la sublimación “la defensa del éxito”. Este mecanismo de defensa a diferencia del resto de defensas, resuelve y elimina las tensiones del sujeto.

4.12 La Racionalización

A este mecanismo de defensa se lo define como: “Mecanismo por el que un individuo o un grupo intentan justificar la conducta propia por medio de un argumento aparentemente racional. Forma de pensamiento apoyado más en los

⁵⁵ ROUDINESCO, Elisabeth; PLON, Michel, Op. Cit, p. 138.

⁵⁶ Idem, p. 304.

deseos que en los hechos. Según la teoría psicoanalítica, la racionalización es un mecanismo de defensa básico.”⁵⁷

Es un mecanismo defensivo que busca justificar las acciones que lleva a cabo el sujeto de tal manera que sea posible evitar la censura, encontrando razones aceptables a ideas o acciones inaceptables. Por medio de la racionalización, se tiende a dar una explicación lógica o éticamente aceptable a los sentimientos, pensamientos o conductas que de otra manera provocarían ansiedad o sentimientos de culpa o minusvalía en el sujeto.

Se hace uso de la racionalización al querer justificar determinada conducta cuando las razones de los actos que se ejecutan no son dignas de elogio. Cabe señalar además que para que a una situación específica se la entienda como racionalización, debe cumplir con el requisito de que el sujeto que la emplea se encuentre totalmente convencido de la firmeza de su argumento.

Este mecanismo puede ser empleado por el sujeto que en determinado momento y al experimentar situaciones que le generan angustia argumente y este totalmente convencido de que la violencia dirigida hacia sí mismos sería el único camino viable para solucionar un conflicto.

En síntesis, las defensas que han sido descritas hasta aquí, son formas con que la psique del sujeto se protege de la tensión interna o externa. Eluden la realidad (represión), la excluyen (negación), la redefinen (racionalización) o la revierten (formación reactiva). Estos mecanismos colocan los sentimientos internos en el mundo exterior (proyección), dividen la realidad (aislamiento), la alejan (regresión) o cambian su dirección (sublimación). En cada uno de los casos se requiere de energía libidinal para lograr mantener las defensas, lo que de alguna manera limita indirectamente la flexibilidad y la fuerza del yo.

⁵⁷ Idem, p. 276.

CAPITULO V

LA ESTRUCTURA PSIQUICA

“Nosotros sentimos que lo que estamos haciendo es sólo una gota en el océano. Pero el océano no estaría tan lleno si no existiera esa gota.”

Madre Teresa de Calcuta.

5.1 Introducción.

El abordaje teórico de la estructura psíquica, también conocida como la estructura de la personalidad del sujeto desde el punto de vista psicoanalítico, está orientado al conocimiento y a la comprensión de las definiciones, las características que poseen y las funciones que cumplen cada una de las instancias de la estructura psíquica, así como la manera en que dinamizan y se relacionan las instancias entre sí, todo esto apegado al caso particular del intento de suicidio.

Uno de los principales postulados teóricos del psicoanálisis es el estudio de la estructura o configuración psíquica del individuo, la misma que ha contado con dos teorías fundamentales propuestas por Freud. La primera se la conoce con el nombre de Tópica de la estructura psíquica y comprende tres sistemas: inconsciente, preconscious y consciente.

En la segunda teoría se dice que la estructura psíquica se encuentra integrada por tres elementos estructurales básicos de la psique a los que les asignó los nombres de Ello, Yo y Superyó. Hay que tomar en cuenta que cada una de las instancias psíquicas responden a intereses y motivaciones específicas, las mismas que, pueden ser tanto conscientes como inconscientes. El yo tendría como función ser agente de la defensa de la personalidad, el superyó como sistema de prohibiciones y el ello como polo pulsional.

La distinción que Sigmund Freud hizo de las tres instancias de la psique del sujeto: ello, yo y superyó, tienen que ver más que con localidades espaciales con constructos teóricos que pretendían clasificar las distintas funciones mentales.

En esta investigación se tomará como referencia teórica y de análisis a la segunda tópica del aparato psíquico.

La inclusión de este capítulo es de total importancia para la investigación planteada porque permitirá adquirir un conocimiento elemental de las instancias de la personalidad del sujeto y de cómo éstas funcionan en aquellos sujetos que llevan a cabo un intento de suicidio en la etapa adulta de su vida. Además permitirá descubrir que instancia es la que más se destaca o guarda una estrecha relación con el comportamiento auto agresivo.

Tomando en cuenta la información que se ha logrado alcanzar durante la investigación, se hará un estudio más detenido de la instancia psíquica del Yo por tratarse de aquel elemento de la psique que más se ha relacionado con el intento de suicidio debido a los escasos y limitados recursos yoicos que probablemente poseen quienes han atentado contra su existencia y que identifican en el intento de suicidio la salida más viable frente a los acontecimientos que por un lado les generan altos niveles de angustia y por otro lado son situaciones que les resultan incompatibles con la vida. Al parecer los escasos recursos yoicos o un mismo recurso utilizado un sinnúmero de veces limitan e imposibilitan al sujeto a superar situaciones que resultan amenazantes para el yo.

5.2 El Ello

Corresponde a la instancia base de la estructura psíquica que tiene que ver con la segunda tópica que S. Freud propone sobre la personalidad del individuo.

Al ello se lo define como:

Una de las tres instancias distinguidas por Freud en su segunda teoría del aparato psíquico. El ello constituye el polo pulsional de la personalidad; sus contenidos, expresión psíquica de las pulsiones, son inconscientes, en parte hereditarios e innatos, en parte reprimidos y adquiridos.

Desde el punto de vista económico, el ello es para Freud el reservorio primario de la energía psíquica; desde el punto de vista dinámico, entra en conflicto con el yo y el superyó que, desde el punto de vista genético, constituyen diferenciaciones de aquel.⁵⁸

⁵⁸ROUDINESCO, Elisabeth; PLON, Michel, Op. Cit, p. 112.

El ello constituye el núcleo original de las instancias psíquicas y del cual se derivan todos los demás aspectos de la personalidad del individuo, entre ellos el yo y el superyó que hundían sus raíces en la instancia psíquica del ello por lo que ambos elementos de la psique tienen en su contenido parte de inconsciente.

Esta instancia psíquica tiene un contenido de carácter mayoritariamente inconsciente y en él se almacenan pensamientos que por lo general no se han tornado conscientes, ideas que han sido rechazadas por ser de contenido inaceptable para la consciencia y experiencias traumáticas que han sido reprimidas por el sujeto. El ello se asemejaría a un subterráneo inconsciente que es parte del individuo.

El ello también es sede de los instintos y las pasiones del sujeto. En cuanto a los instintos que se ubican en esta instancia psíquica, se han identificado dos tipos:

1. Instintos de vida:

Son aquellos instintos sexuales y de sobrevivencia los cuales son impulsados por la energía llamada libido. Estos instintos son constructivos y buscan continuamente la integración del sujeto. Es importante mencionar que el instinto sexual es para Freud el instinto fundamental presente en el sujeto y no precisamente entendiéndolo desde un punto de vista estrictamente sexual (es decir al coito) sino que hace referencia a todo el conjunto de contenidos y conductas afectivas del individuo que resultan básicas para la construcción de su existencia social, que comienza a desarrollarse desde la infancia por medio de las relaciones materno-filiales.

2. Instintos de muerte:

Son aquellos instintos de agresión y buscan la desintegración del sujeto. Así como los instintos de vida pretenden la sobrevivencia de los individuos, los instintos de muerte por el contrario buscan desintegrar a otros o al mismo sujeto y he aquí la contradicción que esta presente en todo ser humano: su tendencia a construir pero también a destruir, como ejemplo es posible mencionar al fenómeno del comportamiento suicida (ya sea como intento de suicidio o suicidio) a través del cual

el sujeto se auto agrede y se auto destruye o pretende con dicho comportamiento matar simbólicamente a otro.

El ello ha sido considerado la parte más primitiva del comportamiento del sujeto y posee un contenido desorganizado.

Al respecto: “El propio Freud afirmó que el ello era un caos: está lleno de una energía proveniente de las pulsiones pero carece de organización...”⁵⁹

Esta instancia psíquica no se modifica a medida que el individuo crece y madura, incluso la experiencia acumulada por el individuo no ejerce en el ello ninguna influencia por cuanto que ésta instancia no tiene contacto con el mundo exterior que lo circunda.

Entre las principales tareas encomendadas al ello están:

Reducir la tensión a la que está expuesto cualquier sujeto por una diversidad de factores en el transcurso de su existencia.

Incrementar el placer en la medida en que el ello va a buscar por todos los medios dar respuesta inmediata a la satisfacción de deseos que se le presentan continuamente.

Minimizar el dolor. Esta tarea tiene relación con la anterior ya que cuando el sujeto experimenta alguna situación que le genera tensión o dolor psíquico, buscará inmediatamente salir de dicha situación por la satisfacción de un deseo o necesidad (necesidades biológicas, deseos y motivaciones afectivas primarias) de acuerdo con el principio del placer cuya finalidad es la de buscar la inhibición del dolor o del displacer.

El ello se caracteriza por ser amoral dado que no distinguía entre el bien y el mal y por otro lado es egoísta ya que solo va en busca de la propia satisfacción, sin tener en

⁵⁹ ROUDINESCO, Elisabeth; PLON, Michel, Op. Cit, p. 113.

cuenta la realidad, respondiendo únicamente al principio del placer y por su medio la satisfacción de deseos.

El intento de suicidio o suicidio se encuentra relacionado con la instancia psíquica del ello cuando un sujeto manifiesta un alto grado de impulsividad en sus actos ya que puede ejecutarlos sin tomar conciencia del resultado de los mismos, buscando únicamente la satisfacción de la pulsión, en este caso: las pulsiones de muerte que le permitirá reducir la tensión que experimenta.

Los sujetos en quienes prevalece la participación del ello, con frecuencia están buscando excesivamente la satisfacción de los deseos, dejándose llevar por los impulsos e instintos y siendo menos sensibles a la toma de conciencia de sus actos, por tanto se estaría hablando de un yo débil e inmaduro que es manejado por el ello.

5.3 El Yo

Constituye la segunda instancia de la estructura psíquica del sujeto.

A pesar de que el yo procede del ello y parte de su contenido suele ser inconsciente, es una instancia bien diferenciada de éste y además muy al contrario de ello, el yo es una instancia organizada.

Según los aportes hechos por S. Freud, la formación del yo en el individuo comienza a partir del nacimiento, momento en el que se da el primer encuentro del sujeto con el mundo o realidad exterior que lo circunda. En los escritos de Freud, la noción del yo siempre ha estado presente aun cuando se haya renovado por aportaciones sucesivas que ha hecho este autor respecto al mismo.

Al yo se lo define como:

Instancia que Freud distingue del ello y del superyó en su segunda teoría del aparato psíquico.

Desde el punto de vista tópico, el yo se encuentra en una relación de dependencia, tanto respecto a las reivindicaciones de ello como a los imperativos del superyó y a las exigencias de la realidad. Aunque se presenta

como mediador, encargado de los intereses de la totalidad de la persona, su autonomía es puramente relativa.

Desde el punto de vista dinámico, el yo representa eminentemente, en el conflicto neurótico, el polo defensivo de la personalidad; pone en marcha una serie de mecanismos de defensa, motivados por la percepción de un afecto displacentero (señal de angustia).

Desde el punto de vista económico, el yo aparece como un factor de ligazón de los procesos psíquicos; pero, en las operaciones defensivas, las tentativas de ligar la energía pulsional se contaminan de los caracteres que definen el proceso primario: adquieren un matiz compulsivo, repetitivo, arreal.⁶⁰

El yo hunde sus raíces en el ello que como ya se había mencionado es la instancia base de la estructura psíquica y por esta razón parte de su contenido es también inconsciente. En este contenido inconsciente es posible destacar a los mecanismos de defensa que son empleados por el yo para defenderse de las pulsiones inaceptables del ello.

El yo se encuentra sometido a una triple servidumbre y al mismo tiempo esta amenazado por tres tipos de peligros que son: el de la libido del ello que es dominado por el principio del placer, de la severidad y exigencias por parte del superyó que es dominado por el deber moral y el peligro que proviene del mundo exterior a través de las exigencias del medio social. Cabe indicar que entre todas estas exigencias, el yo tiene que conservar su propia autonomía con el fin de mantener una organización integrada de sí.

Desde el punto de vista económico, se le considera al yo un gran reservorio de la libido que fluye bidireccionalmente hacia los objetos. Vale mencionar que el yo no es un lugar de paso de la libido sino que es el lugar de estancia de esta energía.

La diferencia entre el ello y el yo se podría explicar de la siguiente manera:

“[...] el yo es una parte del Ello modificada por la influencia del mundo exterior (...) el yo se esfuerza en transmitir a su vez al Ello dicha influencia del mundo exterior y aspira a sustituir el principio de placer, que reina sin restricciones en el Ello, por el principio de la realidad. La percepción es para

⁶⁰ ROUDINESCO, Elisabeth; PLON, Michel, Op. Cit, p. 457.

*el yo lo que para el ello el instinto. El yo representa lo que pudiéramos llamar la razón o la reflexión, opuestamente al Ello, que contiene las pasiones.*⁶¹

El yo a diferencia del ello, se encuentra gobernado por el principio de realidad que aparece como una ley o un aparato de regulación que viene a poner desde el exterior sus exigencias a la estructura psíquica. El yo representa a la realidad y se apoya en ella a través de su consciencia.

Las funciones que ejerce el yo son múltiples, entre ellas se pueden mencionar la preservación de la salud, la seguridad del sujeto, la cordura de la personalidad, la adaptación del sujeto a la realidad procurando hacer de ella un lugar cómodo y seguro.

Con el fin de desempeñar adecuadamente la función adaptativa y de conservación del individuo, el yo debe estar en capacidad de posponer la satisfacción de las pulsiones procedentes del ello que presionan para su inmediata satisfacción. Al mismo tiempo, el yo cumple con una función mediadora entre los instintos primarios que son representados por el ello y las demandas del mundo externo representadas por el superyó, por tanto, es mediador entre los impulsos y deseos instintivos por un lado y las presiones morales por otro, fuerzas a menudo inconscientes, y entre éstas y las exigencias del medio social. Una de las principales funciones del yo es ser inhibidor de situaciones o comportamientos que pueden generar angustia en el individuo.

El yo es inundado por la ansiedad que puede manifestarse de tres formas: la ansiedad objetiva que tiene que ver con el miedo real, la ansiedad neurótica como resultado de impulsos amenazantes por el yo y la ansiedad moral que es provocada por el superyó y puede ser experimentada por el sujeto a manera de culpa y deseos de castigo. Al enfrentarse con acontecimientos cargados de ansiedad, el yo hará uso de sus capacidades para dar solución a los problemas o también puede aplicar los mecanismos de defensa cuyo fin es precisamente reducir la ansiedad, protegiendo al yo por medio del autoengaño y la distorsión de la realidad.

⁶¹ FREUD, Sigmund, "EL YO Y EL ELLO", Obras Completas, Amorrortu Editores, Buenos Aires 2000, p.2708.

A través de la investigación se ha podido apreciar que la estructura yoica en un sujeto que lleva a cabo un intento de suicidio, podría ser limitada o deficiente en cuanto a recursos con los cuales poder enfrentar situaciones que en ciertos momentos de su existencia le resultan angustiantes o que el yo aún no posee la suficiente madurez y se presenta totalmente débil, cayendo a merced de los poderes de ello y en otras ocasiones del superyó.

Siguiendo la misma línea teórica, es posible mencionar a Heinz Hartmann quien fue el fundador y más importante representante de una de las tres grandes teorías post-freudianas como es la Psicología del yo, la misma que está basada en los últimos trabajos de Sigmund Freud y, sobretodo, en aquellos que hacían referencia a la formulación de la segunda tópica de la psique donde se destaca la estructura tripartita de la mente con sus elementos: Ello, Yo y Superyó, cuyo estudio fue continuado por este autor.

[...] Hartmann y sus seguidores pusieron ahínco en investigar el yo, sus mecanismos de funcionamiento, su desarrollo y la relación de éste con las demás instancias del aparato psíquico y con la realidad. De allí que hiciera importantes aportaciones teóricas sobre el yo, que pasó a constituir su principal centro de interés.⁶²

Parafraseando a Hartmann, él decía al igual que Freud que el yo era una instancia psíquica que está presente en el sujeto desde su nacimiento, sin embargo; para Hartmann esta instancia desde un principio cuenta con capacidades innatas y al mismo tiempo autónomas para ejecutar funciones como por ejemplo: la memoria, la percepción, la capacidad de síntesis y de asociación, la motricidad, el lenguaje, entre otras, las mismas que, al no encontrarse en el conflicto con la realidad interna (realidad psíquica) y la realidad externa pertenecían a una llamada “área libre de conflictos”. Hartmann creía que todo individuo nace con potencialidades para desarrollar su yo. Las funciones autónomas a las que se ha hecho mención, cumplían un papel fundamental en el proceso de adaptación del yo a la realidad externa. Al respecto: “El autor dice que el término “yo fuerte” tan utilizado en el psicoanálisis, se

⁶² BLEICHMAR, Norberto Y LEIBERMAN, Celia, EL PSICOANÁLISIS DESPUÉS DE FREUD, TEORÍA Y CLÍNICA, Paidós Psicología Profunda, Primera Edición 1997, México-DF.,p. 42 y 43.

refiere a la solidez y disponibilidad del yo para recurrir a estas funciones autónomas.”⁶³

Dentro de la postura teórica de Hartmann también se destacan términos como:

La adaptabilidad.- que según el autor, se manifiesta al inicio de la vida y esta dado por las funciones autónomas. La adaptabilidad debe seguir un camino en el curso de desarrollo del individuo para convertirse en adaptación al llegar el sujeto a la adultez.

La adaptación.- que se la relaciona con el sujeto adulto y su desarrollo psíquico estructural donde se diferencia al ello del yo y a la vez se forma el superyó, siendo esta diferenciación la que hasta cierto punto, garantizaría el ajuste del individuo a su entorno.

Respecto a la adaptación Hartmann enuncia: “Un hombre esta bien adaptado si su productividad, su habilidad para disfrutar la vida y su equilibrio mental no están trastornados.”

Para valorar la adaptación de un individuo, según Hartmann hay que hacerlo desde la perspectiva de su funcionamiento interno y externo. La adaptación es un proceso constante en la vida del individuo y tiene como finalidad la autoconservación.

Hartmann afirmaba que: “la adaptación no es una sumisión pasiva al orden social sino que es activa e incluye la intención de cambiar metas y objetivos sociales.” Distingue tres modalidades de adaptación por las que el individuo pudiera optar: el individuo puede cambiar él mismo para adecuarse a al medio, intentar la modificación del medio para que éste se adecúe a él o decidir el cambio de ambiente hacia uno que le resulte más adecuado.

Siguiendo un análisis evolutivo se identifican dos tipos de adaptación: la adaptación progresiva que sería aquella a través de la cual se desarrollan nuevas funciones y la

⁶³ Idem, p. 46.

adaptación regresiva si por el contrario el individuo vuelve a estadios de desarrollo ya superados.

“La estabilidad emocional y adaptativa de una persona está dada no sólo por la resolución equilibrada entre el yo y el ello, el yo y el superyó o el yo y la realidad, sino también por la ordenación y coordinación adecuada de las distintas funciones yoicas entre sí.”⁶⁴

El aporte teórico de Hartmann, podría ser tomado en cuenta al momento de elaborar el análisis de la configuración de la estructura psíquica del paciente y por ende tomar en cuenta a cada una de las instancias, poniendo especial atención en aquellos recursos yoicos con los que cuenta el sujeto para superar situaciones significativamente ansiógenas. Así también valorar el grado de madurez de la instancia yoica y otro de los aspectos que podrían ser valorados es cuál de las instancias: Ello, Yo, Superyó es la que predomina en la personalidad de quienes llevan a cabo un intento de suicidio.

En términos generales, la psicología del yo describe a un ser humano que pugna por adaptarse a la realidad externa, debiendo para ello encontrar un equilibrio entre sus impulsos y sus defensas.

El modelo propuesto por Hartmann le confiere a la estructura psíquica una mayor complejidad y a la vez una mayor riqueza de aquella propuesta inicial dada por Freud donde el yo era producto del conflicto dado entre el ello y la realidad.

Otro de los grandes personajes que se dedicaron al estudio del Yo fue Anna Freud quien como ya se mencionó en el capítulo que precede a éste, enfocó su atención al contenido inconsciente de la instancia psíquica del yo y a las operaciones defensivas. Ana Freud pensaba que el yo está predispuesto a supervisar, regular y oponerse al ello a través de los llamados mecanismos de defensa.

⁶⁴ BLEICHMAR, Norberto Y LEIBERMAN, Celia, EL PSICOANÁLISIS DESPUÉS DE FREUD, TEORÍA Y CLÍNICA, Op.Cit, p. 49.

5.4 El Superyó

Es el tercer y último elemento de la estructura psíquica y se lo define de la siguiente manera: “Según la teoría psicoanalítica, el superyó es la instancia de la personalidad que impone las normas morales, vale decir, la percepción que el sí-mismo tiene de lo que está bien y de lo que está mal.”⁶⁵

Al igual que el ello y el yo, el superyó también posee contenidos de carácter inconsciente. Esta instancia psíquica tiene como subestructuras a la consciencia y el ideal del yo.

El Superyó es el representante de la conciencia moral, contiene las normas morales que son instauradas por el bagaje sociocultural adquirido por el individuo, además esta formado por la interiorización de aquellas exigencias y prohibiciones que originalmente se adquiere de los padres quienes son los primeros referentes del sujeto.

Dentro de la misma corriente psicoanalítica, se sostiene que el superyó se desarrolla a medida que el niño va adoptando gradualmente e inconscientemente los valores y las normas que regirán su vida, primero de los padres. Al respecto Freud explicó: “El superyó del niño no se forma a imagen de los padres, sino más bien a imagen del superyó de éstos; se llena del mismo contenido, se convierte en el representante de la tradición, de todos los juicios de valor, que de este modo persisten a través de las generaciones.”⁶⁶

De este modo, el superyó en el individuo, se irá estructurando a partir del superyó de sus progenitores y más tarde con el establecimiento de nuevos vínculos sociales, se irá enriqueciendo también de la Introyección que el sujeto haga de las aportaciones del entorno social y cultural a través de la educación, la religión, la moralidad, entre otras.

⁶⁵ ROUDINESCO, Elisabeth; PLON, Michel, Op. Cit, p. 249.

⁶⁶ROUDINESCO, Elisabeth; PLON, Michel, Op.Cit, p. 421.

Según el psicoanálisis contemporáneo, el superyó contiene también el yo positivo que corresponde al yo ideal que cada individuo desarrolla y que adquiere para cada quien un valor de modelo.

En cuanto a las funciones que lleva a cabo el superyó en el individuo se dice que: “[...] su función es comparable a la de un juez o censor con respecto al yo. Freud considera la conciencia moral, la autoobservación, la formación de ideales, como funciones del superyó.”⁶⁷

Otras de las funciones ejecutadas por el superyó son: la modificación e inhibición automática de los impulsos instintivos del ello, que tienden a producir acciones y pensamientos antisociales o inmorales. Igualmente se encarga de controlar al yo de acuerdo con las pautas morales que han sido impuestas por los padres.

Cuando las demandas del superyó no son atendidas por el sujeto, éste podría experimentar fuertes sentimientos de culpa y sentimientos de minusvalía o baja autoestima que pueden ser de alguna manera conductores de episodios depresivos los mismos que podrían motivar al sujeto a cometer intento de suicidio e inclusive suicidio.

Esta instancia psíquica guarda relación con el comportamiento suicida cuando se manifiesta en el sujeto de una forma en extremo rígida y severa, por ejemplo: ante la pérdida que experimenta determinado individuo respecto a su ser amado u objeto de amor, la función del superyó de éste individuo será recargar en el yo la culpa por la pérdida del objeto y la única manera de remediar la pérdida del ser amado será el auto castigo por lo que el yo utiliza como recurso la conducta suicida, en este caso un intento de suicidio. A medida que avance el análisis de los casos tomados en cuenta en esta investigación, se podrá conocer más a fondo como esta estructurado el superyó de los individuos con comportamiento suicida no mortal.

⁶⁷ Idem, p. 419.

Finalmente, con relación a las tres instancias del aparato psíquico, Freud manifestaba que la “anormalidad” o enfermedad manifiesta en el sujeto tenía que ver por un lado con fallas que pudieron haberse dado durante su desarrollo como es el caso de las fijaciones y por otro lado por la presencia de exageraciones o deficiencias de alguna de las instancias psíquicas encargadas de formar la personalidad.

CAPITULO VI

PERSPECTIVA METODOLÓGICA

“Quien tiene un porqué para vivir, encontrará siempre el cómo”

Nietzsche

Esta investigación hará uso de la Metodología Cualitativa que: “se refiere en su más amplio sentido a la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable (...)”⁶⁸

Entre las principales características de la metodología cualitativa se pueden mencionar:

La flexibilidad de la investigación en cuanto a la manera en que intenta conducir sus estudios, el seguimiento de un proceso sistemático conducido por procedimientos rigurosos, aunque no necesariamente estandarizados. Es analítica y esto permite hacer un estudio a profundidad de la problemática que se va a tratar durante la investigación. Así también estudia a la persona en el contexto de su pasado y de las situaciones en las que se halla. La investigación cualitativa no busca la verdad o la moralidad sino una comprensión detallada de las perspectivas de otras personas.

El Tipo de estudio será Exploratorio, tomando en cuenta que:

*“Un estudio exploratorio se realiza cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes. Es decir, cuando la revisión de la literatura reveló que tan solo hay guías no investigadas e ideas vagamente relacionadas con el problema de estudio, o bien, si deseamos indagar sobre temas y áreas desde nuevas perspectivas”*⁶⁹

⁶⁸ TAYLOR, S.J., BOGDAN, R., *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*, Editorial Paidós, pág. 3.

⁶⁹ HERNÁNDEZ, Sampieri, Roberto; FERNÁNDEZ, Carlos y BAPTISTA, Lucio, Pilar, *METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN*, Cuarta Edición, Mc Graw Hill, México, 2006, p. 100.

Así también, el estudio exploratorio sirve para familiarizarnos con fenómenos relativamente desconocidos, obtener información sobre la posibilidad de llevar a cabo una investigación más completa respecto de un contexto particular, investigar nuevos problemas, identificar conceptos, establecer prioridades para investigaciones que pueden realizarse a futuro o sugerir afirmaciones y postulados.

Se utilizará el diseño No Experimental, que se define como:

*“la investigación que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Es decir, se trata de estudios donde no hacemos variar en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables. Lo que hacemos en la investigación no experimental es observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para después analizarlos”*⁷⁰

6.1 Técnicas e Instrumentos.

En este trabajo se aplicaran técnicas e instrumentos que permitan investigar, observar y por supuesto analizar las historias, las situaciones y las significaciones que la persona en calidad de paciente proporcionará a este estudio.

Dentro de las técnicas e instrumentos a emplearse en esta investigación se hará una subdivisión de la fuente de producción de datos en: las fuentes primarias como la Observación Clínica y el empleo del reactivo psicológico conocido como Test HTP y las fuentes secundarias como la aplicación de la Historia Clínica y el respaldo de los documentos institucionales, cada una de estas fuentes serán de suma utilidad para alcanzar los objetivos propuestos al inicio de este trabajo investigativo porque facilitaran como ya se ha mencionado la obtención de antecedentes, situación actual, identificación de factores desencadenantes y/o predisponentes que motivan bajo una determinada circunstancia a que el/ la paciente decida llevar a cabo un intento de suicidio.

⁷⁰ Idem., p. 205.

6.2 Fuentes Primarias

6.2.1 Observación Clínica

Es una técnica de investigación que consiste en observar atentamente el fenómeno, hecho o caso, tomar información y registrarla para su posterior análisis. La observación es un elemento fundamental de todo proceso investigativo; en ella se apoya el investigador para obtener el mayor número de datos. Gran parte del conjunto de conocimientos que constituye la ciencia ha sido lograda mediante la observación.

“La observación científica, es ir más allá de la mirada superficial para captar las cualidades de las cosas, ver y prestar oídos, auscultar el lenguaje de los entes o fenómenos que se estudian”⁷¹

La observación clínica permitirá registrar el comportamiento del paciente durante el abordaje al paciente, la evaluación psicológica y el proceso terapéutico con que se de seguimiento al caso.

6.2.2 Aplicación test HTP:

*“Durante más de 50 años los clínicos han utilizado la técnica del dibujo proyectivo de la casa, el árbol y la persona (HTP por sus siglas en inglés) para conseguir información acerca de la manera en que un individuo experimenta su yo en relación con los demás y con su ambiente familiar. Como todas las técnicas de su tipo el HTP facilita la proyección de elementos de la personalidad y áreas de conflicto en el entorno terapéutico”*⁷²

La aplicación del H-T-P constituye una herramienta adecuada para el establecimiento del rapport durante las entrevistas con el paciente. La aplicación del dibujo proyectivo del H-T-P se basa en la suposición de que los dibujos que realiza la persona manifiestan contenidos de su mundo interior, las fortalezas y debilidades de su personalidad y los recursos internos con los que cuenta el yo para el manejo de conflictos.

⁷¹ REGALADO, Luis, METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN, Ediciones ABYA-YALA, Quito-Ecuador 2001, pág. 218.

⁷² BUCK, John N, *Manual y guía de interpretación de la técnica de dibujo proyectivo H-T-P*, Editorial El Manual Moderno, México-DF.

6.3 Fuentes Secundarias.

6.3.1 Historia Clínica:

Se trata de un

registro de los datos derivados de las diversas exploraciones efectuadas al paciente. Contiene desde la anamnesis, es decir, el interrogatorio sistemático efectuado al paciente desde que se inició su asistencia, hasta los informes de las exploraciones complementarias realizadas por el psicólogo o por los servicios más sofisticados del hospital.”⁷³

La Historia Clínica proporciona un conocimiento general acerca del paciente con quien estamos tratando. Lo que se registra en la historia tiene que ver con el desarrollo orgánico y fundamentalmente psicológico del paciente desde la etapa prenatal hasta su edad actual.

6.3.2 Documentos Institucionales

Entre los que se pueden tomar en cuenta: la Hoja de evolución que como su nombre lo indica, detalla el proceso de recuperación del paciente y las observaciones realizadas por el grupo multidisciplinario y/o el especialista que atiende el caso durante los días de hospitalización. Al igual que el resto de instrumentos, este documento enriquecerá la información sobre las condiciones del paciente.

6.4 Plan de Análisis de Casos.

* Dimensión Personal

CRITERIOS DE ANÁLISIS	DESCRIPCION
Relaciones vinculares	Como se encuentra el paciente en la relación que mantiene con: padres, pareja, laboral, religiosa.
Mecanismos de defensa	El análisis de los mecanismos nos llevará a entender por que están siendo utilizados por el paciente.
Elaboración de duelos	Determinar tipos y formas en que han sido elaborados por el paciente.
Significación de los factores predisponentes	Por medio del análisis de lo que va relatando el paciente durante el desarrollo de la historia clínica y los diversos encuentros.
Edad y sexo	Hombres y mujeres entre los 21 y los 50 años de edad.

⁷³ VALLEJO, Ruiloba, J, *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*, 5ª Edición, MASSON S.A, Barcelona-España, 2003.p. 81.

Métodos de intento de suicidio	Abordando los diferentes cuadros depresivos, patologías asociadas (por ejemplo: alcoholismo) y/o la estructura de la personalidad.
La estructuración de la Configuración psíquica del sujeto.	En la que se va a realizar un análisis de las instancias de la estructura psíquica fundamentalmente el yo.

*** Dimensión Familiar**

CRITERIO	DESCRIPCIÓN	
Relación paciente ↔ familia de origen.	Relación con cada uno de sus miembros. Lugar que ocupa el paciente en la estructura familiar.	
Relación paciente ↔ familia nuclear.	Relación con cada uno de sus miembros.	
Relevancia de la relación: Familia de Origen:	Aspectos positivos	aspectos negativos
Familiar Nuclear:	Aspectos positivos	aspectos negativos

*** DIMENSION SOCIAL**

CRITERIOS	DESCRIPCION
Actividad Laboral	Breve historia laboral Remunera / No remunerada Significado de la actividad laboral Sentido de la actividad laboral
Estabilidad y desarraigo (familiar, territorial)	Como se encuentra en la esfera afectiva

6.5 POBLACIÓN Y MUESTRA

- a. *Población*: todos aquellos pacientes adultos que ingresan al HQ1 por intento de suicidio en el período Enero – Agosto del 2010, lo que alcanza un total de 11 casos registrados en dicho período.
- b. *Tipo de muestra*: No probabilística e intencionada. En este tipo de muestra, la elección de los elementos no depende de la probabilidad sino de las características de la investigación como el acceso o disponibilidad, conveniencia, etc. Esta muestra es frecuente en el estudio de casos.

c. *Criterios de la muestra:*

Edades: 21-50

Localidad: Quito

Condición: hospitalizados en el HQ1 por al menos 1 intento de suicidio y Expresar el deseo de participar voluntariamente.

d. *Fundamentación de la muestra:*

La elección de la muestra en esta investigación responde a dos aspectos importantes que son: por un lado la facilidad que se dispone para acceder a la muestra y a las instalaciones con que cuenta el Hospital Quito N° 1 de la Policía Nacional durante el período de investigación. Y por otro lado está la elección del psicoanálisis como enfoque teórico ya que permite profundizar el estudio de la muestra.

e. *Muestra:*

Se trabajará con 6 pacientes a los cuales se les aplicará las técnicas a través de las cuales se va a obtener la información necesaria para esta investigación.

6.6 Análisis de Casos

En el presente capítulo se realizará el análisis de los casos tomados en cuenta como muestra para la investigación. El criterio de la muestra corresponde a pacientes adultos, hombres o mujeres en una edad comprendida entre 21 a 50 años, que fueron hospitalizados en el Hospital Quito N° 1 de la Policía Nacional (HQ1) por presentar al menos un intento de suicidio.

Los casos en mención fueron desarrollados la casa de salud antes mencionada, debido a la facilidad de la que se dispuso para acceder tanto a la muestra como a las instalaciones con que ahí cuentan y que fueron de gran apoyo para la ejecución de este trabajo.

Los indicadores de análisis propuestos, están vinculados estrechamente con aquellos temas propuestos previamente en el marco teórico.

Es importante mencionar, que en las Historias Clínicas, los nombres de los pacientes han sido omitidos para proteger la confidencialidad de los datos obtenidos.

HISTORIA CLÍNICA 1

Datos Informativos:

NOMBRES Y APELLIDOS: NN

Nº DE HISTORIA CLÍNICA: 76301

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: Quito, 1 de Julio de 1982.

PROCEDENCIA: Quito

RESIDENCIA: Quito

DOMICILIO: Cuartel Regimiento Quito Nº 2

TELÉFONO: 2 571 885

EDAD: 27 años

GÉNERO: Femenino

INSTRUCCIÓN: secundaria completa: bachiller en Contabilidad

OCUPACIÓN: Policía Nacional - Servicio Activo: GOM

ESTADO CIVIL: soltera

Nº DE HIJOS: 1 varón de 7 años

RELIGIÓN: católica

FECHA DE EVALUACIÓN: 4 y 5 de Febrero del 2010.

FUENTE DE INFORMACIÓN: paciente

Motivo de Consulta:

Paciente que es remitida por el Servicio de Emergencia al Servicio de Salud Mental para valoración y tratamiento respectivo por presentar herida (corte) de cara anterior de muñeca izquierda realizada con objeto corto punzante y que presenta sangrado. Además refiere ingesta de fármaco para dormir (2 tabletas).

Antecedentes Familiares:

La paciente es la tercera de cuatro hijas, procreada dentro de un matrimonio legalmente constituido.

El padre de ocupación zapatero, maltrataba con frecuencia a esposa e hijas y en la mayoría de las ocasiones bajo los efectos del alcohol debido a la ingesta frecuente de

dicha sustancia y por tanto su dependencia a la misma. Además mantenía relaciones sentimentales paralelas a su hogar.

Por lo general, la paciente ha mantenido una relación distante con su progenitor debido a que él ha sido un hombre agresivo, ha tenido varias parejas sentimentales mientras convivía con su cónyuge e hijas. Hace aproximadamente 17 años decide abandonar a esposa e hijas y formar otra familia. Desde entonces mantiene una relación aún más distante con la paciente y el resto de hijas con quienes se comunica muy rara vez. Cabe mencionar que el padre de la paciente posee una historia de consumo de alcohol de larga data lo que predispone a la paciente tanto al consumo como a la dependencia de dicha sustancia.

La madre ama de casa, víctima de maltrato físico, verbal y psicológico por parte de su cónyuge durante toda la relación. A partir de la separación y abandono de su esposo se dedica al comercio motivo por el cual dejaba a sus hijas pequeñas al cuidado de la hermana mayor, manteniéndose esta dinámica por varios años. Al decir de la paciente sentía confianza con su madre sin embargo ésta última tenía que ausentarse de la casa para trabajar por lo que permanecía muy poco tiempo con sus hijas. La madre tuvo que asumir sola el hecho de que sus tres primeras hijas sean madres solteras y apoyarlas en lo que podía.

En la actualidad, la madre vive con su hija mayor en la ciudad de Ambato a quien le ayuda en el negocio (restaurante). Además cuida de su nieto de 7 años que es a su vez hijo de la paciente, la misma que, por motivo de trabajo reside en la ciudad de Quito y por esa razón dice no ha podido asumir el cuidado de su hijo.

La relación de la paciente con su primera hermana ha sido distante inclusive al decir de la paciente, en la actualidad su hijo es víctima de maltrato físico y psicológico por parte de hermana mayor de la paciente por lo que el niño se encuentra en tratamiento psicológico en su lugar de estudio.

La paciente mantiene una buena relación con su segunda hermana y su hermana menor a quienes dice tenerles confianza y con las que procura verse las veces que va de visita a la ciudad de Ambato.

Antecedentes Personales:

Paciente ocupa el tercer lugar de cuatro hermanas y es producto de un embarazo no planificado. El parto de la paciente fue normal, sin embargo, se pasó el tiempo en que debía nacer por lo que la paciente presentó apnea además de irritabilidad en los ojos, razón por la cual, permaneció internada aproximadamente 10 días. Y en lo sucesivo, las etapas de su desarrollo transcurrieron normalmente y sin ninguna novedad.

Paciente refiere que desde la infancia ella también ha sido maltratada por el padre quien le agredía físicamente hasta la edad de 18 años luego de lo cual, la paciente amenazó con denunciarle y a partir de entonces dejó de maltratarla.

Sus primeros recuerdos son a partir de los 5 años de edad asociados al maltrato físico de parte del padre hacia la madre que en una ocasión fue apuñalada por su cónyuge. A la misma edad, la paciente ingresó al primer grado y debido a que no tenía la edad requerida para cursar ese grado tuvo que esperar un tiempo y repetirlo por decisión de los profesores y la madre. Durante el primer y segundo grado recuerda haber sido una niña tímida que durante los recreos permanecía sola, no jugaba con el resto de niños y era maltratada por la profesora.

Entre los 8 y 9 años recién comienza a socializar con los compañeros teniendo más preferencia por entablar amistad con los niños antes que con las niñas. Recuerda haber sido víctima de las burlas de sus compañeros/ras quienes le tildaban de “gorda” y ella se defendía porque le molestaba ese comentario y porque le disgustaba que sus compañeros se fijan en sus compañeras y no en ella. Así mismo recuerda que en una ocasión su padre le pegó en presencia del profesor y de los compañeros y nadie le defendió, incluso algunos niños se rieron de ella.

Recuerda haber tenido resentimiento hacia su padre porque no le daba lo que otros niños tenían y sentía hacia ellos rencor y envidia. En general tuvo un bajo rendimiento escolar durante toda la primaria.

Los padres se separaron cuando la paciente tenía 11 años a partir de lo cual se quedaba a cargo de su hermana mayor quien le daba únicamente de comer y el resto del día la paciente se quedaba sola en la casa.

A los 12 años ingresa a la secundaria a un colegio religioso “María de Nazareth” donde mejoró su rendimiento académico, era un colegio solo de mujeres donde comenzó a socializar sin ningún problema con sus compañeras teniendo más amigas y evitando tener amigos.

En la adolescencia refirió haberse sentido insegura socializando con los chicos por lo que prefería alejarse de ellos además de que tenía temor de que el papá le encuentre con amigos y le pegue a ella.

A los 13 años se presentó la menarquia y dijo sentirse incomoda y avergonzada por lo que estaba experimentando. Refirió sentirse incomoda como mujer porque quisiera ser fuerte de carácter y quisiera haber sido hombre porque no sufren tanto como las mujeres.

Entre los 14 y 15 años estuvo hospitalizada un mes por diagnóstico de neumonía y papá le retiró del colegio sin el consentimiento de la paciente. Al querer regresar al colegio la directora se lo impidió aduciendo que el padre de la paciente le había retirado del colegio con todos los papeles. Esto afectó fuertemente a la paciente y dijo haberse deprimido por un tiempo. A esta misma edad comenzó su agrado por fumar cigarrillo. Al restablecerse de la enfermedad tuvo que ingresar a un colegio mixto donde igualmente sentía temor de socializar con los hombres porque las religiosas de su colegio anterior y su madre le inculcaron que no tiene que confiar en los hombres porque “todos son malos”. Tuvo dificultades académicas y se cambió a repetir 4to curso en el Colegio Gabriela Mistral nocturno donde cursó los últimos 3 años de bachillerato.

Su primer enamorado lo tuvo a los 18 años el cual era policía con quien estuvo algunos meses de enamorados y lo conoció por una compañera de colegio.

A los 19 años tuvo su segundo enamorado y era también policía con quien tuvo su primera experiencia sexual que al decir de la paciente fue una experiencia desagradable “me sentía sucia”, y, el resto de encuentros sexuales que tuvo con él fueron presionados y con violencia física. A los 3 meses de mantener relaciones íntimas con dicho enamorado queda embarazada.

A los 20 años tiene a su hijo varón por cesárea y convive por un tiempo con el padre del niño quien le maltrataba física, verbal y psicológicamente con frecuencia y ella se dejaba según comentó porque eso aprendió en su familia de origen. Luego de un tiempo, el padre del niño abandonó a la paciente para casarse con otra mujer. Esto llevó a la paciente a iniciar la ingesta de alcohol abundante sin respetar cualquier día de la semana y descuidándose del cuidado de su hijo. Respecto a esta experiencia la paciente refirió: “cuando el padre de mi hijo se casó, se me vino el mundo al piso, bebía hasta 4 días seguidos, fumaba en exceso, no comía, no dormía”

A los 21 años tiene nuevo enamorado que se porta bien con ella pero paciente dice extrañar el patrón de maltrato con el que creció lo que hizo que ella se distanciara de él hasta dar por terminada la relación.

A los 22 años ingresa a la institución policial y refiere que desde que esta en la policía bebe mucho por la influencia de los compañeros.

Entre los 22 y 25 años se dedica a su trabajo y al cuidado de su hijo siempre y cuando su horario y lugar de trabajo se lo permitieran.

Hace 9 meses aproximadamente conoce a un compañero de su trabajo también policía, casado y con 3 hijos con quien llega a entablar una relación sentimental. La paciente refirió que lo que le agradaba de su actual enamorado es que se preocupaba por ella, le cuidaba y le aconsejaba que deje de beber y de fumar. En ocasiones él la maltrata verbal y psicológicamente, sin embargo; paciente refiere que entre más le maltrata ella más se aferra a él.

La paciente comienza con ideación e intento autolítico hace aproximadamente un año. En esa ocasión, se realizó un corte en la muñeca del brazo izquierdo y refirió no recordar porque lo hizo.

Hace aproximadamente 4 meses perdió un embarazo porque su enamorado no la apoyó y le dijo que no se iba a hacer cargo ya que estaba casado, entonces la paciente se provocó el aborto cayéndose un sinnúmero de veces en una pista de motocross. A partir de este acontecimiento se intensifica la mala relación entre la paciente y su enamorado.

Hace aproximadamente 3 meses la paciente se apuntó a la cabeza con arma de su dotación (en aparente estado etílico) amenazando a su enamorado con dispararse aduciendo que le iba a dejar en paz porque a ella nadie le quiere. Este intento autolítico tuvo como causa aparente el reclamo que le hiciera su enamorado sobre la ingesta de alcohol frecuente de la paciente, la misma que comentó que lo que busca con los intentos autolíticos es retener a su pareja junto a ella.

Hace 2 meses la paciente es agredida verbal y físicamente por la esposa del padre de su hijo a quien le esta siguiendo un juicio por la manutención del menor ya que no se ha hecho responsable voluntariamente. Paciente refiere sentir que no merece el cariño de nadie llegando a mendigar amor a quienes han sido sus parejas sentimentales.

El día miércoles 3 de febrero del presente en horas de la noche y tras discusión con pareja por decisión definitiva de parte de él de separarse, la paciente se va a habitación presentando llanto fácil, pensamientos recurrentes asociados a problemas presentes y pasados a lo que refirió: “se me acumularon todos los problemas”, envía mensaje a su enamorado indicando que ya no le iba a molestar y le va a dejar en paz luego de lo cual ingiere dos pastillas para dormir y se corta cara anterior de brazo con gillette.

Intervención Psicológica

Durante la entrevista la paciente se muestra colaboradora.

Al momento de la valoración psicológica la paciente se encuentra consciente, orientada, con labilidad emocional, llanto fácil, insomnio mixto, desesperanza, anhedonia, ideas recurrentes asociadas a intento autolítico, refiere además arrepentimiento por acto cometido y preocupación por situación laboral y de pareja.

Durante el abordaje la paciente refirió: “me tomé las pastillas para dormir porque no quería despertar y me quería matar, por eso me corte el brazo con una gillette y no es la primera vez”

Dentro de sus hábitos esta el consumo de cigarrillo y respecto a eso expresó que: “el cigarrillo es un refugio, me tranquiliza, me quita la tristeza y el frío.”

Actividades

En los encuentros que se tuvo con la paciente, se hizo uso de la catarsis con el fin de que pueda verbalizar sus principales preocupaciones en esos momentos.

Psicoterapia individual: apoyada en la técnica de la resolución de conflictos para ayudar a la paciente a encontrar alguna solución a sus problemas aparte de la autodestrucción.

Aplicación de Test H-T-P, que permitió obtener los siguientes resultados:

Durante la prueba mostró una buena actitud para enfrentarse a la nueva actividad.

En los dibujos en general, se pudo evidenciar en la paciente rasgos que denotan una personalidad rígida, inmadura e inestable, manifestación de ansiedad y una marcada dependencia emocional así como inseguridad, indecisión, miedo y la evidencia de una estructura yoica débil y poco control en el manejo del mismo. Además se pudo identificar un deterioro en el criterio de realidad, conflicto en cuanto a la identificación de género, desadaptación y tendencia al aislamiento de su entorno social así como una falta de afecto en el hogar.

Instrumentos

Formato de Historia Psicológica

Observación clínica

Aplicación de Test H-T-P

Diagnóstico Presuntivo:

a) Clínico

F33 Trastorno depresivo recurrente + F10 trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de alcohol.

b) De personalidad

F60.7 Trastorno dependiente de la personalidad.

Análisis Caso N° 1

En los antecedentes familiares y personales de este caso, se ha podido identificar algunos de los factores que predisponen a la persona para llevar a cabo intento de suicidio y estos serían:

Un patrón de violencia del que ha sido víctima la paciente desde la infancia, primero en la esfera familiar y más tarde en otros espacios como la escuela, el colegio, la institución policial y las relaciones de pareja.

En el plano familiar, fue víctima de maltrato físico, verbal y psicológico por parte de su progenitor, además de sufrir el abandono definitivo de éste cuando la paciente tenía aproximadamente 11 años. A la par y debido al abandono del padre, la madre de la paciente se ve en la necesidad de salir a trabajar para la subsistencia propia y de sus hijas, por lo que también abandona a la paciente por medio del distanciamiento físico y de los cuidados que pudo haberle brindado. Es importante hacer notar que la familia sería el grupo inicial encargado de la protección y crianza de los hijos y en este caso por el contrario se ha conocido que la familia era una institución caótica y desestructurada por la constante conflictiva entre los padres que indirectamente afectaba a las hijas

Debido a la ausencia de los padres, fue la hermana mayor quien tuvo que asumir la responsabilidad de “crianza”, cuidado y apoyo de sus hermanas menores, siendo un rol que a su edad no le correspondía.

Todas estas circunstancias de vida, han ido configurando en la paciente sentimientos de soledad, desamparo, minusvalía, entre otros. Además de la ausencia de referentes como los padres a través de los cuales podía haberse ido estructurando su personalidad. Cabe mencionar también que desde la postura psicoanalítica, se dice que, son en los primeros años de la infancia donde se va estructurando la personalidad del sujeto y, este caso podría dar cuenta de dicha afirmación.

Hay que mencionar, que en otros espacios como la escuela y el colegio, la paciente también fue objeto de burla por parte de sus compañeros por no ser el prototipo de mujer que se esperaba, a partir de lo cual la paciente comienza a deformar la percepción de su cuerpo viéndose cada vez más gorda lo que le llevó incluso a someterse a una intervención quirúrgica y al consumo de fármacos que le permitan adelgazar.

Más adelante, en la esfera de las relaciones de pareja, la paciente igualmente ha experimentado manifestaciones de violencia y abandono en primer lugar por parte del padre de su hijo cuya ocupación es policía y en la actualidad el abandono de su compañero sentimental (también policía), seguido de la ruptura de la relación que sostuvieron por 9 meses.

La constante de la paciente por mantener relaciones amorosas con miembros de la institución policial podría responder a su necesidad de seguridad, ya que socialmente, hay un imaginario de que el policía es un personaje encargado de proporcionar seguridad y protección al resto de personas.

Así también, las relaciones afectivas que ha mantenido la paciente, al parecer, estarían marcadas por un patrón de sometimiento por parte de ella hacia sus parejas y se podría decir que tiene cierta preferencia por una dinámica sadomasoquista en las relaciones ya que al decir de la misma, entre más le maltrataba su última pareja, ella se aferra más a él.

Otro de los factores a tomarse en cuenta es la migración, en este caso la migración interna de la paciente, debido a que por motivos de trabajo, se ha visto en la necesidad de migrar de una provincia a otra, dejando a su hijo de 7 años al cuidado de su madre, lo que ha conducido a una desintegración de la familia frente a lo cual

la paciente a manifestado fuertes sentimientos de soledad y desamparo, e incluso refirió: “muchas veces me siento sola por estar en esta ciudad”.

Hasta aquí, se podría decir que, ha sido la pérdida ideal del “objeto amado” o del “amor del objeto”, lo que, motivó a cometer el intento de suicidio, y que, dicha pérdida se vincularía inconscientemente con el primer abandono que fue la experiencia de la pérdida del padre, que, al parecer no ha podido ser superada debido a que en su infancia no tuvo quien le ayudara a procesar ese duelo, por lo que las sucesivas pérdidas han generado en ella fuertes episodios de angustia.

Entre los principales síntomas asociados al intento de suicidio se encuentran: Sentimientos de minusvalía a través de los cuales, la paciente experimenta una incapacidad de poder sobrellevar la pérdida del objeto amado.

Sentimientos de abandono y soledad, como resultado de la ausencia del objeto amado.

Frente al abandono, parecería que la vida carece de sentido.

Pensamientos recurrentes asociados a acontecimientos pasados frente a los cuales, la paciente expresó: “se me acumularon todos los problemas”, refiriéndose al abandono de su pareja, la separación y el distanciamiento con su hijo, la soledad que siente, la pérdida de un embarazo, deudas económicas pendientes, entre otros que, le motivaron a decidir el intento de suicidio como única vía de salida a sus problemas.

Los factores psicológicos y psiquiátricos asociados a este caso son:

La depresión, que ha estado presente en episodios repetidos según los registros de la historia clínica. Y dentro del cuadro depresivo, se puede identificar como uno de los síntomas los pensamientos y actos suicidas o de autoagresión.

El consumo de alcohol y cigarrillo (fijación oral) son hábitos frecuentes en la paciente a pesar de la manifestación de una marcada resistencia para asumir que el consumo de alcohol es frecuente. Se conoce que una de las amenazas de suicidio fue bajo los efectos del alcohol que, constituye uno de los factores que pueden llevar a la persona a ejecutar algún tipo de comportamiento suicida.

La desesperanza en el sentido de que la paciente no esperaba nada bueno del futuro ni estaba en capacidad de visualizarlo, hace que se enfoque únicamente en la problemática de abandono de su pareja que genera angustia insoportable por lo que el intento de suicidio sería una salida a esa angustia.

Angustia expresada en la persistencia de pensamientos asociados a la situación presente de abandono en que le ha dejado el objeto amado y que dejaría en la paciente un vacío existencial del que al parecer no sería posible sobrevivir.

La presencia de amenazas e intentos de suicidio previos a la hospitalización. Hace aproximadamente un año refirió el primer intento de suicidio que fue un corte en la muñeca derecha, la segunda ocasión fue hace aproximadamente 3 meses cuando amenazó con dispararse con arma de su dotación en aparente estado de embriaguez y refirió que lo que busca con estos comportamientos suicidas es retener a su pareja sentimental. En ninguno de estos casos recibió atención médica.

Los mecanismos de defensa que se han identificado en el discurso de la paciente son: Identificación, fundamentalmente con la madre, ya que, en su interacción con la realidad y sus semejantes tendría una tendencia a: ejercer el rol de víctima con su respectiva compensación secundaria y a experimentar situaciones de abandono como consecuencia del establecimiento de relaciones afectivas con personas que han tenido compromisos anteriores y que suelen tener expresiones de violencia hacia ella.

La Negación, posiblemente presente en expresiones como: “me tomé las pastillas para dormir porque no quería despertar...”. Hay que tomar en cuenta que en esta expresión, habría de fondo una negación inconsciente de enfrentar la realidad que, le resulta altamente angustiante. Y finalmente la represión que se identifica por medio de la ira reprimida hacia el padre por haberla abandonado y que con el actual abandono se despertaría en ella el sentimiento latente de ira con el cual castigar a quien le ha abandonado y si ésta ira no pudiera ser dirigida hacia el objeto real (en este caso el padre o la persona amada), se volverá hacia la paciente en forma de autoagresión.

En lo que tiene que ver con la estructura psíquica de la paciente, se puede determinar la presencia de un conflicto entre las instancias del yo y el superyó.

Por un lado, durante los primeros años de vida en que convivió con sus progenitores, se creó en ella un superyó rígido y acusador que al parecer ha hecho que la paciente experimente fuertes sentimientos de culpa por la pérdida del objeto amado o el amor de éste y esto se evidenciaría en el discurso por el uso de verbalizaciones como: “Mi padre, gritaba a mi madre diciéndole que era la culpable de todo y que no merecía que nadie le quiera...y yo siento lo mismo..., no merezco que nadie me quiera”, por eso “les voy a dejar en paz”. “siento que no merezco el cariño de nadie, incluso he llegado a mendigar amor a mis parejas”

Al mismo tiempo, se presume la existencia de un conflicto no resuelto con la imagen paterna hacia quien dijo tener fuertes resentimientos desde la infancia por no haber suplido su necesidad de afecto. Este conflicto se agudiza con los sucesivos abandonos que experimenta la paciente, los mismos que inconscientemente le reafirman su primera experiencia de abandono. El superyó resaltaría afirmaciones como: “te abandono porque no mereces mi amor”, “te abandono por tu condición de mujer”. Y frente a esta situación, el yo experimentaría una angustia insostenible que le conduce al intento de suicidio como salida a la angustia.

Cabe mencionar que en algunas ocasiones, la paciente manifestó cierta incomodidad por su condición de género, expresando que, hubiera preferido ser hombre para no ser tan débil de carácter. Aquí cabe señalar que el intento de suicidio podría responder a un rol activo por parte de la paciente por medio del cual ella ha demostrado ser capaz de llevar a cabo el intento de suicidio, ya que, la institución es mayoritariamente de varones y tiene que luchar para alcanzar un posicionamiento similar al del varón en la institución.

El yo por su parte se muestra débil tanto para enfrentar la situación de pérdida del objeto como para asumir la realidad y comenzar una vida diferente sin la presencia del objeto de amor. A la par sus experiencias de vida y los limitados recursos proporcionados por sus progenitores han forjado en la paciente una personalidad inmadura y emocionalmente inestable que asigna a otros las responsabilidades que a

ella le pertenecen como el hecho de hacerse cargo de sí misma y enfrentar la realidad.

La instancia psíquica del yo poseería escasos recursos a través de los cuales poder hacer frente a la realidad como resultado de la ausencia de referentes en los primeros años de la infancia, tiempo en el que se va estructurando la personalidad.

HISTORIA CLÍNICA 2

Datos Informativos:

NOMBRES Y APELLIDOS: NN

Nº DE HISTORIA CLÍNICA: 86832

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: Quito, 18 de Octubre de 1980

PROCEDENCIA: Quito

RESIDENCIA: Quito

DOMICILIO: Guamaní

TELÉFONO: 2 694 441 domicilio del padre

EDAD: 29 años

GÉNERO: Masculino

INSTRUCCIÓN: secundaria completa: bachiller en Contabilidad

OCUPACIÓN: Policía Nacional – Cabo Segundo- Servicio Activo: Grupo de Tránsito

ESTADO CIVIL: unión libre

Nº DE HIJOS: 2: 1 mujer de 6 años y 1 varón de 1 mes y medio

RELIGIÓN: católica

FECHA DE EVALUACIÓN: 31 de mayo y 1 de junio del 2010.

FUENTE DE INFORMACIÓN: paciente

Motivo de Consulta:

El Servicio de Traumatología realiza interconsulta al servicio de Salud Mental por Diagnostico de Intento autolítico por arma de fuego que genera herida en hombro izquierdo.

Antecedentes Familiares:

Es el cuarto hijo de cinco hermanos con quienes tiene una interrelación distante debido a que cada quien ha formado su hogar y tienen horarios de trabajo que no les permite visitarse.

La madre fallece hace aproximadamente dos años producto de complicaciones orgánicas fruto de un accidente de tránsito del cual el paciente se siente culpable

sobre todo al ser recriminado por sus familiares; la interrelación con su madre la cataloga como buena, siendo ella quien brindaba el apoyo emocional en sus conflictos de pareja y también porque la relación más estrecha que ha tenido dentro de su familia de origen ha sido con la madre a quien refirió extrañar y la definió como una persona confiable.

La relación con su padre ha sido distante debido a la ocupación del padre como policía por más de 20 años y su ausencia del hogar por mantener relaciones sentimentales paralelas al hogar; sin embargo, en la actualidad tienen una buena relación y al momento el paciente vive en casa de su padre, refiere que actualmente recibe el apoyo del mismo en lo relacionado a su condición de salud y aspectos relacionados con su conflicto de pareja.

Antecedentes Personales:

Ocupa el cuarto lugar de cinco hermanos producto de un embarazo no planificado. El parto fue a término y sin complicaciones lo mismo que las primeras fases de su desarrollo.

Inicia la vida escolar aproximadamente a los 5 años de edad y su rendimiento fue regular durante toda la primaria. La mayor parte del tiempo lo pasaba en compañía de sus hermanos debido al trabajo de comerciante de su madre y a la ocupación como policía de su padre. Recuerda haber sido un niño travieso y sociable.

El ambiente familiar en el que creció era tenso por las frecuentes peleas entre sus progenitores debido a las constantes infidelidades del padre hacia la madre. El paciente define a su infancia como triste y carente en cuanto a necesidades básicas insatisfechas.

Recuerda haber tenido un mejor rendimiento académico en la secundaria, continuaba siendo una persona sociable. Su primera enamorada la tuvo a los 12 años y su primera experiencia sexual la tuvo a los 15 años únicamente por curiosidad. A lo largo de su vida no ha tenido un significativo consumo de alcohol ni otras sustancias.

A los 18 años se graduó e inmediatamente ingresó a la policía según comentó fundamentalmente por la estabilidad económica con la que se cuenta en la institución.

Tiene aproximadamente 9 años en la institución y durante este tiempo no ha tenido ningún problema de disciplina. Refiere que desde su ingreso a la policía ha mantenido relaciones amorosas paralelas que al decir del paciente las ha tenido “para demostrarse a sí mismo y a los demás su virilidad”, “necesito estar con alguien para sentirme seguro, no puedo estar solo”.

Mantiene una relación de unión libre por 7 años y con su conviviente ha procreado dos hijos: una niña de 6 años y un niño de un mes y medio de edad. Con su hija tiene una buena relación y refiere que ella es una de las “principales razones que tiene para seguir viviendo”

Con la esposa han tenido problemas por los celos de ella respecto a las relaciones paralelas que el paciente mantiene con otras compañeras sentimentales, con una de ellas, desde hace 2 años aproximadamente.

Al decir del paciente no es la primera vez que se separan con su conviviente, esto ya ha ocurrido por varias ocasiones llegando a ser una situación frecuente en su relación luego de lo cual se arreglan y vuelven a vivir juntos, convirtiéndose esta situación en una constante de comportamiento.

Paciente refiere que hace aproximadamente un mes mantiene problemas con su conviviente debido a los frecuentes celos por parte de la esposa y las constantes infidelidades por parte del paciente. Su conviviente toma la decisión de separarse luego de sorprender al paciente con una mujer con quien mantiene una relación paralela de aproximadamente 2 años, razón por la que la conviviente inicia trámites judiciales asociados a la manutención de los dos hijos que ha procreado con el paciente y solicita una boleta de auxilio por violencia intrafamiliar debido a la agresión física que ha sufrido por parte del paciente. En estas circunstancias el paciente manifestó insomnio de conciliación, hiporexia, labilidad emocional, tristeza, cambios en el carácter, irritabilidad y aislamiento social.

Hace ocho días la conviviente del paciente decide abandonarlo y se lleva a los niños. El paciente llega a tener conocimiento de los trámites judiciales que su conviviente viene realizando por medio de la trabajadora social de su lugar de trabajo. Paciente manifiesta ideas de auto reproche, hiporexia, insomnio de conciliación, llanto fácil, sentimientos de soledad e ideas thanáticas.

Hace 3 días paciente acude a la escuela de su hija par llevarle a pasear y pasar con la niña el fin de semana donde refiere haber compartido agradables momentos con su hija. El día domingo 30 de mayo del presente, el paciente acude a la casa de la hermana de la conviviente a entregar a la niña y mantiene una discusión con su conviviente en la que ella se niega a regresar con él y le amenaza con hacerle llevar preso y con no dejarle ver a los niños motivo por el cual el paciente manifiesta: llanto fácil, ensimismamiento, ideas circulantes asociadas con el pasado, sentimiento de impotencia, tristeza, llanto fácil, ansiedad, ideas de auto reproche e ideas thanáticas por lo que toma su arma y se dispara presentando un orificio en el hombro izquierdo por lo que es traído y atendido en esta casa de salud.

Durante la entrevista, el paciente refirió: “A veces tengo ganas de morirme, desaparecerme de este mundo para no hacerles sufrir a mis hijos. Yo me siento culpable porque mi esposa me abandonó. Nunca antes he pensado en hacer lo que hice” y manifestó arrepentimiento por acto cometido.

Intervención Psicológica

Al iniciar el abordaje psicológico el paciente se muestra comunicativo y colaborador. Al momento de la valoración psicológica el paciente refirió que: “a momentos quiero morirme para dejar de molestarles a ellos” según mencionó refiriéndose a esposa, hijos y demás familiares. El paciente se muestra arrepentido por el acto cometido, hay presencia de ideas de auto reproche, llanto fácil, labilidad emocional, hiporexia, insomnio de mantenimiento, facies de tristeza, ideas thanáticas y refirió preocupación por situación de pareja y laboral.

En cuanto a la exploración de funciones psicológicas se observó que tanto la atención, conciencia, memoria, orientación y lenguaje se encuentran conservadas.

La actividad y movimientos que realiza el paciente son con limitación por herida en hombro izquierdo. En cuanto al contenido del pensamiento, se evidencia ideas recurrentes de culpa por acto cometido y autoreproche, ideas thanáticas, preocupación por situación de pareja y laboral. En hábitos e instintos se evidencia alteración de ritmo de sueño (insomnio de mantenimiento), aseo y cuidado personal mantenido, manifiesta hiporexia y el instinto de conservación actualmente mantenido. Alcoholismo y tabaquismo negativo.

Actividades

En los sucesivos encuentros se hizo uso de la catarsis para que el paciente pueda verbalizar todo aquello que en ese momento le perturbaba principalmente respecto al acto de autoagresión. Esto permitió que el paciente en la medida de lo posible identifique la principal o principales motivaciones que le llevaron a cometer el intento de suicidio.

Psicoterapia individual enfocada a identificar y/o proporcionar un sentido de vida en el paciente. También se hizo uso de la técnica de resolución de conflictos para encontrar opciones que permitan mejorar la relación entre paciente y su pareja así como para enfrentar los posibles problemas laborales y judiciales en caso de que el acto cometido tuviera para el paciente alguna repercusión disciplinaria en la institución.

Aplicación de Test H-T-P, que permitió obtener los siguientes resultados:

En la prueba se identificó en general una actitud evasiva además de una marcada impulsividad. Se trata de una personalidad depresiva, dependiente en la esfera emocional con necesidad de afecto, protección y seguridad, se evidencia temor a daños externos, ansiedad, falta de defensas del yo y/o límites del yo débiles que sugieren un precario equilibrio de la personalidad. Finalmente, el sujeto expresa una fuerte tendencia a usar la fantasía como fuente de satisfacción y percibe un ambiente restrictivo que genera tensión y relaciones poco satisfactorias.

Instrumentos

Formato de Historia Psicológica

Observación clínica

Aplicación de Test H-T-P

Diagnóstico Presuntivo:

Clínico:

F32.1 Episodio depresivo moderado

X72.0 Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de arma corta, en vivienda

De Personalidad:

F60.30 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo.

Análisis caso N° 2

En los antecedentes familiares y personales de este caso, se ha podido identificar los siguientes factores que predisponen al sujeto al intento de suicidio y entre estos están: La violencia que ha estado presente desde la infancia, al presenciar episodios de violencia física, verbal y psicológica entre sus progenitores, sobretodo, del padre hacia la madre, lo que al parecer hacía que, la convivencia entre padres e hijos esté caracterizada por la tensión. Estos episodios se daban debido a las constantes infidelidades de parte del padre del paciente para con la esposa. Añadido a esto, el paciente había experimentado por mucho tiempo la ausencia de su padre en el hogar debido a las relaciones extramaritales que mantenía con otras mujeres.

En años de la infancia, el paciente quedaba bajo el cuidado de sus hermanos debido a las ocupaciones laborales de ambos padres que les hacían ausentarse del hogar y no poder atender a los hijos. Aquí se evidenciaría la experiencia de abandono experimentada por el paciente por parte de los progenitores en las primeras etapas de vida, tiempo en el que el sujeto demandaría más el cuidado, la protección y la imagen de los padres de quienes aprende a adaptarse al mundo externo y a interrelacionarse con los otros. Tomando en cuenta la condición de abandono, vale decir que la ausencia de los progenitores, de alguna manera pudo haber incidido en la formación de la personalidad del paciente.

El escenario de violencia con el que se familiarizó el paciente en la convivencia con su familia, podría haber influenciado en él, al punto de que en la actualidad se haya convertido en agresor dentro de su familia nuclear, reproduciendo de esta manera un modelo de familia similar al de su familia de origen.

Uno de los aspectos a tomarse en cuenta también es que al parecer, el paciente no ha podido procesar por completo la muerte de su madre que se suscitó hace aproximadamente dos años a consecuencia de un accidente de tránsito y de lo cual el paciente se sentiría culpable.

Entre los principales síntomas asociados al intento de suicidio se encuentran: Sentimientos de soledad como resultado de la ausencia de su conviviente y de sus hijos en el hogar lo que le ha hecho experimentar también desamparo y temor de que esta situación sea permanente en su vida ya que no lo podría soportar.

Sentimientos de culpa e ideas circulantes asociadas al pasado, que tenían relación con el abandono de su conviviente y de sus hijos por lo que refirió ser el único culpable de que ella haya tomado dicha determinación. Además en estas circunstancias retornaban al paciente los sucesos de la muerte de su madre y los autoreproches y las recriminaciones que hacia él dirigían sus familiares haciéndole culpable del deceso de su progenitora.

Ideas de muerte que se habrían presentado momentos antes de que el paciente tome la determinación de dispararse.

La Ansiedad como respuesta al abandono indefinido por parte de su conviviente, lo que generaba en él tensión emocional e incertidumbre de la actitud tomada por su conviviente, ya que, en otras ocasiones se habían arreglado los problemas de la pareja y esta vez, su conviviente había tomado la determinación de seguirle un juicio y no volver con él.

Hiporexia, que se lo puede asociar con el querer suspender inconscientemente la continuidad de la existencia.

Entre los factores psicológicos y psiquiátricos asociados a este caso se puede mencionar:

Desesperanza asociada a la visión sombría que tenía con respecto al futuro de su hogar donde la situación de abandono desalentaba al paciente en su anhelo de poder contar con una familia y a esto se sumaba la ausencia a su trabajo y por ende los problemas que su inasistencia podía provocar en lo laboral.

Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo que corresponde a uno de los trastornos de la personalidad y el comportamiento del adulto clasificados en el CIE-10. En este trastorno, las características predominantes son: la inestabilidad emocional y la ausencia de control de los impulsos. En este tipo de trastorno, son frecuentes las explosiones de violencia o un comportamiento amenazante, especialmente ante las críticas de terceros. Estas características en la personalidad del paciente harían que éste actúe de tal manera que no mida los riesgos ni las consecuencias de sus actos.

Los mecanismos de defensa que se han identificado en este caso son:

La Identificación que el paciente ha hecho inconscientemente con el comportamiento del padre de quien reproduciría el patrón de agresor hacia su conviviente contra quien ha manifestado violencia verbal, física y psicológica e inclusive el paciente refirió tener un trato vertical con su conviviente pues ha pretendido que bajo cualquier circunstancia ella obedezca sus requerimientos y como la última vez su conviviente no accedió, el paciente optó por atentar en contra de sí mismo con el fin de amedrentar a su mujer. Este trato vertical pudiera igualmente ser una reproducción del trato que el paciente recibiría por parte de sus superiores en la institución policial.

Otro comportamiento que reproduciría del padre es la infidelidad y el establecimiento de relaciones amorosas paralelas a la que mantiene con su conviviente. Según refirió el paciente, esto comenzó desde su ingreso a la institución policial a partir de lo cual ha tenido varias relaciones afectivas. Dijo además: “necesito estar con alguien para sentirme seguro, no puedo estar solo”. Este mecanismo de defensa también se evidenciaría en la relación del paciente con su hija, ya que, al decir de éste se siente muy a gusto con ella porque la niña es bien

parecida a él en lo que tiene que ver con su manera de ser, por lo que, se podría hablar incluso de una identificación narcisista de parte del paciente.

Hace uso también del mecanismo de la regresión cuando el paciente expresó refiriéndose al intento de suicidio: “soy como un niño que hace su berrinche para llamar la atención y conseguir lo que quiere”

La negación cuando respecto al intento de suicidio dijo: “nunca antes he pensado en hacer lo que hice”. A lo largo de la investigación se ha podido determinar que en los sujetos que cometen algún tipo de comportamiento suicida puede haber una intensión inconsciente de buscar la muerte.

El uso de la proyección en el sentido de que identifica en su esposa los celos enfermizos que ella tiene para con él y la forma en que ella al decir del paciente le manipula para conseguir lo que quiere cuando en realidad sería él quien pretende manipular a su conviviente.

Finalmente y en lo que tiene que ver con la estructuración psíquica del paciente, al parecer existiría un conflicto entre las instancias del ello y el yo por adquirir el poder en dicha estructura psíquica.

Se ha podido apreciar a la instancia psíquica del ello como aquella que dominaría las acciones del paciente que tendrían una marcada impulsividad y, por tanto, las ejecutaría sin una meditación previa de las consecuencias que sus actos pudieran acarrear, en este caso, bien pudo haber sido el fallecimiento del paciente o que otra persona haya salido herida. La impulsividad que se presentaría en el comportamiento del paciente es característica de personalidades inmaduras y con cierta inestabilidad emocional.

Analizando la expresión del paciente: “soy como un niño que hace su berrinche para llamar la atención y conseguir lo que quiere”, es posible decir que un niño por lo general suele ser más instintivo y por tanto fácilmente se dejaría llevar por sus impulsos y es lo que al parecer ocurre en este caso, ya que, al recibir una negativa por parte de su conviviente de no querer regresar con él, haría que el paciente vea agotado su recurso y experimente angustia y ansiedad porque sentiría que esta

perdiendo el control de la situación, entonces recurre al intento de suicidio como una forma de obtener lo que quiere, en este caso, el regreso de su conviviente.

La instancia psíquica del yo por su parte, manifestaría una debilidad en cuanto a sus límites y recursos a través de los cuales poder defenderse y esto sugiere a la vez un precario equilibrio de la personalidad. Por lo tanto en este caso el yo se encontraría a merced del ello ya que serían los impulsos los que al parecer manejan las acciones del paciente.

La instancia del superyó, haría que el paciente a momentos experimente fuertes sentimientos de culpa y busque en el autocastigo una forma de remediar la pérdida del objeto amado. Aquí se puede tomar en cuenta la siguiente expresión del paciente: “soy el único culpable de que me haya abandonado...”

HISTORIA CLÍNICA 3

Datos Informativos:

NOMBRES Y APELLIDOS: NN

Nº DE HISTORIA CLÍNICA: 91392

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: Ibarra, 5 de Agosto de 1983.

PROCEDENCIA: Ibarra

RESIDENCIA: Quito

DOMICILIO: Barrio La Mena II (arrendada)

TELÉFONO: 2 345 043 (de los padres del paciente)

EDAD: 27 años

GÉNERO: Masculino

INSTRUCCIÓN: Superior incompleta: primer semestre de Gerencia.

OCUPACIÓN: Policía Nacional - Cabo Segundo - Servicio Activo: U.V 24 de Mayo.

ESTADO CIVIL: casado

Nº DE HIJOS: dos varones gemelos de 1 año con 4 meses.

RELIGIÓN: católica

FECHA DE EVALUACIÓN: 21 de septiembre del 2010.

FUENTE DE INFORMACIÓN: paciente y esposa del paciente.

Motivo de Consulta:

Paciente que es remitido por el Servicio de Emergencia al Servicio de Salud Mental para valoración y tratamiento respectivo por presentar herida (cortes) de cara anterior de muñecas realizada con objeto corto punzante y que presentan sangrado profundo.

Antecedentes Familiares:

Es el segundo de tres hijos, procreado bajo un matrimonio legalmente constituido. Al parecer los problemas del paciente surgieron aproximadamente a los 12 años cuando iniciaba la secundaria debido a que no tenía control de los padres por las actividades laborales de los mismos y que al decir del paciente en ese entonces “no tenía reglas ni nadie quien controle deberes y las horas en que me levantaba o salía de casa”

De acuerdo a la percepción del paciente, desde su adolescencia ha evidenciado la preferencia por parte de sus padres hacia su hermano mayor en lo que tiene que ver a

dar respuesta inmediata a las necesidades económicas y académicas que ha tenido su hermano.

La relación del paciente con su hermano mayor (29 años) ha sido distante sobretodo a partir de la adolescencia a partir de lo cual se ha presentado una constante y marcada rivalidad entre ellos. Según refirió el paciente por ejemplo: cuando su hermano ingreso a la Fuerza Aérea Ecuatoriana el paciente buscó la forma de ingresar a la Policía, cuando el hermano obtuvo la antigüedad en la institución donde trabaja, el paciente por su lado buscó el ascenso a un grado superior.

El paciente mantiene una buena relación con su hermana menor (21 años) desde la infancia pues recuerda que pasaban la mayor parte del tiempo junto e incluso al decir del paciente fue el quien se encargo de la crianza de su hermana debido a las actividades laborales de los padres. Actualmente su hermana reside en otra provincia y sin embargo el paciente frecuenta visitarla o se comunican por teléfono con frecuencia.

La relación con su madre es adecuada, le tiene confianza sin embargo prefiere no comentarle sus problemas para no preocuparla.

En cuanto a la relación con el padre se puede evidenciar conflicto por preferencia de éste hacia el hijo mayor y por presunto acoso por parte del padre hacia la esposa del paciente.

Según refirió el paciente, evita quedar mal con su padre porque teme que éste se sienta defraudado al saber que el paciente se someterá a un tratamiento para dejar la dependencia del alcohol.

Se debe indicar que, por referencias de la madre, el paciente ha tenido varias inasistencias al trabajo debido a la ingesta frecuente de alcohol los últimos años y que ellos han colaborado llevándolo al trabajo a pesar de que se encuentre en estado etílico. En su grupo familiar nuclear no se conoce ninguna enfermedad significativa.

El paciente ha formado una familia hace aproximadamente 6 años en la cual ha procreado 2 niños varones de 1 año, 3 meses como producto de un embarazo gemelar que fue de riesgo.

Se trata de una familia de condición socio-económica media-baja.

Cónyuge de paciente refiere haber tenido dos intentos autolíticos (ingesta de fármacos y envenenamiento) antes de conocer al paciente y cuando ya convivieron, ella le conversó acerca de los mismos.

Antecedentes Personales:

El paciente es producto de un embarazo sin complicaciones. Parto normal y a término. Desconoce el periodo de lactancia, gateo, marcha y lenguaje. Primeras fases de su desarrollo normales.

A los 5 años ingresó al jardín donde tuvo dificultad para adaptarse, aproximadamente un mes y desde que tiene recuerdo ha tenido dificultades para entablar relaciones interpersonales o hacer amistades.

A los 6 años ingresa a primer grado y acudía a la escuela junto con su hermano mayor.

Durante la primaria refirió haber tenido un rendimiento académico regular debido a la ausencia de los padres en el control de trabajos y tareas por las actividades laborales que ejercían. No recuerda haber perdido ningún año escolar y en toda la primaria mantuvo una relación distante con los compañeros y compañeras de estudio.

A los 12 años ingresa a la secundaria en la sección vespertina de un colegio cercano a su casa donde acude solo y su hermano estudia en otro colegio.

A los 14 años tiene su primera enamorada con quien mantuvo una relación de aproximadamente tres años luego de los cuales se distanciaron y terminó la relación.

En tercer curso pierde el año debido al bajo rendimiento académico.

A los 15 años decide independizarse debido a la preferencia que el paciente percibía por parte de sus padres hacia su hermano mayor que había viajado a otra ciudad para seguir estudios en aviación. Además porque al decir del paciente, quería demostrar a sus padres que él al igual que su hermano era capaz de vivir solo y valerse por sí mismo siguiendo los estudios en lo que él quisiera. Durante los primeros meses en que tomó la determinación de independizarse comienza la ingesta de alcohol ocasional por influencia de conocidos. A pesar de las peticiones de sus padres de que regrese a la casa, el paciente decide no volver.

Algunos meses después sostuvo amistad con un grupo de compañeros con los que compartía su agrado por la práctica del Taekwondo que al decir del paciente era un deporte diferente. Con el fin de seguir practicando este ejercicio decide trabajar como instructor de Taekwondo para niños y con ese salario pagaba su entrenamiento llegando incluso a ganar algunas medallas por su participación en eventos relacionados con dicho deporte y lo hacía también para que su padre se sienta orgulloso de él.

Desde los 16 a los 19 años trabaja de DJ en un bar y por las mañanas decidió retomar el colegio donde tiene un desempeño académico regular, sin embargo, a los 19 años termina el bachillerato en Informática y después hace los respectivos trámites para ingresar a la Policía donde aprueba y le asignan con el pase a Huaquillas.

A los 21 años conoce a quien es actualmente su esposa con la que convive durante 3 años aproximadamente en unión libre luego de los cuales deciden casarse por el civil. Según refirió la esposa del paciente mientras convivían, éste fue hospitalizado en un policlínico de Huaquillas por intoxicación alcohólica.

Aproximadamente al año de convivencia, le dan el pase a Quito y decide traer a su conviviente con él. Durante este tiempo, la conviviente estuvo embarazada por dos ocasiones pero perdió los mismos debido a una fragilidad en el útero que le impedía conservar los embarazos. Esta situación provocó en el paciente tristeza, angustia, ingesta copiosa de alcohol y problemas con su pareja lo que incluso fue motivo de separación por aproximadamente un mes, tiempo en el cual, el paciente mantuvo una

relación sentimental con otra persona y al mismo tiempo refirió haber llevado a cabo su primer intento autolítico que fue por inhalación de gas doméstico. Al decir de la esposa, el paciente ha tenido algunos intentos autolíticos que por lo general los ha realizado estando en estado etílico, como por ejemplo un intento de ahorcamiento, sin embargo, ella le descubrió y evitó que se haga daño. Además comenta que desde hace dos años el paciente se vuelve agresivo cuando están bajo los efectos del alcohol.

Paciente refiere que hace aproximadamente 20 días viaja junto con esposa e hijos a Huaquillas debido a grave estado de salud de su suegra y deciden junto con la esposa que ella y los niños se queden unos días más colaborando con el cuidado de la suegra. El paciente retorna a Quito para incorporarse a su trabajo, sin embargo; al encontrarse con amigos y familiares comienza ingesta de alcohol por 4 días seguidos aproximadamente. En esos días esposa se comunica por teléfono con el paciente y al identificar que se encuentra en ese estado y no ha acudido al trabajo le comunica que piensa quedarse definitivamente en Huaquillas y comenzar trámites para que el paciente responda por la manutención de los niños. El paciente al conocer la decisión de la esposa presenta angustia, agitación psicomotriz, llanto fácil, labilidad afectiva, ideas autolíticas.

El 20 de septiembre del presente, el paciente es ingresado por emergencias de esta casa de salud por presentar cortes en las muñecas de ambos miembros superiores realizados con objeto corto punzante, bajo los efectos del alcohol y teniendo como causa aparente el término de la relación conyugal debido a problemas producidos por el consumo de alcohol, agresividad e infidelidad por parte del paciente.

Intervención Psicológica

Al iniciar el abordaje psicológico con el paciente éste se mostró evasivo y poco colaborador, comportamiento que fue cediendo a medida que se establecía un adecuado rapport.

Al momento de la valoración psicológica el paciente se encuentra orientado, intranquilo, con labilidad emocional, llanto fácil, hiperhidrosis palmar, agitación psicomotriz, insomnio mixto, desesperanza, anhedonia, ideas recurrentes asociadas a intento autolítico, refiere además preocupación por condición actual con su pareja.

En cuanto a la exploración de funciones psicológicas se observó que la atención, conciencia, orientación, lenguaje y memoria se encontraban conservados. El paciente mantenía pensamientos recurrentes de culpa por el acto cometido. Actividad: disminuida y presentó anhedonia y manifiesta ambivalencia respecto a intento autolítico. Hábitos e Instintos se evidenció alteración de ritmo de sueño (insomnio mixto), aseo y cuidado personal mantenido, apetito mantenido, manifiesta no hacer uso de drogas. Además no existe conciencia de enfermedad respecto a la ingesta de alcohol de una vez al mes en campañas de al menos 4 días consecutivos sin respetar días de trabajo o días en que se encuentra con descanso.

Actividades

En los sucesivos encuentros se hizo uso de la catarsis con el fin de que el paciente verbalice todo aquello que en ese momento le perturbaba respecto al acto de autoagresión ejecutado por él mismo. Esto permitió que el paciente en la medida de lo posible identifique las principales motivaciones que le llevaron a cometer el intento de suicidio.

Psicoterapia Individual a través de la cual el paciente logre tomar conciencia de la ingesta de alcohol que esta generando problemas con su esposa y problemas laborales debido a la inasistencia de por lo menos 3 días al lugar de trabajo e incluso acudir al trabajo aun en estado etílico.

Psicoterapia Familiar a través de la cual se pudo contactar con la madre y la esposa de paciente quienes dieron a conocer que el consumo de alcohol del paciente es de aproximadamente 5 años y al decir del paciente se ha profundizado aun más la ingesta el último año.

Empleo de Técnica de resolución de conflictos para que el paciente pueda arreglar los problemas de pareja relacionados con la constante ingesta de alcohol, la agresividad dirigida hacia el mismo y hacia su cónyuge lo que ha hecho que la esposa quiera separarse del paciente.

Aplicación de Test H-T-P, que permitió obtener los siguientes resultados:

Durante la aplicación de la prueba se obtuvo buena disposición a colaborar en la ejecución de la actividad. En los rasgos de los dibujos se pudo evidenciar un tipo de

personalidad obsesiva-compulsiva, escaso control del yo que posee recursos limitados, fallas en el uso de los mecanismos de defensa por lo que se interpreta un inminente derrumbe de la personalidad, se observó un sugerente desequilibrio de la personalidad, agresión reprimida, fuerte necesidad de control y también tendencias al aislamiento y a la regresión.

La existencia de una conducta rígida para compensar la ansiedad y tensión, se nota preocupación sobre su ambiente familiar y/o laboral y una tendencia a anticiparse al futuro, cansancio, depresión, indecisión, sentimientos de impotencia y tendencias autodestructivas, sentimientos de inferioridad, culpabilidad además de reticencia, indecisión, confusión del pensamiento, presiones ambientales, una fuerte necesidad de seguridad y buena salud.

Finalmente, los resultados de la prueba sugieren una evidente tendencia del paciente a ver lo menos posible la realidad, hay rasgos de dependencia afectiva, sentimiento de inadecuación y rechazo a establecer contacto con los demás y con el ambiente.

Instrumentos

Historia Clínica
Observación Clínica
Test H T P

Diagnóstico Presuntivo:

a) Clínico:

F34.1 Distimia + F10: Trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de alcohol

b) De Personalidad:

F60.30 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo + rasgos de personalidad dependiente.

ANÁLISIS CASO N° 3

Los principales factores de riesgo que se han identificado en ese caso son:

Violencia o maltrato expresado en la situación de abandono de parte de los padres hacia el paciente cuando comenzaba los años de la adolescencia. El abandono se debió a razones de trabajo, ya que, ambos padres se ausentaban mucho tiempo fuera

del hogar y frente a esta situación, el paciente expresó: “en ese entonces no tenía reglas ni nadie quien controle deberes y las horas en que me levantaba o salía de la casa”.

El paciente también ha manifestado episodios de violencia física en contra de su esposa quien supo decir que los últimos dos años, el paciente se ha vuelto agresivo con ella. A la par, la esposa refirió que, en la relación ha existido un trato totalmente vertical y de sometimiento de parte de él hacia ella, tal como ocurre en la institución, y, a esto se suma infidelidad por parte del paciente, lo que ha hecho que la esposa manifieste su decisión de separarse de él.

En este caso, es importante tomar en cuenta, la existencia de un conflicto en la etapa de la adolescencia del paciente, sobretodo, en lo que tiene que ver con la rivalidad fraterna que al parecer no ha sido superada. Al mismo tiempo, se ha evidenciado en el paciente una marcada necesidad de conservar una imagen idealizada de sí mismo frente a su padre, como único recurso, a través del cual conseguiría el amor y la aprobación del padre quien la mayor parte del tiempo ha manifestado preferencia por su hijo mayor, situación que al parecer ha afectado emocionalmente al paciente.

Los síntomas frecuentes presentados en este caso de intento de suicidio, son:

Labilidad emocional, caracterizada por llanto frecuente y tristeza.

Sentimientos de soledad y abandono asociados al temor que expresó el paciente de ser abandonado definitivamente por su esposa y sus dos pequeños hijos. Frente al abandono, el paciente sentiría que la vida carece de sentido.

Angustia, experimentada a partir de las ideas persistentes de no volver a saber de esposa e hijos, respecto a lo cual refirió: haber cometido el intento autolítico “para acabar con la angustia”, y, expresó un sentimiento de ambivalencia respecto al intento autolítico, es decir, se pudo haber presentado en el paciente una crisis existencial en cuanto a su resolución de seguir o no viviendo.

Sentimiento de culpa relacionado al comportamiento suicida y a la pérdida de su familia. Los factores psicológicos y psiquiátricos identificados en este caso son:

Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo en el que las características predominantes son: la inestabilidad y la ausencia del control de los impulsos. En este trastorno es posible identificar con frecuencia un comportamiento amenazante y esto tendría relación con los antecedentes del paciente respecto a previos intentos de suicidio como la inhalación de gas doméstico y el intento de ahorcamiento. En ambas ocasiones fue auxiliado por familiares y no recibió atención médica. El corte en cara anterior de muñecas, es el tercer intento de suicidio y la única ocasión en que ha recibido atención médica debido a la gravedad del cuadro.

En la personalidad del paciente, se han logrado identificar también algunos rasgos de dependencia como la búsqueda de aprobación constante, el miedo a la pérdida y un temor exagerado a ser capaz de cuidar de sí mismo.

Desesperanza, asociada a la pérdida definitiva de su familia lo que le llevó a descuidar sus obligaciones laborales dejando de asistir al trabajo como consecuencia de una visión de futuro desalentadora.

El consumo frecuente de alcohol constituye para el paciente un grave problema si se toma en cuenta que tiene un inicio de consumo desde hace aproximadamente 12 años, habiendo épocas en que el consumo se ha intensificado generando problemas de índole conyugal, familiar y laboral, además de la manifestación de episodios de violencia física en contra de su cónyuge y contra sí mismo por medio de las autoagresiones que ha llevado a cabo en estado de embriaguez y que de no haber sido interrumpidos a tiempo, pudieron haber tenido resultados lamentables.

La ingesta de alcohol y los antecedentes de sucesivos intentos de suicidio, manifestarían un deseo latente e inconsciente de autodestrucción.

La Distimia que se trata de un trastorno que tiene que ver con una depresión prolongada en el estado de ánimo de la persona y que muy rara vez ha sido significativamente intensa como para determinar que se trata de un trastorno depresivo. Este humor bajo en el paciente se ha manifestado a lo largo de su vida y se lo podría relacionar con la dificultad que ha presentado el paciente para adaptarse al medio y para establecer relaciones interpersonales.

Los mecanismos de defensa que se han identificado en este caso son:

Negación, en lo que tiene que ver principalmente con el consumo frecuente de alcohol que ha ocasionado algunos inconvenientes con la pareja y en el trabajo y que hasta el momento no ha habido por parte del paciente una toma de conciencia de la enfermedad.

Introyección, ya que al parecer, el paciente a introyectado en su yo a la esposa y al respecto supo decir: “sin mi esposa, sentía que ya no hay porque ni por quien vivir...”. El pensar en una separación definitiva de la esposa, hacia que el paciente experimente al decir del mismo una fuerte angustia, la misma que fue calmada aparentemente por medio del intento autolítico.

Identificación inconsciente con la esposa quien años atrás habría llevado a cabo intentos de suicidio.

En cuanto a la estructuración psíquica del paciente, se ha podido apreciar un constante conflicto entre el yo y las instancias psíquicas tanto del ello como del superyó, debido a que el yo a momentos obedecería los requerimientos del ello y en otras ocasiones los del superyó.

En lo pertinente al ello, al parecer el paciente manifestaría cierta susceptibilidad en permitir que los impulsos sean los que determinen sus acciones, en este caso los distintos intentos de suicidio o la violencia física dirigida hacia su esposa. Además, el ello respondiendo al principio del placer evitaría la angustia experimentada por el yo y la interrumpiría por medio de la ejecución del intento autolítico.

En el yo se ha identificado una cierta tendencia del paciente al aislamiento que se haría evidente en la dificultad de éste tanto para establecer relaciones interpersonales como para adaptarse al medio, por lo que, se podría decir que los recursos yoicos del paciente son limitados y en otras ocasiones pudieran haber fallas en el uso de los mecanismos defensivos.

Así también, se podría hablar de un yo no adaptado y de esto da cuenta la dificultad que el paciente ha manifestado desde los años de infancia para el establecimiento de relaciones interpersonales.

La estructura psíquica del superyó, daría cuenta de una conducta rígida, la misma que, se encargaría de compensar la ansiedad y tensión psíquica. Además se evidenciaría un superyó acusador a través de un persistente sentimiento de culpa y de minusvalía.

Al parecer existiría cierta dependencia afectiva del paciente por la opinión y aprobación que espera alcanzar del padre y para esto busca acercarse al ideal del yo que el padre demanda de él y al no lograrlo probablemente se sienta frustrado e inconscientemente busca su autodestrucción. Al respecto dijo: “me preocupa que mi padre se entere que necesito someterme a un tratamiento para dejar el consumo del alcohol porque se sentirá defraudado de mi...”. Cabe mencionar que varias de las metas del paciente como: pertenecer a la institución policial, hacerse acreedor de medallas por actividades deportivas, acompañar al padre en el consumo de alcohol, entre otras, son hechos que ha llevado a cabo con el fin principal de ser aceptado por el padre.

HISTORIA CLÍNICA 4

Datos Informativos:

NOMBRES Y APELLIDOS: NN

Nº DE HISTORIA CLÍNICA: 73061

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: Ibarra, 03 de Junio de 1982.

PROCEDENCIA: Ibarra

RESIDENCIA: Quito

DOMICILIO: Barrio Solanda Sector 4 SPM SM2 2MZ

TELÉFONO: al momento no dispone de línea telefónica

EDAD: 28 años

GÉNERO: Femenino

INSTRUCCIÓN: secundaria completa: bachiller en Contabilidad

OCUPACIÓN: ama de casa

ESTADO CIVIL: casada / esposa de Cabo Segundo- Servicio Activo: DINAPEN

Nº DE HIJOS: 2: 1 varón de 8 años y 1 mujer de 4 años

RELIGIÓN: católica

FECHA DE EVALUACIÓN: 29 y 30 de junio del 2010.

FUENTE DE INFORMACIÓN: paciente

Motivo de Consulta:

El Servicio de Medicina Interna realiza interconsulta al servicio de Salud Mental por Diagnostico de Intento autolítico por administración de aproximadamente 20 tabletas de amitriptilina con intensidad autolítica.

Antecedentes Familiares:

Ocupa el tercer lugar en un número de cinco hermanos y mantiene una muy buena relación con sus padres y hermanos. Prefiere no preocupar a sus familiares con sus problemas de pareja por lo que prefiere omitir el tema cuando esta con ellos.

Paciente refirió que al poco tiempo de casada tuvo la oportunidad de seguir la carrera policial, sin embargo; sus padres dieron esa posibilidad al esposo de la paciente para que como hogar puedan contar con estabilidad laboral y económica. Sin embargo en la actualidad existe resentimiento de la paciente hacia sus padres y hacia el esposo porque éste no valora lo que la paciente y sus familiares hicieron por él.

Madre de la paciente recibe diagnóstico de cáncer de útero hace aproximadamente 18 años de los cuales permanece 3 años en tratamiento al que responde favorablemente. El periodo de enfermedad sirvió para que la familia de la paciente se encuentre más unida y sobrelleven juntos el proceso de recuperación.

Hace aproximadamente 1 mes, la madre de la paciente tiene una recaída en su salud por lo que recibe atención médica a través de la cual se conoce la posible reincidencia del cáncer lo que genera preocupación en los miembros de la familia que se encuentran expectantes a los resultados de exámenes realizados.

Antecedentes Personales:

La paciente ocupa el tercer lugar de cinco hermanos producto de un embarazo no planificado. El parto fue a término y sin complicaciones. Las primeras etapas de su desarrollo transcurrieron normalmente y sin ninguna novedad.

Paciente refirió que durante los 8 primeros años de su vida vivió en la ciudad de Ibarra junto con sus padres y hermanos, luego de lo cual, sus padres decidieron radicarse en la ciudad de Quito por motivos de trabajo.

A los 5 años ingresó al jardín de infantes y manifestó que las primeras semanas le había costado adaptarse a la vida escolar. En el jardín y la escuela recuerda haber tenido un rendimiento académico regular como consecuencia de la falta de control por parte de los padres en las tareas escolares por motivo de sus largas jornadas de trabajo. Refirió haber sido una niña sociable con sus compañeros y que desde pequeña solía defenderse cuando sus compañeros querían pelear.

A los 10 años, la paciente adquirió nuevas responsabilidades debido a que su madre fue diagnosticada de cáncer de útero, por lo que, la paciente junto con su hermana mayor asumieron el cuidado de sus hermanas menores. En general refirió haber tenido una infancia agradable junto a sus padres, hermanos y amistades.

Recuerda haber tenido un mejor rendimiento académico en la secundaria la misma que la inició a los 12 años de edad.

A los 15 años se presentó la menarquía con irregularidades que al principio le preocupaba pero que se fue normalizando.

A la misma edad tuvo su primer enamorado y refirió que constantemente la madre intervenía pretendiendo elegir a los posibles enamorados de su hija, situación que generó enfrentamientos entre la paciente y la madre, llegando a establecer relaciones afectivas con chicos únicamente para ir en contra de las imposiciones de la madre.

A los 18 años conoce a un chico con quien establece amistad y quien más tarde fue su enamorado por aproximadamente 6 meses luego de los cuales la paciente quedó embarazada y por ese motivo decidió casarse con el padre de su hijo. Hoy refiere que esa relación la sostuvo posiblemente para llevarle la contraria a su madre.

Lleva 9 años de matrimonio legalmente constituido dentro del cual ha procreado 2 hijos: un niño de 8 años y una niña de 4 años.

Refiere que actualmente se ha deprimido debido al estado de salud de su madre quien tuvo cáncer y que probablemente la enfermedad puede volver a presentarse por lo que existe expectativa por los resultados de algunos exámenes realizados.

Hace aproximadamente 6 meses paciente refiere problemas con su esposo debido a infidelidad de parte del mismo. Al decir de la paciente, su esposo mantiene una relación con una compañera de trabajo la misma que fue confirmada por la paciente en el mes de Enero a partir de lo cual la paciente ha perdido totalmente la confianza en su esposo, presencia de ideas de autoreproche, ansiedad, llanto fácil, celotipia, aislamiento social, irritabilidad e hiporexia.

Una vez confirmada la infidelidad de parte del esposo, la paciente refirió haber intentado separarse definitivamente de él; sin embargo ambos decidieron hacer un esfuerzo en continuar el matrimonio debido al sufrimiento que generó en su hijo mayor el conocimiento de la separación definitiva de sus padres frente a lo cual el niño presentó un bajo rendimiento escolar y cambios en el comportamiento. Según refirió la paciente: sus hijos son demasiado apegados al padre por esta razón ella decidió darse otra oportunidad pensando en el bienestar de sus hijos y expresó: “por mis hijos me he aguantado todo lo que ha hecho mi esposo”.

Paciente refirió que durante estos meses ha recibido constantes llamadas de la compañera del esposo a través de las cuales ha sido agredida verbalmente motivo por el cual la paciente vuelve a discutir con el esposo por la relación extramatrimonial que todavía mantiene con la compañera de trabajo. En esta ocasión la paciente manifestó irritabilidad, insomnio, anhedonia, aislamiento social por lo que acudió de manera voluntaria a un psicólogo particular con quien inició un proceso psicoterapéutico individual una vez por semana hace aproximadamente 2 meses.

El 3 de junio vuelve a confirmar por una llamada telefónica que esposo hace a la compañera de trabajo que sigue manteniendo la relación con esta persona y que no valió de nada la oportunidad que se dieron de volver a empezar por los hijos. Al decir de la paciente lo que estaba viviendo con su esposo “ya no era vida”. En estas circunstancias la paciente manifestó hiporexia, labilidad emocional, cambios en el carácter, irritabilidad, aislamiento social y llanto fácil. Además hace aproximadamente un mes tiene una percepción de que esta gorda y que cada vez sube de peso, lo que le genera en ella ansiedad.

Hace 4 días la paciente tiene una nueva discusión con el esposo debido a nueva llamada que hace la compañera de trabajo al teléfono del esposo y éste niega seguir sosteniendo dicha relación y sale del domicilio luego de la discusión. En ese momento paciente decidió ingerir las tabletas que estaba tomando bajo prescripción médica con intenciones de auto eliminarse y envía un mensaje de voz a su esposo donde le decía: “a mis hijos déjales con mis padres pase lo que pase”. En esas circunstancias paciente manifestó ideas circulantes asociadas al pasado, ira, preocupación por estado de salud de su madre debido a probable diagnóstico de cáncer, ideas de auto reproche, llanto fácil, insomnio de conciliación, sentimiento de soledad e ideas thanáticas por lo que decide ingerir las 20 tabletas para tratamiento de depresión, posterior a lo cual se duerme. Paciente expresó: “se me vino todo encima: las discusiones con esposo, la infidelidad de éste y la enfermedad de la madre”. A la mañana siguiente la paciente presenta somnolencia, mareos y malestar generalizado por lo que comunica al esposo de la ingesta del medicamento y es traída y atendida en esta casa de salud.

Actualmente, la paciente refirió guardar rencor por lo que le hacen otras personas (esposo, suegra, cuñada). Además ha desarrollado muchos temores asociados a la infidelidad del esposo, ansiedades y distorsión en la percepción de su cuerpo pues refirió por varias ocasiones sentirse gorda y fea.

Intervención Psicológica

Al iniciar el abordaje psicológico el paciente se muestra comunicativo y colaborador. Al momento de la valoración psicológica la paciente refiere conflictiva de tipo conyugal por aparente infidelidad de parte de su cónyuge desde hace aproximadamente 6 meses a raíz de lo cual la paciente presenta labilidad afectiva, llanto fácil, irritabilidad, sentimiento de minusvalía y agresividad. La paciente además manifiesta arrepentimiento por el acto cometido, presenta ideas de auto reproche, labilidad afectiva, hiporexia, insomnio de mantenimiento y facies de tristeza. El intento autolítico fue realizado luego de discusión conyugal.

En cuanto a la exploración de funciones psicológicas se observó que la atención, conciencia, memoria y orientación se encuentran conservadas. En cuanto al lenguaje, la paciente presenta verborragia y manifiesta arrepentimiento por el acto cometido.

La actividad que realiza el paciente esta disminuida debido a la depresión que presenta. El contenido del pensamiento presenta ideas circulantes de resentimiento hacia su cónyuge y suegra, además preocupación por el estado de salud de la madre. En hábitos e Instintos se evidencia alteración de ritmo de sueño (insomnio de conciliación), aseo y cuidado personal mantenido, manifiesta hiporexia y el instinto de conservación actualmente mantenido. Alcoholismo y tabaquismo negativo.

Actividades

En los sucesivos encuentros se hizo uso de la catarsis para que la paciente pueda verbalizar todo aquello que en ese momento le perturbaba respecto al acto de autoagresión. Esto permitió que el paciente en la medida de lo posible identifique la principal o principales motivaciones que le llevaron a cometer el intento de suicidio.

Psicoterapia individual enfocada al sentido de la vida de la paciente y la búsqueda de posibles soluciones a sus problemas aparte de la autodestrucción.

Resolución de conflictos para identificar opciones que permitan mejorar la relación de pareja.

Psicoterapia de pareja con el fin de determinar si ambas partes están de acuerdo en continuar con la relación de pareja y que posibilidades se encuentran para dar solución a los problemas que como pareja enfrentan.

Aplicación de Test H-T-P que permitió obtener los siguientes resultados:

Durante la prueba, la paciente mantiene una actitud de colaboración. En los dibujos en general, se pudo evidenciar en la paciente rasgos que denotan una personalidad rígida y defensiva además de un deficiente equilibrio en la personalidad. Así mismo, se identifica cierta tendencia a la depresión y a la regresión.

Se denota debilidad yoica y pérdida de control por lo que se manifiesta un esfuerzo que puede ser consciente para mantener la integridad del yo. También se identifican fuertes sentimientos de inseguridad, inadecuación, indecisión, miedo, necesidad de apoyo y una marcada tendencia al aislamiento frente a las relaciones interpersonales debido a la dificultad para establecer las mismas.

Instrumentos

Formato de Historia Psicológica

Observación clínica

Aplicación de Test H-T-P

Diagnóstico Presuntivo:

a) Clínico:

F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos + X61 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianas y psicotrópicas, no clasificadas en otra parte.

b) De Personalidad

F60.0 Trastorno paranoide de la personalidad con rasgos dependientes.

ANALISIS CASO N° 4

En los antecedentes familiares y personales de este caso, se ha podido identificar los siguientes factores que predisponen a la persona a ejecutar un intento de suicidio.

El desempleo, ya que la paciente en la actualidad se dedica únicamente a los quehaceres del hogar debido a que el esposo mantiene con la paciente una relación de sometimiento y no ha habido manifestaciones de respaldo para que ella trabaje. Esta situación, sumada a la falta de oportunidades laborales ha impedido que la paciente realice una actividad fuera de casa que sea remunerada y a través de la cual pueda desarrollar sus capacidades personales. Esta condición de desempleo ha generado en ella sentimientos de minusvalía además de frustración que siente por estar encerrada en su casa.

Durante la infancia y adolescencia, la paciente experimentó el abandono forzado de los padres como consecuencia de la enfermedad de la madre que le obligó a permanecer hospitalizada por mucho tiempo y por otro lado las largas jornadas de trabajo del padre que le tenían distanciado del hogar. Añadido a esto, la paciente tuvo que asumir junto con su hermana mayor la crianza y el cuidado de los hermanos menores y era una responsabilidad que no le correspondía a temprana edad, ya que, en esa época lo que demandaba era la protección y el cuidado de sus progenitores. Estas situaciones experimentadas por la paciente, probablemente hicieron que la misma crezca sin tener a su lado referentes en este caso los padres, a través de los cuales, podía haberse ido estructurando su personalidad. Todas estas circunstancias vividas han ido configurando en la paciente sentimientos de soledad, desamparo y minusvalía.

La violencia psicológica de la que ha sido objeto la paciente por parte de su familia política, ha generado en ella fuertes sentimientos de minusvalía, los mismos que le han conducido a episodios depresivos, abandono del cuidado de sus hijos, de su esposo y de sí misma.

El intento de suicidio podría ser interpretado como una forma de castigo a otro, que en este caso sería el esposo u “objeto amado”, quien ha remplazado a la paciente por otra persona y ésta situación ha generado en la paciente un fuerte dolor psíquico y lo expresó de la siguiente manera: “lo que estaba viviendo con mi esposo ya no era

vida”. Por eso la determinación de intento de suicidio para dejar la situación que le resultaba incompatible con la vida. Además al tratar de buscar aparentemente la muerte, quien comete el intento de suicidio realizaría un abandono vengativo hacia otro en este caso el esposo. Entonces la paciente cambiaría la realidad y de su condición de abandonada se transforma en quien voluntariamente abandona al otro.

Entre los principales síntomas asociados al intento de suicidio se encuentran: Sentimientos de soledad y desamparo al experimentar el distanciamiento de su cónyuge. Además de una permanente sensación de pérdida que genera en la paciente inestabilidad emocional.

Sentimientos de minusvalía que denota una sensación de ser incapaz de vivir la propia vida y de hacerse cargo de ella misma y de sus hijos en caso de separación definitiva del esposo.

Ideas de autoreproche, asociadas a sentimientos de culpa porque de darse una separación definitiva de su esposo, dejaría a sus hijos sin una imagen paterna, al respecto la paciente refirió: “mis hijos son demasiado apegados al padre y por ellos me he aguantado todo lo que ha hecho mi esposo”.

Ideas asociadas al pasado sobretudo con lo pertinente a la enfermedad de la madre y a los problemas conyugales. Con respecto a los pensamientos del pasado, la paciente expresó: “se me vino todo encima: las discusiones con mi esposo, su infidelidad y por otro lado la enfermedad de mi madre”. Cabe destacar que durante la infancia, la paciente no tuvo un apoyo emocional para enfrentar situaciones difíciles como la enfermedad de su madre.

Hiporexia asociada posiblemente a un deseo inconsciente de acabar con la vida. Ya que el alimento proporciona la vida.

Los factores psicológicos y psiquiátricos asociados a este caso son:

Angustia asociada a la incertidumbre de no saber que esperar de la actitud y comportamiento del esposo, respecto a lo cual supo decir: “si mi esposo quiere estar con otra que me diga y ya no me haga sufrir de este modo”.

El trastorno paranoide de la personalidad, caracterizado por la incapacidad para perdonar agravios o perjuicios y predisposición a rencores persistentes, predisposición a los celos patológicos, preocupación por conspiraciones sin fundamento de acontecimientos del entorno inmediato, entre otros que se han podido observar en la paciente. Además de rasgos de personalidad dependiente entre ellos temor a ser abandonado por una persona con la que se tiene una relación estrecha y temor a ser dejado a su propio cuidado, subordinación de las necesidades propias a las de aquellos de los que depende y capacidad limitada para tomar decisiones cotidianas sin el consejo o seguridad de los demás. También se pudo identificar un marcado temor al rechazo.

Desesperanza debido a la visión incierta respecto al futuro y además sus pensamientos se encontraban fijados en situaciones de fracasos pasados.

En este caso no hay evidencia de intentos de suicidio anteriores al que esta siendo tratado, sin embargo; según refirió la paciente antes del intento de suicidio, experimentó la ideación suicida previa sin un método específico.

Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos en el cual se presenta el ánimo depresivo, la pérdida del interés y de la capacidad de disfrutar, dificultad para desarrollar su actividad domestica, aislamiento, inhibición psicomotora, entre otros. El mismo que esta siendo tratado.

Los mecanismos de defensa que se han identificado en el discurso de la paciente son: Proyección, mecanismo que se evidencia hacia sus hijos. "siento que ellos sufren mucho por esta separación", ya que, al parecer, la paciente persiste en la idea de quedarse con su esposo únicamente porque sus hijos son muy apegados a él, sin embargo el quedarse con su esposo le permitiría entre otras cosas: vengarse de éste por la infidelidad o porque él está gozando de la oportunidad de trabajo que hubiera sido para ella, además permaneciendo junto al esposo tiene el apoyo de los padres y no la reprobación de estos por ser una mujer separada o el rechazo de los hijos por haberse separado de él.

La represión que se evidenciaría en la paciente al no dar paso a la expresión de los sentimientos de ira y resentimiento que siente hacia su esposo y demás familiares que al decir de la paciente se han puesto en su contra. La

ira no manifiesta en un momento dado puede irse contra sí misma por medio de un comportamiento agresivo como es el suicidio o el intento de suicidio.

La regresión que de alguna manera pretendería llevar a la paciente a un estado de quietud e incluso alcanzar un estado inorgánico de la materia, es decir, a la muerte.

Negación, ya que al experimentar la pérdida del objeto amado, se resiste a perderlo debido a la gran inversión emocional que ha hecho en el objeto amado y por esa razón lo consideraría de su total posesión.

En lo que tiene que ver con las instancias de la estructura psíquica se ha podido apreciar cierto conflicto entre la instancia del yo y la del superyó.

Con respecto al yo, se manifiesta una aparente debilidad yoica y la pérdida de control, por lo que, se ha evidenciado un esfuerzo consciente por mantener la integridad del yo.

Por su parte el superyó, se presenta implacable y atormenta al yo por medio de la censura respecto a la posible separación del esposo con frases como:

“Mis padres desaprueban totalmente el divorcio”, motivo por el cual, la paciente ha ocultado a su familia los problemas que ha tenido con el esposo los últimos meses, lo que ha hecho que ella sola sobrelleve la problemática llegando a aislarse socialmente.

“Me dicen que soy una buena para nada”, al decir de la paciente es una frase que le hace recordar errores pasados y eso le llevaría a deprimirse con frecuencia, ya que, la paciente asigna un alto grado de importancia a la opinión que los demás tienen de ella.

“Mis hijos me han de hacer culpable del divorcio...y algún día me reclamarán la ausencia de su padre”. Esta frase manifestaría el temor de la paciente de perder además del amor del esposo, el amor de sus hijos y por esa razón ha elegido

permanecer en su hogar a pesar de la ira y el resentimiento que siente hacia su cónyuge. Esta ira no expresada hacia el objeto específico podría dirigirse hacia sí misma en forma de autoagresión por medio del comportamiento suicida.

El intento de suicidio cometido podría también estar relacionado con un castigo simbólico al padre, ya que, la paciente manifestó resentimiento hacia su progenitor que prefirió apoyar a esposo de la paciente para que ingrese a la policía. Además los padres de la paciente han demostrado sentir afecto hacia esposo de la paciente. Por esta razón el intento autolítico sería una forma de castigar tanto al padre como al cónyuge.

El superyó rígido que al parecer se ha manifestado en la estructura de la personalidad de la paciente podría responder a que fue formada dentro de un grupo familiar en donde desde un principio se han establecido normas totalmente rígidas y que si no son obedecidas, podrían generar en ella un alto grado de angustia e inadecuación por la falta de aprobación de parte del superyó que ha sido instaurado por los progenitores.

HISTORIA CLÍNICA 5

Datos Informativos:

NOMBRES Y APELLIDOS: NN

Nº DE HISTORIA CLÍNICA: 60144

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: Quito, 26 de Febrero de 1981.

PROCEDENCIA: Quito

RESIDENCIA: Quito

DOMICILIO: Barrio San José de Morán

TELÉFONO: 3 832 459

EDAD: 29 años

GÉNERO: Femenino

INSTRUCCIÓN: secundaria completa bachiller en Contabilidad

OCUPACIÓN: Ama de casa

ESTADO CIVIL: casada / esposa de Cabo Segundo - Servicio Activo: Criminalística

Nº DE HIJOS: 1 varón de 6 años

RELIGIÓN: católica

FECHA DE EVALUACIÓN: 5 y 6 de julio de 2010.

FUENTE DE INFORMACIÓN: paciente y esposo de paciente.

Motivo de Consulta:

El Servicio de Medicina Interna realiza interconsulta al servicio de Salud Mental por Diagnostico de Intento autolítico por administración voluntaria de aproximadamente 20 tabletas de paracetamol con fines autolíticos.

Antecedentes Familiares:

Es la primera de dos hijas, producto de un embarazo no deseado y del que sus padres esperaban tener un hijo varón. Desde su nacimiento sufrió el rechazo de sus padres con quienes hasta la actualidad no ha podido establecer una buena relación.

Durante los primeros 5 años de vida los padres hacen cargo de la crianza de la niña a los abuelos maternos con quienes convive y los identifica como sus padres. Luego de este tiempo la madre de la paciente se vuelve a hacer cargo de ella y cada que podía le recriminada que era una niña débil, que por todo se enfermaba y que le hace gastar mucho dinero.

Hace aproximadamente 13 años, los padres de la paciente atraviesan por una crisis de pareja llegando a considerar la posibilidad de separarse y esto hizo que la paciente sufriera junto a su madre, sin embargo; habían podido sobrellevar dichos problemas.

Hace 10 años, el padre decide emigrar a España en donde al poco tiempo de su estancia en ese país sufre un paro cardíaco razón por la cual necesariamente tuvo que viajar su esposa para acompañarlo en el hospital y en la rehabilitación. Este acontecimiento afectó gravemente a la paciente y al decir de la misma: sintió que *“no iba a poder hacerse cargo de su propia vida ya que no estaba preparada “*. Según refirió la paciente cuando supo que su padre estaba muy enfermo e incluso perdió la memoria temporalmente, ella sintió la necesidad de pedir perdón a su progenitor por el resentimiento que le ha guardado todos estos años. Bajo esas circunstancias presentó hiporexia, llanto fácil, sentimiento de minusvalía y sentimiento de abandono.

Con su única hermana no ha tenido una buena relación sino por el contrario ha estado marcada por una constante rivalidad fraterna como consecuencia de que el amor de ambos padres ha sido dirigido preferentemente hacia su hija menor lo que ha hecho sentir desplazada a la paciente quien refirió que sus padres le han hecho de menos la mayor parte del tiempo.

Por su parte la hermana ha hecho una vida independiente y distante de la paciente desde que se fueron sus padres y las veces que ha podido le ha dicho a la paciente que deje de comportarse como una víctima y asuma la responsabilidad sobre su propia vida.

El grupo familiar al que pertenece la paciente, mantiene una tendencia a la disociación de sus miembros y a una escasa unidad familiar por lo que al decir de la paciente ha tenido que enfrentar sus problemas sola o con el apoyo de un par de familiares que lo hacen por petición de los padres de la paciente.

Antecedentes Personales:

Ocupa el primer lugar de dos hermanas el parto fue céfalo vaginal, a término y sin complicaciones. Las primeras etapas de su desarrollo fueron normales y sin novedad.

A los pocos meses de vida, la paciente se enferma de bronquitis, sin embargo; se recupera satisfactoriamente y no reporta novedades posteriores.

Paciente refiere que un tío por parte de la madre le ha conversado que desde pequeña aproximadamente al año y medio, la madre de la paciente fue a dejar a su hija bajo el cuidado de sus padres (abuelos de la paciente) para que crezca con ellos y el tío se encargaba de alimentarla con biberón. La paciente vivió con sus abuelos maternos hasta los 5 años luego de lo cual su madre la trajo a vivir con ella por motivos de estudio. Paciente refirió haber sufrido con la separación de los abuelos por lo que hasta ahora añora la compañía y el afecto de sus abuelos. Durante la niñez había sido una niña enfermiza por lo que recuerda que su madre le recriminaba que le hace gastar dinero en las curaciones. Además era maltratada verbal y físicamente por su progenitora. El padre era frío afectivamente y no le demostraba cariño. Con la hermana menor no tenía buena relación lo que ocurre hasta ahora porque al decir de la paciente sus padres le han hecho de menos y le han querido más a la hermana lo que le ha hecho sentirse desplazada.

En su infancia se llevaba más con el hijo de su tío materno, recuerda haber sido tímida, poco sociable, nerviosa y con temor a hablar en público y a pesar de ello tuvo un rendimiento académico satisfactorio que era lo único que sus padres elogiaban de ella.

En general refirió una infancia muy triste, carente de afecto y refirió tener mucho resentimiento hacia el padre por el trato que éste le dio desde temprana edad.

En el colegio se mantuvo con un buen rendimiento académico. En la paciente persistían los nervios y sudoración frecuentes debido al maltrato físico de parte de los padres por lo que varias ocasiones la profesora del colegio mando a llamar a los padres de la paciente.

A los 14 años se presentó la menarquia y esa experiencia le provocó incomodidad y vergüenza por lo que refirió: “haber preferido ser hombre para no sufrir tanto” y “pienso que no debí existir”

A los 18 años tuvo su primer enamorado con quien terminó la relación ya que el chico no era del agrado de sus padres.

A los 19 años tuvo su segundo enamorado con quien mantuvo su primera experiencia sexual que fue agradable ya que estaba enamorada del chico que era policía. A esta edad dice haberse querido revelar con el padre al que le dijo que no quería depender más de él ni perdonarle todo lo que le había hecho, razón por la cual ambos padres agredieron físicamente a la paciente mientras la madre le decía que todo lo que ella había sufrido tenía que sufrirlo igualmente la hija por la forma en que había sido criada la madre de la paciente. Todas estas situaciones hacían que la paciente sintiera que no significaba nada para sus padres. En esta misma época, los padres de la paciente viajan a España por lo que la paciente se queda en casa junto con su hermana. Esta experiencia de separación afecta gravemente a la paciente que refirió haber sentido que *“no iba a poder hacerse cargo de su propia vida ya que no estaba preparada”*, *“no puedo superar el abandono de mis padres y les echo la culpa de mi fracaso porque si ellos no se hubieran ido no me casaba y no sufría lo que estoy sufriendo”*. Al mismo tiempo presenta llanto fácil, hiporexia, sentimiento de minusvalía y pedía a la madre que no le dejara.

A los 20 años tiene su tercer enamorado y actual cónyuge con quien decide en un primer momento convivir y luego de aproximadamente 2 años con el nacimiento de su primer y único hijo deciden formalizar su unión con el matrimonio civil. Refiere que lo que le agradó de su cónyuge fue su seguridad para tomar decisiones y su independencia-

Refirió que los primeros años de convivencia y matrimonio con su esposo fueron satisfactorios y vivían felices como una familia y los últimos 3 años han sido de problemas debido a la infidelidad de parte de su cónyuge por lo que se separaron por algunos meses dentro de los cuales, la paciente, decidió entablar una nueva relación

sentimental con un conocido de ella y del esposo que lo único que produjo es un distanciamiento definitivo entre ella y su cónyuge.

Al decir del esposo de la paciente, los problemas de pareja empeoraron hace aproximadamente 8 meses cuando la paciente le pidió que se fuera de la casa por la infidelidad y él accedió a la petición porque la paciente había sacado una boleta de auxilio para que él se mantenga lejos de ella.

El mes de febrero y por la insistencia de la esposa decide volver a la casa con ella y el niño, sin embargo; todo cambió porque decidieron dormir en habitaciones diferentes, la paciente se encerraba en su habitación la mayor parte del día, se descuidó del cuidado de su hijo, de la casa y abandonó los estudios que se encontraba realizando. Al ver esta actitud, el esposo decide salir de la casa y volver a vivir en la casa de su madre. También el cónyuge dijo que durante la relación, la paciente ha sido una persona insegura y celosa.

Los últimos años, la paciente ha mantenido contacto con su tío materno que es el que le ha defendido de los maltratos de los padres desde su infancia y hacia quien siente cariño porque está pendiente de ella. Además tiene una buena relación con una prima por la que se siente querida y respaldada y eventualmente recibe la visita de la abuelita con quien se crió que viene a visitarla y le aconseja para que sobrelleve el matrimonio.

Hace aproximadamente 1 mes, la paciente insiste a su cónyuge que regrese a la casa con ella y su hijo a lo que recibe una respuesta negativa razón por la cual insinúa a su cónyuge la posibilidad de atentar contra su vida y llevarse junto con ella a su hijo para que el niño tampoco sufra. Incluso había expresado “estar enferma” y “querer irse de este mundo” “pensaba que no iba a encontrar nada bueno”. Presenta insomnio de conciliación, hiporexia, ideas recurrentes sobre el abandono de su cónyuge, visión negativa de futuro, sentimiento de minusvalía, aislamiento social.

Hace 2 semanas comunica a su cónyuge su deseo de querer morir y solicita que cuide de su hijo a lo cual el esposo responde diciéndole que ella ha sido una persona débil y que le gusta hacerse la víctima y que incluso a perdido la razón.

Hace 5 días, el cónyuge de la paciente acude a visitar a su hijo por insistencia de la madre. El niño solicita salir de paseo con el padre y previo a la salida, la paciente vuelve a insistir al cónyuge que regrese a la casa y éste se vuelve a negar solicitando que se le de un tiempo para tomar una resolución, frente a lo cual, la paciente presenta sentimiento de minusvalía, sentimiento de soledad y abandono, labilidad afectiva, llanto fácil, aislamiento, irritabilidad, tristeza, angustia, opresión precordial, sentimiento de culpa, visión negativa de futuro, ideas recurrentes asociadas al abandono de su cónyuge por lo que decide voluntariamente ingerir aproximadamente 20 tabletas de paracetamol con ideas de morir: paciente refirió “quería salir de lo que estaba viviendo porque ya no quería sufrir, por eso me tome las pastillas” . Previo a la ingesta la paciente refirió haber escrito una carta despidiéndose de su cónyuge. Debido a la ingesta, la paciente es traída por su esposo a emergencia de esta casa de salud.

Paciente refirió que desde que tiene uso de razón ha sido una mujer débil y manifestó: “yo soy débil y siento que no voy a poder seguir sin el padre de mi hijo”. Lloro con facilidad, dice ser insegura y tiene temor de la opinión que los demás puedan tener de ella.

Intervención Psicológica

Durante la entrevista la paciente se muestra colaboradora.

Al momento de la valoración psicológica la paciente refirió problemas de pareja debido a la separación del esposo hace aproximadamente 8 meses. Además la paciente expresó que: “quería salir de lo que estaba viviendo... ya no quería seguir sufriendo, sentía que ya no tenía salida por eso me tomé las pastillas”. Paciente presenta sentimiento de minusvalía, llanto fácil, facies de tristeza, sentimiento de soledad, visión negativa de futuro, angustia, ideas thanáticas y aislamiento social.

En cuanto a la exploración de funciones psicológicas se observó que tanto la atención, conciencia, memoria y orientación se encuentran conservadas. Su lenguaje tiene un timbre de voz bajo. En la evaluación del pensamiento se evidencia presencia de ideas erradas, ideas recurrentes de culpa por abandono de su cónyuge, ideas de autoreproche, ideas thanáticas, sensación de rechazo y preocupación persistente por situación de pareja.

La actividad que realiza la paciente se encuentra disminuida y se le observa en habitación de hospitalización acostada y anímicamente decaída.

En hábitos e instintos hay alteración en el ritmo de sueño (insomnio mixto), descuido de aseo y cuidado personal, apetito disminuido; instinto de conservación mantiene las ideas autolíticas. Alcoholismo, tabaquismo y uso de otras sustancias negativo.

Actividades

En los encuentros que se tuvo con la paciente, se hizo uso de la catarsis con el fin de que pueda verbalizar sus principales preocupaciones en esos momentos.

Psicoterapia individual: apoyada en la técnica de la resolución de conflictos para ayudar a la paciente a encontrar alguna solución a sus problemas aparte de la autodestrucción.

Aplicación de Test H-T-P

En general la paciente manifestó buena disposición a realizar la actividad.

Los resultados de la prueba dan cuenta de una personalidad inmadura con un escaso equilibrio de la misma, rigidez, necesidad de mantener la integridad de la personalidad que se ha hecho evidente y reiterativo en todos los dibujos, presencia de límites y defensas del yo débiles o carentes de recursos. Se identifican fuertes sentimientos de inseguridad e inferioridad, descontento, preocupación por si misma, impulsividad, uso de agresión infantil, necesidad de gratificación inmediata, rumiación sobre el pasado y fijación en la infancia y/ o adolescencia, además de una marcada dependencia afectiva, tendencia al aislamiento como resultado del temor a establecer relaciones interpersonales, falta de afecto en el hogar, presencia de presiones ambientales, defensividad por temor a daños que vienen del exterior y finalmente conflicto en cuanto a la identificación del género.

Instrumentos

Formato de Historia Psicológica

Observación clínica

Aplicación de Test H-T-P

Diagnóstico Presuntivo:

a) Clínico

F33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado + X60 Envenenamiento autoinflingido intencionalmente por, y exposición a analgésicos no narcóticos, antipiréticos y antirreumáticos.

b) De personalidad

F60.7 Trastorno dependiente de la personalidad.

ANALISIS DE CASO N° 5

En los antecedentes familiares y personales de este caso, se ha podido identificar algunos de los factores predisponentes para el intento de suicidio y estos son:

Violencia física y psicológica experimentada por la paciente desde los primeros años de vida y que constituye un factor con un alto índice de incidencia en la niñez de nuestro país. Aproximadamente al año y medio de vida, fue abandonada por sus progenitores quienes la dejaron al cuidado de los abuelos maternos que se encargaron de la crianza y cuidado de la paciente hasta los 5 años, luego de los cuales regresó con los padres por motivos de estudio. Este distanciamiento abrupto de los abuelos hizo que la paciente al decir de ella, se sienta emocionalmente afectada ya que de alguna manera ellos fueron los referentes de padre y madre sus primeros años de vida y cuando se siente triste añora la compañía y el cuidado de los abuelos a quienes ha dejado de frecuentar.

En este caso el abandono de los padres y más tarde el separarse de sus abuelos, pudo haber afectado significativamente a la estructuración de la personalidad de la paciente. Sobre todo si se toma en cuenta que la familia es el grupo inicial encargado de la protección y crianza de los hijos.

El maltrato físico y psicológico frecuente que ha marcado la relación entre la paciente y sus padres, sumado al rechazo que al parecer ellos le han manifestado desde el inicio de su vida.

En cuanto a la relación con su hermana menor, se ha identificado una marcada rivalidad fraterna al parecer debido a la preferencia que manifestaban los padres por la hija menor.

Cabe señalar que la estructura familiar donde se ha desarrollado la paciente, se ha caracterizado por el patrón de violencia intrafamiliar y por la desintegración de la misma, donde cada uno de sus miembros ha salido adelante en base a sus recursos personales ya que la familia no ha ejercido el rol de contener a sus miembros.

Más adelante en el establecimiento de las relaciones de pareja, la paciente ha manifestado inestabilidad debido a que sus parejas tenían que ser estrictamente del agrado de sus progenitores. La relación que ha mantenido con el esposo y padre de su hijo ha estado caracterizada igualmente por maltrato verbal y psicológico.

La migración, que primero la realizó el padre hacia Europa en busca de oportunidades de trabajo y más tarde se reunió con su esposa, dejando a sus dos hijas solas. Esta situación posiblemente hizo que la paciente vaya estructurando además sentimientos de soledad y desamparo, además de sentirse insegura sin la protección de los padres, lo que le motivó a conseguir un enamorado que le proteja y con quien más adelante convivió y se casó.

Problemas de pareja, que se han enfatizado aún más hace aproximadamente 8 meses debido a la infidelidad por parte del esposo de la paciente que pertenece a la institución policial.

Todas estas circunstancias experimentadas por la paciente desde temprana edad han ido configurando en ella sentimientos de soledad, desamparo, minusvalía, entre otros que al mismo tiempo han ido definiendo su personalidad.

En este caso se ha evidenciado un duelo pendiente en la vida de la paciente y corresponde al abandono de los padres en su infancia y adolescencia. Al respecto dijo: “no he podido superar el abandono de mis padres y les echo la culpa de mi fracaso porque si ellos no se hubieran ido no me casaba y no sufría lo que ahora estoy sufriendo”.

En la historia de la paciente se identifica a la melancolía como aquella reacción frente a la pérdida ideal del esposo como “objeto amado”. Es por la melancolía, que la paciente se resiste a perder a su esposo o el amor de éste, ya que, de alguna manera

se refugió en él al sentirse abandonada por sus progenitores y ahora sin él se siente incapaz de hacerse cargo de sí misma y menos aún hacerse cargo de la vida de su hijo a quien estos últimos meses ha descuidado.

Entre los principales síntomas asociados al intento de suicidio se encuentran:

Labilidad emocional que se evidencia al abordar la situación de abandono por la que esta atravesando se manifiesta llanto frecuente, tristeza, entre otros.

Sentimiento de minusvalía que se expresa en las afirmaciones reiterativas por parte de la paciente de no sentirse capaz cuidar de sí misma, de su hijo y de sobrellevar el abandono y la infidelidad de parte del esposo que ha experimentado los últimos meses. Estos sentimientos también se presentaron durante el abandono de los padres respecto a lo cual dijo: “sentía que no iba a poder hacerme cargo de mi vida ya que no estaba preparada...”. Hay que tomar en cuenta que generalmente asociado a este tipo de sentimientos se encuentran cuadros de depresión. Además se ha podido evidenciar una crisis existencial frente a la resolución de seguir o no con la vida.

Sentimiento de soledad y abandono experimentados a partir del abandono de los padres y en la situación actual vuelven a aflorar debido a la ausencia del esposo en el hogar.

Hiporexia asociada posiblemente a un deseo inconsciente de acabar con la vida. Ya que el alimento da continuidad a la vida. Además que la hiporexia se la identifica en la melancolía.

Aislamiento social como una forma de excluirse del mundo y de su relación con los demás aquí cabe mencionar que a raíz de los problemas de pareja, la paciente ha descuidado a su hijo e incluso le ha mandado con familiares a otra ciudad ya que ella no se siente en condiciones de atender a su hijo por la situación que está atravesando.

Sentimiento de culpa asociado a la pérdida del esposo, que al mismo tiempo, hará que su hijo crezca sin la imagen paterna permanente en el hogar.

Angustia asociada a la pérdida definitiva del objeto de amor o del amor del objeto. Respecto al intento de suicidio refirió: “quería salir de lo que estaba viviendo... ya no quería seguir sufriendo...”.

Los factores psicológicos y psiquiátricos identificados en este caso son:

La Desesperanza, asociada a una visión negativa del futuro ya que la paciente manifestaba resistencia a continuar con su vida sin la presencia del esposo en el hogar. “sentía que ya no tenía salida por eso me tomé las pastillas”

El trastorno dependiente de la personalidad caracterizado por permitir que otras personas asuman responsabilidades importantes de la propia vida, sentimiento de malestar o abandono al encontrarse solo debido a miedos exagerados a ser capaz de cuidar de sí mismo, el temor a ser abandonado por una persona con quien se mantiene una relación estrecha, capacidad limitada para tomar decisiones cotidianas si el consejo de los demás, percepción de sí misma como falta de resistencia frente a las situaciones por las que esta atravesando, entre otros.

La paciente refirió también haber tenido ideación suicida previa sin un método específico, la misma que comunicó al esposo algunas semanas antes de llevar a cabo el intento de suicidio y éste no le dio mayor importancia.

Trastorno depresivo recurrente- episodio actual moderado, que se caracteriza por la aparición de episodios repetidos de depresión que a menudo suelen presentarse por acontecimientos vitales estresantes. En este caso el cuadro depresivo se ha presentado a consecuencia de la separación conyugal.

Los mecanismos de defensa que se han podido identificar en este caso son:

Negación que se manifiesta en la marcada resistencia de la paciente en aceptar que su esposo ya no volverá con ella y por tanto ha perdido a su objeto amado.

Racionalización que se manifiesta al tomar la decisión del intento de suicidio como única vía legítima y razonable que le permitiría acabar con el sufrimiento que experimentaba. Al decir de la paciente: “ya no quería seguir sufriendo”, “quería salir de lo que estaba viviendo”.

Introyección, que se manifiesta en la incorporación que la paciente ha hecho de su esposo en su estructura yoica y por tal motivo está convencida de que sin él a su lado no podrá dar continuidad a su existencia porque la ausencia del esposo sería como acabar con ella misma. Es por esta razón que la autoagresión antes que pretender acabar consigo misma, busca inconscientemente dar muerte al objeto amado.

En lo que tiene que ver con la estructura psíquica de la paciente se ha identificado un posible conflicto dado entre las instancias del yo y el superyó.

Al parecer la existencia de un yo totalmente débil, inmaduro e inestable, con recursos yoicos limitados y límites del yo débiles al igual que sus defensas. Así también, las verbalizaciones de la paciente dan cuenta posiblemente de una fragilidad de la estructura yoica, por ejemplo: “yo soy bien débil y siento que no voy a poder seguir sin el padre de mi hijo...”, “soy insegura y tengo miedo de la opinión de los demás”.

Se podría hacer mención también a un yo que no ha logrado adaptarse desde los primeros años de infancia debido a los cambios súbitos respecto a sus cuidadores primarios que no le permitieron identificarse con ellos y tomar de éstos las herramientas necesarias para más adelante acoplarse al mundo externo.

El superyó por su parte se manifestaría como una instancia totalmente rígida que le conduce a la experiencia de un persistente sentimiento de culpa por el abandono del objeto amado y se manifiesta en las siguientes expresiones: “por mi culpa se fue mi esposo” “por mi culpa mi hijo no tendrá padre”, “pienso que no debí existir”.

La presencia de un superyó severo en esta estructura psíquica haría que se manifieste un cuadro de melancolía caracterizado por los frecuentes autoreproches, la autoagresión y el empobrecimiento yoico. Además se evidencia en este caso una probable desvalorización que la paciente hace de su hijo por ser una extensión de sí misma e inconscientemente pretende acabar con él.

El estado melancólico en el que presuntamente se encuentra la paciente, le conduciría a experimentar un fuerte deseo de autodestrucción, ya que, se siente profundamente culpable por su situación de abandono y la pérdida irreparable del objeto amado o el

amor de éste, donde la única forma de expiar esa culpa sería la propia muerte que en este caso se ha buscado por medio del comportamiento suicida.

El comportamiento suicida podría responder también a dar una muerte simbólica al padre o a ambos progenitores, ya que, la paciente manifestó guardarles rencor por el trato que le dieron y a quienes les hace culpables de su fracaso en la relación de pareja.

HISTORIA CLÍNICA 6

Datos Informativos:

NOMBRES Y APELLIDOS: NN

Nº DE HISTORIA CLÍNICA: 31588

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: El Empalme 23 de Septiembre de 1972.

PROCEDENCIA: Guayas

RESIDENCIA: Manabí-Portoviejo.

DOMICILIO: Portoviejo: Calle San Ignacio y Primero de Mayo. Barrio Andrés de Vera.

TELÉFONO: 081 018 975 (conviviente de paciente)

EDAD: 38 años

GÉNERO: Masculino

INSTRUCCIÓN: secundaria completa: bachiller en Ciencias Sociales.

OCUPACIÓN: Policía Nacional - Sargento Segundo- Servicio Activo: CP4 Manabí

ESTADO CIVIL: unión libre (16 años)

Nº DE HIJOS: 3: una mujer de 10 años, dos varones de 9 y de 6 años.

RELIGIÓN: católica

FECHA DE EVALUACIÓN: 29 de Octubre del 2010.

FUENTE DE INFORMACIÓN: paciente y conviviente del paciente.

Motivo de Consulta:

Paciente acude a consulta externa del Servicio de Salud Mental el día jueves 28 de octubre del presente transferido del Comando CP4 (Manta) para recibir tratamiento de su cuadro clínico: amenaza de intento autolítico con arma de fuego y con arma blanca e intento de asesinato hacia su conviviente.

Antecedentes Familiares:

Paciente es el primero de dos hijos procreado dentro de una relación de unión libre. Aproximadamente al año de vida fue abandonado junto con su madre y hermana por su progenitor. No tuvo contacto con su padre durante sus primeros 8 años de vida luego de lo cual la madre del paciente se encargó de que éste vuelva a tomar contacto con su padre y a partir de entonces mantiene una relación distante con su progenitor.

El paciente tiene una relación regular con su madre quien desde pequeño le ha sabido reprender por no cumplir adecuadamente las tareas escolares o no realizar las labores de la casa. Manifestó tener resentimiento hacia la madre porque ella se ocupó más de su pareja antes que del cuidado del paciente cuando éste la necesitaba.

La relación del paciente con su hermana menor ha sido buena porque han vivido las mismas experiencias y se apoyan el uno al otro hasta el día de hoy a pesar de que cada uno ha formado ya su hogar y tienen hijos.

Según refirió el paciente tiene cuatro hermanos de parte de su padre con quienes no mantiene contacto y del segundo compromiso de la madre tiene igualmente cuatro hermanos con los que mantiene una relación más cercana.

Antecedentes Personales:

Es el primer hijo producto de un embarazo no planificado, el parto fue normal y a término sin ninguna complicación lo mismo ocurrió en sus primeras etapas de desarrollo.

Cuando el paciente tenía un año experimentó el abandono físico y afectivo de su progenitor quien decidió formar hogar con otra mujer. Debido a esta circunstancia, la madre del paciente encontrándose con su primer hijo y con otro bebé en camino, decide acudir y vivir en casa de sus padres quienes los acogieron.

A los 3 años el paciente comienza a asistir a centro infantil donde su abuela materna era la directora y propietaria debido a que la madre del paciente quería que el niño se vaya adaptando a la vida escolar. El paciente recuerda que le agradaba mucho pasar en ese lugar cerca de su abuela.

A los 6 años ingresa directamente al primer grado en el centro educativo de la abuela y recuerda haber sido un niño amigable e inquieto. Permaneció en este centro educativo hasta los 8 años luego de los cuales la madre del paciente decide formalizar la relación con su pareja y por tanto tuvo que llevar a sus hijos con ella y su pareja a vivir en otro poblado de la costa por lo que el paciente tuvo que

cambiarse de escuela. Al decir del paciente la madre se preocupaba más de su esposo que de él y su hermana.

Entre los 8 y 9 años el paciente acude a nueva escuela donde fue maltratado física y psicológicamente por un profesor el mismo que se burlaba del paciente delante de los otros niños aduciendo que el paciente era un “tonto y bruto” porque no entendía que su apellido verdadero era Zambrano y no Montes como su padrastro. Debido al constante maltrato la madre del paciente decide retirarlo de la escuela y que permanezca en la casa hasta poderlo matricular en otra escuela por lo que pierde un año lectivo. Por la confusión que genera en el paciente la diferencia de apellidos entre él y el hombre a quien llamaba papá, su madre decide llevarlo a conocer a verdadero padre quien era un extraño para el paciente.

Entre los 10 y 11 años debido a los constantes maltratos que recibían el paciente, su hermana y su madre de parte del padrastro recuerda haber tenido ideas de autoeliminarse en una ocasión pensó ahorcarse y en otra envenenarse. Durante la infancia refiere que siempre tuvo carencia de amor, de afecto de sus padres y padrastro.

A los 13 años va a primer curso y pierde el año por bajo rendimiento ya que no tuvo suficiente apoyo y orientación de parte de su madre.

Su primera experiencia sexual fue a los 15 años, cuando acudió a un prostíbulo por la insistencia de un tío materno donde se contagia de gonorrea y sífilis lo que repercutió en su salud y tuvo que permanecer hospitalizado varias semanas por presentar pérdida de la conciencia, desorientación y adelgazó drásticamente. Una vez recuperada la salud volvió al colegio y logró concluir sus estudios secundarios a pesar del bajo rendimiento escolar que tuvo durante toda la secundaria.

A los 21 años aproximadamente ingresa a la institución policial que era uno de sus mayores anhelos desde la infancia debido a que quería ser igual a su padrastro que era policía.

A los 22 años le dan el pase a Manabí donde conoce a su conviviente con quien entabla amistad y luego de tres meses comienzan a convivir bajo unión libre y con quien ha procreado 3 hijos propios de 10, 9 y 6 años y una hija de su conviviente de 15 años que la tuvo de un primer compromiso y que al decir del paciente, él pensaba que esa niña era de él y eso le motivo a quedarse con su conviviente a pesar de no sentir amor ni cariño hacia ella debido a que el paciente no ha querido que su vida pasada se repita con sus hijos. Dijo guardar resentimiento a su conviviente y familiares de la misma porque no le dijeron la verdad sobre la niña desde un principio sino que lo engañaron.

A los 26 años ocurre su primer intento de suicidio encontrándose en estado etílico y se dispara en la cabeza y como consecuencia queda con una deficiencia permanente en sus piernas que le dificulta al caminar el intento de suicidio tuvo como causa aparente la frustración de no poder haberse casado con su primera enamorada.

Durante los años en que ha mantenido unión libre con su conviviente refirió haberle sido infiel por varias ocasiones sin ningún remordimiento. Así también su conviviente manifestó que el paciente ha realizado un sinnúmero de intentos de suicidio incluso en presencia de los hijos y también ha habido amenazas de muerte hacia ella por lo que los niños están afectados psicológicamente.

Hace 4 meses paciente se entera por su misma conviviente que ella le ha sido infiel durante un año con un policía lo que genera en él resentimiento hacia su pareja, desconfianza, celotipia, hiporexia, tristeza, insomnio mixto, ansiedad y al decir de su conviviente, bajo los efectos del alcohol comete un intento de suicidio, en esa ocasión pretendiendo incendiar la casa con él ahí dentro pero no lo llevó a cabo por intervención de sus familiares. Luego de dicho intento pide perdón a conviviente.

El domingo 24 de octubre por la noche el paciente sostuvo una discusión con su conviviente relacionada con la infidelidad de ella, llegando a atentar en contra de la vida de su conviviente y la suya al apuntarse con arma de fuego en la boca mientras relataba el paciente dijo: “no tuve el valor de hacerme daño”. Debido a todos estos acontecimientos, la pareja del paciente saca una boleta de auxilio para protegerse y además solicita en el lugar de trabajo del paciente que sea internado en una casa de

salud para protegerse ella y para que el mismo paciente no se haga daño, razón por la cual es remitido desde Portoviejo para que sea internado en esta casa de salud.

Intervención Psicológica

Al iniciar el abordaje psicológico el paciente se muestra renuente a proporcionar cualquier tipo de información con respecto al motivo de su hospitalización, actitud que fue cambiando a medida que se estableció un adecuado rapport.

Al momento de la valoración, paciente manifiesta labilidad afectiva, llanto fácil, tristeza, insomnio mixto, anhedonia, hiporexia y pérdida de peso de aproximadamente 10 libras. Además el paciente refirió: “estoy aquí porque amo a mi esposa, necesito que me ayuden, necesito sanarme. Amo demasiado a mi esposa y no hay quien la pueda reemplazar. Yo soy culpable de muchas cosas. En todo el tiempo de relación no ha habido paz”

Actividades

Psicoterapia individual enfocada al sentido de la vida del paciente y la búsqueda de posibles soluciones a sus problemas emocionales y de pareja aparte de la autodestrucción como única salida de ellos.

Psicoterapia de pareja a través de la cual se confrontó a paciente con la realidad de su situación de pareja debido a que su conviviente ha decidió apoyarlo en la recuperación pero ya no desea seguir conviviendo con él por que manifestó haberlo dejado de amar y tener temor de lo que el paciente pueda hacer en contra de ella y de sus hijos.

Aplicación de Test H-T-P, que permitió obtener los siguientes resultados:

Durante la prueba se evidenció resistencia del paciente frente a la solicitud de elaborar la misma.

En general, los rasgos observados sugieren una personalidad rígida que compensa el potencial de ansiedad flotante y la necesidad de seguridad.

El yo se presenta totalmente débil así como sus mecanismos de defensa y los escasos recursos para hacer frente a situaciones difíciles, impulsividad asociada a una fuerte necesidad de mantener la integridad de la personalidad.

Los rasgos dan cuenta de que se trata de un sujeto que tiende a la depresión con aflicción extrema, tiene un comportamiento primitivo, tiende a la regresión, se nota además dificultades sexuales y preocupaciones somáticas así como arranques de mal humor y lenguaje indecente.

Al parecer vive en un ambiente restrictivo y tenso.

Es posible evidenciar en los diferentes rasgos del dibujo agresividad, dependencia directa de la madre y personas del sexo opuesto al del paciente, inmadurez emocional, sentimientos de inferioridad, de culpa, inestabilidad, sugestibilidad y sensibilidad frente a la opinión social, presenta defensas paranoides por temor a daños que pueden venir del exterior, poco contacto con la realidad, desconfianza, dificultades en el contacto con los demás, desamparo y pérdida de la autonomía.

Instrumentos

Formato de Historia Psicológica

Observación clínica

Aplicación de Test H-T-P

Diagnóstico Presuntivo:

a) Clínico

F33. Trastorno depresivo recurrente

b) de personalidad

F60.31 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite.

ANALISIS DE CASO N° 6

Entre los principales factores de riesgo asociados a este caso se encuentran:

Un patrón de violencia física, verbal y psicológica desde sus primeros años de vida. Además de ser parte de una familia desestructurada, ya que, aproximadamente al año y medio de vida, el paciente fue abandonado por su progenitor quien decidió

abandonar a esposa e hijos y formar otro hogar, por lo que al decir del paciente “siempre le faltó el amor y afecto de sus padres”.

En los siguientes años de infancia, recibió maltrato físico por parte de su madre y su padrastro, y, al respecto el paciente supo decir que su madre se preocupaba más de su padrastro que de él y su hermana menor. Una vez escolarizado, el paciente igualmente fue víctima de maltrato físico y psicológico por parte de un profesor, el mismo que le tildaba de “tonto, y bruto” delante de los compañeros.

Según refirió la conviviente del paciente, éste le comentó que fue víctima de abuso sexual a temprana edad, sin embargo; el paciente omitió hablar del tema. Al respecto únicamente hay que decir que los antecedentes de abuso sexual y maltrato físico durante la niñez, pueden incrementar el riesgo de un comportamiento suicida en la adolescencia y la edad adulta tal como se ha podido evidenciar en este caso.

Todas aquellas circunstancias de violencia experimentadas por el paciente a lo largo de su vida pudieron haber ido configurando en él una personalidad agresiva y esto es evidente en el paciente, que, de agredido pasó a ser agresor y lo manifiesta en la actualidad a través de la agresión física y psicológica dirigida a su conviviente, a sus hijos y a sí mismo. Además de las manifestaciones de violencia, se ha podido observar que el paciente creció en medio de una desestructuración familiar, debido a la infidelidad del padre hacia la madre, luego la condición de abandono, el establecimiento de una nueva relación amorosa de su madre, entre otros factores que posiblemente fueron configurando en él fuertes sentimientos de soledad, de minusvalía, de rechazo, ya que, fueron sus padres y maestros que generalmente tienen un alto valor simbólico en el niño quienes le desvalorizaron, lo que hace que más tarde, el paciente tenga dificultades en el establecimiento de relaciones interpersonales, sea una persona insegura, emocionalmente inestable y con un alto riesgo de cometer algún tipo de comportamiento suicida como ya lo ha hecho.

Cabe destacar que la familia al ser el grupo inicial encargado de la protección y crianza de los niños tiene una labor fundamental en el desarrollo de la personalidad del sujeto. Por lo tanto, es una época en que los niños y niñas necesitan contar con

una imagen de sus progenitores que les provean de protección y afecto necesario para hacer de ellos personas psíquicamente estables.

Otro de los factores a tomarse en cuenta es la migración. En este caso, el paciente en la infancia tuvo que dejar la escuela y la casa de los abuelos maternos donde se crió para ir a vivir a otro poblado con la madre y el padrastro, esta situación puede haber generado en él un sentido de no pertenencia, una falta de identidad y una sensación de pérdida por el desarraigo repentino del lugar donde pasó varios años de su vida y tenía que adaptarse a nuevos escenarios como otra ciudad, otra escuela, nuevos compañeros y amistades, y, si no contaba con los recursos necesarios todos esos cambios pudieron haberle resultado difíciles.

La infidelidad de parte de su conviviente, ha hecho posiblemente que el paciente se sienta desvalorizado como hombre y experimente fuertes sentimientos de minusvalía los mismos que le pudieron haber llevado a episodios de depresión.

Se conoció que el paciente no ha podido elaborar la pérdida ideal de su primera enamorada, pues era con quien deseaba casarse, ya que, al decir del paciente, ella tenía las cualidades que buscaba en una mujer y como consecuencia de ésta pérdida, se ve sumergido en un posible cuadro melancólico lo que le conduciría a ejecutar un comportamiento suicida que consistió en disparar contra sí mismo y que por circunstancias fortuitas sobrevivió quedando con una discapacidad permanente en sus piernas.

Entre los principales síntomas asociados al intento de suicidio se encuentran:

Labilidad afectiva manifiesta por medio del llanto frecuente, la tristeza

Hiporexia como una forma de extinguir la vida.

Pensamientos asociados al pasado, especialmente enfocados a situaciones de fracaso como el rompimiento de relaciones amorosas, haber sido engañado por familiares cercanos y la infidelidad de su conviviente.

Sentimientos de minusvalía asociados al rechazo de su conviviente y la desvalorización que él hace de sí mismo.

Los factores psicológicos y psiquiátricos asociados a este caso son:

Ansiedad experimentada al sentirse impotente de controlar a su conviviente. Añadido a esto refirió ideas circulantes asociadas a infidelidad de su conviviente, las mismas que le resultaban altamente ansiógenas.

Sentimientos de desesperanza que debido a la rigidez de pensamiento del paciente hacen que se encuentre fijado en su condición presente de abandono de la que no puede salir fácilmente ya la vez, le impiden proyectarse hacia el futuro.

Trastorno de personalidad límite de tipo impulsivo, cuyas principales características son: la inestabilidad emocional y la ausencia de control de los impulsos. En este trastorno son frecuentes las explosiones de violencia o un comportamiento amenazante, sobre todo frente a la crítica de terceros.

Antecedentes de intentos e suicidio previos, que se han presentado por lo menos en tres ocasiones anteriores a la que está siendo atendido, y solamente en una de esas ocasiones recibió atención médica debido a la gravedad del cuadro clínico que presentaba que fue un disparo en la cabeza.

En los antecedentes personales proporcionados por el paciente, se ha podido identificar la posible presencia de un deseo inconsciente de buscar su propia muerte.

Trastorno depresivo recurrente, caracterizado por la aparición de episodios repetidos de depresión que a menudo suelen presentarse por acontecimientos vitales estresantes. En este caso la situación desencadenante de la depresión podría ser la situación de infidelidad experimentada por el paciente. Esta infidelidad tiene para el paciente una significación de que él puede ser reemplazado y a través de la infidelidad se reafirman sus sentimientos de minusvalía reflejados en la incapacidad de vivir la propia vida o pensar que nadie más le puede amar, experimentando un vacío existencial del que al parecer no sería posible sobrevivir.

Entre los principales mecanismos de defensa identificados en este caso están:

Desplazamiento, ya que al parecer existe un sentimiento de odio hacia la madre, el mismo que es desplazado en la actualidad hacia la esposa a quien por fuerza pretende tener a su lado.

Represión, debido a que reprime de la consciencia recuerdos que le resultan dolorosos como el abuso sexual del cual fue víctima. Este hecho puede inconscientemente llevar al paciente a la autodestrucción.

Regresión, a través de la cual puede estar buscando un estado de quietud o un estado que compense la seguridad que necesita. En este caso el comportamiento suicida podría ser un retorno al vientre materno, ya que el paciente refirió que: “ya no quería seguir sufriendo”.

Negación, identificada en la marcada resistencia que pone el paciente para aceptar la pérdida de su objeto amado y el no admitir que ella ha dejado de amarle y ya no quiere tener ninguna relación con él.

Introyección, debido a que el paciente ha introyectado dentro de su yo a su conviviente por lo que manifestó que la considera irremplazable y además que si ella no es para él, no lo será para nadie. A la par, el paciente pudo haber introyectado en su yo a la imagen materna y ver en el resto de mujeres aquella imagen de la madre que le negó el cuidado y la protección que él necesitaba, por lo que, inconscientemente pretende castigar a la madre.

En lo que tiene que ver con la estructura psíquica del paciente, se ha analizado la presencia de un ello dominante que se dejaría llevar por la impulsividad en sus actos manifiesta en la agresión hacia su conviviente y a sus hijos, luego de lo cual manifiesta arrepentimiento con lo que ya nada puede reparar. Además de agredir a los demás se autoagrede y todo esto sin tomar consciencia del alcance de sus actos, ya que, el ello se limita a dar respuesta inmediata a la satisfacción de los impulsos, lo que da cuenta de un comportamiento primitivo.

Por su parte el yo se presentaría débil y emocionalmente inmaduro y se encontraría la mayor parte del tiempo a merced del ello. Los mecanismos de defensa empleados por esta instancia psíquica son escasos para hacer frente a situaciones difíciles.

Finalmente, el superyó, al parecer no se fue estructurando adecuadamente por la falta de referentes a través de los cuales se podía haber ido estructurando sobretodo con la imagen paterna que es la encargada de establecer reglas y normas en el sujeto y que en este caso fue una imagen ausente desde los primeros años de vida del paciente.

CUADRO DE RESULTADO DE ANALISIS DE CASOS

CRITERIOS DE ANALISIS	RELACIONES VINCULARES	MECANISMOS DE DEFENSA	ELABORACIÓN DE DUELOS
<p>DESCRIPCIÓN</p>	<p>Durante el análisis de casos, fue notoria la manifestación de relaciones conflictivas en al menos una de las áreas que fueron abordadas en los pacientes. Las áreas tomadas en cuenta son:</p> <p><u>ÁREA FAMILIAR:</u></p> <p>De manera general, en todos los casos se evidenció una desestructuración de la familia y/o de la pareja, lo que ha ido configurando en los pacientes inestabilidad emocional, sentimientos de minusvalía, de soledad y desamparo, entre otros, que han sido tomados en cuenta en el análisis.</p> <p><u>Relación con los padres:</u></p> <p>6 de los 6 pacientes expresaron tener malas relaciones con ambos progenitores o al menos con uno de ellos, que generalmente ha sido el padre. La relación conflictiva entre progenitor/es y paciente, según refirieron, se había iniciado en los primeros años de infancia y/o adolescencia y ha persistido en la vida adulta como consecuencia de la falta de resolución de conflictos entre padres e hijos.</p> <p><u>Relación de Pareja:</u></p>	<p>Los mecanismos de defensa que con frecuencia han sido utilizados por los pacientes que han llevado a cabo al menos un intento de suicidio han sido:</p> <p>En 3 de los 6 casos se ha presentado La Identificación la cual han manifestado con una persona significativa en su vida como: el padre o la madre o la identificación con su cónyuge.</p> <p>6 de los 6 casos han hecho uso del mecanismo de la Negación y que se ha evidenciado principalmente en la resistencia persistente a desvincularse del “objeto amado”, debido a que, el rompimiento de vínculos con éste objeto, hace que, la persona experimente una significativa angustia.</p> <p>3 de los 6 casos han hecho uso de la introyección y en la mayor parte de ellos han introyectado al “objeto amado”, al que lo han hecho parte de su yo.</p> <p>3 de los 6 casos han empleado la Represión como un mecanismo que les ha permitido suprimir acontecimientos en su vida que les han resultado altamente angustiantes.</p> <p>2 de los 6 casos han manifestado el uso de la Regresión como un medio a través del</p>	<p>Los pacientes no han podido superar básicamente la pérdida real o ideal de alguno de sus progenitores, especialmente la pérdida de la figura paterna que en la mayoría de casos la han experimentado en los años de infancia y/o adolescencia, etapas en las cuales nadie les ayudó a procesar duelos.</p> <p>En las primeras etapas de vida sería donde más se requiere de la presencia de los padres que son los encargados de vincular a los hijos en la sociedad y de proporcionar herramientas y recursos a los hijos para que más tarde éstos puedan desenvolverse libre y satisfactoriamente en medio de los diferentes grupos humanos.</p>

	<p>6 de los 6 pacientes refirieron problemas de pareja en la actualidad. 4 de los 6 pacientes refirieron infidelidad de parte de su pareja. 2 de los 6 pacientes refirieron ruptura definitiva de la relación con su pareja. En los 6 casos, ha sido la conflictiva en la relación de pareja lo que motivó la ejecución del intento de suicidio.</p> <p><u>AREA LABORAL:</u> 4 de los 6 pacientes son miembros de la institución policial, quienes durante la hospitalización, refirieron preocupación en esta área, ya que temían perder su puesto de trabajo debido al comportamiento suicida que llevaron a cabo.</p> <p><u>AREA RELIGIOSA:</u> 1 de los 6 casos refirió resentimiento con Dios y el resto de pacientes omitieron el tema.</p>	<p>cual llegar a un estado de quietud o un estado que le proporcione seguridad y donde pueda mantenerse a buen resguardo de las situaciones generadoras de angustia.</p>	<p>Continúa...</p>
--	--	--	--------------------

SIGNIFICACIÓN DE LOS FACTORES PREDISPONENTES	EDAD Y SEXO	MÉTODOS DE INTENTO DE SUICIDIO
<p>La Violencia, expresada principalmente en el abandono y ausencia significativa de parte del padre, de la madre o de ambos hacia el paciente durante los años de infancia y/o adolescencia en que resultaría imprescindible la presencia continua de estas figuras en la vida de la persona, ya que, constituyen sus primeros referentes en los cuales apoyarse para ir estructurando su personalidad, además de contribuir en el establecimiento de nuevas relaciones y su adaptación al mundo externo.</p> <p>La violencia física, verbal y psicológica, el ambiente caótico y la progresiva desintegración familiar que el paciente ha experimentado en su familia de origen, haría que éste busque por todos los medios salir de ese ambiente, estableciendo así relaciones afectivas poco saludables y en algunos casos, los pacientes inconscientemente han reproducido un patrón de convivencia y comportamientos similares al de sus familias de origen y están unidos a personas que ejercen la violencia como un estilo de vida, situación que ha ido acentuando su desvalorización.</p> <p>La violencia naturalizada en el estilo de vida de la persona ha contribuido a la desintegración familiar y a constantes problemas de pareja caracterizados por la infidelidad de uno de los cónyuges. Esta situación, de alguna manera, sacaría a flote o reafirmaría en quien la experimenta su desvalorización personal o baja autoestima.</p>	<p>Para el análisis de casos, se ha trabajado con un número de 6 pacientes que pueden ser hombres o mujeres en una edad comprendida entre los 21 a 50 años.</p> <p>3 de los 6 pacientes son hombres y 3 de los 6 pacientes son mujeres.</p> <p>La edad de los pacientes mientras se llevaba a cabo el análisis ha sido:</p> <p>2 pacientes de 27 años, 1 paciente de 28 años, 2 pacientes de 29 años y, 1 paciente de 38 años.</p>	<p>2 de 6 pacientes con Herida de arma blanca en cara anterior de muñecas.</p> <p>2 de 6 pacientes intoxicación con fármacos</p> <p>2 de los 6 pacientes herida con arma de fuego.</p>

El Duelo. En algunos de los casos, se ha notado que el intento de suicidio posiblemente se encuentra asociado a la no superación de duelos, ya que, al parecer no se ha trabajado en el procesamiento oportuno de las pérdidas experimentadas, debido a que nadie les ayudó a procesar oportunamente los duelos y situaciones de difícil procesamiento como la ausencia de los padres, enfermedades, ruptura de relaciones afectivas, cambios de residencia, entre otros. Todo esto podría relacionarse con una sensación de pérdida latente en los pacientes lo que les generaría una angustia insostenible.

Así también en la mayoría de los casos analizados, al parecer ha sido la pérdida ideal o real del “objeto amado” o del “amor del objeto”, lo que, motivó a cometer el intento de suicidio, debido a que, dicha pérdida se vincularía inconscientemente con el primer abandono que fue la experiencia de la pérdida del padre. Entonces, este conflicto presente en la vida de los pacientes se agudiza con los sucesivos abandonos.

Frente a esta situación, sería la instancia psíquica del yo la que experimentaría una angustia insostenible que le conduciría a la autoagresión como única salida al dolor.

La Migración, que tiene que ver con el desarraigo en algunos casos inesperado del paciente respecto a su tierra de nacimiento, de su familia, sus costumbres, entre otros que paulatinamente lo

<p>irían dejando sin una plataforma afectiva en la que se pueda contener, lo que generaría diferentes grados de depresión junto con sentimientos de soledad y desamparo.</p> <p>Trastornos de la personalidad que se pudieron haber iniciado en la infancia básicamente con las carencias de tipo afectivo y que se han agudizado en la vida adulta, posiblemente debido a la falta de referentes significativos que contribuya a la formación de la personalidad.</p> <p>Durante el análisis de casos, se ha observado que quienes cometen el intento de suicidio al parecer manifiestan cierta dependencia psicológica al afecto de personas significativas en sus vidas y que en caso de ser abandonados por las personas de quienes dependen, experimentarían un vacío existencial del que presuntamente no se sobreviviría.</p> <p>El desempleo, que impide que la persona pueda incidir en la realidad social y que paulatinamente va anulando las subjetividades en una sociedad carente de equidad.</p> <p>La depresión episódica o permanente en algunos de los casos que se vincula con la desesperanza experimentada por el paciente lo que le haría vislumbrar un futuro incierto.</p> <p>El consumo de alcohol asociado a una forma de automedicación o de autodestrucción frente al vacío existencial.</p> <p>Las circunstancias personales del paciente que han sido valoradas en cada uno de los factores estudiados, al parecer han incidido en el paciente</p>		
--	--	--

<p>para promover un comportamiento autodestructivo. Los factores analizados podrían ser interpretados como acontecimientos importantes de desestructuración de la personalidad, la misma que daría como resultado una personalidad con escasa madurez y autonomía y al mismo tiempo carente de recursos con los cuales poder enfrentar pérdidas afectivas o cualquier otra adversidad que se pudo haber presentado en alguna etapa de la vida.</p>		
--	--	--

CAPITULO VII: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

A lo largo de la investigación planteada, se ha reafirmado que el comportamiento suicida y una de sus categorías que es el intento de suicidio constituye un problema real e importante de salud pública en el país, que tiene que ser atendido con urgencia y al abordarlo tomar en cuenta que la persona en calidad de paciente, requiere que su problemática sea atendida de manera integral y oportuna.

El intento de suicidio es un fenómeno complejo que responde a múltiples factores, entre los principales que se han podido identificar y describir se encuentra la violencia en todas sus manifestaciones que ha estado presente desde las primeras relaciones vinculares establecidas entre el paciente y sus progenitores y más tarde se ha manifestado en otros espacios. Esta violencia naturalizada en el estilo de vida de la persona ha contribuido a la desintegración familiar y a constantes problemas de pareja caracterizados por la infidelidad de uno de los cónyuges que conduce a una separación temporal o definitiva. Esta situación, de alguna manera, sacaría a flote o reafirmaría en quien la experimenta su desvalorización personal o baja autoestima, provocaría un alto grado de angustia incompatible con la existencia debido a la debilidad yoica que presenta la estructura psíquica del paciente. Así mismo, la infidelidad por parte de uno de los cónyuges, generaría en el otro un sentimiento de frustración y debido a la rigidez del pensamiento, verían a su condición actual como una situación permanente en su vida y no como una situación que tarde o temprano pasará.

En cuanto a los procesos que se llevan a cabo frente a una pérdida real o ideal, es importante mencionar que todo duelo necesariamente requiere de un proceso a seguir paso por paso, queriendo decir con esto que de ninguna manera se puede esperar que el duelo se resuelva de una forma instantánea como se espera de tantas otras cosas en la sociedad actual. El duelo necesariamente requiere de un proceso consciente de la pérdida para su genuino procesamiento y superación. Por lo tanto, sería importante desde el espacio psicoterapéutico proporcionar al paciente recursos con los cuales pueda procesar adecuadamente la pérdida siguiendo cada una de las etapas que implican el trabajo de duelo y alcanzar la superación del mismo por medio del

establecimiento de nuevos vínculos e intereses sociales en el medio en donde el paciente se desenvuelve, partiendo desde la toma de conciencia de la pérdida del ser amado.

En los casos de duelos que llevan un buen tiempo sin ser elaborados, buscar igualmente en el espacio psicoterapéutico recursos a través de los cuales se pueda lograr el cierre del duelo y que el paciente de continuidad a su proyecto de vida de ahí en adelante. De ahí que el espacio psicoterapéutico será utilizado como un medio por el cual se le proporcione al paciente recursos con los que pueda canalizar la superación tanto de duelos como de casos de melancolía.

También se ha podido evidenciar en quien ha llevado a cabo un intento de suicidio un profundo sentimiento de ira que puede ser experimentado por la persona que lo ejecuta de manera consciente o inconsciente hacia su “objeto de amor” llámese pareja, padre/ madre, entre otros y que al no poder ser expresado se vuelve contra la misma persona en forma de autoagresión. El comportamiento suicida podría ser interpretado como un asesinato encubierto que originalmente sería dirigido a otro para castigarlo o dañarlo.

A través del estudio de casos se ha podido identificar al mismo intento de suicidio como un síntoma de la situación actual por la que atraviesa la persona o como una llamada de socorro frente a situaciones de difícil procesamiento. Además el intento de suicidio como síntoma estaría asociado a cuadros clínicos específicos como la depresión, el consumo de alcohol o la presencia de trastornos de la personalidad.

Se ha podido evidenciar en quien ha cometido intento de suicidio la presencia de una estructura psíquica en constante conflicto entre las diferentes instancias que la conforman y la evidencia de una estructura yoica débil, emocionalmente inestable y limitada en recursos con los que pueda salir de la situación de pérdida del objeto amado o del amor del objeto que de alguna manera han motivado la autodestrucción de la persona. Además se ha observado en los pacientes que mantienen vínculos sociales escasos lo que les lleva a ferrarse a un único objeto de amor que cuando los

abandona de forma real o ideal se quedan sin el apoyo de este objeto que hasta cierto punto sostiene su existencia.

RECOMENDACIONES

En el trabajo psicoterapéutico con estos pacientes, enfatizar en la confidencialidad de la información proporcionada por ellos y tratarla únicamente en el espacio terapéutico, sobre todo en los casos de pacientes que pertenecen a una institución como lo es la Policía Nacional.

Se recomienda en la medida de lo posible, la participación de los familiares de los pacientes con comportamiento suicida en el espacio psicoterapéutico con el fin de contar con vínculos sociales cercanos al paciente que le sirvan de apoyo durante el proceso de recuperación.

Específicamente en el caso del HQ1 sería recomendable crear una red de atención y seguimiento idóneo para los casos de pacientes con diagnóstico de intento de suicidio, con el fin de que el paciente pueda alcanzar su recuperación tanto psicológica como orgánica.

Hacer uso de los lineamientos básicos que se han desarrollado en este estudio para que sean aplicados en el abordaje e intervención de pacientes con comportamiento suicida y profundizar aún más en el estudio de la dinámica de la estructura psíquica de los pacientes, integrando otras teorías psicológicas afines a los contenidos psicoanalíticos a través de los cuales poder interpretar este comportamiento autodestructivo.

Que el psicólogo clínico trabaje incansablemente en la búsqueda de su posicionamiento en el ámbito hospitalario y vayan creando espacios donde se puedan abordar estas problemáticas que están afectando la salud mental de los ecuatorianos.

Debido a que el comportamiento suicida es un fenómeno angustiante tanto para quien lo experimenta como para quien lo trata, se debería trabajar conjuntamente con el respaldo y la supervisión de psicoterapeutas que tengan trayectoria en investigaciones afines al tema que se ha tratado en este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. BLEICHMAR, Norberto y LEIBERMAN, Celia, *EL PSICOANÁLISIS DESPUÉS DE FREUD, TEORÍA Y CLÍNICA*, Paidós Psicología Profunda, Primera Edición 1997, México-DF.
2. BUCK, John N, *Manual y guía de interpretación de la técnica de dibujo proyectivo H-T-P*, Editorial El Manual Moderno, México-DF.
3. CIE 10, *Clasificación Internacional de las enfermedades: Trastornos mentales y del comportamiento*, OMS, 1992.
4. CLEMENTE, Miguel y GONZALES Andrés, *SUICIDIO Una alternativa social*, Editorial Biblioteca Nueva, Madrid-España, 1996.
5. DURKHEIM, Emilio, *El Suicidio, Estudio de Sociología*, Editorial SCHAPIRE S.R.L, Buenos Aires- Argentina, 1965.
6. FADIMAN; James y FRAGER, Robert, *Teorías de la personalidad*, Cuarta Edición, Oxford University Press, Prentice Hall, México, 2001.
7. FLACHIER, Jorge, *AUXILIAR DE PSICOLOGÍA CLÍNICA*, Dirección Nacional de Rehabilitación Social, Quito-Ecuador, 1989.
8. FREUD, Sigmund, *“Duelo y Melancolía”*: OBRAS COMPLETAS, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 2000, Volumen XIV.
9. FREUD, Sigmund, *El Malestar en la Cultura y otros ensayos*, Editorial Alianza, S.A, Madrid, 1970.
10. FREUD, Sigmund, *“El yo y el ello y otras obras”*: OBRAS COMPLETAS, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 2000.
11. FREUD, Sigmund, *“INTRODUCCION AL NARCISISMO”*: OBRAS COMPLETAS, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 2000.
12. FREUD, Sigmund, *“Más allá del principio de placer”*: OBRAS COMPLETAS, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1976, Volumen XVIII.
13. FREUD, Sigmund, *“Inhibición, síntoma y angustia”*: OBRAS COMPLETAS, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1976, Volumen XX.
14. FREUD, Sigmund, *“Pulsiones y destinos de pulsión”*: OBRAS COMPLETAS, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1976, Volumen XIV.
15. GONDRA; José María, *HISTORIA DE LA PSICOLOGÍA*, Introducción al pensamiento psicológico moderno, Volumen II: Escuelas, Teorías y Sistemas Contemporáneos, Editorial SINTESIS, Madrid-España, 2001.

16. HERNÁNDEZ, Sampieri, Roberto; FERNÁNDEZ, Carlos y BAPTISTA, Lucio, Pilar, *METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN*, Cuarta Edición, Mc. Graw Hill INTERAMERICANA EDITORES, México-DF, 2006.
17. INEC: *Anuario de nacimientos y defunciones año 2007*, Quito-Ecuador.
18. Informe Mundial sobre la violencia y la salud-Prevención, Editado por Etienne G. Drug, Linda L. Dahlberg, James A Mercy, Anthony B Zwi y Rafael Lozano, Publicación Científica y técnica N° 588, Organización panamericana de la Salud. Oficina Sanitaria Panamericana. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud 525 Twenty-Third ST: NW Washington DC 200037, EUA, 2003.
19. LORRAINE, Serr, *Agonía, muerte y duelo*, Editorial El Manual Moderno, México-DF-México.
20. MENNINGER; Karl, *EL HOMBRE CONTRA SI MISMO*, Editorial d' Edicions, Barcelona-España, 1972.
21. REGALADO; Luis, Dr. *METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN*, Cualitativa, Participativa, Acción, Ediciones Abya-Yala, Quito-Ecuador, 2001.
22. SLAIKEU, Karl, *Manual para la práctica e investigación*, Editorial El Manual Moderno, Segunda Edición, México CDF-México, 1996.
23. TAYLOR, S.J., BOGDAN, R., *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*, Editorial Paidós.
24. VALLEJO, Ruiloba, J, *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*, 5ª Edición, MASSON S.A, Barcelona-España, 2003.

CONGRESO:

CONGRESO: 14va Jornada de Abril: *PREVENCIÓN DEL SUICIDIO*, Quito-Ecuador, 24-25 de Abril de 2008.

DICCIONARIOS:

1. BRUNO, Frank, *Diccionario de términos psicológicos fundamentales*, Primera Edición, Ediciones PAIDOS IBERICA, S.A, Barcelona-España, 1988.
2. *DICCIONARIO DE PEDAGOGÍA Y PSICOLOGÍA*, Editores CULTURAL S.A, Madrid-España, 2002.

3. LAPLANCHE, Jean; BERTRAND, Jean, *DICCIONARIO DE PSICOANÁLISIS*, Primera Edición, Ediciones PAIDOS IBERICA, Buenos Aires-Argentina, 1997.
4. ROUDINESCO, Elisabeth; PLON, Michel, *DICCIONARIO DE PSICOANÁLISIS*, Segunda Edición Actualizada y Revisada, Editorial PAIDOS, Buenos Aires-Argentina, 2008.
5. DICCIONARIO ILUSTRADO OCEANO DE LA LENGUA ESPAÑOLA, Oceano Grupo Editorial S.A, Barcelona-España.
6. Microsoft Encarta Biblioteca Premium 2009.

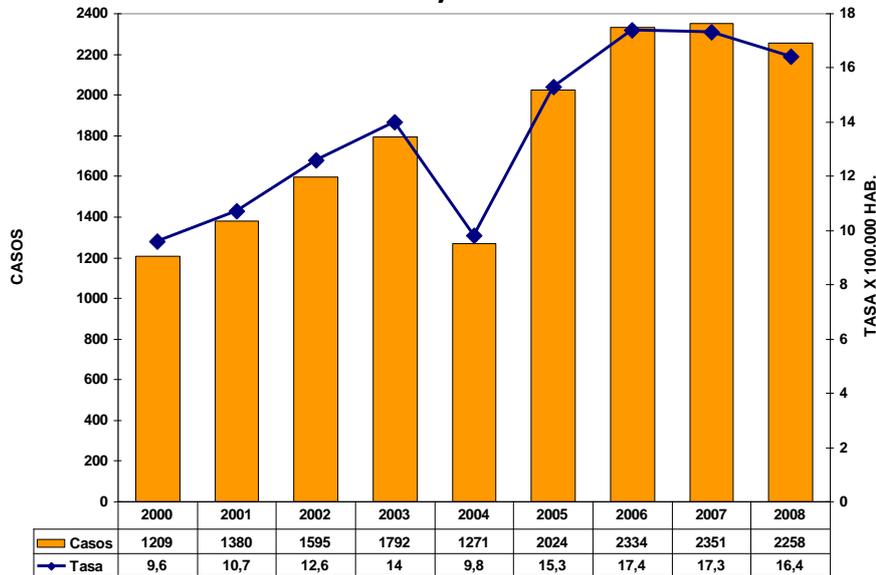
INFORMACIÓN OBTENIDA DE INTERNET:

1. OMS: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
2. <http://psiconet.com/ramirez/articulos2/suicidi.html>
3. Internet: DICCIONARIO DE PSICOLOGÍA CIENTÍFICA Y FILOSÓFICA.

ANEXOS

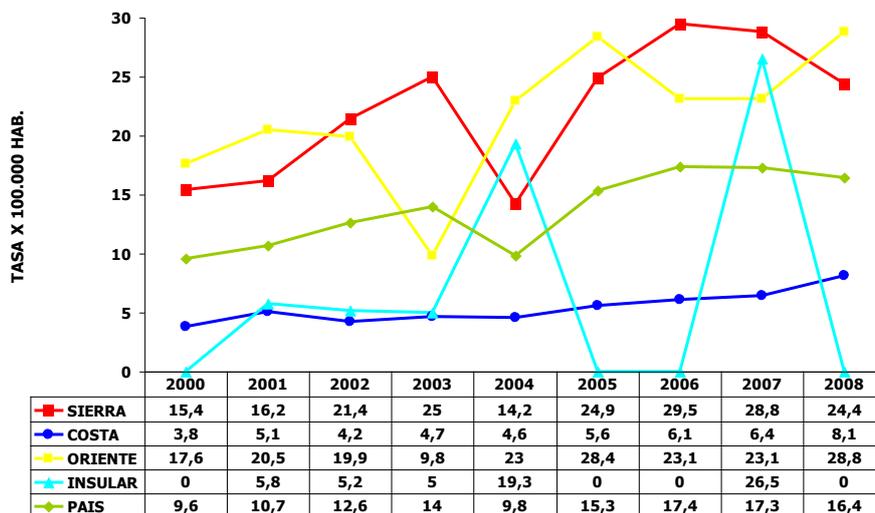
Estadísticas proporcionadas por el Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Responsable: Dr. Enrique Aguilar.

Incidencia de Intento de Suicidio Ecuador, 2000-2008



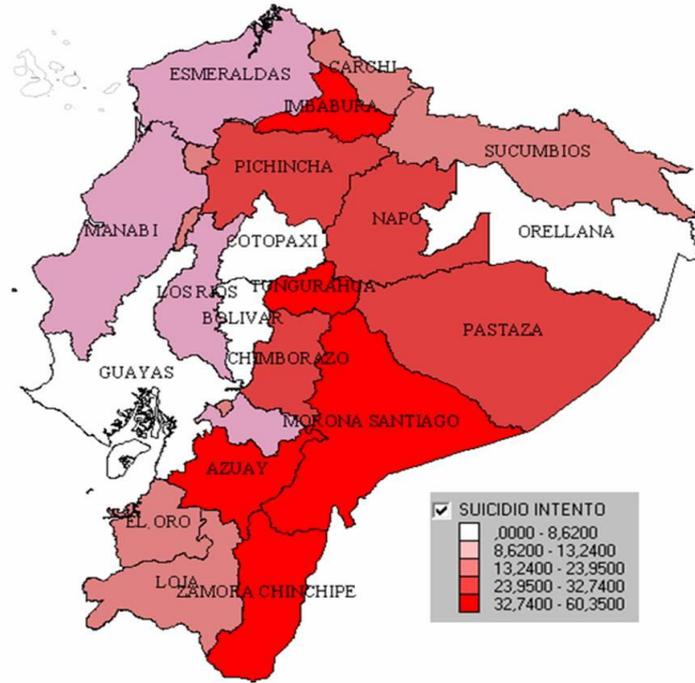
FUENTE: EPI-2
ELABORACIÓN: DIRECCIÓN NACIONAL DE SALUD MENTAL - MSP

Incidencia de Intento de Suicidio según región Ecuador, 2000-2008



FUENTE: EPI-2
ELABORACIÓN: DIRECCIÓN NACIONAL DE SALUD MENTAL - MSP

TASAS DE INTENTO DE SUICIDIO. ECUADOR 2007



Exteriores del Hospital Quito N° 1 de la Policía Nacional 2010



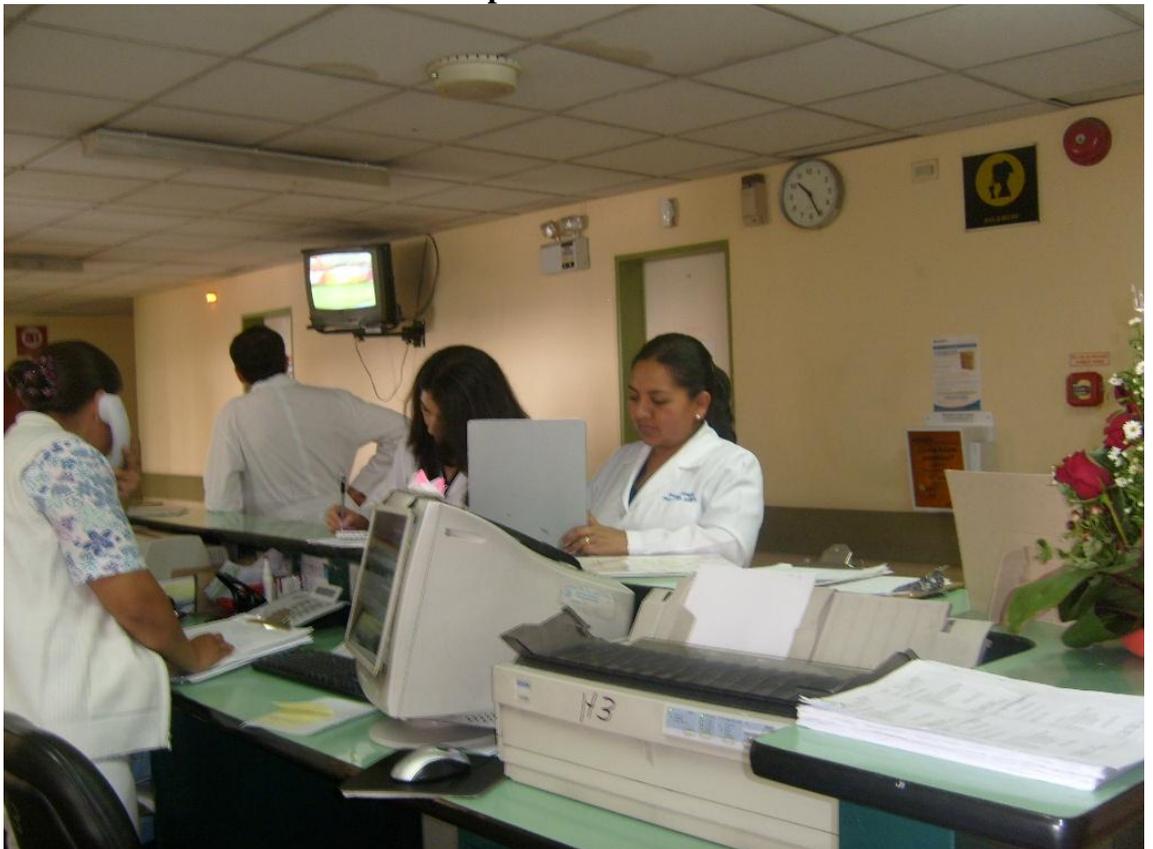
Ingreso a Consulta Externa de las diferentes especialidades



Ingreso al Servicio de Emergencia donde son atendidos los pacientes por intento de suicidio



Estación de Enfermería (H2Norte), llenando la hoja de Evolución de los pacientes



Consulta Externa - Salud Mental, durante la Psicoterapia con el paciente



Aplicación de Test H-T-P a una de las pacientes

