

Vínculos familiares disfuncionales asociado al riesgo suicida en la adolescencia

Dysfunctional family links associated with suicide risk in adolescence

Silvia Viviana Pugliese¹

Resumen

El adolescente atraviesa un complejo proceso en cuyo telón de fondo está el tipo de apego vivido con sus cuidadores primarios.

Numerosas investigaciones de distintas líneas teóricas, demostraron que aumenta los riesgos y la vulnerabilidad a los comportamientos suicidas de los adolescentes cuando provienen de familias disfuncionales o violentas; ya sea violencia en el plano sincrónico o diacrónico.

En base a una muestra de 248 adolescentes, 135 presentaron riesgo suicida, y se concluyó que el 77,77% provienen de familias disfuncionales y de ellas, el 60% provienen de familias violentas.

Ante las heridas narcisísticas que debe enfrentar el adolescente, si no cuenta con la contención y sostén familiar o social, el riesgo es el pasaje al acto. En ese sentido, la autoagresión se vuelve una defensa ante sentimientos dolorosos e intolerables.

Palabras clave

Violencia familiar- Adolescencia- Riesgo Suicida

Abstract

The teenager goes through a complex process whose background is the type of attachment they had with their primary caregivers.

Many investigations of different theoretical lines, showed that dysfunctional or violent families increases the risks and vulnerability to suicidal behaviors of teenager; violence in the either synchronic or diachronic plane.

¹ Ex Psicóloga en el Hospital de Niños de San Juan (Argentina). Ex Coordinadora del Comité de Maltrato Infanto-Juvenil del Htal. de Niños. Ex Profesora Titular de Ética y Legislación Profesional en Univ. Católica de Cuyo. Profesora Titular de Especialización de Estrategias de Evaluación en Psicología Postgrado- UAI. Directora y Profesora en la Diplomatura en Psicodiagnóstico - Postgrado -Univ. del Aconcagua- Univ. Católica de Cuyo. Profesora en la Diplomatura en Psicodiagnóstico - Postgrado -Univ. del Aconcagua. Doctoranda en Psicología en Univ. del Aconcagua- Directora: Dra. Anna de Villemor Amaral. Coordinadora Científica de la Biblioteca Virtual de Salud- Psicología- Argentina (BVS.Psi.Arg). Representante Nacional ante la Sociedad Interamericana de Psicología. Email de contacto: silviavpugliese@gmail.com

Based on a sample of 248 teenagers, 135 presented suicidal risk, and it was concluded that 77,77% come from dysfunctional families and 60% of them come from violent families.

Because of the narcissistic wounds that the teenager must face, if he does not have the family or social support, the risk is the passage to the act. In that sense, self-aggression becomes a defense against painful and intolerable feelings.

Key words

Family Violence- Adolescence- Suicidal Risk

Investigaciones desde distintas vertientes teóricas concluyen en la importancia de la coherencia y la previsibilidad del entorno del niño en la salud mental.

Bowlby describió los distintos tipos de apego y su influencia en el desarrollo de la personalidad. El apego seguro se instala cuando los padres o cuidadores sensibles y accesibles ante las señales de su hijo y cuando busca protección y/o consuelo. A diferencia del apego inseguro que genera conductas disfuncionales según el tipo de apego, que pueden llegar al maltrato.

En consecuencia, el factor protector de algún tipo de maltrato es el vínculo padres-hijo, caracterizado por el apego seguro. Por su parte, Haskett (2006), agrega que el factor protector de las relaciones paterno-filiales es el apoyo social.

En esa línea, cuando hablamos de niños víctima de maltrato infantil, hablamos de la capacidad de los seres humanos de producir la deshumanización de su prole, contradiciendo la función matricial de la familia en orden a la humanización, individuación y socialización. Destruye donde debiera construir.

Hacer referencia a maltrato generalmente se asocia a violencia, pero la violencia presenta varias aristas, no siempre vinculada a la patología.

Aulagnier destaca la importancia de la violencia constructiva, esa violencia nacida del contrato narcisista, del intercambio entre el sujeto y su grupo (familia) que le otorga un lugar en el conjunto social a cambio de tomar su modelo ideal y al mismo tiempo le permite la constitución del psiquismo. Este contrato establece lo permitido, lo prohibido y un tercero garante de su cumplimiento. A diferencia de la violencia destructiva que surge del pacto narcisista, donde no hay contrato ni garante. Genera violencia y coerción para instituirlo. Contiene y transmite violencia y no permite la libertad, la autonomía y la subjetivación de sus miembros.

El infante humano se anida en una trama vincular intersubjetiva, cuyo entretejido conecta diversas subjetividades en el plano sincrónico y en el plano diacrónico. Cuando la violencia que se despliega en el plano sincrónico, la observamos en los vínculos temporalmente horizontales y en el plano diacrónico en la trama de los vínculos intergeneracionales.

Trazas intergeneracionales de la violencia

En el plano diacrónico, se encuentran las trazas prehistóricas, en lo "no inscripto" o "pasado silenciado" (Kaës, 1983). Cuando antiguos duelos no tramitados, originados en graves heridas narcisísticas (humillaciones, vergüenzas intolerables, crímenes inconfesables) no han sido puestos en palabras, guardados en secreto pueden aparecer en generaciones posteriores como patologías enigmáticas. Silenciados en la primera generación, sin palabras en la segunda e impensables en la tercera.

Estos "rasgones" del tejido psíquico, se evidencian por sucesos inexplicables que irrumpen desde el descendiente designado como portador de la denuncia del daño transgeneracional.

Gampel desde una mirada más contextual aborda los efectos del procesamiento de la violencia social. Para ello describe tres capas: 1) lo siniestro como un sentimiento y una señal de alarma, 2) los antecedentes de lo siniestro y de la seguridad, que nos permiten ver la división y la ambigüedad que se producen cuando las personas no pueden hacer frente a los sentimientos relacionados con su sufrimiento insoportable, y 3) el "efecto radiactivo" de la violencia social que penetra en sus víctimas y que éstos han transmitido de manera inconsciente a la siguiente generación.

Gampel denomina "identificación radioactiva", para explicar las penetraciones de aspectos terribles, violentos y destructivos desde la realidad externa transmitida de generación en generación. Experiencia de terror y horror que no pueden ser tramitadas. Radioactiva porque entra en la psiquis y el sujeto no tiene control sobre ello. Son constelaciones inconscientes traumáticas y conflictivas que forman parte de la identidad. Cualquier descendiente puede tener el germen de estas tendencias peligrosas. Son contenidos que no han sido metabolizados, que tienden a regresar a través de la pulsión de muerte (hacia otros, hacia sí mismo o actos criminosos compulsivos).

Menciono sólo algunas de las situaciones macrosociales de violencia que pudieran estar operando en sociedad argentina:

- 1) Nativos: que padecieron humillaciones, despojos de sus tierras, su cultura y su identidad
- 2) Inmigrantes: que sufrieron la humillación de la migración forzada, desarraigo.
- 3) Dictaduras: desaparición, tortura y ejecución de personas. Exilio y regreso de los exiliados.

- 4) Guerra de Malvinas: jóvenes obligados a enfrentar la muerte y el horror. Familias quebradas por la muerte de sus jóvenes. Sobrevivientes y su no lugar en la sociedad.
- 5) Democracia: Excesos, corrupción, impunidad, inseguridad.
- 6) Economía de mercado vigente: anonimato de las organizaciones y empresas. Migración forzada dentro y fuera del país.

A partir del análisis post-mortem de pacientes suicidados, se ha podido hilvanar y comprender cómo experiencias de violencia y horror vividas en generaciones anteriores han derivado en suicidio en la tercera o cuarta generación.

Trazas de vínculos familiares disruptivos y violentos

En el plano sincrónico la violencia puede estar facilitada por la dependencia y el poder. Las últimas investigaciones se han centrado en el efecto de la intersección de múltiples adversidades (Appleyard et al., 2005; Chapman et al., 2004; Dong et al. 2004); y analizan el maltrato infantil dentro de un contexto general y destacan cómo todas las formas de maltrato influyen en su salud y en el desarrollo del niño (Cicchetti y Toth, 1995).

A nivel intrapsíquico, el maltrato deja una herida narcisista y la vivencia de injusticia, en tanto duelos no tramitados, que puede dar lugar al desencadenamiento de una carga pulsional desligada. Y la venganza aparece expresada en estallidos de furia. Por ello, cuando una situación lo desborda o lo impotentiza, estalla y sus destinatarios son aquellos sobre los que ejerce algún poder y puede llegar hasta la crueldad y el sadismo. Crueldad y sadismo que puede terminar en el homicidio, como en los casos de femicidio o infanticidio como derivación de la violencia de género, en el caso de victimarios varones. O el caso de abuso materno de apoderamiento de los hijos, que impiden la vinculación con sus padres, cuando la victimaria es una mujer.

Turner, Finkelhor y Ormorod (2012) en una investigación sobre una muestra de 2.016 niños de 2 a 9 años que habían padecido distintas formas de maltrato y niños testigo de violencia, corroboró que la exposición al maltrato, se asociaba significativamente los síntomas de trauma con índices de disfunción parental, adversidad familiar, inestabilidad residencial y prácticas de crianza conflictiva.

Urist y su equipo (1977, 1982) ha desarrollado la Escala MOA, para evaluar la representación objetal en niños a partir de las respuestas de movimiento en el Rorschach, bajo la premisa que los niños maltratados presentan distorsiones significativas y retardan el desarrollo de sus relaciones objetales. Kelly (1995) concluyó que la escala MOA presenta una confiabilidad de .85 en niños con trauma crónico y niños maltratados. En una muestra de 29 niños víctima de maltrato, se aplicó la escala MOA y al cotejar los datos obtenidos con los datos de la historia vital pudo verificarse que aquellos casos en que han sido víctima de maltrato grave y durante un tiempo prolongado, obtuvieron puntajes correspondientes a niveles patológicos de funcionamiento en sus relaciones objetales (Pugliese 2007).

Disfunción familiar y riesgo suicida

La ausencia de afecto, cohesión y armonía entre los miembros de la familia son elementos relevantes en el origen de la ideación suicida (Gonzáles, Martínez, Hadad y Santiesteban, 1998).

El riesgo suicida es un fenómeno que ocupa la agenda de la OMS, dado que las cifras indican que ha aumentado la tasa de suicidios, en el mundo. Y es la segunda causa principal de muerte en la mayoría de los países, en las edades entre 15 a 24 años, después de los accidentes de tránsito (OMS, 2014; Edward, Selby, Matthew, Nock, 2013; Anne Freuchen, and Berit Grøholt, 2013; Stirn, Hinz, 2008, Martínez-Hernández, & García, 2010). En este sentido, Argentina no es la excepción, como lo destaca el documento "Situación de los y las adolescentes en Argentina" (2016).

Cuando se habla de riesgo suicida se hace referencia al continuum que abarca todo el proceso que se inicia con los pensamientos sobre cómo quitarse la vida, pasa por los primeros intentos con un incremento gradual de letalidad hasta lograrlo.

Berman et. Al (2011) cita la investigación de Fergusson y Lynskey (1995) quienes sobre una muestra de 954 niños neozelandeses evaluados desde el nacimiento hasta los 16 años demostraron que aumenta los riesgos y la vulnerabilidad a los comportamientos suicidas de los adolescentes cuando provienen de familias disfuncionales. Corroborado por investigaciones de Van der Kolk, Perry y Herman 1991 y P. Fonagy, 2002, en las que concluyeron que el 85% de los casos con riesgo suicida, provenían de familias en las que predominaba algún tipo de violencia.

Berman et. al. (2011) retoma la investigación de Houston et al. (2001) quienes encontraron que más de la mitad de los adolescentes suicidados y autopsiados, presentaban: familias con trastornos psiquiátricos, familias violentas, pobre comunicación y conflicto con los padres.

En una investigación con niños maltratados se pudo concluir que "los padres violentos, instalan una dinámica de funcionamiento donde no se observa una vinculación afectiva con sus hijos, en consecuencia, no registran qué necesitan, qué intentan transmitir, ni cómo estimularlos/tranquilizarlos. Por tanto, ante la falta el sostén emocional parental, es posible que los hijos crezcan sintiéndose poco valiosos sin un equipamiento que les permita absorber las situaciones ansiógenas o angustiantes y reprimiendo el sentimiento de hostilidad" (Pugliese, 2011). Al respecto Fonagy (2000) plantea que los padres violentos fuerzan a la criatura a verse a sí misma como poco valiosa y poco merecedora de amor, situación que cobra relevancia si se consideran las implicancias de lo social para el adolescente.

Las dificultades en la regulación de los afectos, hostilidad y agresión impulsiva están altamente asociadas a riesgo suicida (Brent, Johnson et al, 1993-94 citado por Larraguibel M, et al. (2000). Berman et al. (2011) ha observado que si el adolescente presenta control pobre de los impulsos y falta de control en la expresión de los mismos; estos adolescentes están llenos de ira y la pueden dirigir hacia ellos o hacia los demás.

Factores asociados al riesgo suicida en una muestra: resultados

Se investigó con una muestra de 248 adolescentes, la que estuvo compuesta por 101 adolescentes internados por intento de suicidios; 47 pacientes internadas por Trastorno alimentario y 100 adolescentes no pacientes, alumnos de una escuela secundaria pública.

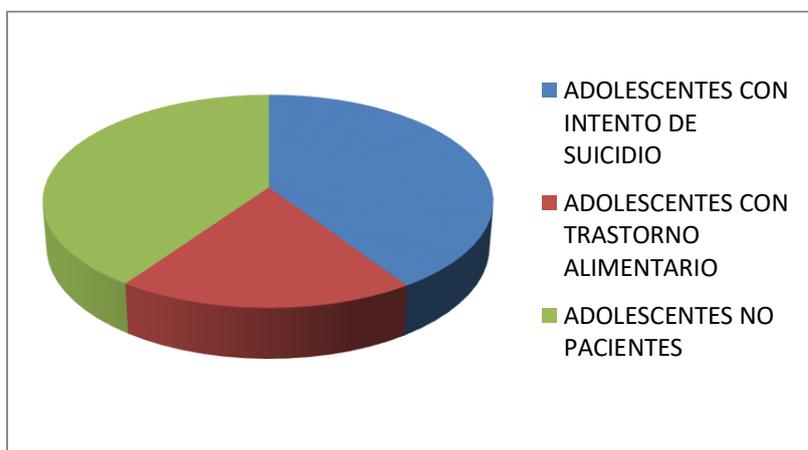


Gráfico 1: Muestra de sujeto (n= 248)

Los pacientes con Trastorno alimentario y los no pacientes fueron evaluados con el ISO-30, de ellos 34 casos presentaron Moderado o Alto riesgo suicida. En consecuencia, del total de adolescentes evaluados, 135 presentaron riesgo suicida: 101 intentantes Y 34 con riesgo suicida, evaluados con el ISO-30.

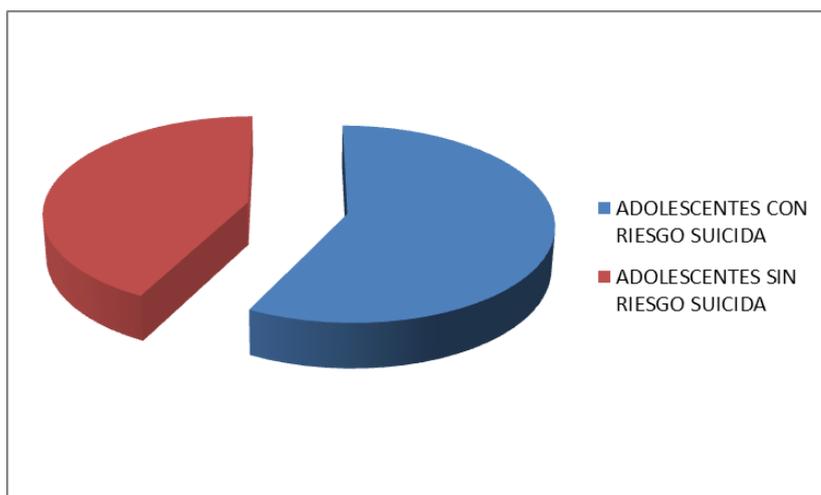


Gráfico 2: Muestra de sujetos según el riesgo suicida (n= 248)

A partir de los datos obtenidos a través de la entrevista semiestructurada de los adolescentes que presentaron riesgo suicida, se pudo concluir que el 77,77% provienen de familias disfuncionales y de ellas el 60% provienen de familias violentas. A diferencia de quienes no presentaron riesgo suicida, en las que sólo el 42 % proviene de familias disfuncionales y de ellas el 32 % de familias violentas.

Los gráficos marcan claramente las diferencias entre ambos grupos poblacionales.

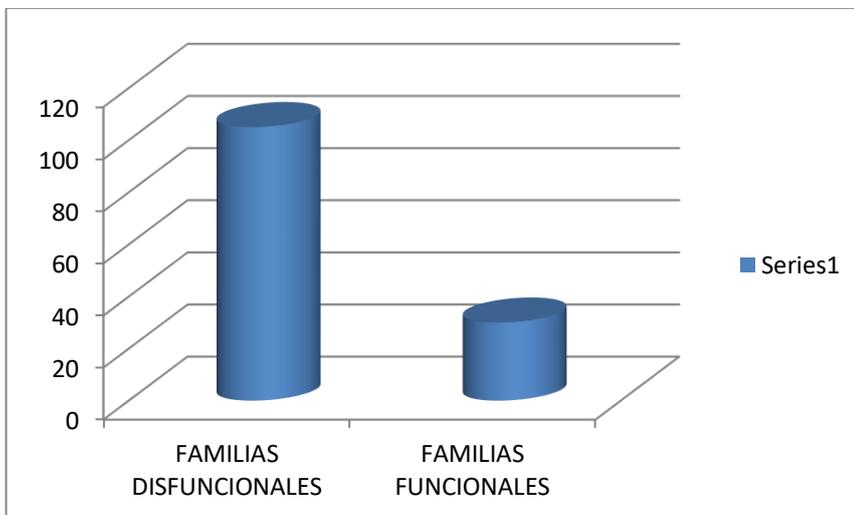


Gráfico 3: Muestra de sujetos con riesgo según el tipo de familia (n= 135)

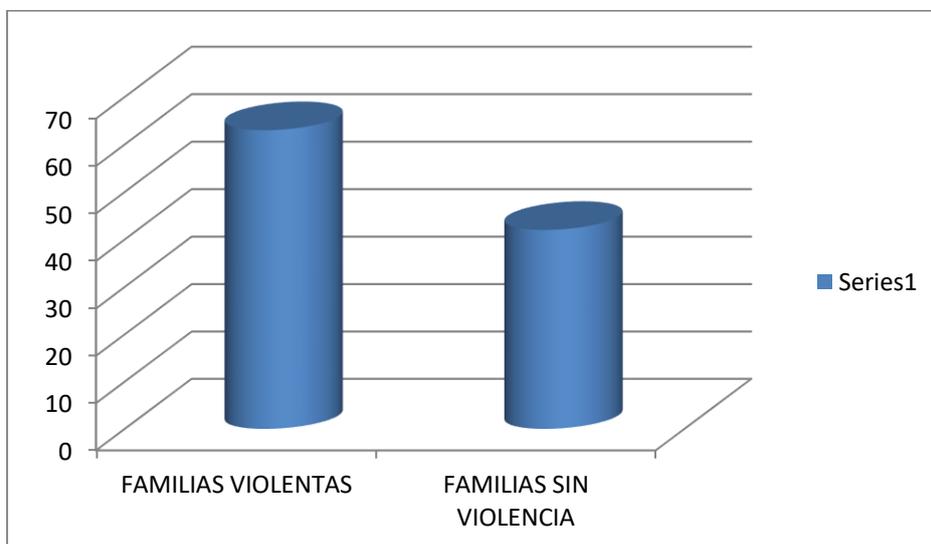


Gráfico 4: Muestra de sujetos con riesgo según el tipo de familia disfuncional (n= 105)

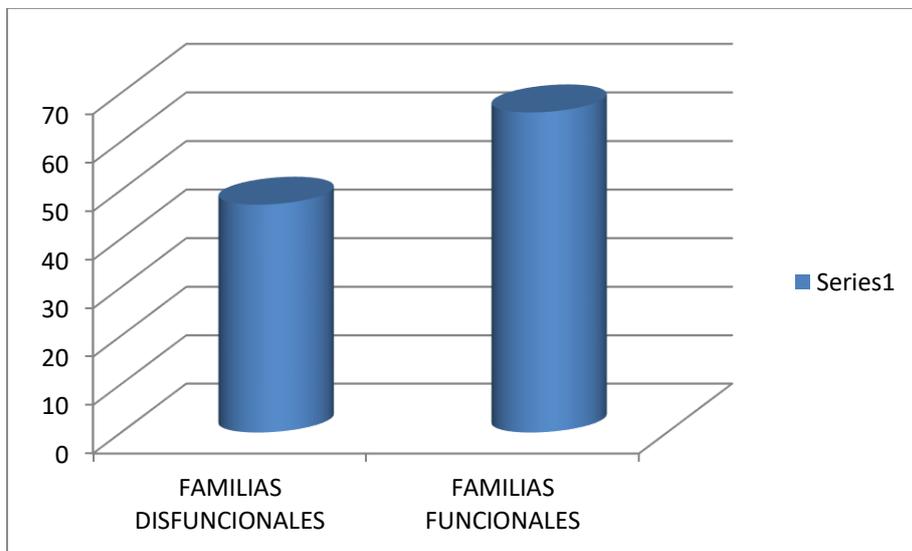


Gráfico 5: Muestra de sujetos sin riesgo según el tipo de familia (n= 113)

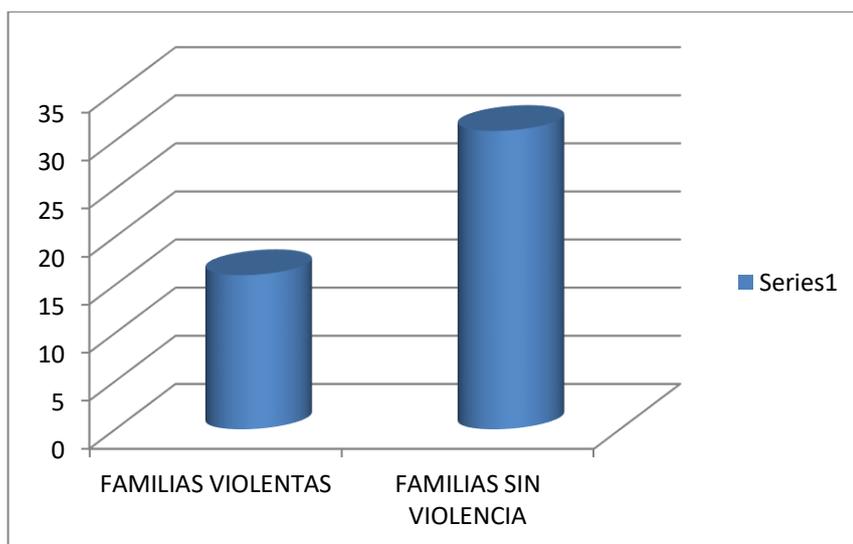


Gráfico 4: Muestra de sujetos sin riesgo según el tipo de familia disfuncional (n= 47)

En cuanto al método implementado por los pacientes intentantes se obtuvieron los siguientes datos:

Intoxicación medicamentosa	68.75%
Intoxicación con veneno	3,12%
Corte	10%
Ahorcamiento	15%
Arma blanca	2%
Arma de fuego	1,13%

Discusión

Martina Casullo (1998) retoma los aportes de Abadi y Yampei (1973) y señala que el potencial suicida es universal, por originarse en el instinto de muerte, pero se potencia en momentos o situaciones de crisis vitales o accidentales; sobre todo si proviene de familia violenta. Green (2010) prefiere hablar de pulsión de destrucción En lugar de pulsión de muerte y señala que cuando la pulsión de destrucción fracasa hacia el exterior, se vuelve contra sí. Considera que un niño que no ha recibido la contención y seguridad que le provee un apego seguro, experimentan rechazo y los hace portadores de una cantidad de rabia, de destructividad sin metabolizar. En esta línea, Scherzer (2005) considera que las conductas autodestructivas son un ejemplo de exteriorización de la rabia, tanto contra sí mismo como contra sus cuidadores primarios.

Cuando un niño crece en un contexto familiar disfuncional, es esperable que durante la infancia se tramiten los sentimientos de amor, odio, envidia, ira; desarrollando estrategias morales y defensivas que mantengan bajo control aquellas manifestaciones reñidas con las conductas socialmente esperables. Pero en la adolescencia, los sentimientos de ira y culpa suelen generar ansiedad y conflictos vivenciados como insoportables, derivados por un lado del aumento de los impulsos agresivos y sexuales y por otro, por situaciones infantiles y/o dilemas provenientes de la dinámica familiar no resueltas, que hacen que muchas veces se sienta

desbordado; en consecuencia, ante una situación conflictiva, el riesgo es la actuación impulsiva y explosiva.

Contribuyen a corroborar esta dinámica el método usado en la muestra estudiada de pacientes intentantes (101 adolescentes): el 71,87% intentó suicidarse por intoxicación por ingesta (68,75% con medicamento y 3,12 con veneno). Autores como Spitz (1961), Bowlby (2009), Klein (1932), Winnicott (1980), Meltzer (1998) y Tustin (1992) coinciden en señalar que una deficiencia en la relación materna es el origen del trastocamiento de la autoconservación. Desde esta perspectiva es posible comprender que, ante una situación que le provoca un dolor psíquico insoportable, se reactiven vivencias primarias, volviendo la ira contra sí, por la misma zona corporal involucrada con la ingesta, pero no a través de la alimentación que conduce a la vida, sino a través de tóxicos que conducen a la muerte; como lo que señalan Scherzer (2005) y Fonagy (2000) acerca de que al mismo tiempo que lo dirige contra sí mismo, también, en su fantasía, ataca a sus cuidadores primarios.

Conclusión

En la adolescencia, la autoagresión se vuelve una defensa ante sentimientos dolorosos e intolerables, cuya dinámica intrapsíquica puede manifestarse de diversas formas: autolesión, adicción, trastorno alimentario, descuido en el cuidado del cuerpo, intentos de suicidio y suicidio.

Por todo ello, en el psicodiagnóstico de adolescentes deberá considerarse el riesgo suicida de rutina; con técnicas que permitan identificar la dinámica de su funcionamiento intrapsíquico, cuyo frágil equilibrio lo puede dejar vulnerable ante situaciones imprevisibles.

Referencias Bibliográficas

- Aulagnier, P (1975), *La violencia de la interpretación*, Bs. As. , Amorrortu Ed.
- Barudy, J. y Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos a la infancia*, Barcelona: Gedisa
- Berman, A., Jobes, D., Silverman, M. (2011). *Adolescent suicide*, 2º ed., Washington: APA.
- Bowlby, J. (2009), *El apego*, Vol. 1, Buenos Aires: Paidós
- Casullo, M. (1998), *Adolescentes en riesgo*, Buenos Aires: Paidós

- Elkind D (1978). *Niños y adolescentes*, Barcelona, Oikos-Tau SA.
- Freuchen, A. y Grøholt, B. (2013). *Characteristics of suicide notes of children and young adolescents: An examination of the notes from suicide victims 15 years and younger*, Recuperado de: <https://doi.org/10.1177/1359104513504312>
- Fonagy, P. (2000). Apegos patológicos y acción terapéutica, en *Aperturas Psicoanalíticas*, nº 004, 2000. Recuperado en: <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=104>
- Gampel, Y. (2002), El dolor de lo social, *Psicoanálisis: Revista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires*, Vol. 24(1-2), 2002, 17- 43.
- Giedd, J. (2018), La plasticidad del cerebro adolescente, en *Cuadernos de Mente y Cerebro*, Nº21, Edición española de Scientific American Mind
- Goldston, D. (2002). *Measuring Suicidal Behavior and Risk in Children and Adolescents*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Gonzáles, Martínez, Hadad y Santiesteban. 1998 Recuperado en <https://www.monografias.com/trabajos65/riesgo-suicida-adolescentes/riesgo-suicida-adolescentes3.shtml>
- Green, A. (2010). *El pensamiento clínico*, Buenos Aires: Amorrortu
- Kaës, R. Faimberg, H, Enriquez, M. Baranes, J. (1983). *Transmisión de la vida psíquica entre generaciones*, Buenos Aires: Amorrortu
- Klein M. (1932). *Vida emocional del lactante*, Obras Completas, Vol. 3, 1983 Buenos Aires: Ed. Paidós
- Larraguibel M, González P., Martínez V., Valenzuela R (2000). Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes, *Rev. chilena pediatría*. v.71 n.3 Santiago mayo 2000. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062000000300002>
- Main y Solomon (1986) Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern: procedures, findings and implications for the classification of behavior.
En: T.B. Brazelton, M.W. Yogman (Eds.), *Affective Development in Infancy*, Ablex, Norwood, N.J. (1986), págs. 95-124
- Martinez, C. (2007). *Introducción a la Suicidología*, Buenos Aires: Lugar
- Martínez-Hernández A, y García, A. (2010). Un infinito que no acaba: modelos explicativos sobre la depresión y el malestar emocional entre los adolescentes barceloneses (España), *Salud Mental*, 33 (2), págs. 145-152

- Meltzer, D., Harris M. (1998), *Adolescentes*, Buenos Aires. Spatia.
- Organización Mundial de la Salud (2003). *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*.
- Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014 Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014).
Preventing Suicide: A global imperative. Washington: OPS
- Orbach, I., Har-Even, D., (1991), A Multi-Attitude Suicide Tendency Scale for Adolescents,
Psychological Assessment, Vol. 3 N°3, 398- 404
- Programa Nacional de la Salud integral en la Adolescencia, MSAL, UNICEF, (2016), *Situación de los y las adolescentes en Argentina*.
- Pugliese, S. (2007). *Vicisitudes de las representaciones objetales en niños víctimas de violencia*, trabajo presentado en el XI Congreso Nacional de Psicodiagnóstico, Jujuy
- Pugliese, S. (2016). *Rol de la autoeficacia en adolescentes, hijos de familias disfuncionales*, trabajo presentado en el XX Congreso N. de Psicodiagnóstico
- Pugliese, S. (2011). *Violencia familiar y suicidio en niños y adolescentes*, trabajo presentado en el XXXIII Congreso Interamericano de Psicología, Medellín, Colombia
- Quiroga, S., (1994). *Patologías de la autodestrucción en la adolescencia*, Ed. Kargieman
- Selby, E. Nock, M. y Kranzler, A. (2013), How does self-injury feel?. Examining automatic positive reinforcement in adolescent self- injurers with experience sampling. *Psychiatry Research*, Recuperado de: http://edwardaselby.com/wp-content/uploads/v2012_08/2014-How-Does-Self-Injury-Feel-PR-Selby.pdf
- Spitz, R. (1961). *El primer año de vida del niño*, Madrid, Aguilar
- Stirn, A. y Hinz, A. *Tattoos, body piercings, and self-injury: is there a connection? Investigations on a core group of participants practicing body modification*. *Psychother Res*. 2008 May;18(3):326-33. doi: 10.1080/10503300701506938
- Scherzer, A. (2008). La comprensión de la conducta autodestructiva en la adolescencia. En Greenwood, Lynn (Ed), *Adolescentes violentos. La comprensión del impulso destructivo* (pp. 35-57), Madrid: Neo Person
- Tubert, S. (2000), *Un extraño en el espejo*, España: Ludus editorial
- Turner, Finkelhor y Ormod (2012), Family context, Victimization and Child Trauma Symptoms: Variations in Safe, Stable and Nurturing Relationships during early and middle childhood in *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 82, N° 2, 209-219

- Tustin, F. (1992), *El cascarón protector en niños y adultos*, Buenos Aires: Amorrortu
- Van der Kolk, B.A., Perry, J.C. y Herman, J.L. (1991). Childhood origins of self-destructive behavior. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1665-1671
- Winnicott, D. (1981). *El proceso de maduración del niño*, Barcelona: Editorial Laia