

ANTECEDENTES DE ABANDONO INFANTIL Y RIESGO SUICIDA EN LA POBLACIÓN DEL CENTRO FEMENIL DE REINSERCIÓN SOCIAL TEPEPAN

ANGÉLICA LORELEIN AGUILAR HINOJOSA

Pasante de Licenciatura en Psicología del Colegio Internacional de Educación Superior, CiES.

Recepción: 17 de septiembre de 2019/ Aceptación: 10 de noviembre de 2019.

RESUMEN

En este artículo se aborda la relación que existe entre los antecedentes de abandono infantil y el riesgo suicida en mujeres del Centro Femenil de Reinserción Social Tepepan, en la CDMX; analizando dos casos específicos.

El suicidio es un problema de salud pública, por lo que es prudente estudiarlo a fondo debido a que la población penitenciaria es entre 11 y 14 veces más propensas a cometer suicidio que las personas afuera.

Éste fue un estudio realizado entre los meses de septiembre del 2018 y marzo del 2019. Se llegó a la conclusión de que las situaciones de abandono que vivieron estas mujeres en su infancia crean una labilidad psíquica al momento de encontrarse con los estresores que produce la situación que se vive en reclusión, reviviendo experiencias de abandono, influyendo de una manera importante en la presencia de múltiples intentos suicidas. Cabe señalar que el hecho de que estas mujeres intenten suicidarse no quiere decir que tengan intenciones de terminar con su vida, si no que no encuentran la forma de comprender o encontrar la raíz de su dolor psíquico, por lo que tratan de darle tramite a partir de la posibilidad de transformarlo en dolor físico.

PALABRAS CLAVE: abandono infantil, autolesiones, población vulnerable, riesgo suicida.

SUMMARY

This paper analyzes the relation that exists between child abandonment and suicide risk in the woman population of the Centro Femenil de Reinserción Social Tepepan in Mexico City; by studying two specific cases.

Suicide is a public health problem, thus, it is important to study it deeply as far as we can. For our fortune none of these cases has committed suicide yet. But in prison, people tend to kill themselves 11 to 14 times more than people in the streets.

This study was realized between the months of September 2018 to March 2019. And the conclusion was that the abandonment situation that these women lived during their infancy created an emotional liability that intensifies with the series of stressors that jail provokes by reviving abandonment and solitude experiences, making them attempts to commit suicide. The fact that these women try to kill themselves doesn't mean they actually want to, yet they can't understand nor find the origin of their psychic pain, therefore they try to transform the pain into some kind of physical pain.

KEY WORDS: child abandonment, self-injury, vulnerable population, suicide risk.

RÉSUMÉ

L'article suivant aborde la relation qui existe entre les antécédents de l'abandon d'enfants et le risque de suicide existant en les femmes au Centro Femenil de Reinserción Social Tepepan en Mexico. Comparaison sera fait avec deux cas particuliers.

Le suicide est un problème de santé publique car il est prudent de l'étudier autant que possible. Heureusement aucun des cas ci-étudiés n'a réussi à se suicider, néanmoins, en prison les détenues sont environ 11 et 14% plus susceptibles d'en commettre. Cette recherche a été réalisée entre le mois septembre 2018 et mars 2019. S'est conclu que du a des situations d'abandon subi pendant l'enfance, les femmes en prison créent une labilité émotionnelle en vivant en réclusion, résultant

en reviviscence des expériences de solitude et abandon qui provoquent des tentatives de suicide. Le fait que ces femmes ont commis des tentatives suicides, n'a pas aucune relation à qu'elles aient des intentions de terminer ses vies, sinon qu'elles ne sont pas capables d'identifier la source de sa douleur psychique, par conséquent une douleur physique est mis en place.

MOTS-CLÉS: abandon des enfants, automutilation, groupe vulnérable, risque de suicide

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia las causas del suicidio han sido investigadas por diferentes autores con distintos enfoques; ya sean sociales, antropológicos o genéticos. En este caso presento un marco teórico con un especial enfoque psicológico.

Como condición el abandono infantil se presentó con una especial recurrencia en los casos de riesgo suicida dentro de esta población, razón por la que se le da un enfoque especial a la correlación entre este abandono y el riesgo suicida.

En los Centros de Reinserción Social, las condiciones ambientales son distintas a las de la población general. Una condición distintiva es que las personas privadas de su libertad se ven inhabilitadas para realizar un traslado voluntario. Es por esto que los aspectos investigados para la gente en libertad no pueden aplicar de igual forma para las personas privadas de ésta. Además, debido a las condiciones en que se encuentran en los Centros de Reinserción, las motivaciones, estructura de la personalidad y patologías que en un ambiente libre es raro que lleguen a cometer un acto suicida, en reclusión pueden llevar a la planeación y al acto. En el presente trabajo se analizaron algunos sustentos teóricos para pensar el riesgo del suicidio dentro de la población en este Centro, tomando como guía casos específicos de dos mujeres del Centro Femenil de Reinserción Social Tepepan, C.F.R.S.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Durante un periodo de seis meses en el C.F.R.S. Tepepan, se implementó formalmente el programa de prevención del riesgo suicida, en el cual se aplicó a las mujeres privadas de su libertad la escala de Plutchik, la cual consiste en 15 preguntas cuyas respuestas son sí o no.

Durante el periodo de aplicación y entrevista, fue notorio cómo las historias de vida en las mujeres privadas de su libertad tenían similitudes en diferentes aspectos tales como los vínculos, las adicciones y los tiempos de sentencia. Situaciones de esta índole que se reviven a lo largo de su vida y pueden ser una condición importante que las llevaba a cometer intentos suicidas a lo largo de su estancia en el centro penitenciario.

Por lo antes descrito es necesario considerar que, de acuerdo con la CNDH (2018) [1], la población penitenciaria forma parte de una población vulnerable ya que debido a la situación en la que se encuentran, siendo personas a las que se les privó de la libertad con la intención de reinsertarlas socialmente, son más propensas a que sus derechos humanos sean violados. El hecho de estar en un Centro de Reinserción Social es un impacto para cualquier persona, ya sea que esté siendo procesada o ya sentenciada. Al entrar a cualquier institución muchos pierden no sólo su libertad, sino también el respeto y el apoyo familiar con el que solían contar, en especial las mujeres; padecen de más abandono que los hombres, situación que se puede observar de alguna manera durante los días de visita en los distintos Centros de Reinserción Social.

Por otra parte, es prudente señalar que la reinserción social, según la SEGOB (S/A) [2], tiene como finalidad la incorporación del reconocimiento de las personas como sujetas de derechos y obligaciones, por medio de acciones y estrategias dirigidas a la estabilización de derechos, incluyendo distintos enfoques, en este caso es el psicológico; para así construir alternativas que prevengan la reincidencia. La reinserción social también puede ser descrita como la actividad que tiene el objetivo volver a incluir en la comunidad a un individuo que, por algún

motivo, quedó marginado [3]. Al ser marginadas y abandonadas en estos centros, estas mujeres llegan a revivir el abandono infantil que en varios casos es una situación recurrente. Esto puede ser por medio de diversas situaciones, ya sea: encontrarse solas en una celda, no ser visitadas o considerar que no son tomadas en cuenta.

Este abandono que reviven es aquel que a lo largo de su historia de vida experimentaron en distintas formas y momentos, éste no es necesariamente físico, sino que se puede definir como la falta de atención a las necesidades básicas y afectivas de un niño [4]. De acuerdo con la UNICEF [5] y la OMS [6], el abandono es una forma de violencia y maltrato infantil, aunado a otras formas como son el maltrato físico o psicológico, el abuso sexual, la desatención, negligencia y explotación; es decir situaciones que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, situaciones que muchas de estas mujeres vivieron a lo largo de su vida.

Estas situaciones pueden llegar a generar un riesgo suicida, el cual puede desencadenar la ejecución de intentos suicidas. El suicidio se describe como el acto por el cual una persona provoca de forma voluntaria su muerte [7]. El término proveniente del latín “sui” (a sí mismo) y “Caedere” (matar) [8].

Lo antes descrito condujo a la estructuración de la siguiente pregunta ¿Qué relación existe entre el abandono infantil y la presencia de riesgo suicida en la población del C.F.R.S.Tepepan?

JUSTIFICACIÓN

Según la OMS (2019) [9], hasta el 2016 el suicidio es la segunda causa de muerte a nivel mundial, ocurriendo una muerte cada 40 segundos en todo el mundo, con un total de 800,000 suicidios al año. Las formas más comunes a nivel mundial son, en primer lugar, por armas de fuego; el ahorcamiento en segundo lugar; e intoxicación en tercero. Atribuyendo a las siguientes causas: 1) trastornos mentales, como la depresión y el alcoholismo; 2) momentos de crisis; y 3) por motivos de discriminación.

Es importante conocer los datos específicos para la población mexicana. Según el INEGI en su documento titulado “*A Propósito Del Día Mundial Para La Prevención Del Suicidio*” (2018) [10], hasta el 2016; en todo el país se han registrado 5.1 defunciones por cada 10,000 habitantes a causa del suicidio, siendo los hombres los que más se privan de la vida con 8.6 de cada 10,000 residentes. Esto contrasta con las estadísticas en mujeres, en la cual se indica que 1.9 de cada 10,000 terminan con su vida, sin embargo, las mujeres son quienes cuentan con más tentativas suicidas [11]. Los tres primeros lugares de suicidios son los mismos que la OMS registró. En México, el ahorcamiento es el primer lugar (80.8%), seguido por el uso de armas de fuego (7.7%) y después por sobredosis inducida por sustancias psicotrópicas ilegales o medicamento controlado (1.8%). En la CDMX la cantidad por cada 10,000 habitantes es menor que la del promedio del país, con 4.2 entre 10,000.

Analizar estos temas y seguir las investigaciones sobre ello es un esfuerzo necesario e importante ya que el suicidio es un problema de salud pública, sobre el cual se puede actuar y realizar tareas de intervención, comenzando por la investigación de las condiciones que se presentan en mujeres con riesgo suicida, para con ello reducir los intentos de suicidio por medio de un tratamiento terapéutico. Lo anterior se considera que va de la mano con el objetivo de la “Prevención Terciaria” que plantea la SEGOB [2], previniendo la reincidencia por medio de la restauración, restitución y prevención de riesgos vinculados a la historia de vida y los contextos sociales de una persona que delinque.

Sumado a lo descrito en líneas anteriores, en la población del C.F.R.S. Tepepan, estas cifras son distintas, y se presentan a continuación:

Los intentos suicidas que se presentan en estas mujeres son mixtos, lo que quiere decir que no sólo prueban una forma de terminar con su vida, sino que han intentado diversas formas, siendo estas autolesiones, como ahorcamientos o consumo de medicamento controlado en forma excesiva. No se incluyen armas de fuego ya que no cuentan con acceso a éstas dentro del centro.

El estudio se llevó a cabo desde el mes de septiembre del 2018 a marzo del 2019, dentro de este periodo se presentaron varios traslados, ingresos y libertades en la población del centro. Esta situación generó una variación radical en los porcentajes de riesgo suicida siendo que en el mes de diciembre se hizo una primera estadística en la cual resultó que el 61% de la población contaba con un riesgo suicida. En el mes de marzo se realizó otra estadística en la cual resultó que la población con la que en ese último momento contaba el C.F.R.S. únicamente el 21% cuenta con riesgo suicida.

Se infiere que estos datos disminuyeron debido a que muchas de las mujeres a las que se detectó riesgo suicida, se les otorgó la libertad o fueron trasladadas a diferentes Centros fuera de la Ciudad de México; sin embargo es prudente mencionar que a pesar de que esta cifra disminuyó, esto no significa que las mujeres que fueron trasladadas o liberadas no presenten el riesgo suicida que se les detectó, sino que continua el riesgo, ya que cualquier cambio es un posible factor desencadenante.

Por otro lado, de acuerdo con la UNICEF (S/A) [5], dos de cada 14 niños mueren a causa de la violencia infantil y en cuanto a la OMS (2016) [6], refiere que 1 de cada 4 adultos aseguran haber sufrido de algún tipo de violencia infantil.

OBJETIVOS

- Explorar la relación entre el abandono infantil y el riesgo suicida en la población del Centro Femenil de Reinserción Social Tepepan, para que con ello se implemente un tratamiento psicológico enfocado en este fenómeno.
- Definir la noción conceptual de abandono infantil.
- Definir el concepto de riesgo suicida.
- Definir la idea de población vulnerable.
- Describir el protocolo de prevención del riesgo suicida implementado en el C.F.R.S.Tepepan.

MARCO TEÓRICO

Existen varios factores comunes en las personas que presentan riesgo suicida, estos descritos por Ibarra (2017) [11], pudiendo ser biológicos, como se ha encontrado en algunas personas, variaciones en el área HPA (hipotalámica-pituitario-adrenal) así como en el sistema noradrenérgico; o factores psíquicos (trastornos), los más recurrentes fueron, el depresivo, psicótico y bipolar. Estos últimos cuentan con 15% más de probabilidades de cometer suicidio. También se le considera como trastorno a la adicción, de los cuales 1/3 de hombres y 1/5 de mujeres que padecen adicción, cuentan con riesgo suicida.

De acuerdo con Durkheim (1897) [12], existen dos causas a priori que aumentan el riesgo suicida, las cuales son de tipo orgánico psíquico, es decir patologías mentales y la naturaleza del medio, o sea el lugar donde crecieron o donde se encuentran, que en este caso es el Centro de Reinserción Social.

Según la teoría de Silva (2003) [13], el suicidio siempre es un acto personal aún cuando se trata de uno colectivo. Posteriormente refiere que es importante diferenciar cuáles son las condiciones que involucran al suicidio: problemas sexuales, problemas en las relaciones padre – madre, un yo débil, adicción y desesperanza en un momento clave. Situación similar a la que plantea Ibarra refiriendo que las relaciones familiares negativas, es decir violencia entre padres, violencia padres-hijos, e incluso situaciones de falta de comprensión, crean un aumento en el riesgo suicida, especialmente en las mujeres.

Es prudente referir que en los estudios de caso que se encuentran más adelante, se observan muchas de estas condiciones a lo largo de las historias de vida. Posteriormente refiere lo siguiente “El suicida no solamente se mata a sí mismo, sino que en su fantasía, también mata a figuras malas introyectadas en algún momento de su vida; con su muerte destruye algo malo o dañino que hay en él” (244), lo que es muy similar a lo que sugiere Payá [14], “en consecuencia el suicidio y homicidio son dos caras de la misma moneda [...] quien físicamente se daña a sí mismo puede tener la intención de dañar a otro” (39).

Silva [13], comenta sobre la conducta suicida y sus diferentes presentaciones. La primera de éstas es el síndrome presuicida el cual es una forma aguda de crisis depresiva; seguido por la “conducta como un estilo” en la que la persona presenta en conjunto varios o todos de los siguientes sentimientos: depresión, devaluación de sí mismo, desamparo, culpa, ira, impotencia y angustia. El artículo también asegura que es poco frecuente que ocurra otro acto inmediatamente después de uno fallido ya que comúnmente la ideación y la depresión disminuyen.

En la gran mayoría de los casos de riesgo suicida, las conductas autolesivas son situaciones recurrentes, esto es descrito más a fondo por Sánchez [16], quien señala la autolesión como la acción en la cual una persona se daña a ella misma sin ayuda de algún otro, de manera suficiente para ocasionar daño en los tejidos. En este estudio se identificó que en la gran mayoría de los casos quienes se autolesionan cuentan con algún tipo de adicción, aunado a antecedentes de abuso infantil. Sin embargo, esta última situación no se ha clasificado como una determinante. También clasificó los tipos de autolesiones y su uso, de entre los cuales destacan aquellas que se realizan con intención de disminuir la tensión, recuperar el contacto con ellas mismas (venciendo la despersonalización y disociación) y por último obtener una ganancia de tipo social o interpersonal (manipular); sin embargo, en general se podría decir que funciona como una estrategia auto calmante. En este mismo texto se encontró que el riesgo suicida en una persona que se autolesiona es 60 veces mayor a una persona que no presenta esta conducta.

Refiere además que el aparato anímico trata de mantener de forma constante la cantidad de excitación y si ésta aumenta será displacentera. Sin embargo en una etapa primitiva del aparato anímico, la que posteriormente se supondrá irá formando estructuras, la tendencia a la meta no es su logro y en general esa meta puede ser alcanzada sólo por una aproximación, cosa que no todos logran, consciente o inconscientemente. En los casos de suicidio esta aproximación en un principio podría ser un intento de sublimación, lo que posteriormente se vuelve una autolesión, la que al no ser suficiente, puede llegar al acto.

Dolto, según Payá [14], habla de los significados de los distintos intentos de suicidio con su situación psíquica previa que desean revivir, dando como ejemplo a quienes se ahorcan y de esta forma evocan el primer momento de pulsión de vida (corte de cordón). En cambio quienes se envenenan prefieren el alimento dañino que les fue ofrecido en una primera infancia, a lo que Payá refiere que quienes deciden consumir medicamento de forma excesiva desean buscar el sueño eterno.

Para explicar mejor a quienes se autolesionan cita a Carlos Tozzini “El desangre [...], brinda al sujeto la posibilidad de vivenciar, en mayor medida que otros medios un, sentimiento de autoafirmación [...]: el sentirse amos de su propia vida y de su propia muerte.” (92)[14] Idea que lleva a Payá a escribir que “captura con su sangre el lugar, se lo apropia fijando el último momento donde la vida y la muerte coinciden por primera vez” (92)[14].

RIESGO SUICIDA Y SUICIDIO DENTRO DE DIVERSAS CÁRCELES ALREDEDOR DEL MUNDO

En Silva [13], se describe que el autoestima es lo primero que se pierde en especial siendo primo delincuentes, ya que en ese momento el autoestima llega al punto más bajo; lo visualiza utilizando una gráfica con forma de U.

En un estudio realizado en 12 países acerca del suicidio durante los años 2003 al 2007 Seena [17], refiere que la prisión aumenta de forma exponencial el riesgo suicida, aunado a diversos factores, tanto ambientales, como lo es vivir solos en la celda; así como padecimientos psiquiátricos y la historia criminal. Para poder analizar la sentencia y el índice de violencia es importante hacer un paréntesis y referir que en otro artículo Brown [18], habla de cómo un hombre salvó a su compañero ya que éste intentó cometer suicidio, ambos encontrándose sentenciados a pena de muerte. El hombre que lo salvó se pregunta si lo que hizo fue lo correcto, ya que refiere “no vivimos en pena de muerte, simplemente esperamos morir” (traducción personal). Situación que confirma que el tiempo que

se encuentran en reclusión es un agravante muy importante en el aumento del riesgo suicida (cosa que veremos posteriormente en el caso Camila).

Larota [8], describe las características del comportamiento suicida, resaltando que los sujetos que se suicidaron presentaron antecedentes de episodios depresivos, ansiedad, trastornos como la psicosis y trastorno de personalidad, además del abuso de sustancias, aunado a trastornos afectivos en conjunto con la falla del proceso de adaptación del sujeto al ámbito en el que se encuentra. En este artículo mencionan la estructura límite y su relación con el suicidio, señalando que: “el componente compulsivo de manera específica en el trastorno límite de la personalidad y el trastorno antisocial pueden llegar a ser una aproximación y explicación de la conducta suicida” (85). Además, menciona que “por cada suicidio que se comete en la calle se producen 17 dentro de las cárceles” (87) dato que se tomó del centro de documentación contra la tortura. En este estudio se concluyó que las personas privadas de su libertad son entre 11 y 14 veces más propensas a cometer suicidio que la población general, debido a distintos factores, ya sean personales (trastornos) externos (tensión psicológica del sistema) y situacionales (sentencias). Esto como explica Silva [13], ser sentenciado es una fuente de confrontación consigo mismo, con los demás internos, con el personal y con la sociedad. Ceballos F. [19] sobre el suicidio en cárceles de Chile en la década del 2006 al 2015, afirma que el ingreso a prisión desencadena una serie de estresores, causando que en los primeros meses el riesgo suicida aumente, hasta que se adapten, esto incluye los traslados. También acredita que, debido al diagnóstico y tratamiento inadecuado fuera de prisión, ingresan muchas más personas con problemas de salud mental a las cárceles. Otro factor que aumenta el riesgo suicida es que estas personas privadas de su libertad hayan sido testigos del suicidio de algún compañero.

PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DEL RIESGO SUICIDA EN LA POBLACIÓN DEL C.F.R.S. TEPEPAN

Para hacer esta investigación me basé en el protocolo que fue implementado en el Centro, situación que se formalizó al realizar este estudio.

La intervención se basa en “Protocolo de prevención del suicidio” [20], de acuerdo al artículo 33 de la Ley Nacional De Ejecución Penal [21], acordándose junto con la Comisión de Derechos Humanos de la CDMX, la Dirección General de Servicios Médicos Legales y en Reclusión de la Secretaría de Salud y la Subsecretaria del Sistema Penitenciario, quienes realizaron un protocolo de actuación, en el cual se acordaron los siguientes puntos:

- Implementación de capacitación en la materia a trabajadores de los centros.
- Evaluación del riesgo suicida por medio de una valoración médica.
- Detección de factores del riesgo suicida.
- Modelo de prevención del riesgo suicida.
- Habilitación de psicólogos para entrevista de confirmación.
- Trabajo interdisciplinario.
- Formato de ficha clínica.

El programa tiene como objetivos principales la detección de los factores de riesgo y las conductas asociadas con el suicidio. Habilitar a los psicólogos a realizar entrevistas de confirmación del riesgo en las personas privadas de su libertad y poder lograr un trabajo interdisciplinario entre las distintas áreas como los son la Médica, Psicológica y Trabajo Social, a fin de dar un seguimiento a los casos de riesgo suicida.

En el C.F.R.S. Tepepan en un principio el programa sólo se enfocaba en mujeres que recién ingresaban al Centro y los pasos a seguir son distintos a los que utilizamos ahora; actualmente se realiza la aplicación de una escala al momento de ingreso/traslado al igual que a mujeres quienes sus psicólogos notaban cierta tendencia. Se les aplicó la escala de Plutchik y si en más de 6 reactivos la respuesta es “SI” se les realiza una entrevista de confirmación y se determina el riesgo. Posterior a esto se acordó aplicar la escala a toda la población para evitar cualquier situación no prevista, por lo que se inició con el área de psiquiatría y posteriormente con población en general; en ambas se realizó el procedimiento de aplicación y entrevista.

El momento en el cual se detecta un posible riesgo alto, se canaliza al servicio médico para ser valoradas por un médico psiquiatra y si es el caso, iniciar con tratamiento farmacológico, además de que se le informa al psicólogo asignado para la realización de terapias semanales. En cuanto al probable riesgo medio o bajo, no hay canalización médica, pero sí informe al psicólogo y terapia semanal y un seguimiento por parte del enlace de riesgo suicida de forma mensual. Las personas determinadas sin riesgo se mantienen en supervisión de forma quincenal por su psicólogo.

En la entrevista confirmatoria se hacen preguntas enfocadas a su intencionalidad suicida como: si lo ha intentado, cuántas veces, si se autolesiona, si ha pensado en suicidarse, cómo lo haría, en qué ocasiones le ocurre (punto en el que la gran mayoría refería que era cuando se sentía sola), si padece de adicción, etc. Para lograr determinar el riesgo que puede tener de terminar con su vida, se toman en cuenta factores como la estructura y dinámica de la personalidad, así como si cuenta con alguna psicopatología y sus facultades físicas.

PRESENTACIÓN DE CASOS

Elegí estos dos casos por su dinámica de personalidad, antecedentes, historias de vida y su forma de vincularse, además de que ellas fueron de las primeras canalizadas al programa, por lo tanto, recibieron más sesiones de seguimiento.

CASO KARINA

Karina es una mujer de 27 años quien fue sentenciada por la comisión de un delito menor. Al ser ingresada se le dio un diagnóstico psicológico de trastorno límite de la personalidad con rasgos antisociales. Creció en un barrio de la Ciudad de México, criada por su hermana 12 años mayor ya que sus padres se encontraban trabajando la mayor parte del tiempo, compensando esta ausencia con objetos materiales, dándoles a sus hijos todo lo que querían. A partir de una edad temprana Karina presentaba conductas autolesivas, raspándose a propósito o lastimando su cuerpo con “accidentes” ya que “solo así mi mamá me ponía atención y estaba conmigo” (sic.) Inició el consumo de alcohol, a la edad de 11

años abusando gravemente de la sustancia. A sus 14 años fue víctima de una violación. A los 15 años conoció al padre de sus hijos y se fueron a vivir juntos, su relación era caótica, separándose y volviendo de forma constante; es importante referir que para concebir al tercer hijo él abusó de Karina. Cuando la separación de la pareja fue definitiva ella se fue a vivir sola dejando a los hijos a cargo de su madre. Su primer intento suicida fue a los 23 años ya que se sentía sola, esto ocurrió después de una fiesta, intentando ahorcarse con un cable, el cual se rompió. Volvió con el padre de sus hijos y engendraron a otro pequeño, el cual falleció al mes de nacido. Posteriormente al encontrarse en prisión y debido a la pérdida de su último hijo tuvo un episodio depresivo, durante el cual tuvo varios intentos suicidas. Es importante mencionar que Karina cuenta con episodios depresivos desde los 13 años, iniciándose por una separación forzada con una pareja ya que la familia lo veía mal; aunado a esto, el último episodio depresivo que tuvo fue por el aniversario de fallecimiento del bebé, lo cual la llevó a una depresión profunda teniendo un brote psicótico en el cual presentó alucinaciones auditivas refiriendo que escuchaba a su bebé y a otras voces que le decían que se suicidara. Karina presenta una labilidad, es decir que su condición emocional es fácilmente modificable ya sea por medio de estímulos externos o internos [7], esto desatado especialmente por situaciones que incluyen a su familia directa y el miedo de “que me olviden” (sic.).

CASO CAMILA

Camila es una mujer de 34 años a quien se le otorgó una larga sentencia ya que los delitos de los que se le acusó fueron graves; comenzó con delitos menores, robos y asaltos, sin embargo, le ofrecieron un buen sueldo a cambio de cometer delitos mayores. Al ingresar al Centro se le dio un diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad con rasgos límites. Estudió hasta 4° de primaria, dejándola sin oposición de los padres, ya que éstos no se percataron de esta renuncia a los estudios. Ella justifica esta deserción ya que era víctima de bullying. Creció en un barrio popular de la Ciudad de México, la relación de sus padres era caótica, separándose y regresando de forma constante, el padre era alcohólico y

consumidor recurrente de cannabis. A los 6 años Camila inició el consumo de alcohol, provocándole una grave adicción. Fue violada en repetidas ocasiones por su padre y hermano. A la edad de 14 años falleció uno de sus hermanos y la dejaron viviendo sola en un departamento en este mismo barrio, careciendo de supervisión. Camila recibía ingresos por parte de su madre para mantenerse viviendo sola. A esta edad conoció a su pareja 10 años mayor que ella y se fueron a vivir juntos, casi inmediatamente él fue aprehendido por delitos menores. Su relación fue relativamente estable y engendraron a 6 hijos. Es importante referir que fue la primera persona de la familia en transgredir la ley, comenzando a los 24 años, momento en el que dejó de recibir ingresos por parte de la madre. Su primer intento de suicidio fue en reclusión tras un año de no ver al padre de sus hijos ya que fue trasladado. Camila conoció a otro hombre, el cual a los 8 meses la dejó por comenzar otra relación, ella no lo soportó y decidió ahorcarse, siendo encontrada por elementos de seguridad, quienes la salvaron. Ha tenido al menos tres intentos posteriores a éste, autolesionándose cuello y antebrazos así como ingesta excesiva de medicamento controlado.

Este caso es el que más me interesó, ya que siempre auto saboteó sus intentos; en uno de ellos acudió conmigo para recibir contención, luego de haberse autolesionado cuello y brazos. Refirió: “ni siquiera para matarme sirvo” (sic.). Posterior a esto se mantuvo estable durante varios meses, en los cuales me percaté de que al estar a cargo de mujeres menores que ella, quienes igualmente sufren de riesgo suicida, no presentó ninguna idea o intento, pero al separarla de ellas tuvo una crisis que la llevó a una sobredosis.

ANÁLISIS DE LOS CASOS Y CONCLUSIONES

El revivir las situaciones descritas anteriormente puede incidir en la presencia de intentos suicidas.

Para Sánchez [16] estas conductas compulsivas y las cicatrices que se generan a partir de los intentos suicidas crean un refuerzo narcisista a una identidad

vacilante, tratando de marcar su territorialidad “me corto, luego existo, porque existo y para que se note” (341) .

Como se pudo observar, ambos casos cuentan con algunas similitudes, tres de ellas descritas por la OMS como las principales causas del suicidio a nivel mundial, aunado a ser población vulnerable, por el hecho de ser mujeres privadas de su libertad.

Pero el factor que más interesa es el abandono, tanto emocional como físico de ambas figuras paternas desde una edad temprana.

De acuerdo con Freud el trauma no se convierte en trauma sino hasta que se presenta una segunda vivencia similar a la primera, volviéndola traumática, en estos casos es el abandono. Como se puede observar, en ambos casos existió violencia infantil, presentándose principalmente un abandono tanto físico como psíquico por parte de ambos padres, llevándolas a cometer actos suicidas en momentos en los que este sentimiento de abandono y soledad se revivían.

En Más allá del principio de placer, Freud [15], habla de la pulsión de muerte y la compulsión a la repetición las cuales se encuentran presentes en las personas que presentan riesgo suicida, ahí menciona que

la violencia mecánica del trauma libera el quantum de excitación sexual cuya acción traumática es debida a la falta de aporte angustiado y por otra parte la herida física simultánea ligaría el exceso de excitación al reclamar la sobre investidura narcisista del órgano doliente (18).

A la luz de la revisión del texto me di a la tarea de explicar las autolesiones como una forma de descarga, ya que en situaciones en las que se revive el trauma, es decir cuando la represión no funciona, el afecto hiperintenso, se encarga de descargar la ansiedad, ya sea en la repetición o en el desplazamiento al objeto inocuo hostil [11] lo cual puede vincularse con el intento suicida, que no tiene una intencionalidad fatal.

En el caso de Karina, el primer intento fue seguido de un abandono por parte de su ex pareja, que la llevo a un episodio maníaco por lo que realizó una fiesta. Al retirarse todos los invitados, ella se dio cuenta de que realmente no contaba con nadie que la apoyara o sostuviera, por lo que decidió terminar con su vida. Posteriormente la muerte de su hijo, situación que nuevamente implica un abandono tanto físico como psíquico, la llevó a entrar en un periodo de múltiples intentos suicidas y autolesiones.

En el caso de Camila, ella se mantuvo relativamente estable hasta que la situación del rechazo de su ex pareja, vivida como un abandono, tuvo como efecto un brote psicótico que la llevó a cometer un primer intento suicida. Siguiendo situación, el centro penitenciario le rechaza la visita de un amigo, diciendo que se encuentra sola, decide autolesionarse cuello y manos; otra situación que implica sentimientos de abandono.

Por último la situación con sus compañeras, de quienes Camila cuidaba y procuraba, siendo un sustituto de esa madre que nunca tuvo, curando heridas y dándoles un sostén; aunque Camila no se daba cuenta, sus compañeras eran también un sostén para ella y, en el momento que se les cambia de estancia, Camila se quiebra, reviviendo el abandono y decide consumir medicamento controlado provocándose una sobredosis.

Las dos se encuentran constantemente con diversos estresores, causados principalmente por el medio penitenciario, esto en conjunto con su labilidad psíquica, en momentos de abandono, y al no ser capaces de manifestar el abandono, de forma inconsciente en dolor orgánico o una energía que lo contenga, requieren de una sustitución consciente en un área de su cuerpo, por lo que se autolesionan o vuelven ese dolor físico de alguna u otra forma, con sus intentos suicidas, tratando de comprender y soportar ese dolor emocional que no logran entender.

Tanto Camila como Karina, se mostraron incapaces de sublimar la descarga de afecto, por falta de herramientas psíquicas suficientes para "comprender" y

canalizar. Lo cual les llevó a colocarse en situaciones de repetición, en un intento de sentir placer. Como lo dice Freud [15], “se trata de la acción de las pulsiones que estaban destinadas a conducir a la satisfacción, pero en aquel momento no produjeron más que displacer, esa experiencia se hizo en vano, se le repite a pesar de todo” (20). Si las situaciones de abandono en las que ellas mismas, de una u otra manera se colocan, con sus diversas autolesiones e intentos suicidas, a pesar de que podrían tener una intención clara de finalizar con su vida, no lo hacen, mostrando conductas y acciones repetitivas que simplemente ellas, ya sea consciente o inconscientemente, saben que no las harán terminar con su vida.

En Karina, su primer intento de ahorcamiento fue con un instrumento endeble (un cable) el cual claramente no iba a soportar su peso. Sus autolesiones dentro de reclusión las realiza muy profundas en las muñecas, sin embargo éstas son perpendiculares al brazo, situación que anatómicamente se sabe que no causa una hemorragia lo suficientemente grande como para provocar la muerte.

En cambio en Camila, su primer intento de ahorcamiento fue en horas de movimiento de cuerpos de seguridad. Además sus autolesiones en cuello y brazos son superficiales, llegando a parecer rasguños o raspadas, que en un primer momento se podría creer que no están hechos con navajas. Por último, su sobredosis fue una cantidad que ella sabía no era letal.

Payá [14], robustece mi argumento con la siguiente cita: “no todo el que intenta suicidarse desea morir” es decir que, probablemente solo desea una muerte simbólica para por fin descansar del dolor y vacío que el abandono les provoca. De igual manera, junto con Sánchez [16], habla sobre el papel expresivo de las autolesiones y cómo estas son utilizadas como un lenguaje corporal, de esta forma emiten sus emociones negativas sin intención de obtener una respuesta de su entorno, como si estuvieran en una burbuja y desean salir, así que la lastiman y de esta forma les intentan decir a los otros que las han decepcionado, abandonado o abusado de ellas.

Sus cortes en cambio, como lo referí antes, son en cierta forma un intento de descarga y al no haber desarrollado estrategias adecuadas de sublimación, como

refiere Sánchez T. [16], desplazan el dolor mental del recuerdo traumático a la sangre uniendo esta descripción a lo dicho por Foucault (2009) [20] en su cruel placer de castigar y acostumbradas a ver correr sangre, no pueden vengarse si no es viendo sangre correr.

Debido a lo descrito anteriormente, considero que es prudente realizar un tratamiento enfocado en estas situaciones, trabajar la temática del abandono, en el sentido de la resignificación de la situación de abandono, así como en la identificación de situaciones desencadenantes y formas de sublimación (cómo lo pueden ser el deporte, arte o escritura) o descargas que no impliquen una herida física provocada en momentos críticos, si no que sea tramitada en otras formas.

BIBLIOGRAFÍA

- [1] CNDH México (2018). *II Grupos en situación de vulnerabilidad y otros temas*. Consultado el: 3/05/19. Disponible en: <http://informe.cndh.org.mx/menu.aspx?id=23>
- [2] SEGOB (S/A). *Estrategias de Reinserción Social, Propuestas para una política pública en la CDMX*. Consultado el: 7/05/19. Disponible en: <https://www.reinsercionsocial.cdmx.gob.mx/storage/app/uploads/public/5b6/b5b/019/5b6b5b019c0cf579067633.pdf>
- [3] PÉREZ, J. Y MERINO M (2016). *Definición de reinserción social*, Definición.de consultado el: 2/4/2019 disponible en: <https://definicion.de/reinsercion-social/>
- [4] ANÓNIMO (2012). *Que es el abandono infantil sus causas y síntomas*, consultado el: 2/4/2019. Disponible en: <https://lanecesidaddeunhogar.wordpress.com/el-abandono-infantil/que-es-el-abandono-infantil-sus-causas-y-sintomas/>
- [5] UNICEF. México (S/A) *Violencia y Maltrato*. Consultado el 3/05/19. Disponible en: https://www.unicef.org/mexico/spanish/proteccion_6932.htm
- [6] OMS (2016). *Maltrato infantil* consultado el: 3/05/19. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
- [7] GALIMBERTI, U. (2015). *Diccionario de psicología*. México: Siglo XXI editores.
- [8] LAROTTA, C. et al. (2014). *Características del comportamiento suicida en las cárceles de Colombia* [revista electrónica] 56 (1) pp. 83-95 consultada el: 15 / 1/2019 disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/crim/v56n1/v56n1a06.pdf>

[9] OMS (2019). Prevención del suicidio: un imperio global consultado el: 31/1/19 disponible en: https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/es/

[10] INEGI (2018). Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio, consultado el: 31/1/19. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/suicidios2017_Nal.pdf

[11] IBARRA A. (2017). Investigación transdisciplinar del fenómeno suicida. México: Manual Moderno.

[12] DURKHEIM, E. (1897). El suicidio. México: Grupo editorial Tomo. (2014)

[13] SILVA, A. (2003). Conducta antisocial. Tomo II. México: UNAM

[14] PAYÁ, V. (2012). El don y la palabra. México: Casa Juan Pablos, FES Acatlán.

[15] FREUD, S. (1920). Más allá del principio de placer. En librodot.com disponible en: [file:///C:/Users/yely7/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/Mas_alla_del_principio_del_placer-Sigmund_Freud%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/yely7/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/Mas_alla_del_principio_del_placer-Sigmund_Freud%20(1).pdf)

[16] SÁNCHEZ, T. (2017). Autolesión y Mentalización: Viaje a través de las heridas. [revista electrónica] Clínica e Investigación Relacional, 11 (2): 337-351. Consultado el: 14/05/19. Disponible en: https://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V11N2_2017/08Sanchez_2017_Autolesion-Mentalizacion_CeIR_V11N2.pdf

[17] SEENA, F. ET AL. (2010). Prison suicide in 12 countries: an ecological study of 861 suicides during 2003-2007 [Revista electrónica] 46(3):191-5 consultado el: 13/2/19. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/41415112_Prison_suicide_in_12_countries_An_ecological_study_of_861_suicides_during_2003-2007

[18] BROWN, P. (2018). Should I have left my friend on death row kill himself? [revista electrónica] Consultado el: 10/2/19 disponible en: <https://www.themarshallproject.org/2018/12/06/should-i-have-let-my-friend-on-death-row-kill-himself>

[19] CEBALLOS, F. EL AL (2016). Suicidio en las cárceles de Chile durante la década de 2016-2015 [revista electrónica] 58 (3): 101-118. Consultado el: 15/1/19. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/crim/v58n3/v58n3a09.pdf>.

[20] VÁZQUEZ, V. (S/A) Programa de detención y prevención de riesgo en población penitenciaria. México: Subsecretaría del Sistema Penitenciario.

[21] Cámara de diputados H Congreso de la unión (2016) Ley Nacional de ejecución penal. México: Secretaría de la Nación.

[22] FOUCAULT, M. (2009). Vigilar y castigar. México: Siglo XXI.

