

**Funcionamiento Ejecutivo y Reconocimiento Emocional en Adolescentes con
Antecedentes de Intento Suicida**

Adriana Carolina Parra Pineda

Instituto de Psicología - Maestría en Psicología

Universidad Del Valle (Cali)

Gabriel Arteaga Díaz

Cali, 30 de junio de 2020

Tabla de contenido

Resumen.....	4
Capítulo I. Marco Conceptual	7
Perspectiva de la Conducta Suicida.....	7
Perspectiva Ejecutiva y Emocional	9
Capitulo II. Multicausalidad en la Conducta Suicida	10
Estudios Relacionados con Áreas Implicadas en la Conducta Suicida.....	12
Estudios Relacionados con la Alteración de las Funciones Ejecutivas.....	13
Estudios Relacionados con el Control Inhibitorio	14
Estudios Relacionados con la Impulsividad.....	15
Estudios Relacionados con la Toma de Decisiones y la Resolución de Problemas	17
Estudios Relacionados con el Reconocimiento Emocional	18
Capitulo III. Justificación.....	21
Capítulo IV. Objetivos.....	26
Objetivo General	26
Objetivos Específicos.....	26
Capitulo V. Marco Metodológico.....	27
Tipo de Estudio.....	27
Participantes	29
Criterios de Inclusión y Exclusión.....	29
<i>Criterios de Inclusión</i>	29
<i>Criterios de Exclusión</i>	30
Instrumentos.....	30
<i>Verificación de Criterios de Inclusión y Exclusión</i>	30
MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International)	30
Examen Cognitivo ADDENBROOKE. Col. Revisado (ACE – R).....	30
<i>Evaluación Neuropsicológica - Dimensión Cuantitativa del Estudio</i>	31
Examen Cognitivo ADDENBROOKE. Col. Revisado (ACE – R).....	31

Ineco Frontal Screening (IFS).....	31
Trail Making Test, Test Del Trazo (TMT) Forma A y B.....	32
Mini Social Cognition and Emotional Assessment (Mini – SEA).	32
Índice de Reactividad Interpersonal (IRI).....	33
<i>Evaluación Clínica – Dimensión Cualitativa del Estudio</i>	34
Capítulo VI. Procedimiento	35
Descripción	35
Análisis de Datos Cuantitativos	36
Análisis de Datos Cualitativos	36
Aspectos Éticos	37
Capítulo VII. Resultados	38
Resultados Cualitativos.....	38
Resultados Cuantitativos	57
Capítulo VIII. Análisis de Resultados	66
Análisis Clínico de los Casos	66
Capítulo IX. Discusión	99
Capítulo X. Conclusiones	105
Capítulo XI. Limitaciones y Recomendaciones	107
Bibliografía	108
Lista de Tablas.....	124
Lista de Figuras.....	125
Anexos	126

Resumen

Uno o más intentos de suicidio se convierten en un factor de riesgo para un suicidio consumado. El objetivo de este estudio fue describir las características del funcionamiento ejecutivo y del reconocimiento emocional en un grupo de adolescentes que han presentado comportamientos suicidas en la ciudad de Popayán. La metodología del estudio tuvo un enfoque mixto, de tipo descriptivo, con estudios de casos. Se evaluaron nueve jóvenes con previo intento suicida, a través de test cognitivos (ACE-R, INECO, TMT AYB), y test emocionales (IRI, Mini-SEA), y se realizó una entrevista semiestructurada a los jóvenes y algunos padres de familia. Para el análisis de la información, se utilizó el software Atlas. Ti y SPSS. Como resultante, se encontraron dificultades en atención selectiva, sostenida, y alternante, en la flexibilidad cognitiva, memoria de trabajo, control de inhibición y la toma de decisiones. A nivel emocional, el miedo es la emoción que presenta mayor dificultad de reconocimiento, y en el contexto de desarrollo, hay exposición constante a situaciones de estrés desde temprana edad; como abuso sexual, familia disfuncional y negligencia emocional. Concluyendo que la exposición constante a estados de estrés, establece un patrón de conectividad cerebral, que sobreexcita regiones cerebrales relacionadas con el área frontal y el centro regulador de emociones.

Este estudio fue una propuesta de investigación en colaboración con el Hospital Universitario san José y la IPS Sanamos Centro de Rehabilitación Integral S.A. en Popayán.

Palabras clave: Intento de suicidio, funciones ejecutivas, reconocimiento emocional, adolescentes.

Funcionamiento Ejecutivo y Reconocimiento Emocional en Adolescentes con Antecedentes de Intento Suicida

Dos personas que enfrentan situaciones similares, una de ellas decide quitarse la vida y la otra no ¿Cuál es la razón? ¡es inquietante ver las cifras día tras día en aumento! ¿Qué factores cognitivos podrían haber intervenido en esa persona, para tomar la decisión de acabar con su vida?

Según la tasa de suicidios su incidencia es menor, en la infancia y en la adolescencia temprana. Sin embargo, se vuelve más frecuente con el aumento de la edad, siendo la segunda causa de muerte en personas entre los 15 y 29 años. Las últimas cifras anuales en Colombia, reportadas por el Instituto Nacional de medicina Legal y ciencias Forenses (INMLCF, 2019) durante el 2018, fueron del 5,93% (2.696) de suicidios por cada 100 mil habitantes, entre mujeres y hombres mayor a nueve años; el grupo de niñas, niños, adolescentes y jóvenes hasta los 24 años, representaron el 30.3% (819) por cada 100 mil habitantes. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), el suicidio es un grave problema de salud pública, y uno o varios intentos de suicidio se convierten en uno de los mayores factores de riesgo para un suicidio consumado (Bridge *et al.*, 2012). Sin embargo, los avances en las neurociencias continúan realizando aportes relevantes para el entendimiento de este fenómeno, que afecta a todas las regiones del mundo.

La reciente utilización de técnicas de neuroimagen, han proporcionado información sobre los cambios a nivel cerebral, en aquellas personas con intento de suicidio (Aldavero, 2018 y Dajas, 2016). Estos cambios están relacionados con áreas de la corteza prefrontal, el sistema límbico y el eje hipotalámico – hipofisario, (McGirr *et al*, 2010., Mesa y Moya, 2011., Teicher, Andersen, Polcari, Anderson, y Navalta, 2002). Estructuras que están involucradas con el funcionamiento ejecutivo, la cognición social, el procesamiento emocional y la regulación del estrés. De igual manera, un creciente número de investigaciones indican, de forma muy consistente que en la conducta suicida intervienen dificultades de funcionamiento cognitivo, especialmente en las funciones ejecutivas (Rodríguez, 2010; Jollant, *et al*, 2005),

y que la dificultad para reconocer emociones, puede impedir la regulación efectiva de las mismas y, por ende, aumentar el riesgo de ideación suicida. (Jacobson, Marrocco, Kleinman y Gould., 2011). Estos hallazgos sugieren que regiones corticales comprometidas en la conducta suicida, poseen un rol fundamental en la toma de decisiones, resolución de problemas cotidianos y reconocimiento de emociones propias. (Andrade, Rodríguez, Alonso, y Andrés., 2014). Sin embargo, en Colombia no se cuenta con investigaciones que incluyan el funcionamiento cognitivo y emocional como factor de riesgo para la conducta suicida; por lo tanto, estos factores no se tienen en cuenta en los programas de intervención o de prevención.

Los procesos cognitivos y emocionales, que intervienen para tomar decisiones, y regular la conducta, representan un paradigma ideal para identificar la posible disfuncionalidad en los patrones de conectividad a nivel cerebral, que no ha sido explorado en esta condición clínica en Colombia, lo que le dio un valor significativo a esta investigación, ya que posibilita una mejor comprensión del factor cognitivo en la conducta suicida.

Los resultados que se derivan de este tipo de aproximaciones pueden orientar al desarrollo de herramientas diagnósticas e interventivas más precisas. La presente investigación permitió adicionalmente, desarrollar medidas a nivel cuantitativo y cualitativo del funcionamiento cognitivo, emocional y del contexto de desarrollo de los jóvenes, de este modo se puede conseguir una visión más certera de los modelos clínicos diagnósticos e interventivos, para los jóvenes con intento de suicidio.

Capítulo I. Marco Conceptual

Perspectiva de la Conducta Suicida

Desde el campo social Durkheim (como se citó en Palacio) considera que el *Suicidio* puede ser considerado como un hecho de alteración del orden social, en cuanto hay que buscar su causa fundamental en la llamada por él “anomía social”. Para este autor existirían sociedades donde la ausencia y la existencia de normas contradictorias, determinarían un estado social en el que “cada individuo busca por sí solo su camino, sin un orden que lo conecte con los demás” (2010, p.5). Desde este punto de vista, el suicidio es entonces considerado un “desajuste entre la estructura social y la conciencia cultural, se da en mayor proporción cuando hay una contradicción entre las leyes escritas y las nuevas exigencias sociales” (Palacio, 2010, p.5). Por tanto, intervienen factores sociales, demográficos, ambientales, económicos y psicológicos (...) que se manifiestan y se agrupan en el colectivo de una sociedad, y generan expresiones individuales en cada uno de sus integrantes (Quintanar, 2008). Por otro lado, Schneidman (como se citó en García y Peralta), desde el campo individual lo describió como “el acto consciente de autoaniquilación, que se entiende como un malestar pluridimensional en un individuo que percibe este acto como la mejor solución” (2002, p.88). Para Spiller (como se citó en Corpas) es “el acto consumado, intencional de finalizar con la propia vida. Incluye todas las muertes que son resultado directo o indirecto de comportamientos ejecutados por la propia víctima; quien es consciente, de la meta que desea lograr” (2011, p.1).

Finalmente, desde el campo de la salud mental, la OMS (2002) lo define como la actuación con un resultado letal, que es iniciado y realizado por la persona, que sabe y espera el resultado mortal de su acto, y a través del cual pretende tener los cambios que desea. Para el Ministerio de Salud (MINSALUD, 2018)

Es la muerte que se deriva de la utilización de cualquier método (envenenamiento, ahorcamiento, herida por arma de fuego o cortopunzante, lanzamiento al vacío a un vehículo o cualquier otra forma) con evidencia, explícita o implícita, de que fue autoinflingida y con la intención de provocar el propio fallecimiento (p.3).

En tanto García y Peralta, refieren:

El suicidio es una conducta compleja en el que intervienen múltiples factores existiendo tres fases: 1) Idea suicida en la que el sujeto piensa en cometer suicidio. 2) Duda o fase de ambivalencia donde el individuo pasa de la idea a plantearse la posibilidad de pasar a la acción, como solución a sus conflictos. 3) Decisión en la que ya se pasa a la acción. (2002, p.88)

En cuanto al termino de *Conducta Suicida*, Arias, Marcos, Martín, Arias, y Deronceré refieren que “es un proceso continuo que va desde la ideación en sus diferentes expresiones, pasando por las amenazas, gestos, intentos, hasta llegar al suicidio propiamente dicho” (2009, p.2). Según Buitrago (Como se citó en MINSALUD)

Es la secuencia de eventos denominado proceso suicida que se da de manera progresiva, inicia con pensamientos e ideas, que se siguen de planes suicidas y culminan en uno o múltiples intentos, con aumento progresivo de la letalidad sin llegar a la muerte, hasta el suicidio consumado. (2018, p.2).

Para su diagnóstico la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE -10), consideran la conducta suicida como el síntoma de un malestar, o un trastorno mental o emocional que no representa un diagnostico en sí mismo (MINSALUD, 2018).

En cuanto a la *idea suicida*, el pensamiento del sujeto abarca un campo muy amplio, adquiere diferentes formas de presentación mental como: el deseo de morir, la representación suicida, la idea de autodestrucción sin planeamiento de la acción, la idea suicida con un plan indeterminado o inespecífico aún, o la idea suicida con una adecuada planificación (Pérez, 1999). Para el MINSALUD

Es el conjunto de pensamientos que expresan un deseo o intencionalidad de morir, tal como la fantasía o prefiguración de la propia muerte. Se refiere al “paso anterior a la actuación y puede que no se manifieste a través de amenazas, verbales o escritas” (2018, p.2).

El *Intento suicida* según la OMS (2002) hace referencia a: “cualquier acción mediante la cual, el individuo se causa una lesión, independientemente de la letalidad del método empleado y del conocimiento real de su intención”. Para el MINSALUD (2018) “es una conducta potencialmente lesiva auto - inflingida, sin resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte” (p.3). Dentro de su clasificación de letalidad se identifica: 1) alta letalidad: lanzarse de una altura; ahorcamiento; arma de fuego, cortes profundos, sobredosis de insulina, 2) baja letalidad: cortes superficiales o intoxicación, Instituto Nacional de Salud (INS, 2014).

Perspectiva Ejecutiva y Emocional

Para Tirapu & Muñoz (2005) las *Funciones ejecutivas* se pueden definir como la capacidad para la formulación de metas, las facultades empleadas en la planificación, las estrategias para lograr los objetivos y las aptitudes para llevar a cabo diversas actividades de forma eficaz. Anderson (como se citó en Herreras) refiere que existen algunos elementos dentro del funcionamiento ejecutivo:

- i. anticipación y desarrollo de la atención, ii. control de impulsos y auto- regulación, flexibilidad mental, (iv) planificación y organización, (v) selección de estrategias para resolver problemas y (vi) monitorización (2014, p.22).

Y para Verdejo y Bechara “Las funciones ejecutivas son responsables tanto de la regulación de la conducta manifiesta como de la regulación de los pensamientos, recuerdos y afectos que promueven un funcionamiento adaptativo” (2010, p.228).

Emociones: Darder y Bach (como se citó en Gallardo., 2006) refieren que son un conjunto de patrones y respuestas corporales, cognitivas y conductuales que adoptamos y aplicamos ante aquello que nos ocurre [...] son funciones cerebralmente complejas, que imprimen una tonalidad afectiva determinada a la persona y configuran un talante, una decisión o una manera de ser.

Desde la neurofisiología, las emociones están asociadas a diversos cambios fisiológicos (Levenson., 2003), en que el organismo emite señales químicas y neuronales ante un

estímulo que es emocionalmente competente, propiciando un determinado tipo de respuestas viscerales (Damasio., 2003), generando ideas y modos de cognición (Damasio., 2010); tales reacciones corporales podrían responder a situaciones o pensamientos que se van transformando en imágenes mentales; siendo propiciadas por emociones primarias innatas - filogenéticas o emociones secundarias sociales aprendidas (Damasio., 1994). Es decir que durante el proceso evolutivo se desarrolló un mecanismo que posibilita el reaccionar automático para poder sobrevivir, dificultando el pensar sobre que reacción sería la más apropiada, a estas respuestas Damasio les denominó “marcador somático” ya que, cuando se activan en determinada situación, influyen de sobre manera en el proceso de toma de decisiones.

En la misma línea, (Ekman y Davidson; 1994) refieren que las emociones “básicas” o primarias como la alegría, la sorpresa, el miedo, la ira, la tristeza y el desagrado, son obtenidas mediante el proceso de evolución siendo fácilmente identificables en humanos y no humanos (Ekma., 1999). En cuanto a las emociones secundarias o sociales, fisiológicamente son como el “anidamiento” de las emociones primarias (Rasco y Félix., 2012) siendo susceptibles a la influencia del contexto sociocultural, en donde interviene la responsabilidad personal y la conformidad con las normas y los valores sociales (Harris., 1992), propiciando la regulación de la conducta en la interacción social (Parrot y Smith., 1991).

Capítulo II. Multicausalidad en la Conducta Suicida

Blumenthal (como se citó en Rodríguez., 2010) refiere que, a lo largo de la vida, el ser humano se mueve dentro y fuera de las crisis suicidas, lo cual está en relación con la pérdida del homeostasis entre los factores protectores y los factores de riesgo. Durante el desarrollo de la adolescencia, los jóvenes se ven expuestos a diferentes problemáticas sociales, culturales y personales, que pueden generar algún tipo de afectación en su salud mental (OMS., 2014). En Estados Unidos, Europa y América Latina, las tasas de suicidio en los últimos años se han incrementado y los estudios realizados indican que al menos el 18%

de la población adolescente latinoamericana, ha presentado algún intento de suicidio (Calle, Gómez, Álvarez, y Flores, 2015).

Diversos estudios mencionan factores psicosociales y ambientales que ponen en estado de vulnerabilidad a los jóvenes: como el consumo de sustancias psicoactivas, alcohol, presión académica, conflictos al interior de la familia, ausencia de normas y autoridad, estrés, embarazo no deseado y alteraciones en el estado de ánimo (Amézquita, González, y Zuluaga, 2003; Pérez, Rodríguez, Dussán, y Ayala, 2009).

En este mismo orden de ideas, factores fisiológicos y cognitivos emiten respuestas de estrés psicosocial, aumentando la predisposición de la persona al comportamiento suicida (Mesa y Moya, 2011). En la edad temprana, el sistema nervioso es más vulnerable a los efectos ambientales adversos (Lee y Hoaken, 2007), lo cual genera alteraciones de plasticidad cerebral, de capacidad para reorganización y generación sináptica (Capilla, Paúl, Carboni, y Maestú, 2007; Mesa y Moya., 2011) además de retrasos en el proceso de mielinización y alteraciones del proceso natural de poda neuronal; puesto que la infancia es una etapa evolutiva crítica para el desarrollo del individuo, y los factores estresantes como abusos o maltrato, son susceptible de interferir en el desarrollo del sistema nervioso central del niño, afectando a su funcionamiento actual y posterior (De Bellis, 2005; Mesa y Moya, 2011). Esto podría dejar secuelas cognitivas que alteran el desarrollo del cerebro humano, que con el paso del tiempo podría convertirse en un factor de riesgo para la conducta suicida (Amores y Mateos, 2017; Lee y Hoaken, 2007).

En consecuencia, con los efectos estresores, se encontró que las áreas cerebrales implicadas en este proceso son: el sistema límbico, el cerebelo, la corteza prefrontal y el funcionamiento del eje de activación hipotalámico-hipofisario-adrenal (McGirr *et al*, 2010; Mesa y Moya, 2011; Teicher, Andersen, Polcari, Anderson, y Navalta, 2002). Entonces, una situación asociada a estrés severo indicaría la activación de catecolaminas (especialmente NE, noradrenalina y DA, sistemas dopaminérgicos) y "desactivar" la inhibición frontal del sistema límbico (Arnsten, 1998). "Se presume que la negligencia infantil interfiere con el desarrollo efectivo de regiones corticales prefrontales y, por lo tanto, de funciones

ejecutivas” (De Bellis, 2005, p. 160). La alteración en alguna de estas áreas, podría incidir en problemas de conducta, trastornos de ansiedad, depresión, estrés postraumático, trastornos de personalidad, desorden de identidad disociativa, esquizofrenia, conductas autolesivas, propensión al suicidio, abuso de drogas y de alcohol especialmente en etapas posteriores a la infancia; Post, Leverich, Xing y Weiss (como se citó en Del Águila., 2015). Así como alteraciones en áreas relacionadas con el funcionamiento ejecutivo, habilidades deficientes para resolver problemas, rasgos impulsivos, alteraciones emocionales como la labilidad y la depresión, también se han convertido en factores de riesgo adicionales para el comportamiento suicida. (Sánchez, Martínez y Ramos, 2013; Jollant *et al*, 2005; Bridge *et al*, 2012). Un gran número de suicidios, puede ser el resultado del desarrollo disfuncional de comportamientos excesivamente impulsivos y agresivos (Turecki., 2005).

Teniendo en cuenta los aportes que desde el área de la neuropsicología se han realizado a los diferentes factores de riesgo, se profundizará sobre estos en el siguiente apartado.

Estudios Relacionados con Áreas Implicadas en la Conducta Suicida

Desde el punto de vista de adaptabilidad y especificidad, Ustárriz, Cordero, Luna, y Hernández refieren que “no existen regiones especializadas, ni funciones particulares, ya que distintas áreas de la corteza prefrontal responden coordinadamente cuando el sistema debe resolver nuevos retos” (2017, p.76). Es decir, que el funcionamiento ejecutivo no puede ser entendido como una unidad, sino como un conjunto de procesos que asumen funciones independientes, pero que finalmente se van a relacionar entre sí, tal como lo plantean Tirapu y Muñoz “el funcionamiento ejecutivo es el resultado de un sistema supramodal de procesamiento múltiple, en donde existe implícitamente una relación recíproca con otras funciones cerebrales en una doble dirección” (2005, p. 476).

Desde el punto de vista neuroanatómico, existe una fuerte conexión entre la función cerebral y el comportamiento suicida (Burton *et al*, 2011), en estudios post mortem (Dajas., 2016), y con técnicas de neuroimagen (Aldavero.,2018), encontraron que las principales estructuras involucradas son la amígdala, el fórnix, la corteza cingulada, el septum y el

tálamo, las cuales se encargan del procesamiento de la información, interviniendo en las funciones ejecutivas (Andrade, Rodríguez, Alonso, y Andrés., 2014). Desde la neuropsicología se considera que regiones anteriores de la corteza prefrontal están asociadas con el sistema de planeación, regulación y control de los procesos psicológicos.

Luria. (1979) señala que la corteza prefrontal, constituye la unidad funcional responsable de la organización, la planificación y la verificación del comportamiento, ante alguna alteración en la corteza prefrontal, se presentarían compromisos en áreas de la personalidad, de la regulación de emociones, el comportamiento, la conducta social, e igualmente en el pensamiento abstracto y la metacognición (Stuss y Levine., 2002).

Estudios Relacionados con la Alteración de las Funciones Ejecutivas

Términos como “funcionamiento ejecutivo” o “control ejecutivo” hacen referencia a una serie de mecanismos implicados en la optimización de los procesos cognitivos, para orientarlos hacia la resolución de situaciones complejas (Tirapu, Muñoz, y Pelegrín., 2002), tienen como objetivo facilitar la adaptación del individuo a situaciones nuevas e ir más allá de conductas habituales automáticas (Cortès, Cuellar, González, y Gualteros., 2015), incluye procesos como la memoria de trabajo, regulación de la atención, la inhibición de respuestas inapropiadas y la monitorización de la conducta en estados motivacionales y emocionales del organismo (Tirapu y Muñoz., 2005). Su desarrollo inicia en la infancia y culmina finalizando la adolescencia (aproximadamente 24 años), paralelamente al desarrollo anatómico de los lóbulos frontales (García, Molina, Enseñat, Tirapu y Roig., 2009).

En diversos estudios con pacientes que presentaron intentos de suicidio, a quienes se les aplicaron pruebas neuropsicológicas, se encontraron dificultades de funcionamiento ejecutivo en procesos relacionados con: la planeación, estrategias para la solución de problemas, toma de decisiones (Rodríguez, 2010; Jollant *et al*, 2005), fallas en el control de la interferencia, rigidez cognitiva, alteraciones en la fluidez verbal, autorregulación, y autocontrol (Burton, *et al*, 2011; Jollant *et al*, 2005; Andrade *et al*, 2014).

En una investigación de 72 sujetos, se pretendía observar el rendimiento neuropsicológico de jóvenes con intento de suicidio. Se hizo la comparación entre 15

pacientes deprimidos con al menos un intento de suicidio previo de alta letalidad, 14 pacientes deprimidos con intentos previos de baja letalidad, 21 pacientes deprimidos sin intentos de suicidio previos y 22 sujetos control. Encontrando que los sujetos con intentos de suicidio de alta letalidad (como mínimo coma, y cuidados intensivos) presentaron un desempeño muy bajo en tareas de funcionamiento ejecutivo, atención y memoria. (Keilp., 2001).

En cuanto a los instrumentos que se utilizan para su evaluación están las pruebas de tipo atencional y cognitivo como: el test de Stroop, la tarea de juego tipo Iowa, (Sánchez; *et al*, 2013; Burton *et al*; 2011; Damasio, 2003), la torre de Hanoi, el test de Clasificación de Tarjetas Wisconsin (Rodríguez., 2010), la prueba Go/ No go, (Burton *et al*, 2011), la subprueba laberintos de la Escala de Inteligencia de Wechsler para niños, el test de Asociación de la palabra oral controlada (COWAT) y la prueba de cinco puntos (FPT) (Marzuk, Leon, Hartwell, y Portera, 2005).

Estudios Relacionados con el Control Inhibitorio

Dos personas que están expuestas a factores de riesgo similares, una presenta intento de suicidio y la otra no, ¿cuál es la razón? la respuesta puede incluir el control inhibitorio del acto impulsivo y agresivo (Rodríguez., 2010). Este control es ejercido por la corteza prefrontal (CPF) particularmente por la corteza frontomedial (CFM), la cual cumple la función de regular la conducta y los procesos atencionales; es decir que permite retrasar las respuestas impulsivas, originadas por otras estructuras cerebrales (Matthews, Estibaliz, Simmons, & Paulus., 2005).

En la investigación de (Keilp *et al*, 2008) utilizaron la prueba de Stroop para evaluar los procesos atencionales en pacientes deprimidos con y sin intento suicida, encontrando que los procesos atencionales se vieron afectados en todos los sujetos deprimidos; sin embargo, fue más significativa la afectación en aquellos con intento de suicidio previo de alta letalidad. Horesh. (2001) utilizó la Prueba de variables de atención (TOVA) y tareas de rendimiento continuo (CPT) en un grupo de adolescentes con y sin intento de suicidio para evaluar la

capacidad de información que lograban retener durante un período prolongado de tiempo, encontrando que los adolescentes con intento de suicidio presentaron múltiples errores de omisión, dificultades en los procesos de atención sostenida, selectiva y en los mecanismos del control inhibitorio (Burton *et al*, 2011). En relación con los fallos atenciones (Hardy, Hinkin, Levine, Castellon, y Lam., 2006) refieren que estos inciden sobre manera en el proceso para la toma de decisiones, ya que se pueden “corromper por una falla en el momento de enfocar adecuadamente la atención y controlar la información en la que se basan” (Keilp *et al*, 2008, p.16).

Estudios Relacionados con la Impulsividad

Otro de los factores de riesgo asociados a la conducta suicida es la impulsividad, caracterizada por “la tendencia a tomar decisiones rápidamente, actuar sin pensar y a involucrarse en conductas riesgosas” (Stanford *et al*, 2009, p.246). Es decir que la toma de decisiones y la impulsividad están asociadas con los intentos de suicidio, en la medida en que la impulsividad puede aumentar el riesgo, sin embargo, también puede frenar su planificación para evitar la muerte (Jollant *et al*, 2005; Turecki, 2005). De igual manera, los altos niveles de comportamiento impulsivo/agresivo también se han relacionado con la exposición a factores estresantes y ambientales generados en la vida temprana (Turecki, 2005); por tanto, la conducta suicida y la agresión son manifestaciones de un pobre control de impulsos (Garrison, McKeown, Valois, y Vincent., 1993).

En este mismo orden de ideas, un estudio realizado a adolescentes con conducta suicida, hizo un seguimiento desde el momento de la hospitalización psiquiátrica hasta la edad adulta, examinando las diferentes trayectorias del desarrollo de los pensamientos y los comportamientos suicidas, dentro de los resultados hicieron una clasificación de cuatro grupos según las características del riesgo:

- (1) El grupo de mayor riesgo corresponde a adolescentes con ansiedad y desesperanza crónica, que describen pocas razones para vivir y con una impulsividad creciente durante la edad adulta. Este grupo es el único que tuvo una mayor probabilidad

de eventos estresores en su infancia, y una proporción más alta de tiempo experimentando episodios de depresión mayor y trastornos de ansiedad generalizada. El grupo de riesgo creciente se caracteriza por una mayor impulsividad y agresividad autoreportada, así como dificultades en el desempeño de roles durante la vida adulta y mayores rasgos de ansiedad. (3) los grupos de bajo y (4) muy bajos riesgos muestran rasgos de ansiedad altos y menos razones para vivir, pero pueden desarrollar una capacidad de regulación emocional y conductual a medida que transitan hacia una vida más independiente. (Goldston *et al*, 2016, p.6).

Dentro de la aplicación de escalas se hallaron estudios relacionados con la impulsividad. A un grupo de adultos jóvenes con intento suicida en Canadá, se les aplicó la escala de impulsividad de Barratt (BIS v11), obteniendo puntuaciones altas en las subescalas de impulsividad cognitiva y motora (Turecki., 2005), en la Universidad de McGill aplicaron la escala BIS v11, a sujetos suicidas que utilizaron métodos violentos encontrando puntuaciones significativamente más altas de impulsividad, comparado con aquellos sujetos que usaron métodos de suicidio no violentos (Dumais, Lalovic, Lesage, y Seguin., 2005), a un grupo de jóvenes con y sin intento de suicidio se les aplicó la escala de impulsividad funcional/disfuncional de Dickman, encontrando puntuaciones altas de impulsividad y rigidez cognitiva en el grupo con intento de suicidio (Sánchez *et al*; 2010). En cuanto a la repetición del intento suicida, este se ha vinculado con la conducta agresiva (Shaffer, Garland, Gould, Fisher, y Trautman., 1988), en un estudio comparativo de 51 adolescentes israelitas, se evaluó ansiedad, depresión, agresión e impulsividad, 32 de ellos hospitalizados por su primer intento de suicidio en comparación con 19 de los adolescentes hospitalizados que habían presentado cinco o más intentos de suicidio, los resultados demostraron que en ambos grupos se presentan altos niveles de depresión y de ansiedad, pero que los adolescentes con intento de suicidios múltiples tienen mayores niveles de agresión (Stein, Apter, Ratzoni, Har-Even, y Avidan., 1998).

Estudios Relacionados con la Toma de Decisiones y la Resolución de Problemas

Las pocas habilidades para resolver problemas es otro factor de riesgo asociado con el comportamiento suicida en adolescentes (Ernst y Paulus, 2005; Jollant *et al*, 2005), dichas habilidades están en constante interacción con la toma de decisiones, en donde interviene una situación, la selección y ejecución de opciones para la acción y la evaluación de consecuencias (Bridge *et al*, 2012). El hecho de atentar contra la propia vida, se toma como camino cuando no se encuentra otra salida posible a lo que se está sintiendo o viviendo (Barón., 2000). La toma de decisiones está asociada con la activación de redes en la corteza prefrontal ventromedial (VmPFC), (Ernst y Paulus, 2005). En una muestra pareada de sujetos se evaluó la activación de bases neuronales y cognitivas de la toma de decisiones en sujetos con y sin intento suicida, a través de la versión adaptada del Iowa Gambling Task y pruebas de neuroimagen funcional, se observó disminución de la activación en las áreas orbitofrontal lateral izquierda y occipital, en el momento de tomar decisiones de alto riesgo en sujetos con intento suicida (Jollant *et al*, 2010).

La disfuncionalidad en estas áreas puede ser un “marcador de vulnerabilidad y de predicción relevante para el comportamiento suicida” (Jollant *et al*, 2005, p. 395). Cabe decir que la alteración no solo está en el control de los impulsos, sino en las posibles estrategias inadecuadas que posee el sujeto para la solución de problemas (Rodríguez., 2010). Dentro de las principales estrategias de afrontamiento que utilizan los sujetos con intento suicida, están aquellas que tienen un alto componente emocional (Quintanilla, Valadez, González, y Valencia., 2005), lo cual genera dificultad en el momento de plantear soluciones o utilizar estrategias alternativas, quedándose estancados en el suicidio (Marzuk *et al.*, 2005). Un estudio con jóvenes latinas, reporta que las estrategias utilizadas en la tentativa de suicidio son la huida y la idea fantasiosa (Turner, Kaplan, Zayas, y Ross., 2002), en una muestra de 103 sujetos con intento suicida, se encontró que el 42% utiliza estrategias de autoculpabilización, el 29% estrategias de fantasía o centradas en la alteración emocional y el 8% busca identificar y solucionar el problema (Quintanilla *et al*; 2005).

Estudios Relacionados con el Reconocimiento Emocional

Las emociones tienen un valor adaptativo y cognitivo para cada demanda situacional (Smith y Lazarus., 1992) y de alguna manera, están relacionadas con sistemas fisiológicos implicados en el proceso salud-enfermedad, Molerio (como se citó en Pérez, Almeida, y Martínez., 2014), facilitan la toma de decisiones, preparan al individuo para rápidas respuestas motoras y permiten el comportamiento social. En la autorregulación emocional se ven implicadas condiciones situacionales de tipo interno o externo, que involucra procesos de monitoreo, reconocimiento, evaluación y modificación de la emoción (Thompson y Calkins., 1996), suele iniciarse con procesos atencionales y continuar con el reconocimiento de las emociones propias (Cortès, Cuellar, González, y Gualteros., 2015). La ausencia de estrategias para su regulación puede alterar las expectativas del individuo y su comprensión de la situación, reaccionando de forma refractaria a dichos intentos de control, (Hervàs., 2011) generando interferencia con el control inhibitorio, cognitivo y conductual, afectando las áreas del funcionamiento social y psicológico de la persona, provocando respuestas impulsivas, solo para escapar de estados emocionales aversivos (Nock *et al.*, 2008). Es por esto que “algunas personas desean morir, cuando no pueden hacer frente de manera adaptativa a un afecto negativo abrumador” Baumeister (como se citó en Polanco *et al*, 2018, p.125). Es así como estos factores de reactividad emocional y de ausencia de regulación emocional, pueden afectar el riesgo de pensamientos y comportamientos suicidas (Nock *et al*, 2008; Westlund, Klimes, Begnel, y Cullen, 2015; Polanco, Moore, Tsypes, y Miranda, 2018). Modelos del escape suicida, proponen que “los pensamientos y comportamientos suicidas sirven para escapar de un estado mental insoportable debido, en parte, a altos niveles de angustia emocional después de un evento aversivo e intolerable” Baumeister (como se citó en Polanco *et al*, 2018, p.123). De aquí la importancia de identificar la “valencia” de la emoción como un componente básico del procesamiento emocional; es decir la valoración de una señal emocional como perjudicial o útil (Barrett., 2006). En este mismo orden de ideas la expresión de las experiencias emocionales es una estrategia de regulación emocional, que influye en el pensamiento suicida (Mennin y

Fresco., 2009); en tanto, la supresión de las reacciones emocionales termina siendo desadaptativa (Gross., 2002).

En una investigación con estudiantes entre los 13 y 18 años, 83 con ideas suicidas y 105 con intentos previos de suicidio, se evaluó la expresión de emociones y su relación con las ideas suicidas, encontrando que los adolescentes con una emocionalidad más restrictiva, o con mayores dificultades para comprender y expresar sus emociones, eran más propensos a informar ideas e intentos suicidas. Los hallazgos sugieren que la dificultad para expresar las emociones puede impedir la regulación efectiva de las emociones y puede aumentar el riesgo de ideación suicida. (Jacobson, Marrocco, Kleinman y Gould., 2011).

Por otro lado, en un estudio con pacientes que presentaron intento de suicidio, se les aplicó el Inventario de Estilo de Afrontamiento de Vitalino con el fin de identificar la estrategia de afrontamiento más utilizada previa al intento de suicidio, los hallazgos estaban relacionados con aquellas que tienen un alto componente emocional, autoculpabilizante y de alteración en el significado emocional (Quintanilla, Valadez, González, y Valencia., 2005).

En cuanto al proceso de reconocimiento emocional este precede al reconocimiento facial y permite la actuación dinamizadora de la conducta, (Molerio., 2004) inicia con la percepción de la expresión facial y el tono de la voz activando áreas de la corteza visual, continuando con el análisis de los mismos rasgos faciales, sobresaliendo los ojos y la boca y finalmente se identifica la emoción facial, activando áreas de la corteza motora, Levenson, Ascher, Goodkind, McCarthy y Werner (como se citó en Perez, Almeida, y Martinez., 2014; Adolphs., 2002). Una persona con dificultades para reconocer expresiones faciales difícilmente podrá entender las emociones propias y las de su entorno (Cereceda *et al*; 2010). La imposibilidad de reconocer estados emocionales propios impide el contacto con nosotros mismos, con la realidad y puede relacionarse con la aparición de enfermedades y patologías (Cereceda *et al*; 2010). En un estudio con 41 mujeres con y sin depresión se evaluó la percepción emocional y el funcionamiento ejecutivo, se utilizó The Facial Emotion Perception Test (FEPT), el Test de Bender, de California y la Prueba GO/ NO-GO, encontrando que el grupo con depresión tuvo un desempeño significativamente bajo en tareas para la precisión de la

percepción emocional, el control inhibitorio y en los tiempos de respuesta de cada prueba (Langenecker *et al*; 2005). En relación con los síntomas depresivos, estudios refieren que hay alteraciones en el sistema límbico, paralímbico y prefrontal, regiones que se relacionan con áreas de la percepción de la emoción facial (Langenecker *et al*; 2005).

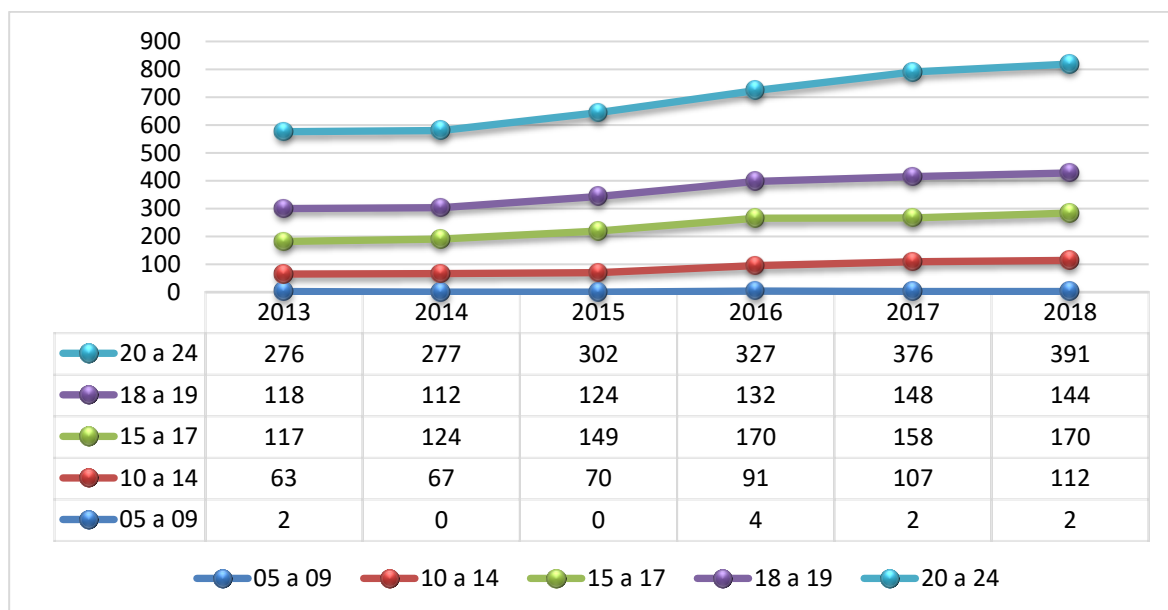
Desde los estudios de neuroimagen se ha encontrado mayor actividad cerebral en la percepción de estímulos relacionados con la emoción en las personas que han intentado suicidarse (Jollant *et al*; 2011); redes en la amígdala, la corteza cingulada anterior y la corteza prefrontal, se han identificado como estructuras compartidas con la atención selectiva y la regulación emocional (Keilp *et al.*, 2008), una disfunción en la regulación afectiva y emocional del área ventral de la corteza prefrontal, la ínsula y la amígdala, podrían generar alteraciones para el procesamiento ejecutivo y con la reducción de estrés (Sánchez *et al*; 2013; Calvo *et al.*, 2014), razón por la que algunos estudios han agregado componentes emocionales a las pruebas de funcionamiento ejecutivo (Hu, Liu, Weng, Northoff, y Zuo., 2012). Las observaciones muestran que el rendimiento en la prueba de Stroop se ve afectado por la carga emocional de las palabras utilizadas, estas atraen la atención de los sujetos y alteran el procesamiento neuronal involucrado en tareas de control inhibitorio (Hu *et al*; 2012). Entonces realizar el proceso de reconocimiento emocional es determinante, para evitar la afectación de tareas atencionales, de la toma de decisiones y del funcionamiento ejecutivo (Jollant *et al*; 2005).

Capítulo III. Justificación

Más de 800. 000 personas mueren cada año por suicidio, esta es la segunda causa de muerte en personas de 15 a 29 años. Cerca de 3.000 personas se suicidan cada día en todo el mundo, lo que equivale a una persona cada 29 segundos. Los indicios muestran que, por cada adulto que se suicida, posiblemente otros 20 intentan suicidarse (OMS., 2018). En Colombia, durante el 2018, se presentó una tasa del 5,93% (2.696) de suicidios por cada 100 mil habitantes, entre mujeres y hombres mayor a nueve años. En comparación con el año anterior, hubo un aumento del 21%. En cuanto al grupo de niñas, niños, adolescentes y jóvenes hasta los 24 años, se presentó un 30.3% (819) de suicidios consumados, 28 casos más con respecto al año anterior; entre ellos, la ocurrencia de dos suicidios en niños entre los cinco y nueve años, siendo una constante a partir del 2016, INMLCF. (2019). Al respecto, en este grupo etario durante el último semestre del 2013 al 2018 hubo un incremento en el número de casos, iniciando con 576 y finalizando con 819 casos hasta los 24 años (ver figura 1).

Figura 1

Elaboración propia. Suicidios en niños, niñas, adolescentes y jóvenes según grupo de edad y año del hecho. Colombia, años 2013 – 2018. A partir de (INMLCF, 2019).



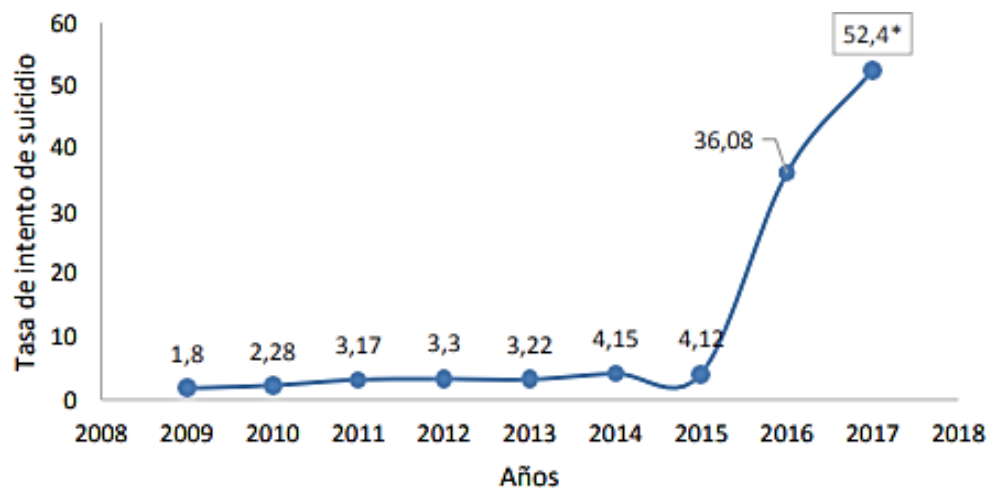
En la figura 1, se puede observar el incremento progresivo en muertes suicidas a partir del 2014. El grupo etario con mayor incidencia, fueron adolescentes que se encontraban entre los 15 a 17 años, en comparación con los demás grupos hasta los 19 años. Durante el 2013 se presentaron 117 suicidios consumados y en el 2018, 170 casos. Con respecto al 2017 la tasa en esta población de adolescentes aumentó de 6,1 a 6,3 por 100.000 habitantes. De igual manera en el grupo de jóvenes entre los 20 y 24 años también se observa una incidencia progresiva, pasó de 277 casos en el 2013 a 391 en el 2018. INMLCF. (2019).

Las personas que más optaron por muerte voluntaria estaban en secundaria (36,24%), en cuanto al estado civil el (53,04 %) eran solteros. Las cifras por genero muestran que en los hombres es mayor la incidencia (82,34%) entre los 20 a 34años de edad (35,59 %) siendo los registros más altos en los 20 a 24 años (14,32%) y entre los 25 y 29 con (11,71%). En comparación con las mujeres, la incidencia es del (17,65%) entre los 10 a 29 años de edad (58,61 %) siendo los registros más altos en los 20 a 24 años (15,34%) y entre los 15 a 17 con (13,66%). El mecanismo más utilizado es el ahorcamiento (66,77%) y el departamento con la tasa más alta de suicidio por 100.000 habitantes, es Antioquia (6,76) (INMLCF., 2019).

En cuanto al **intento de suicidio** en Colombia para el periodo del 2009 al 2017 se observa un aumento progresivo en la tasa representativa del número de casos, pasando del (1,8) al (52.4) por cada 100 mil habitantes entre mujeres y hombres (ver figura 2), “Cabe mencionar que el aumento significativo en los registros a partir del año 2016 puede estar asociado a que a partir del 1 de enero de ese año se inició la vigilancia del evento a nivel nacional en el SIVIGILA” (MINSALUD, 2018, p. 4). Sin embargo, esta cifra no es confiable y puede ser mayor, debido a la ausencia de registros en el número de casos de aquellos profesionales de la salud que reciben pacientes en consulta particular. A lo anterior la (Organización Panamericana de la Salud [OPS]., 2014), refiere que esta denuncia varía entre cada ciudad y en la mayoría de los casos la información disponible no es confiable, por la falta de un apropiado sistema de vigilancia.

Figura 2

Tasa de intento de suicidio en Colombia, por 100.000 habitantes, de 2009 – 2017. A partir de (MINSALUD, 2018).



En la distribución de tasas por grupos de edad, se observa un ascenso progresivo y con mayor incidencia en el grupo de 15 a 19 años (160.0), seguido por el de 20 a 24 años (115.4) (Ver tabla 1). Las cifras de intento suicida por género según la tasa preliminar en el 2017, muestra que en las mujeres hay mayor incidencia (62,7) comparado con hombres (37,3). El mecanismo más utilizado es la intoxicación (68,7%), seguido de arma cortopunzante (20%) y ahorcamiento en el (5,7%). El trastorno psiquiátrico con mayor incidencia fue el trastorno depresivo (35,4), y los departamentos con mayor número de casos fueron: Antioquia, Vaupés, Bogotá, Cundinamarca, Nariño y Huila. (MINSALUD, 2018 y 2019).

Tabla 1

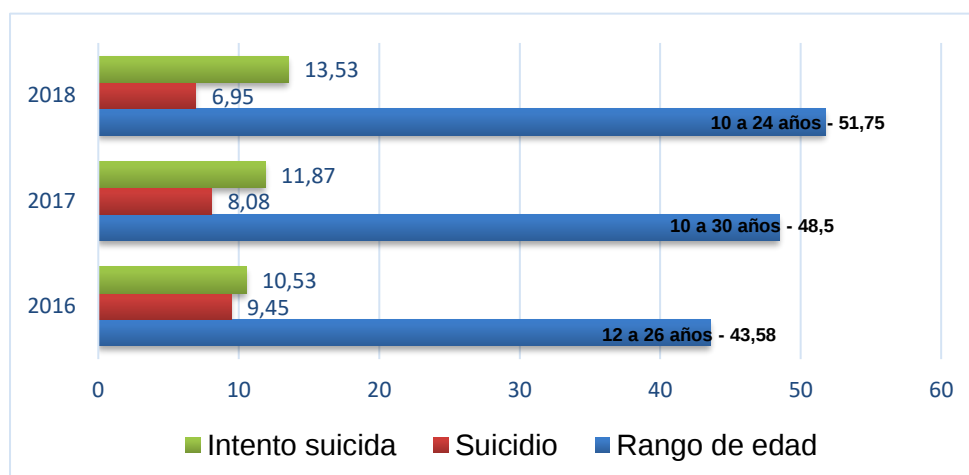
Elaboración propia. Porcentaje de tasa de intento de suicidio en Colombia, de 2009 a 2017, por grupos de edad. A partir de (MINSALUD, 2018).

Edad	Años									
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
De 5 a 9 años								0,0	0,0	0,6
De 10 a 14 años	0,83	1,07	1,56	1,62	1,76	2,13	2,86	50,9	67,2	80,2
De 15 a 19 años	2,53	3,89	5,27	5,21	5,13	6,78	7,49	114,4	130,7	160,0
De 20 a 24 años	2,02	2,58	3,35	4,08	3,59	4,84	4,12	80,5	96,8	115,4
De 25 a 29 años	1,77	1,01	2,84	2,08	2,58	3,43	2,89	55,4	71,7	84,1
De 30 a 34 años	1,05	1,35	1,88	1,81	2,0	2,05	1,99	41,7	58,06	66,6
De 35 a 39 años	0,89	1,09	1,51	1,31	1,4	1,66	1,72	31,1	50,0	55,8
De 40 a 44 años	0,58	0,6	0,84	1,12	0,92	1,24	1,56	23,9	30,01	33,7
De 45 a 49 años	0,49	0,42	0,73	0,83	0,82	0,94	0,9	18,4	58,0	60,7
De 50 a 54 años	0,25	0,26	0,51	0,49	0,83	1,01	0,73	12,7	24,7	26,7
De 55 a 59 años	0,4	0,22	0,5	0,58	0,41	0,7	0,47	11,1	21,8	23,2
De 60 a 64 años	0,18	0,25	0,31	0,42	0,16	0,42	0,41	8,05	15,6	16,5
De 65 a 69 años	0,39	0,1	0,14	0,22	0,33	0,32	0,38	6,09	10,98	12,38
De 70 a 74 años	0,43	0,12	0,36	0,65	0,17	0,28	0,27	5,27	9,68	11,08
De 75 a 79 años	0,18	0,17	0,08	0,0	0,23	0,3	0,51	6,71	8,06	9,46
De 80 años o más	0,09	0,17	0,25	0,32	0,31	0,45	0,29	6,9	9,1	10,5

Para este trabajo de investigación se tuvo en cuenta los casos de intento de suicidio presentados en la ciudad de Popayán. Según datos del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE, 2018); la ciudad cuenta con 277.270 habitantes aproximadamente en su área urbana. Datos estadísticos informados por el área de factor del riesgo ambiental de la Secretaría de Salud Departamental del Cauca (2019), refieren que durante el 2018 se presentaron 403 casos relacionados con la conducta suicida (intentos y suicidios). Entre ellos por cada 100 mil habitantes, se presentaron 375 (13,53%) intentos de suicidio, en hombres y mujeres entre los 10 y 60 años, y 28 (6,95%) suicidios consumados (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF., 2018). Su mayor incidencia, se ve reflejada en el rango de los 10 a 24 años (51,75%). Haciendo una comparación con el año anterior, se presentó un aumento en la tasa de intento suicida del (1,67%), (Ver figura 3).

Figura 3

Elaboración propia. Tasa del comportamiento suicida en Popayán, 2016-2018. A partir de (Secretaría de Salud Departamental del Cauca., 2019 y INMLCF, 2019)



Como se observa, el fenómeno de la conducta suicida no hace discriminación de sexo, edad o estrato socioeconómico, es un tema que suele silenciarse y hasta invisibilizarse. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS., 2018) el suicidio es un grave problema de salud pública y, a pesar de los esfuerzos realizados por el sector salud para mitigar su incidencia, las cifras continúan en aumento con gran impacto en la población adolescente. Posiblemente los cambios en la estructura familiar y social, los cambios ambientales, económicos, culturales e individuales por los que atraviesa la sociedad contemporánea, podrían estar propiciando un entorno en donde el desarrollo cerebral de los jóvenes presenta afectaciones en áreas implicadas con el funcionamiento ejecutivo y la autorregulación emocional. En relación Groschwitz y Plener (como se citó en Sánchez *et al*; 2013) en su artículo presentan los hallazgos empíricos de 53 investigaciones recientes, centrándose en los diversos factores neurobiológicos involucrados en la autolesión no suicida (NSSI). Planteando que las “disfunciones ejecutivas” pueden hacer que sea más difícil para los sujetos con conducta suicida, adaptar su comportamiento a los contextos sociales, debido a las respuestas alterada de estrés, la capacidad deficiente para resolver problemas y tomar decisiones en diversos contextos.

En consideración con los planteamientos anteriores, en el presente estudio se abordará

el intento de suicidio en adolescentes en la ciudad de Popayán, ya que las gráficas mencionadas con anterioridad, permiten observar como en los últimos años se ha venido incrementando este fenómeno en la ciudad. Esta investigación se realiza a la luz de los planteamientos que se han desarrollado en las neurociencias, particularmente en las áreas del reconocimiento emocional y de las funciones ejecutivas, con el fin de sentar bases que permitan generar aportes desde el área de la neuropsicología a los diferentes esfuerzos de la sociedad, la salud y la academia por mitigar su incidencia. Por tal razón se formula la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuáles son las características del funcionamiento ejecutivo y del reconocimiento emocional en un grupo de adolescentes que han presentado comportamientos suicidas en la ciudad de Popayán?

Capítulo IV. Objetivos

Objetivo General

Describir las características del funcionamiento ejecutivo y del reconocimiento emocional en un grupo de adolescentes que han presentado comportamientos suicidas en la ciudad de Popayán.

Objetivos Específicos

- Describir el perfil neuropsicológico de los adolescentes que han presentado comportamientos suicidas.
- Evaluar el funcionamiento ejecutivo en los adolescentes que han presentado comportamientos suicidas.
- Evaluar el reconocimiento emocional en los adolescentes que han presentado comportamientos suicidas.
- Indagar las características contextuales y clínicas del desarrollo de los adolescentes que han presentado comportamientos suicidas.

Capítulo V. Marco Metodológico

Tipo de Estudio

Esta investigación se fundamenta en un diseño metodológico mixto, de tipo descriptivo. El uso y la integración de las dos metodologías genera cantidad de beneficios a la hora del análisis y la discusión de los resultados. Koopman y Richardson (como se citó en Hortigüela, Hernando y Pérez, 2014), ya que ofrece la posibilidad de obtener una “fotografía más completa del fenómeno estudiado (Hernández, Fernández, Baptista, 2003, p.546).

Es mixta, ya que desde la parte cuantitativa se utilizarán instrumentos de evaluación y para los datos cualitativos se realizarán estudios de casos. Puesto que “El trabajo con los pacientes implica un proceso de investigación clínica, en el que no solo es importante cuanto logra el paciente (aspectos cuantitativos), sino también cómo el paciente enfrenta los problemas que se le presentan (aspectos cualitativos)” Luria (como se citó en Muñiz, 2010, p.7).

El estudio de casos es una de las diversas maneras de hacer investigación desde las ciencias sociales y de la salud (Yin., 2003). Esta metodología es considerada como la técnica de investigación que se centra en el estudio exhaustivo de un fenómeno, su mayor fortaleza es que “a través de esta, se mide y se registra la conducta de las personas involucradas en el fenómeno estudiado, mientras que los métodos cuantitativos sólo se centran en información obtenida a través de encuestas por cuestionarios” Yin, (como se citó en Martínez, 2006, p.167). Mencionar otras ventajas permite dar a conocer las razones por las que se elige esta metodología, según Latorre (cómo se citó en Barrio *et al*) son:

- Es apropiada para investigaciones a pequeña escala, en un marco limitado de tiempo, espacio y recursos.
- Es un método abierto, que retoma otras condiciones personales
- Favorece el trabajo cooperativo y la incorporación de distintas ópticas profesionales a través del trabajo interdisciplinar; además, contribuye al desarrollo profesional.
- Lleva a la toma de decisiones, a implicarse, a desenmascarar prejuicios o preconcepciones (2006, p.3).

Dentro de la validez y la confiabilidad del estudio de caso, Yin (como se citó en Mendoza, Díaz, y Porras) refiere:

La validez interna está relacionada específicamente con el establecimiento o búsqueda de una relación causal o explicativa; la validez externa trata de verificar si los resultados de un determinado estudio son generalizables más allá de los linderos del mismo y la confiabilidad tiene por objeto asegurarse de que un investigador, siguiendo los mismos procedimientos descritos por otro investigador anterior y conduciendo el mismo estudio, puede llegar a los mismos resultados y conclusiones. En los estudios de caso se utiliza el método de la triangulación, que sirve para complementar confiabilidad y validez de los datos y es un medio eficaz para integrar la calidad de la información y los resultados obtenidos (2011, p.19).

Continuando con los criterios de validez y confiabilidad, Mendoza; Díaz; y Porras, plantean algunas directrices para tener en cuenta en el momento de elegir el estudio de caso como estrategia metodológica:

- Someterse a un protocolo de investigación
- Contextualizar el problema y describir claramente la Unidad de Análisis
- Determinar el método de análisis (validar las técnicas e instrumentos que se vana utilizar –desarrollo metodológico, tanto cuantitativo como cualitativo.
- Organizar los datos obtenidos y presentarlos de manera que se observen claramente los elementos y relaciones entre ellos (conjuntando lo cuantitativo con lo cualitativo) y la unidad de análisis
- Establecer alternativas o cursos de acción, de acuerdo a lo encontrado. (2011, p.21)

En conclusión, realizar una inspección cuidadosa de estos criterios, permite observar que los estudios de caso y la evaluación cuantitativa, implican de responsabilidad y de un trabajo cuidadoso. Aplicando el pertinente rigor metodológico, pueden resultar hallazgos significativos, que generen aporte al avance científico.

Participantes

Se realizó una muestra de tipo intencional. Para la selección, se tuvo en cuenta los adolescentes con intento de suicidio que ingresaron por urgencias al hospital universitario San José de Popayán y aquellos jóvenes que han estado en control por Psicología o Psiquiatría en la IPS Sanamos Centro de Rehabilitación Integral S.A. durante el periodo 2017 – 2019. Se hizo la revisión historias clínicas, con el fin de iniciar el contacto directo con el adolescente y su padre de familia o cuidador.

Cabe resaltar que, para la selección de los jóvenes, estratégicamente se tuvo en cuenta, criterios de inclusión y de exclusión. De igual manera, los casos de jóvenes seleccionados fueron aquellos que tenían experiencias vinculadas con el objetivo de la investigación, a esto es lo que se le denomina “estudio colectivo de casos”; en donde el interés se centra en indagar el fenómeno a partir del estudio intensivo de varios casos, (Barrio *et al*; 2006) los casos seleccionados ya sean similares o diferentes, permiten entender las concordancias o las variantes entre los mismos. Al maximizar sus diferencias, hace que afloren las dimensiones de la problemática de forma clara, Stake como se citó en (Barrio *et al.*, 2006 y Muñiz, 2010).

Criterios de Inclusión y Exclusión

Los siguientes fueron los criterios que se tuvieron en cuenta para incluir o excluir la participación de los adolescentes en la investigación:

Criterios de Inclusión

- Participación voluntaria.
- Jóvenes entre los 13 y 24 años
- Haber presentado mínimo un intento de suicidio
- Estatus cognitivo global sin afectación significativa (Puntuación mayor a 82 en el ACE-R)
- No presentar abuso por consumo de sustancias psicoactivas.
- No presentar abuso por consumo de alcohol.
- No presentar algún tipo de discapacidad (física o sensorial).

- No tener alguna patología psiquiátrica, fuera del trastorno depresivo.
- No presentar antecedentes de enfermedad neurológica
- Ser residente en la ciudad de Popayán.
- Presentar un nivel de educación básica

Criterios de Exclusión

- Estatus cognitivo global con afectación significativa (Puntuación menor a 82 en el ACE-R)
- No haber presentado algún intento de suicidio
- Presentar abuso por consumo de sustancias psicoactivas.
- Presentar abuso por consumo de alcohol.
- Presentar algún tipo de discapacidad (física o sensorial).
- Tener alguna patología psiquiátrica fuera del trastorno depresivo.
- Antecedentes de enfermedad neurológica
- Vivir fuera de la ciudad de Popayán
- Presentar dificultades de lectura y escritura

Instrumentos

Verificación de Criterios de Inclusión y Exclusión

MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview).

Permite descartar trastornos psiquiátricos no depresivos. La MINI es una entrevista diagnóstica estructurada de duración breve (alrededor de 15 minutos), que explora de manera estandarizada cada uno de los criterios necesarios para el establecimiento de los diagnósticos principales contemplados en el CIE 10 y en el DSM IV (Rey, Mejía, y Montoya., 2008). (ver anexo A)

Examen Cognitivo ADDENBROOKE. Col. Revisado (ACE – R).

Es una prueba multidominio que evalúa aspectos claves de la cognición, es de fácil administración y de corta duración, entre 15 y 20 minutos (Ospina, 2015). La versión

original del ACE, fue creada en Cambridge por (Mathuranath, Nestor, Berrios, Rakowicz, & Hodges, 2000). Este instrumento permite la valoración cognitiva global. El ACE – R, fue adaptado y validado en población colombiana en el 2015, siendo una versión mejorada del ACE original, está compuesto por cinco dominios cognitivos que se califican independientemente y aportan una puntuación global de 100 puntos.

Evalúa, Atención/Orientación (18 puntos), Memoria (26 puntos), Fluidez (14 puntos), Lenguaje (26 puntos) y Funciones Visoespaciales (16 puntos). Hasta el momento el ACE-R, ha sido traducido a diferentes idiomas como: portugués, alemán, griego, coreano, japonés y español, validándose en nuestra región en países como Colombia, Argentina, Brasil, y Chile. Maneja puntos de corte los cuales son: <74 Demencia, 87- 75 Deterioro Cognitivo Leve, >88 Promedio y para investigación >82 (Broche, 2017). (ver anexo B)

Evaluación Neuropsicológica - Dimensión Cuantitativa del Estudio

Para dar cumplimiento a los objetivos específicos se utilizaron herramientas cuantitativas que permiten describir el perfil neuropsicológico, las características del funcionamiento ejecutivo y del reconocimiento emocional.

Examen Cognitivo ADDENBROOKE. Col. Revisado (ACE – R).

Permite evaluar a nivel general las funciones cognitivas en los jóvenes, Atención/Orientación, Memoria, Fluidez verbal, Lenguaje, Funciones Visoespaciales, Gnosias y Praxias. Su descripción fue mencionada con anterioridad.

Ineco Frontal Screening (IFS).

Es un instrumento breve (aproximadamente 10 minutos) de screening, sensible y específico para la evaluación del funcionamiento ejecutivo. Está compuesto por ocho sub test, que se califican independientemente y aportan una puntuación global de 30 puntos, incluye: Series Motoras (3 puntos), Instrucciones Conflictivas (3 puntos), Control Inhibitorio Motor (3 puntos), Repetición de Dígitos Atrás (6 puntos), Meses Atrás (2 puntos), Memoria de Trabajo Visual (4 puntos), Refranes (3 puntos) y Control Inhibitorio Verbal (6 puntos). (Torralva, Roca, Lopez, Gleichgerrcht, & Manes, 2009), (ver anexo C). En población colombiana el punto de corte es: Normal 18 a 30 – Deficiente < 17. (Inhen, 2012).

Trail Making Test, Test Del Trazo (TMT) Forma A y B.

Es un test neuropsicológico breve, y de fácil aplicación (aproximadamente tres minutos). La prueba está dividida en dos partes, la parte A consiste en una hoja que exhibe números y se deben conectar mediante un trazado de lápiz, tan rápido como sea posible sin levantar el lápiz del papel; la parte B consiste en el trazado conectando números y letras en orden ascendente y alternativo, haciéndolo del modo más veloz posible y sin levantar el lápiz de la hoja, (ver anexo D). El TMT-A permite valorar velocidad psicomotora, atención sostenida, y el TMT-B se considera una medida de control ejecutivo, flexibilidad cognitiva, atención dividida y alternante (Lasprilla *et al.*, 2015).

La calificación tiene dos aspectos importantes, el tiempo en el rendimiento de la prueba, que se convierte en segundos y el número total de enlaces. Cabe mencionar que para esta investigación se tomaron los percentiles chilenos de (Lasprilla *et al.*, 2015), para el rendimiento en el tiempo de ejecución, y los datos normativos argentinos de (Margulis, Squillace, y Ferreres., 2018) para el rendimiento en el número de enlaces, tal como lo muestra la tabla 2. Para (Lasprilla *et al.* 2015) las puntuaciones medias (M) y desviación típica (DT) están descritas dependiendo el género; y en el rendimiento total se observan una puntuación promedio, en percentiles para ambos géneros.

Tabla 2

Puntuaciones en segundos y enlaces para TMT-A y TMT-B

	Segundos	Clasificación	Enlaces	Clasificación
TMT- A	>44	por debajo del promedio	>1 error	por debajo del promedio
TMT- B	>108	por debajo del promedio	>1 error	por debajo del promedio

Nota. TMT= Trail Making Test forma A y B

Mini Social Cognition and Emotional Assessment (Mini – SEA).

Es una batería neuropsicológica que evalúa el deterioro de la cognición social y emocional. Principalmente, el Social Cognition and Emotional Assessment (SEA) fue diseñado para evaluar cinco características distintivas de la variante del comportamiento de la demencia

frontotemporal: la motivación, la teoría de la mente, el reconocimiento de emociones, el control del comportamiento y el deterioro del aprendizaje revertido. En el 2012 Maxime Bertoux, propuso una versión corta (mini- SEA), permitiendo una evaluación rápida y fácil (aproximadamente 30 minutos). Contiene dos sub pruebas; la primera una versión reducida y modificada de la prueba de Faux- Pas, que evalúa teoría de la mente y la segunda. una prueba de reconocimiento de emociones faciales. (Bertoux, Delavest, Cruz, y Funkiewies., 2012). Esta última, se tendrá en cuenta para la investigación. Su puntaje normativo es de 12.6 ± 1.1 (Funkiewiez, Bertoux, De Souza, Lévy y Dubois. (2012), (ver anexo E).

Índice de Reactividad Interpersonal (IRI).

Es una escala tipo likert, creada por Davis Marck en 1980 (ver anexo F). Como característica principal mide el aspecto cognitivo y emocional del sujeto cuando este adopta una posición empática (Mestre, Frías Y Samper., 2004). Integra cuatro sub-escalas, cada una con siete preguntas. La primera, escala toma de perspectiva (TP), indica los intentos espontáneos del individuo por adoptar la perspectiva del otro ante situaciones de la vida cotidiana. es decir, la habilidad para comprender el punto de vista de la otra persona. La segunda, Escala fantasía (F), evalúa la capacidad imaginativa del sujeto para ponerse en situaciones ficticias. La tercera, Escala preocupación empática (PE), mide sentimientos de compasión, preocupación y cariño ante el malestar del otro. Y la cuarta, la escala de angustia personal (AP), que evalúa lo relacionado con sentimientos de ansiedad y malestar que el sujeto manifiesta al observar las experiencias negativas de los demás, un sentimiento orientado al yo. (Mestre., 2004; Bernal, Cetina Y Romero., 2016). Las subescalas (TP) y (F) evalúan el dominio cognitivo y Las subescalas de (PE) y (AP) miden las reacciones emocionales de las personas ante las experiencias negativas de los otros. (Mestre *et al.*, 2004).

El IRI es un instrumento de auto informe puntuado en una escala tipo Likert, que varía de 0 (no me describe en absoluto) a 4 (me describe muy bien), contando con un total de 28 ítems. Es importante indicar que para esta investigación se tomaron los datos normativos chilenos de (Fernandez, Dufey y Kramp., 2011) representados en medias (M) y desviación

típica (DT) para cada una de las sub escalas, y están descritas dependiendo el género, tal como lo muestra la tabla 3.

Tabla 3

Puntaje promedio por genero para cada una de las sub escalas en IRI

	Mujeres	Mujeres
Toma de Perspectiva (TP)	17	17
Fantasía (F)	17	14
Preocupación Empática (PE)	17	20
Angustia Personal (AP)	11	13

Nota. IRI= Interpersonal Reactivity Index

Evaluación Clínica – Dimensión Cualitativa del Estudio

Se realizó entrevistas semi estructuradas tanto para el adolescente, como para el padre/madre de familia o cuidador, siendo abordadas de manera individual. Se indago por las características contextuales y clínicas del desarrollo, así como el aspecto emocional y las diferentes estrategias para tomar decisiones implícitas en la conducta suicida. Se realizaron preguntas abiertas sin un orden preestablecido que surgían en función de la entrevista, teniendo en cuenta los siguientes tópicos de interés:

Tópicos de interés del Adolescente

- Situación que estaba pasando en el momento del intento de suicidio
- Relación con los padres de familia
- Relaciones personales y afectivas
- Razones del por qué lo hizo
- Como se dieron los hechos
- Entorno del desarrollo
- Pensamientos y emociones actuales

Tópicos de interés del Padre de Familia y/o Cuidador

- Situación que estaba pasando en el momento del intento de suicidio
- Comportamiento percibido

- Relación con los padres de familia
- Relaciones personales y afectivas
- Como se dieron los hechos
- Entorno del desarrollo.

Capítulo VI. Procedimiento

Descripción

El proyecto de investigación se presentó de forma individual a los participantes del hospital universitario San José de Popayán y de la IPS Sanamos Centro de Rehabilitación Integral S.A. y el procedimiento fue abordado en ocho fases:

Fase 1: Selección de sujetos: Se tuvo en cuenta los adolescentes con intento de suicidio que ingresaron por urgencias al hospital universitario San José de Popayán y aquellos jóvenes que han estado en control por Psicología o Psiquiatría en la IPS Sanamos Centro de Rehabilitación Integral S.A. durante el periodo 2017 – 2019. Luego de tener la aprobación del estudio por parte del comité de ética del hospital San José (ver apéndice B), se accede a la base de datos. Se utilizó varios filtros en la historia clínica, con el objetivo de hallar los jóvenes que cumplieran con algunos criterios de inclusión, y así iniciar el contacto directo con el adolescente y su padre de familia o cuidador. Se tuvo la información de 64 historias clínicas, de las cuales 36 sujetos tenían datos telefónicos herrados, ocho residen fuera de la ciudad, 11 no desearon participar y nueve cumplieron con los criterios de inclusión.

Fase 2: Información a los sujetos y firma del consentimiento informado (ver apéndice A): Una vez el joven y el padre de familia leen el consentimiento, comprenden el objetivo y todos los procedimientos de la investigación, se firma y se hace la cita para la aplicación de los protocolos de evaluación neuropsicológica y de la entrevista. De igual manera se agenda la cita con el padre de familia y/o cuidador.

Fase 3: Aplicación de protocolos de evaluación y entrevista: esta aplicación estuvo dividida

en dos sesiones:

1 sesión.

Se realizó la aplicación de pruebas para la verificación de criterios (instrumentos descritos en la sección 5.4.1. Verificación de criterios de inclusión y exclusión). Confirmado el estatus cognitivo (Puntuación mayor a 82 en el ACE-R) y habiendo descartado cualquier otro trastorno asociado al estado depresivo en el joven, se dio inicio a la evaluación neuropsicológica (instrumentos descritos en la sección 5.4.2. Evaluación neuropsicológica).

2 sesión.

Luego de un receso de 10 minutos se dio inicio a la entrevista. La voz de los participantes fue grabada con autorización de ellos mismos.

Cabe mencionar que a los sujetos que se encontraban internados en el hospital, se les realizó la aplicación del protocolo de evaluación, en la sala de trabajo del área de salud mental; y los jóvenes que estaban en proceso psicológico o psiquiátrico en la IPS Sanamos Centro de Rehabilitación Integral, se les realizó la aplicación del protocolo en un consultorio psicológico particular.

Análisis de Datos Cuantitativos

Las muestras del estudio fueron descritas en sus características demográficas: sexo, edad, estrato, escolaridad, tipología familiar; teniendo en cuenta la naturaleza de las variables, frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia media (M) y de variabilidad, desviación típica (DT) y puntuaciones z (Z). todos los puntajes de las pruebas se convirtieron en puntajes z corregidos normativamente de acuerdo con valores normativos externos extraídos de protocolos de calificación. Para el procesamiento y tratamiento de los datos se recurre al paquete estadístico SPSS versión 22.0 para Windows.

Análisis de Datos Cualitativos

Al realizar la entrevista semiestructurada y teniendo en cuenta los tópicos de interés (descritos en la sección 5.4.3. Evaluación Clínica - Dimensión cualitativa del estudio), la

información fue grabada y luego fue transcrita de forma literal. Con ayuda del programa informático Atlas ti 6.0, se usó la codificación abierta, generando códigos de categorías, que permitieron realizar redes semánticas y redes familiares de acuerdo a los tópicos de interés.

Aspectos Éticos

Esta revisión se realizó de acuerdo con las normas éticas expresadas por el (Colegio Colombiano de psicólogos [Colpsic]., 2019) y los lineamientos de MINSALUD., (2013) en el comité institucional de revisión de ética Humana de la facultad de salud CIREH. Debido a las características del presente estudio, este se clasificó dentro de las investigaciones en menores de edad con mínimo riesgo, según el Artículo 28, párrafo 1 de la resolución 8430 de 1993; de carácter descriptivo, que empleo el registro de datos contenidos en las pruebas psicológicas. Únicamente se aplicaron las pruebas, no se intervino con tratamientos, y la manipulación experimental fue indirecta (pruebas neuropsicológicas); por tanto, no existió ninguno de los riesgos que implica la manipulación experimental directa.

Ningún procedimiento fue iniciado sin el previo consentimiento voluntario del menor de edad, ni de quienes ejercen la patria potestad o la representación legal del menor (artículo 25), además de obtener la certificación del psiquiatra sobre la capacidad de entendimiento, razonamiento y lógica del menor. Una vez leído, aceptado y firmado el formato único de consentimiento informado, se les informó a los participantes, padres de familia o representante legal del menor, sobre la importancia, finalidad del estudio, la confidencialidad de la información y sus posibles usos. (artículo 15). En cuanto a la confidencialidad de la base de datos digitada, esta tiene uso restrictivo y una clave de acceso, su manipulación será exclusiva de la investigadora y solo tendrá fines académicos.

Con esta investigación no se expuso la identidad de los jóvenes participantes. La información obtenida es confidencial y solo la investigadora tiene su acceso. Cualquier información contenida en la investigación acerca de los participantes, tuvo asignado un código alfanumérico, con el objetivo de no ser identificados por terceros, garantizando en todo momento el anonimato de los participantes.

Capítulo VII. Resultados

A continuación, se presentan los resultados de la investigación descritos en dos apartados. En el primero se expone la dimensión cualitativa del estudio, describiendo cada caso, de los sujetos participantes y las dificultades observadas en los resultados de las pruebas cuantitativas. Cabe resaltar que, para identificar los jóvenes, se le ha asignado a cada uno un código alfanumérico representado así: A= Adolescente, P= padre y/o cuidador, seguido de tres números iniciando en el 001 y finalizando en el 009. Luego se exponen los descriptivos del análisis en el Atlas. Ti 6.0, reflejado en redes semánticas por categorías de primer orden y familias de códigos.

En el segundo apartado se presentan los resultados cuantitativos de las características sociodemográficas y de cada una de las pruebas aplicadas. Se realizó análisis de frecuencias simples y análisis estadístico descriptivo, a través del programa SPSS versión 22.0

Resultados Cualitativos

Caso A001 / P001

Joven de sexo femenino, con 16 años, de estrato 3, quien convive con ambos padres y su hermana de cinco años. En la niñez fue abusada sexualmente por un familiar aproximadamente desde los ocho hasta los once años, a partir de este momento la joven refiere que empezó a sentirse sola y muy triste “no sé por qué mi mamá no se daba cuenta, si yo me la pasaba durmiendo y triste, todo el día”. Ambos padres trabajaban y ella estaba al cuidado de su abuela materna. En la interacción del subsistema conyugal se presentaban constantes discusiones por infidelidad, acompañadas de agresión verbal y física por parte del padre. Uno de los padres refiere que le cuesta un poco conservar amigos debido a su carácter explosivo, llevándole a recibir constantes críticas por parte de su entorno personal y afectivo. Tiene novio y refiere no sentirse bien teniendo relaciones sexuales ya que le incomoda que le toquen algunas partes de su cuerpo y siente temor de estar a solas con él o con algún amigo. Académicamente se encuentra en grado 10 y presenta bajo rendimiento académico. La joven pertenece a una familia nuclear disfuncional; ambos padres devengan

ingresos económicos a través del empleo formal y del comercio independiente. La pauta relacional entre el subsistema conyugal es conflictiva, los padres desde hace 3 años están en proceso de separación; conviven en la misma casa, y en habitaciones separadas. Las pautas relacionales entre el subsistema parentofilial, son de permisividad, ausencia de normas y agresión verbal. En relación la joven refiere “Yo nunca he sido feliz, primero porque mi papá tenía muchas mujeres y mi mamá lloraba mucho y después por el abuso”.

En el momento de la aplicación de las pruebas, se encontraba hospitalizada en la unidad mental del hospital san José, por intento de suicidio. Se encontraba bajo manejo farmacológico con sertralina y alprazolam. En cuanto al intento de suicidio, la joven ha presentado dos intentos, el primero a la edad de 13 años con laceraciones superficiales en la muñeca izquierda, y el segundo fue con sus propias manos generándose asfixia, tuvo desvanecimiento y labilidad emocional. La razón fue porque su papa se enteró del abuso sexual “fue un momento de terror, todos gritaban, se golpeaban y yo decía ¡ya no más, ya no más! Allí estaba desesperada y pensé que lo mejor era morir, mi papá saco un machete y dijo que iba a buscar al primo para matarlo”.

En cuando a la descripción cualitativa de las pruebas; en las cognitivas se encontró un bajo desempeño en los dominios de: atención, específicamente en atención sostenida, selectiva y alternante, en los procesos de memoria a corto plazo (MCP), lenguaje, y funciones ejecutivas. En las pruebas emocionales se observa dificultad en la evaluación de empatía desde el aspecto cognitivo para toma de perspectiva, así como dificultades para identificar el miedo y la tristeza.

Caso A002 / P002

Joven de sexo masculino, con 14 años, de estrato 3, quien convive con ambos padres y su hermana de 19 años. Refiere que desde niño es muy callado, considera que tiene mucha ira interna por una situación de abuso sexual a los cinco años, “es algo que no puedo borrar de mi mente, es irritante, constantemente veo al señor, y siento desagrado – no le tengo miedo, yo ahora soy más fuerte que él”. A partir de ese episodio el joven refiere que empezó

a sentirse irritado y ante cualquier situación que le pudiera generar incomodidad, actuaba agresivo; esto fue hasta los 10 años, ya que actualmente es muy introvertido y poco sociable, con dificultades para expresar sus ideas. En el aspecto familiar el joven pertenece a una familia nuclear funcional, ambos padres devengan ingresos económicos a través del empleo formal e informal. La pauta relacional entre el subsistema parentofilial es de sobreprotección conflictiva, situación que le genera irritabilidad “no me puedo expresar con ellos, me tratan como si fuera una persona diferente, como si no fuera de la familia, hay mucho formalismo y no es necesario – por favor, gracias -, me miman y me dicen – pequeño, mi bebé con una sonrisa que la odio – siempre me han puesto del niño ejemplo, siempre he tenido que ser el niño bueno; lo esperan mis padres y lo espera la sociedad”.

En el momento de la aplicación de las pruebas, no se encontraba bajo ningún tratamiento farmacológico. En agosto del 2018 el joven presento un intento de suicidio al ingerir 28 tabletas de aspirina “yo leí, que con 25 se podía generar un paro cardíaco; y pensé que 28, eran suficientes para morir”. Este evento fue planeado durante varios meses, en primera instancia intento cortarse las venas con una cuchilla, pero sintió miedo al dolor, razón por la que ingirió las aspirinas. Presento taquicardia y dificultades para respirar, por lo que intento lanzarse al vacío desde la terraza de su casa, “me puse en el filo de la baranda, sentía como mi corazón estaba latiendo muy fuerte, no podía respirar bien, estaba confundido, no quería sentir la taquicardia, quería quitármela, yo quería era morir, pero sin dolor, sin sufrir. Mire al piso, y trate de pensar que cuando una persona se bota de cabeza, el golpe no alcanza a ser procesado por el cerebro, el cerebro tarda unos milisegundos en procesar el dolor, milisegundos en los que yo podría morir, pero sentí que me estaba ahogando y pensé en que, si después quedara vivo, sentiría mucho dolor, entonces fui a buscar a mis papás y les digo -tengo taquicardia-”. El joven refiere que la razón del por qué lo hizo es que se irrita fácilmente, y esto le lleva a no querer vivir más, “a veces me pongo a pensar en mis padres que desde que ellos se casaron no han realizado sus sueños, es incómodo escuchar a mi madre las cosas que hubiera querido hacer, pero por estar con nosotros no ha podido lograrlas, eso me irrita, me irrita que no hay dinero, me irrita el formalismo, me irrita que me

vean como un bebe. Siento que soy una carga y la sociedad espera que uno crezca, para estudiar, trabajar y devolverle a los padres lo que hicieron por uno, y yo no me siento capaz de hacerlo”.

En cuando a la descripción cualitativa de las pruebas; en las cognitivas se encontró un bajo desempeño en los dominios de: atención, específicamente en atención sostenida, selectiva y alternante, en memoria a corto plazo (MCP) y funciones ejecutivas. En las pruebas emocionales se observa dificultad en la evaluación de empatía desde el aspecto cognitivo y emocional para toma de perspectiva, fantasía y preocupación empática, así como dificultades para identificar el miedo y la tristeza.

Caso A003

Joven de sexo femenino, con 24 años, de estrato 3, quien convive con su esposo, hija de nueve meses, y la nana. A los seis años fue abusada sexualmente por un familiar “prefiero no hablar de los detalles, no quiero recordar ese episodio de mi vida tan horrible”, a partir de este momento la joven refiere que empezó a sentirse sola y muy triste. “esa tristeza de niña es la que siento ahora de grande” a partir de los 12 años empezó a sentir que su vida no tenía sentido y pensó en quietarse la vida “me cortaba el brazo con una cuchilla, pero eran heridas superficiales, le tengo miedo al dolor, entonces cada día intentaba hacerla más profunda a ver si tocaba una vena, pero no era capaz, desde allí empecé a cortarme seguido para disminuir la tristeza”. Creció en una familia nuclear conservadora, su padre era muy rígido y autoritario, su método de corrección era la agresión física, su mamá es un poco más tranquila y cariñosa “mi padre es muy bravo él no sabe que estoy aquí internada me regañaría, él no sabe hacer más, mi mamá si sabe, pero a ellos o les importa como yo me siento, incluso nunca se enteraron del abuso sexual, nunca les conté porque les tenía miedo, no había confianza para hablar de algo como eso”. En la actualidad le cuesta un poco conservar amigos debido a que es introvertida. Con su esposo tienen constantes discusiones por presunta infidelidad y por dificultades para resolver los conflictos. Académicamente es estudiante de quinto semestre de fisioterapia, económicamente no

devenga ingresos. Sus padres están a cargo de los gastos académicos y el esposo de los gastos del hogar. En el momento de la aplicación de las pruebas, se encontraba hospitalizada en la unidad mental del hospital san José, por intento de suicidio. Se encontraba bajo manejo farmacológico con sertralina y alprazolam. Intento lanzarse al vacío desde una ventana, acto que su esposo evito y luego Ingirió 5 tabletas de alprazolam, tuvo desvanecimiento, crisis de llanto, temblor en el cuerpo y labilidad emocional. La razón fue por discusión con su esposo “yo me sentía como que él se burlaba de mí y que tiene otra mujer, él hizo como que se iba a tomar una pastilla, cuando me la tome no pensé en nada, ni en,” nadie, fue algo impulsivo, como yo pensé que él se las había tomado pues yo también quise tomármelas, pero era para mirar a ver él que iba hacer”.

En cuando a la descripción cualitativa de las pruebas; en las cognitivas se encontró un bajo desempeño en los dominios de: atención, específicamente en atención focalizada, sostenida, selectiva, y alternante, en memoria a corto (MCP) y largo plazo (MLP), lenguaje, procesos visoespaciales y funciones ejecutivas. En las pruebas emocionales se observa dificultad en la evaluación de empatía desde el aspecto cognitivo y emocional para toma de perspectiva, y angustia personal, así como dificultades para identificar el miedo, asco y enojo.

Caso A004 / P004

Joven de sexo femenino, con 14 años, de estrato 3. Convive con su mamá, padrastro y hermana de ocho años. Sus padres son separados desde aproximadamente nueve años. La joven refiere que la separación de sus padres fue un “golpe muy duro” y con su padrastro la relación es conflictiva. Hasta antes del intento de suicidio, con sus padres tenía constantes discusiones, hasta el punto de presentarse agresión verbal por ambas partes. “desde que soy pequeña me sentía sola, ya no, pero cuando pequeña sí, mi mamá se consiguió a mi padrastro, y antes yo veía a mi papá todos los días, después era de vez en cuando y eso que vivíamos como a dos cuadas y mi mamá solo quería estar con él. Me duele que mi papá ya no viva conmigo - llanto – cuando mi papá estaba, mi mamá era cariñosa pero

después se volvió regañona, ya no pasaba tiempo con nosotras, se la pasaba en fiestas con él, no nos daba picos, los picos eran para él, él era importante en esa casa y nosotras no. Y así fui creciendo, ya grande ellos me querían mandar y yo ¡jum! No me la dejaba montar y mi papá empezó también a regañar”. En la actualidad tiene adecuadas habilidades de interacción con su grupo de iguales. Durante el 2017 y a mediados del 2018, empezó a presentar mayores dificultades de conducta, viéndose reflejadas en el contexto académico, social y familiar. “La casa en ese entonces era un súper infierno y yo empecé a tener malas amistades, el colegio era un asco, se veía mucho lesbianismo y drogas, ellos no querían cambiarme de ese colegio, me comparaban mucho con mi prima jella supuestamente era la mejor! me sentía desesperada”. La joven refiere que actualmente su comportamiento es diferente, y tiene nuevos amigos. Se encuentra cursando octavo grado, y su desempeño académico es bueno. La joven pertenece a una familia recompuesta, con pautas relacionales entre el subsistema parentofilial de sobreprotección conflictiva, situación que actualmente le genera rabia “ahora ya no peleo tanto con mis papás, pero si tengo un millón de normas, y por todo me amenazan que me va a quitar el celular o que no me van a dejar salir, no me gustan las normas porque son como obligadas, impuestas...yo siento que el intento de suicidio los despertó, porque ellos antes no me prestaban atención, siempre me decían cosas humillantes, mi papá me llamaba solo de vez en cuando y mi con mi mamá dejábamos de hablarnos dos o tres días cada que peleábamos, ella prefería a mi hermana y a ese señor, y mi papá a su taxi, ¡me sentía muy sola! – llanto - Yo creo que mi comportamiento en el colegio era por llamar la atención”. - Ninguno de los padres acudió a la entrevista programada -

En el momento de la aplicación de las pruebas, no se encontraba bajo ningún tratamiento farmacológico. A finales de mayo del 2018, la joven presento un intento de suicidio al ingerir cuatro tragos de blanqueador (hipoclorito de sodio), tuvo ardor en garganta, pecho y fuerte dolor de estómago. La razón fue porque perdió el año, situación por la que se presentó una discusión con sus padres “para mis papás eso fue terrible, uno de ellos me dijo que era una inservible y que pasar un año era muy fácil jja, tan fácil que mi mamá ni termino el

bachillerato!, ellos empezaron a pelear y a decir que me iban a mandar a un internado en Cali, estaba desesperada de escuchar los gritos y de cómo me trataban – llanto -, entonces me fui al patio y vi la botella, quería dejar de sentirme una inútil”.

En cuando a la descripción cualitativa de las pruebas; en las cognitivas se encontró un bajo desempeño en los dominios de: atención, específicamente en sostenida, selectiva, y alternante, en memoria a largo plazo (MLP), y funciones ejecutivas. En las pruebas emocionales se observa dificultad en la evaluación de empatía desde el aspecto cognitivo y emocional para toma de perspectiva, y preocupación empática, así como dificultades para identificar el miedo, enojo y tristeza.

Caso A005 / P005

Joven de sexo masculino, con 15 años, de estrato 2. Convive con su mamá, padrastro y hermana de 14 años. Su padre biológico falleció hace 10 años. Refiere que actualmente la relación con su familia es muy conflictiva, por constantes discusiones. “cuando mi papá estaba vivo, le daba muy mala vida a mi mamá porque le fue infiel con la mejor amiga de mi mamá y tuvo dos hijos con ella, él le pegaba a mi mamá, un día la apuñalo delante de mí, - ese día quería matarlo- mi mamá lloraba mucho, -yo lo odiaba- cuando se murió yo no quise verlo en el ataúd y en el cementerio, me hice de lejos y pensé – por fin mi mamá descanso de él y va a conseguir alguien que la haga feliz- pero allí comenzó mi tragedia real, antes la tragedia era pa’ mi mamá y después pa’ mí”.

Por condiciones económicas su proceso de crianza fue orientado por la abuela materna. considera que tiene mucha rabia interna con su mamá, y con la vida misma. Fue víctima de abuso sexual dos veces, el primero a los ocho y el segundo a los trece años. “eso fue lo peor, a nadie le conté lo que me hicieron, porque a nadie le importaba, pero si antes era grosero ahora todo empezó a cambiar, no me iba bien en el colegio, odiaba a las personas, ¡todavía! pienso que son malos, no he visto nunca a nadie bueno en mi vida. Con la primera vez de mi tío me volví grosero, pero con la segunda, me volví un parasito como me dice mi mamá, los intentos de suicidio eran más, no comía, solo lloraba y dormía”. Actualmente el

joven es introvertido y poco sociable, gran parte del tiempo está predispuesto a las personas.

En el aspecto familiar el joven pertenece a una familia recompuesta, su madre y padrastro devengan ingresos económicos a través del empleo formal e informal. La pauta relacional entre el subsistema parentofilial es conflictiva, presentando agresión verbal, psicológica y física. “en mi casa todo está mal, mi mamá con baja a autoestima y a veces consume marihuana, mi padrastro es un bueno para nada y a veces no va a dormir a la casa, mi hermana que esta desubicada y yo, que veo día tras día que no hay esperanza para mí”. - La acudiente no acudió al agendamiento de la entrevista-.

En el momento de la aplicación de las pruebas, no se encontraba bajo ningún tratamiento farmacológico. El joven ha tenido 6 intentos de suicidio utilizando diversos métodos. En septiembre del 2018 fue hospitalizado por intento de suicidio, al cortarse las venas. “yo quiero morirme, la vida es una mierda, no tengo familia, no tengo con quien contar”. Su primer intento fue a los 10 años, por una sobre ingesta de 35 pastillas de Cuait-D, luego intento colgarse del techo con un laso, pero su abuela y hermana llegaron prontamente, en un tercer intento quiso lanzarse a una tractomula pero “solo tuve raspones y moretones, el carro parece que no iba tan rápido, ja ja ja, cuando llegue a la casa mi mamá me cogió a planazos”, la cuarta se cortó las venas, “ahí si me llevaron al hospital, sentía que me desmayaba, veía como estrellitas luminosas, pero eso fue porque mi mamá me mando encerrar en el Toribio maya disque por contestón, y disque para que aprendiera a respetar, ella no sabe lo que hizo, eso allá era peor, se ve mucha droga, yo me la pasaba encerrado y con una cuchilla que me regalaron allá me corte, por eso me llevaron , porque si hubiera estado en la casa, ella me deja morir, yo estoy muerto en vida desde hace 15 años y ella no hace nada” el quinto y sexto intento fue con sobre ingesta de sertralina y trazodona, “ me sentía como mareado, como dopado, con la cabeza grande, cuando me tome eso, quería que el corazón se me parara y morirme”.

En cuando a la descripción cualitativa de las pruebas; en las cognitivas se encontró un bajo desempeño en los dominios de: atención, específicamente en atención sostenida,

selectiva, y alternante, en memoria a corto plazo (MCP), lenguaje, y funciones ejecutivas. En las pruebas emocionales se observa dificultad en la evaluación de empatía desde el aspecto cognitivo y emocional para toma de perspectiva, fantasía, y angustia personal, así como dificultades para identificar el miedo y enojo.

Caso A006 / P006

Joven de sexo femenina, con 15 años, de estrato 3, convive con ambos padres y su hermano de tres años. Tuvo una niñez relativamente tranquila, aunque permisiva, “mi niñez fue perfecta, fue como si yo fuera la Barbie, la reinita, jugaba con muñequitas, esto y lo otro. Mi papá nunca me pego en la niñez, mi mamá a veces me pegaba porque yo era muy consentida y yo hacía como las cosas mal, era grosera... que yo diga que en mi niñez haya tenido problemas, de aguantar hambre o mi papá infiel, jamás. Yo estaba acostumbrada a que mi familia me lo daba todo, me lo daban absolutamente todo, yo decía quiero esto, y me lo daban”. La joven refiere que el nacimiento del hermano cambio mucho su vida, generándole una situación de estrés y propiciando la ingesta de pastillas (Rivotril), de manera ocasional, “cuando nació mi hermano las cosas cambiaron, ya no había pues tanto dinero para mí, me tocaba compartirlo con él, entonces yo me mal acostumbré y había cosas que yo quería; quería ropa, quería zapatos, entonces ellos me decían que no, y ya, a veces eran bobadas, pero pues me sentía mal por todo, así empecé a tomar las pastillas, me da rabia que le presten tanta atención a él”. La relación con su mamá es conflictiva, “Si yo voy por el polo norte, ella se va por el polo sur, chocamos muy fácilmente. Con mi mamá, todos los días son gritos, regaños y yo le contestó, a ver quién grita más duro, y mi papá trata de calmarnos, pero son muchos problemas”.

La joven pertenece a una familia nuclear disfuncional; su padre es quien aporta el sustento económico en el hogar. Las pautas relacionales entre el subsistema parentofilial, son de permisividad, ausencia de normas y agresión verbal. En relación, la joven refiere “yo he intentado cambiar, pero yo digo que, si ella tampoco cambia, no vamos a llegar a ningún lado”. En cuanto a la interacción social, la joven se relaciona activamente con su grupo de

iguales. Académicamente, se encuentra en grado 10 y tiene un rendimiento académico promedio. - Ninguno de los padres acudió a la entrevista programada -.

En el momento de la aplicación de las pruebas, no se encontraba bajo ningún tratamiento farmacológico. En agosto del 2017, la joven presento un intento de suicidio por sobre ingesta de Rivotril, tuvo fuerte dolor de estómago y somnolencia, ocasionando desvanecimiento y un golpe en la parte occipital del cerebro, perdiendo el conocimiento. Estuvo en coma inducido por cuatro días. La razón fue porque su mamá no le dio permiso para ir a una fiesta. “Yo tenía una fiesta, mi mamá no me dejó ir porque yo tenía un noviecito, mi mamá no me deja estar con él, entonces a mí me dio mucha rabia, y bueno, estrés. Yo me la pasó encerrada, de la casa al colegio, del colegio a la casa, y así toda la semana. A mí me gusta salir un fin de semana, entonces mi mamá no me dejó ir, me dio rabia y yo me quedé sola en casa, mis papas se fueron donde mi abuela, me dijeron vamos, entonces yo no les hice caso, entonces me quedé ahí y entonces yo no sé qué fue lo que pasó, y me puse así toda histérica, a gritar y llorar, porque yo quería ir, me puse a pensar un montón de cosas y me tomé 6 pastas de esas que se toma mi papá para la epilepsia, entonces yo me quedé dormida, me caí de la silla, me golpeé la cabeza, entonces estuve en coma inducido, duré como cuatro días en coma y después los doctores decían que era un milagro, pues que yo me despertará, pero yo me desperté y ya estoy bien... tal vez lo que hice, fue de pronto por llamar la atención”.

En cuando a la descripción cualitativa de las pruebas; en las cognitivas se encontró un bajo desempeño en los dominios de: atención, específicamente en atención sostenida, selectiva, y alternante, en memoria a largo plazo (MLP), lenguaje, procesos visoespaciales y funciones ejecutivas. En las pruebas emocionales se observa dificultad en la evaluación de empatía desde el aspecto cognitivo y emocional para toma de perspectiva, y preocupación empática, así como dificultades para identificar el miedo, enojo y tristeza.

Caso A007 / P007

Joven de sexo masculino, con 16 años, de estrato 3, quien convive con su mamá. Refiere

que tiene dificultades para concentrarse en el colegio y que esta es la razón por la que tiene constantes discusiones con ella. Su crianza estuvo a cargo de los abuelos maternos ya que ambos padres estaban ausentes por temas laborales. Sus padres son separados desde hace seis años, por violencia intrafamiliar e infidelidad por parte del padre, “yo crecí viendo como le pegaba a mi mamá, era infiel y borrachín, un día por defender a mi mamá me pego un puño en la cara y me reventó la nariz, actualmente él vive con la moza y mis dos hermanastros. El joven pertenece a una familia monoparental, con pautas relacionales entre el subsistema parentofilial de sobreprotección conflictiva, presentando agresión verbal y relación distante con ambos padres. “con mi mamá la relación también es difícil ella piensa que yo tengo problemas de aprendizaje, pero no es así yo tengo problemas emocionales, me la paso muy solo, ella trabaja todo el día y cuando llega a la casa a veces es a decirme el desastre de persona que soy o a estar con el celular. Como no voy a estar mal emocionalmente, ella para cubrir su falta de amor, dice que tengo un problema de aprendizaje”. En la actualidad tiene pocos amigos y tiende al aislamiento “tengo una novia, me aferro a ella porque no tengo a nadie más, aunque ella no me entiende mucho”. A comienzos del 2019 empezó a presentar mayores dificultades en su estado de ánimo, viéndose reflejadas en el contexto académico, social y familiar. Académicamente es estudiante de 9 grado y persiste el bajo rendimiento escolar. – La acudiente no acudió al agendamiento de la entrevista-.

En el momento de la aplicación de las pruebas, se encontraba hospitalizado en la unidad mental del hospital san José por intento de suicidio, y bajo manejo farmacológico con sertralina y quetiapina. El joven ha tenido dos intentos de suicidio, y solo en el último fue llevado a urgencias. El primero fue a comienzos del 2019, tomo una cuchilla plana de barbería y se realizó dos cortes en la muñeca, uno superficial y el otro un poco más profundo “no alcance a cortar la vena, cuando vi que salió mucha sangre sentí miedo, allí no quería morir, le tenía miedo a la muerte”. El segundo intento fue en octubre del mismo año, intento ahorcarse con una correa. La razón fue por discusión con su mamá, debido a un llamado del colegio por bajo rendimiento académico “cuando llegamos a la casa

empezamos a pelear, pero ella empezó a decir lo que dicen las mamás cuando están enojadas, palabras que duelen mucho – que soy un gastadero de plata, porque es así, solo quiere verme sufrir, porque no dijo que no quería estudiar para saber a qué atenerme. Entonces mientras ella me daba cantaleta yo pensé en una frase muy típica en nosotros los hombres “el suicidio es la solución” pensé que, si me mataba, ya no le iba hacer gastar, sino solo lo del ataúd, y le dejo de joder para que no tenga una expectativa tan alta de mí. Me sirvió el almuerzo y ella solo daba y daba cantaleta, decía que yo era una carga y que por que Dios le había dado un hijo como yo – ese día sentí que era mi fin -; ella siempre es así cuando está enojada y ya no la soportaba más. Me fui a mi habitación y saqué una correa de tela gruesa y con las cuchillas de afeitar le abrí un hueco para colgarla de una arandela que hay en el techo, mientras yo abría el hueco mi mamá seguía regañándome, entonces me subí a un nochero y metí la cabeza, sentí mucho miedo, pero quería morirme. Primero baje un pie despacio, jejeje como temiéndole a la muerte, allí pensé nunca más me volverá a regañar, luego tome valor y baje el otro pie bruscamente, sentí la presión en el cuello y el ahogo, entonces empecé a perder el conocimiento. Yo podía estirarme un poco para sostenerme del nochero y detener lo que estaba haciendo, pero no lo hice, porque yo tenía claro que lo quería, era morir.

Ahora siento remordimiento de lo que hice, pero no sé por qué lo siento, si yo quería morir. Desde el año pasado, había pensado en como suicidarme y quería hacerlo con algo que no doliera y colgado no duele. Por ahora no pienso en volver a intentarlo, pero lo que pienso es que yo me bajoneo mucho, cuando ella me dice tantas cosas, de que soy la decepción para todos.

En cuando a la descripción cualitativa de las pruebas; en las cognitivas se encontró un bajo desempeño en los dominios de: atención, específicamente en atención sostenida, y alternante, en procesos visoperceptuales y funciones ejecutivas. En las pruebas emocionales se observa dificultad en la evaluación de empatía desde el aspecto cognitivo y emocional para toma de perspectiva, fantasía y angustia personal, así como dificultades para identificar el miedo y asco.

Caso A008 / P008

Joven de sexo masculino, con 18 años, de estrato 3, quien convive con su mamá, hermano de 15 años y un tío. Refiere que tiene muchas cargas emocionales. Tuvo una niñez con la ausencia de sus padres. Por año y medio, su mamá lo dejó a cargo de la abuela materna, y tiempo después al cuidado de su tía, su padre se distanció a partir de los cinco años, “antes más niño, vivíamos en Bogotá. Allí me cuidaba una señora. Mi mamá y mi papá no vivían juntos, solamente recuerdo de mi infancia, haber visto a mi papá un día como vestido de militar, yo tenía más o menos como unos cuatro años; por un tiempo viví con mi abuela materna, mi mamá se fue por mucho tiempo, la culpe de que me hubiera abandonado, no volvió como por un año y medio, ahora entiendo que ella tenía que irse, porque tenía que ir a trabajar, lo que entiendo es que vivíamos en una situación económica muy difícil, por eso ella se fue. Cuando volvió llegamos a vivir aquí a Popayán, y mi papá se perdió desde que yo tenía más o menos como cinco años, no se volvió a saber nada de él”. Su adolescencia no ha sido fácil, debido a los diversos cambios en su estado de ánimo. A los 12 años empieza a tener conductas de autoagresión a través del cutting (se observan múltiples cicatrices de laceraciones en brazos y piernas). A partir de los 13 años, la relación con su mamá es distante y en ocasiones conflictiva, época en la que él le hace saber que es gay “a raíz de eso empecé a tener muchos problemas con ella, y entre en crisis emocional”. En el aspecto familiar, el joven pertenece a una familia monoparental disfuncional. Ambos padres devengan ingresos económicos a través del empleo formal. La pauta relacional entre el subsistema conyugal de sobreprotección conflictiva, presentando una relación distante con ambos padres. Refiere que una de las razones por las que siente que es inestable a nivel emocional es por tener una familia disfuncional. “pues, yo sí la verdad creo que es el tema de familia, no tener un papá, una mamá conmigo, por lo menos en un tiempo no me afectó no tener a mi papá, pero ya después empecé a tenerle como rabia y ahora último, es como eso no es problema mío, como indiferencia. Ya fui creciendo y mi mamá es la que siempre ha estado, la que estaba allí luchando, así ella no esté conmigo físicamente, también creo que es una necesidad insatisfecha, porque, aunque ella me ha dado muchas

cosas, pues ha estado más ausente que presente, es más bien como eso, la necesidad física de una familia”. En la actualidad es muy sociable y no tiene pareja. Académicamente se encuentra en II semestre de filosofía, y su rendimiento en la universidad es bajo.

En el momento de la aplicación de las pruebas, se encontraba hospitalizado en la unidad mental del hospital san José por intento de suicidio, y bajo manejo farmacológico con sertralina y quetiapina. El joven ha tenido dos intentos de suicidio, en el transcurso de 20 días. Finalizando octubre tuvo una intoxicación con medicamentos (32 pastillas de amitriptilina, 20 pastillas de loratadina y un jarabe para la tos). En esta ocasión la razón fue por sentimientos de culpabilidad y sensación de carga emocional “siento que tengo muchas cargas y culpabilidades, por mi vida y por todo. Yo ya había estado haciendo un audio largo, donde me despedía de todos... de mi familia y amigos... también escribí 5 mensajes, desde un grupo que había creado para mí mismo, quería dejarlo para que lo encontraran y lo leyeran... Mientras yo iba enviando esos mensajes, yo me tomé esas pastas, primero me tomé el somnífero y luego me tomé las 52 pastas...eran como las 12 pm pasadas, mi mamá se despertó y le conté lo que había hecho, allí me llevaron al hospital”. El segundo intento fue el 11 de noviembre, intento tragar un puñado de vidrios. La razón fue por discusión con su mamá, al retirarle el celular de manera indefinida “Cuando yo llego de la clínica de Cali a mi casa, pues obviamente ya me pusieron algunas restricciones, me quitaron el celular, y yo tenía que darles las contraseñas de todo, a mí eso me descompensó muchísimo, tres días después me dio mucha ira, me puse muy agresivo porque ese celular forma parte de mi privacidad; entonces, esa noche yo me puse muy agresivo, porque me quitaron mi celular, entré al baño, y empecé a gritar, yo me miraba en el espejo y estaba muy desesperado, cuando salí, empecé a gritar, entonces mi tío me cogió, y dije que me quería ir, y no me dejaban salir, mi tío me cogía y mi mamá también, yo tenía mucha fuerza, me cogieron, me tiraron al piso, en medio de eso yo hale el cable de la nevera varias veces y entonces se cayeron las copas de vidrio, yo gritaba para que me dejaran salir y entonces de la rabia, yo alcance a coger unas esquirlas del vidrio de las copas, no sé cómo alcanzó a soltarme y me pongo el

puñado de esquirlas de los vidrios de mi boca, me alcanzaron a tumbar la mano y tenía como un vidrio en la boca, me corte un poquito el labio, pero no me lo alcancé a tragar y por eso estoy ahora en el hospital”. Actualmente refiere que se siente tranquilo, pero que es muy impulsivo y no sabe que pueda llegar a pasar más adelante con él “siento que tengo miedo a morir, pero cuando entro en la crisis, siento que le pierdo el miedo a la muerte”.

En cuando a la descripción cualitativa de las pruebas; en las cognitivas se encontró un bajo desempeño en los dominios de: atención, específicamente en atención sostenida, alternante, y funciones ejecutivas. En las pruebas emocionales se observa dificultad en la evaluación de empatía desde el aspecto cognitivo y emocional para toma de perspectiva, y preocupación empática.

Caso A009 / P009

Joven de sexo masculino, con 18 años, de estrato 4, quien convive con su mamá y dos hermanas. Refiere que tiene dificultades emocionales desde pequeño y que esto le ha traído muchos vacíos en su vida adulta, razón por la cual se quiso rendir y no vivir más. Gran parte de su niñez estuvo solo; la inestabilidad de la familia, hacía que los padres estuvieran ausentes, “cuando era niño, tenía que repartir el tiempo entre mi mamá y mi papá, ellos eran separados, desde que nací están separados. yo he vivido con los dos...cuando era niño, vivía más con mi papá, que, con mi mamá, luego viví con mi mamá, luego otra vez con mi papá, pero ya más grande empecé a vivir más con mi mamá, como a los nueve o 10 años ya quería tomar decisiones y ahí ya decidí definitivamente vivir con mi mamá. Allí mi papá, ya se fue empezando ausentar un poco. vivía un tiempo con uno y luego con otro, por imposiciones de ellos. pues ellos lo hicieron así porque querían estar conmigo, y pues yo no podía partirme en dos y ellos tampoco. Era muy inestable, eso de estar de un lado para el otro... mis papas trabajaban, y me quedaba con mis hermanas, o me quedaba solo, yo estaba acostumbrado a estar solo, mis hermanas tenían en su vida y yo, la mayor parte de mi infancia y preadolescencia estuve solo, o cuando vivía con mi papá, pues me quedaba

con la empleada y con mi hermano, pero puedo decir que la mayor parte de mi vida he estado solo". En el aspecto familiar, el joven pertenece a una familia monoparental disfuncional, ambos padres devengan ingresos económicos a través del empleo formal. La pauta relacional entre el subsistema parentofilial es de sobreprotección conflictiva, presentando una relación distante con ambos padres, "con mi papá a veces almorzamos, él me escribe, él tiene una parcela, entonces yo a veces lo llamé y le digo que voy a ir a visitarlo, y voy hasta allá, aunque es de vez en cuando, es un poco temperamental y podría decir que un poco menos comprensivo que mi mamá, con él es una relación normal, es como si fuera un parcerero, aunque la relación con él es ocasional... mi mamá suele entender mucho más, es comprensiva, es más cariñosa, está mucho más presente en esos momentos, en los que uno necesita de alguien, pero pues también como que seamos tan diferentes, tanta diferencia de edad, hace que entre ella y yo choquemos tanto, obviamente las conversaciones con ella son mucho más reducidas, que aquellas conversaciones que tenía con mi papá". En su adolescencia toma decisiones radicales que tendrían alguna repercusión en su estado emocional actual, "entre los nueve y los 13 tuvo un cambio muy abrupto mi personalidad, porque era muy sociable, era cariñoso, pero también había estado gran parte del tiempo solo y me hubiese gustado que las personas que yo hubiera querido, hubiesen estado conmigo, cuando yo las necesitaba. Eso me hizo reflexionar, y lo que hice fue aceptar esa soledad y no depender emocionalmente de nadie, ni de ellos, entonces desde los 13 años ya estuve solo porque quise, porque ya no me hacían falta mis papás, yo mismo me alejaba, yo mismo me retraía de las personas, no quería que nadie estuviera conmigo y así, hasta ahora".

En la actualidad es poco sociable "Siempre me ha pasado que empiezo a conocer las personas, socializo mucho, y poco a poco me voy alejando, desconozco la razón, porque pues término distanciándome de las personas y finalmente terminó quedándome sólo. Esto es un patrón repetitivo, que se ha prolongado a lo largo de mi vida y en mis relaciones". En este momento, tiene una relación sentimental estable, desde hace un año, académicamente se encuentra en II semestre de comunicación social.

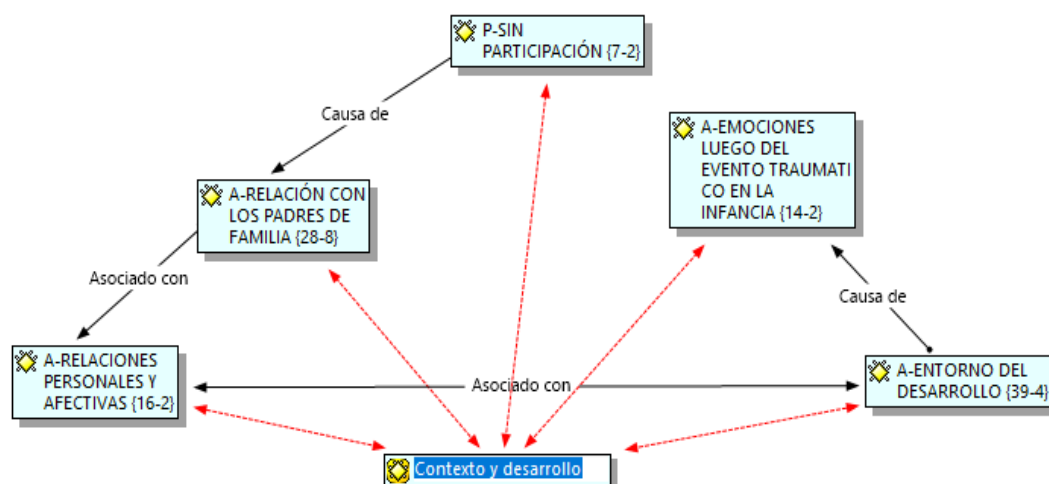
En el momento de la aplicación de las pruebas, se encontraba hospitalizado en la unidad mental del hospital san José por intento de suicidio, y bajo manejo farmacológico con venlafaxina x 75mg y quetiapina x 25mg.

El intento de suicidio, fue por sobre ingesta de medicamentos (loratadina, jarabe para la tos, pastillas para dormir y fumo menos de media cajetilla de cigarrillos. El joven no recuerda la cantidad de pastillas que ingirió), empezó a sentir mareo, taquicardia, dificultades para respirar y para caminar. No hay una razón exacta del por qué lo hizo “en cierta forma no hay razón, solo que me rendí de esta depresión... depresión que viene desde niño cuando mis padres no me prestaron atención, viene con la soledad, la rabia y todo eso. Sí, por sentirme solo, sentirme incomprendido, porque pues ni siquiera mis propios padres me conocen...no tengo un motivante, un propósito fijo... y pues inconformidades de cómo se manejan ciertas cosas en la sociedad, que no dependen de mí; por ejemplo, con el materialismo, la no aceptación de lo diferente, la discriminación, la falta de tolerancia, el egocentrismo que existe normalmente en el entorno”. Las emociones actuales son de confusión y la decisión de no volver a intentar quitarse la vida es inestable.

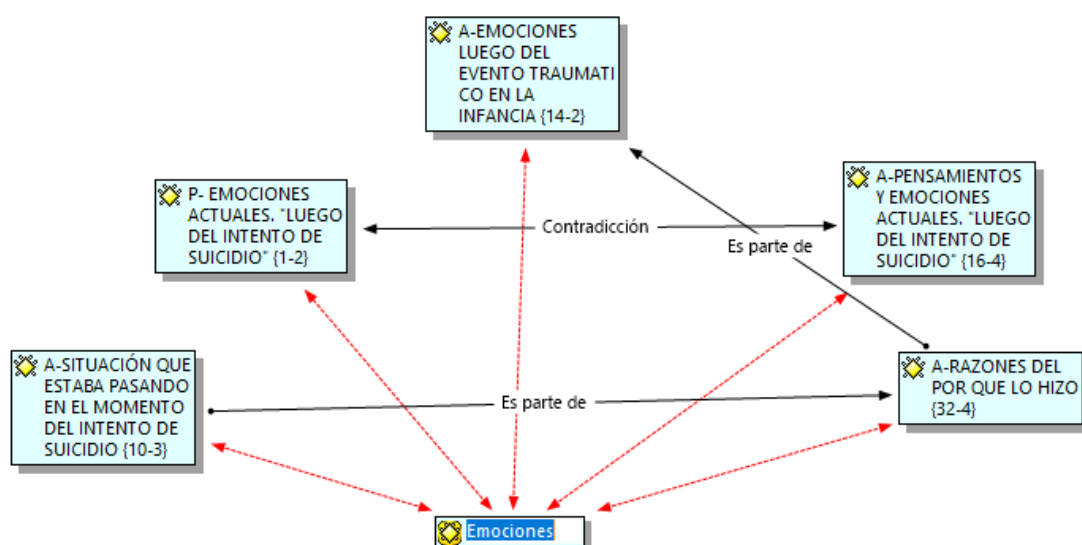
En cuando a la descripción cualitativa de las pruebas; en las cognitivas se encontró un bajo desempeño en los dominios de: atención, específicamente en atención sostenida, alternante, en memoria a largo plazo (MLP) y funciones ejecutivas. En las pruebas emocionales se observa dificultad en la evaluación de empatía desde el aspecto cognitivo para fantasía.

Categorías y Redes Semánticas

En la figura 4 se observa la categorización primaria de cada una de las entrevistas; encontrando 10 relaciones de asociación: 8 parte de, 2 causa de y una contradicción. De igual manera, se observa que las categorías con mayor interacción, es relación con los padres de familia y entorno del desarrollo.

Figura 5*Red familiar contexto y desarrollo y co-ocurrencia**Nota: Línea roja: grupo de familia**Línea negra: asociación de categorías (co-ocurrencia)*

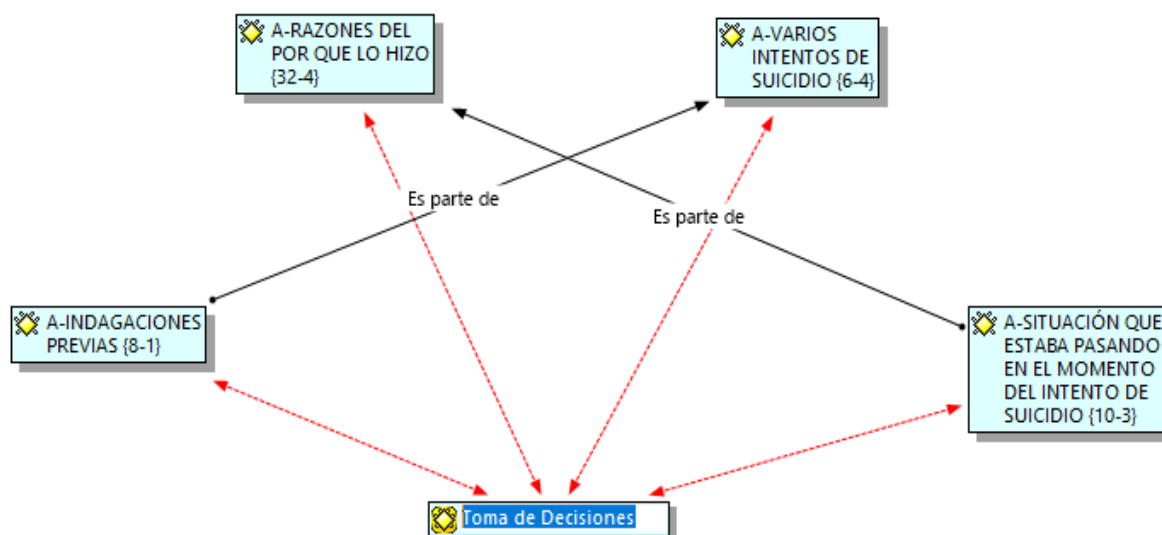
En la figura 6 se observa que la red familiar emociones, está relacionada con aquellas pre y pos intento de suicidio; así, como de las emociones que han sido propiciadas por episodios vividos en la niñez.

Figura 6*Red familiar Emociones y co-ocurrencia**Nota: Línea roja: grupo de familia**Línea negra: asociación de categorías (co-ocurrencia)*

En la figura 7 se observa la red familiar Toma de Decisiones; indicando su relación con los intentos de suicidio anteriores y la planificación del acto.

Figura 7

Red familiar Toma de decisiones y co-ocurrencia



Nota: Línea roja: grupo de familia

Línea negra: asociación de categorías (co-ocurrencia)

Resultados Cuantitativos

En la aplicación de instrumentos se indaga por la edad, sexo, escolaridad, estrato y tipología familiar. Ninguno de los participantes presentó trastornos asociados al episodio depresivo, ni abuso en el consumo de algún tipo de sustancia psicoactiva, que les excluyesen de participar en la investigación.

La caracterización sociodemográfica de los sujetos se describe en la tabla 4, de frecuencias. Se encontró mayor participación de hombres (55.6%), en comparación con la cantidad de mujeres (44.4 %). En cuanto al estrato socioeconómico, el nivel medio tiene mayor prevalencia (88.9%), en comparación con el nivel bajo (11.1%). Indagando la tipología familiar, el (44.4%) convive con ambos padres, el (33.3%) convive con uno de los dos padres, y el (22.2%) tiene un padrastro o madrastra.

Tabla 4*Frecuencia y porcentaje de las características sociodemográficas*

Variables sociodemográficas	Frecuencia	%
Sexo		
Femenino	4	44.4
Masculino	5	55.6
Estrato		
Bajo	1	11.1
Medio	8	88.9
Tipología familiar		
Nuclear	4	44.4
Recompuesta	2	22.2
Monoparental	3	33.3

En la tabla 5 se describe la media (M) y desviación típica (DT) de la edad y escolaridad. En cuanto a la edad, los sujetos estaban entre los 14 y los 23 años. Se encontró que el promedio es de (16,56) y la desviación estándar de (2.83). En el nivel de escolaridad, se observa que los participantes cuentan con un nivel básico de formación, el promedio es de (10,67) y la desviación estándar de (1.58).

Tabla 5*Estadísticos descripción de datos sociodemográficos*

	N	Media	Desv. Típ.
Edad	9	16,56	2,833
Escolaridad	9	10,67	1,581

A través de los test, ACE-R y el TMT forma A, se realiza la exploración del perfil neuropsicológico. La tabla 6 resume los perfiles clínicos de cada uno de los sujetos participantes. Relacionado con el puntaje de corte en el ACE-R (Ospina, 2015), la figura 8 permite observar a nivel general, dificultades significativas en los dominios de atención, memoria y fluencia

Tabla 6

Puntaje directo en pruebas cognitivas por dominio del ACE-R – TMT. A

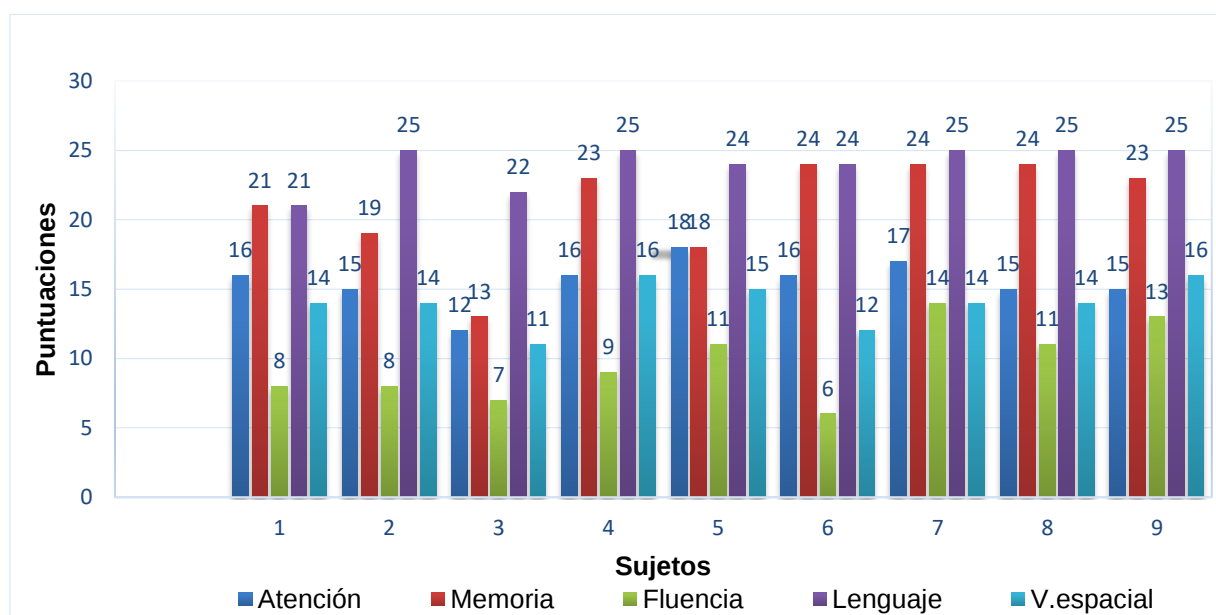
CODIGO	ATENCIÓN	MEMORIA	FLUENCIA	LENGUAJE	V.ESPACIAL	ACE-R	TMT. A	TMT. A
						Total	Tiempo	Enlaces
A001	16	21	8	21	14	82	69	24
A002	15	19	8	25	14	81	45	24
A003	12	13	7	22	11	69	45	24
A004	16	23	9	25	16	90	34	24
A005	18	18	11	24	15	85	33	24
A006	16	24	6	24	12	82	90	24
A007	17	24	14	25	14	94	30	24
A008	15	24	11	25	14	88	44	24
A009	15	23	13	25	16	92	30	24

Nota: ACE-R= Addenbrooke's Cognitive Examination Revised, TMT= Trail Making Test forma A.

Código: Número asignado al sujeto participante

Figura 8

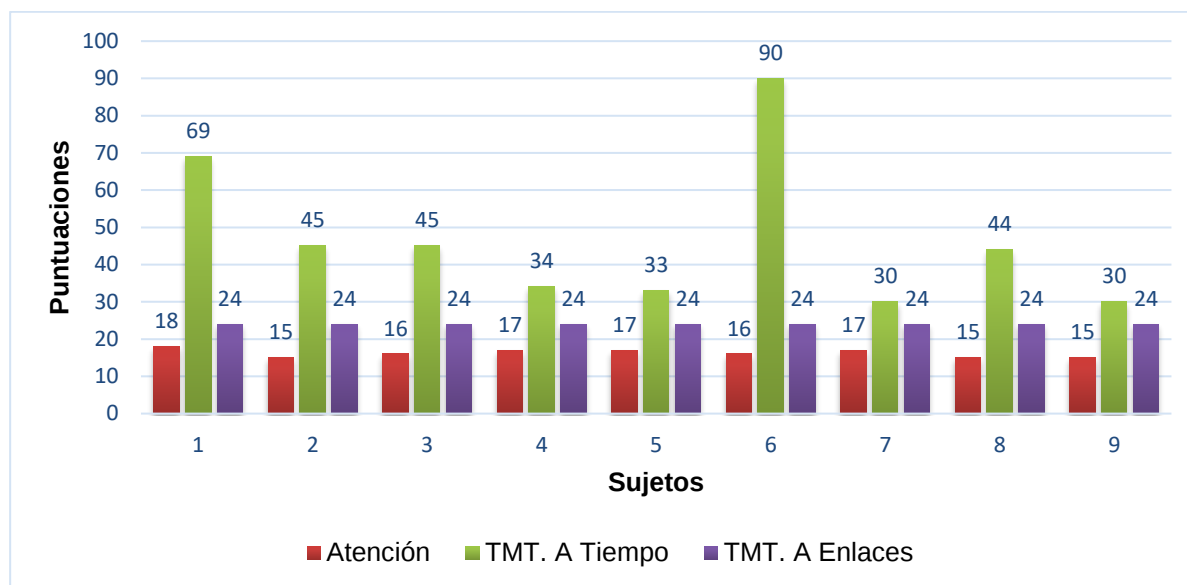
Comparación del perfil neuropsicológico del ACE-R, entre los sujetos



En cuanto al rendimiento del tiempo en el TMT-A, la figura 9 permite observar que cinco de los sujetos se encuentran por debajo del promedio. Los datos normativos de (Lasprilla et al., 2015), refieren que un promedio igual o mayor a 44 segundos, puede interpretarse entre los percentiles 5 al 39, indicando un promedio bajo y extremadamente bajo.

Figura 9

Comparación del dominio atencional del ACE-R y TMT. A, entre los sujetos.



La tabla 7 refleja las puntuaciones medias (M), desviación típica (DT), y puntuaciones z (Z) de las pruebas cognitivas, observando el perfil neuropsicológico. Teniendo en cuenta el criterio de (Lezak, Howieson, Bigler y Tranel., 2012), quienes refieren que un puntaje de ± 0.6 en la (Z), será el indicador de la desviación promedio de una población de referencia. Así, todo aquello que este por debajo o por encima de este promedio, será un puntaje que indica una desviación mayor o menor. En relación con lo anterior, se observa que el dominio de atención y memoria en el ACE-R, se desvía considerablemente 2 puntos por debajo de la población de referencia, así como el dominio de fluencia, lenguaje y viso espacial, con 1 punto de desviación. En el puntaje de la prueba TMT- A (Lasprilla *et al*, 2015), hace una diferencia entre los puntajes para hombres y mujeres; por lo que se observa una desviación por debajo del promedio en la puntuación para los hombres. Lo anterior indica que estos jóvenes con intento de suicidio, presentan dificultades neuropsicológicas a nivel global.

Tabla 7

Estadísticos descriptivos de pruebas cognitivas por dominio del ACE-R –TMT A

	N	M	DT	Z
ATENCIÓN				
ACE- R. Atención	9	16,22	1,093	-2,43
TMT A. tiempo (M)	4	59,50	25,040	0,25
TMT A. tiempo (H)	5	36,40	7,503	-0,72
TMT A. enlaces	9	24,00	,000	
MEMORIA	9	21,00	3,742	-1,60
FLUENCIA	9	9,67	2,739	-0,97
LENGUAJE	9	24,00	1,500	-0,90
VISOESPACIAL	9	13,889	1,6915	-0,89
N válido (según lista)	9			

Nota: los valores están expresados en medias (M), desviación típica (DT), Puntuación z (Z)

ACE-R= Addenbrooke's Cognitive Examination Revised, TMT= Trail Making Test forma A.

Mujer = (M), Hombre (H)

La tabla 8, muestra la exploración del funcionamiento ejecutivo en cada uno de los sujetos. Se observan los puntajes directos de la sub prueba de fluidez del ACE-R, junto con cada una de las subpruebas del IFS, el número de enlaces y el tiempo del rendimiento en la prueba del TMT forma B.

En este orden de ideas, los resultados agrupados de la figura 10, permiten observar un rendimiento por debajo del puntaje de corte en la mayoría de los sujetos. Teniendo en cuenta que para fluencia es, 12 (Ospina, 2015), y para el total del IFS /22, (Ihnen,2012). En cuanto al rendimiento del tiempo en el TMT-B, se observa que seis de los sujetos se encuentran por debajo del promedio. Los datos normativos de (Lasprilla *et al*, 2015), refieren que un promedio igual o mayor a 108 segundos, puede interpretarse entre los percentiles 5 al 39, indicando un promedio bajo y extremadamente bajo. En relación con el número de enlaces Margulis, Squillace, & Ferreres. (2018), refieren que un error o más, sería un

indicador crítico del déficit ejecutivo. Por tanto, siete de los sujetos presentaron entre 2 y 6 errores.

Tabla 8

Puntaje directo en pruebas para funciones ejecutivas del ACE-R- IFS – TMT- B

	FLUENCIA ACE-R	TMT B tiempo	TMT B enlaces	SM	IC	CIM	DA	MA	MTV	REF	CIV	IFS TOTAL
A001	8	192	18	2	2	2	4	1	2	1	4	18
A002	8	135	22	2	2	3	1	1	1	3	5	18
A003	7	274	20	1	2	0	3	0	2	0	4	12
A004	9	85	22	2	2	3	3	2	2	2	5	21
A005	11	118	20	2	2	3	3	2	1	2	6	21
A006	6	156	22	2	3	2	2	1	2	2	5	18
A007	14	97	24	2	2	2	1	0	1	3	0	11
A008	11	57	24	2	3	3	4	2	2	3	4	23
A009	13	291	19	2	3	1	3	2	2	2	4	19

Nota. ACE-R= Addenbrooke's Cognitive Examination Revised, IFS= INECO Frontal Screening,

TMT= Trail Making Test forma B.

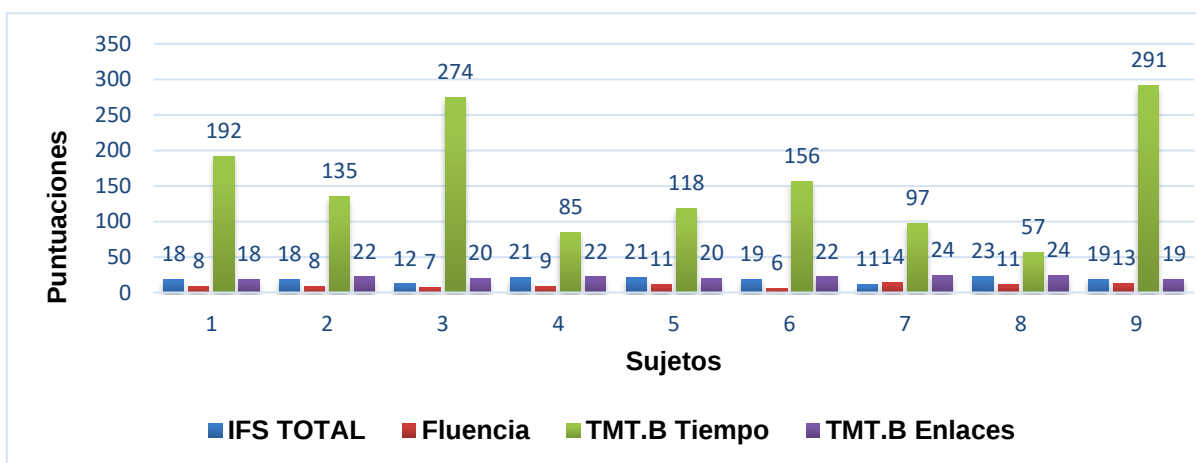
Sub escalas Del IFS: SM= Series Motoras, IC=Instrucciones Conflictivas, CIM= Control Inhibitorio

Motor, MA=Meses Atrás, MTV=Memoria de Trabajo Visual, REF=Refranes, CIV=Control Inhibitorio

Verbal

Figura 10

Comparación del funcionamiento ejecutivo entre los sujetos, con las pruebas ACE-R, IFS Y TMT – B



La tabla 9, muestra las puntuaciones medias (M), desviación típica (DT), y puntuaciones z (Z) de las funciones ejecutivas en la muestra total. La (Z), permite observar que los sujetos

se desvían 1 punto por debajo de la población de referencia, en las pruebas del ACE-R y el IFS. Para el TMT forma B no se cuenta con datos normativos que coincidan con las características de la población de referencia. Sin embargo, se observa que la media de los participantes para los enlaces, se encuentra 3 puntos por debajo del número total de aciertos, dando cuenta de un promedio bajo. Según (Margulis, Squillace, y Ferreres.,2018; Drake y Torralva., 2007), un error de interferencia o más, sería un indicador crítico del déficit ejecutivo.

Tabla 9

Puntajes Clínicos para funciones Ejecutivas del ACE-R. - IFS- TMT

	N	Media	Desv. típ.	Z
ACE-R. Fluencia	9	9,67	2,739	-0,97
TMT B. tiempo (M)	4	176,75	78,610	0,44
TMT B. tiempo (H)	5	139,60	89,509	0,02
TMT B. enlaces	9	21,22	2,108	
IFS	9	17,89	4,014	-1,12

N válido (según lista)

Nota: los valores están expresados en medias (M), desviación típica (DT) y Puntuación z (Z)

ACE-R= Addenbrooke's Cognitive Examination Revised, IFS= INECO Frontal Screening,

TMT= Trail Making Test forma B.

Mujer = (M), Hombre (H)

En la tabla 10, se muestra el puntaje directo en cada una de las pruebas de reconcomiendo emocional para cada sujeto. En el Mini-SEA, se observa que las emociones con más dificultad de reconocimiento son: miedo, enojo y tristeza. Los resultados agrupados de la figura 6, permiten observar que en el IRI los sujetos se encuentran por debajo del puntaje de corte, en la sub escala (TP) y (F). (Fernandez, Dufey y Kramp., 2011), hacen una distinción de estos puntajes entre mujeres (M) y hombres (H). En la sub escala (TP) para ambos grupos es 17 y en (F), para (H) 14 y (M) 17. En cuanto al rendimiento en el Mini-SEA, se observa que 5 de los sujetos están por debajo del promedio; según los datos normativos (12.6 ± 1.1) registrados en (Funkiewiez et al., 2012).

Tabla 10

Puntaje directo en pruebas de reconocimiento emocional, Mini-SEA, IRI.

CODIGO	TP	F	PE	AP	Mini-SEA TOTAL	MIEDO	ASCO	ENOJO	SPSA	TSZA	NTRO	ALRIA
A001	11	15	18	13	12,4	2	4	5	5	3	5	5
A002	16	11	6	18	10,7	3	5	4	4	1	4	4
A003	12	20	19	21	9,9	0	1	3	4	5	5	5
A004	12	17	23	13	9,0	1	4	3	4	0	4	5
A005	10	3	15	21	11,1	0	4	3	5	4	5	5
A006	10	15	16	13	11,1	2	4	3	5	2	5	5
A007	11	8	15	3	12,0	3	2	4	5	4	5	5
A008	12	16	14	12	14,1	4	5	4	5	5	5	5
A009	17	10	19	13	13,3	4	5	4	4	5	4	5

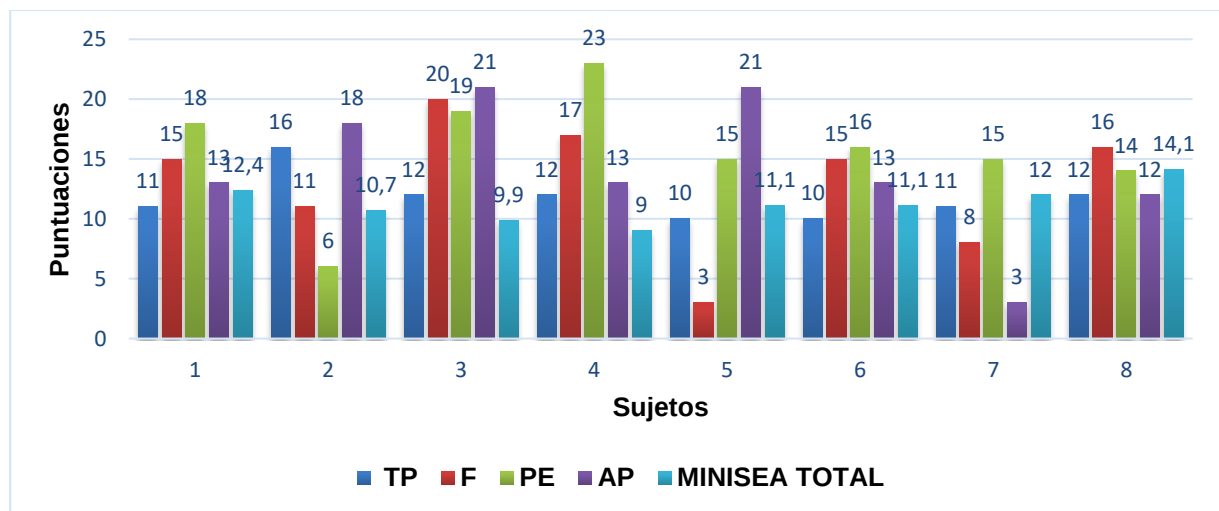
Nota. Mini-SEA= mini- Social cognition and emotional assessment, IRI= Interpersonal Reactivity Index

TP= Toma de Perspectiva, F= Fantasía, PE= Preocupación Empática, AP= Angustia Personal,

SPSA=Sorpresas, TSZA=Tristeza, NTRO=Neutro, ALRIA= Alegría.

Figura 11

Comparación del Reconocimiento emocional entre los sujetos, con las pruebas Mini-SEA, IRI



La tabla 11, muestra las puntuaciones medias (M), desviación típica (DT), y puntuaciones z (Z) de las pruebas emocionales en la muestra total. La (Z), en el IRI, muestra desviaciones por debajo del promedio para los factores cognitivo y emocional. Se observa que tanto en mujeres y hombres se presenta la desviación en (TP). De igual manera en (PE), los hombres están en un promedio bajo de desviación de la población de referencia.

Tabla 11*Puntajes en pruebas emocionales. Mini-SEA, IRI*

	N	Media	Desv. típ.	Z
Mini- SEA	9	11,511	1,6136	-0,52
IRI (M)	4			
TP.		11,25	,957	-1,26
F.		16,75	2,363	0,05
PE.		19,00	2,944	-0,09
AP.		15,00	4,000	0,36
IRI (H)	5			
TP.		13,20	3,114	-0,65
F.		9,60	4,722	-0,84
PE.		13,80	4,764	-0,75
AP.		13,40	6,877	0,48

N válido (según lista)

Nota: los valores están expresados en medias (M), desviación típica (DT), y Puntuación z (Z)

Mini-SEA= mini- Social cognition and emotional assessment, IRI= Interpersonal Reactivity Index

TM= toma de Perspectiva, F= Fantasía, PE= Preocupación Empática, AP= Angustia Personal,

(M)= mujer (H)= hombre

Capítulo VIII. Análisis de Resultados

Análisis Clínico de los Casos

Caso A001

Antecedentes personales

Joven de sexo femenino, con 16 años, quien pertenece a una familia nuclear disfuncional, la pauta relacional entre el subsistema conyugal es conflictiva. En la niñez fue abusada sexualmente por un familiar aproximadamente desde los ocho hasta los once años. Ha presentado dos intentos de suicidio; el primero a los 13 años con laceraciones en la muñeca izquierda, y el segundo intento fue generando asfixia, al intentar ahorcarse con sus propias manos luego de una discusión familiar.

Evaluación de funciones cognitivas

La joven al momento de la entrevista y de la aplicación de pruebas, NO presenta alteración global del desarrollo y se descarta afectación significativa en su estatus cognitivo. A nivel neuropsicológico se observa que logra inhibir estímulos del entorno, por periodos cortos de tiempo. Presenta un desempeño bajo en la reproducción de secuencias numéricas en forma regresiva (Dígitos en regresión 3/5), además de un nivel básico de atención selectiva y sostenida que le permite la concentración por un espacio de tiempo limitado, y la atención alternante está por debajo de lo esperado. En la información para acceder a la MLP, no se observan dificultades significativas y su curva de aprendizaje es ascendente; sin embargo, los procesos de codificación y almacenamiento de información a corto plazo, demuestran bajos niveles de desempeño (memoria recobro 0/3). En el sistema lingüístico, se observan dificultades en nominación y comprensión del uso y características de imágenes. Su capacidad visoconstructiva le permite planificar y ejecutar los movimientos requeridos para organizar una serie de elementos simples en un espacio determinado; sin embargo, su pensamiento es concreto y poco flexible tanto a nivel semántico, como fonológico.

En cuanto al dominio cognitivo, la joven se encuentra por debajo del punto de corte, (IFS 18/30). Logra completar oraciones, mostrando un buen desempeño en iniciación verbal,

pero presenta dificultades para terminar de forma ilógica oraciones incompletas o interpretar el significado no literal de refranes populares, lo cual indica inflexibilidad cognitiva y deficiencias en abstracción del pensamiento; además de bajo desempeño inhibitorio motor (2/3); reflejando una conducta impulsiva al no lograr detener ni regular, la conducta inicial. Su memoria de trabajo es limitada (7/10), presenta dificultades para manipular la información almacenada y emitir respuestas acordes a una situación. En general los elementos anteriores indican una alteración significativa de los procesos atencionales y de las funciones ejecutivas. Esto se podría correlacionar con el comportamiento impulsivo, que presento la joven para el intento de suicidio “mi papá estaba furioso... se volvió como loco a golpear las paredes y dijo que iba a matar a mi primo... fue un momento de terror, todos gritaban, se golpeaban y yo decía ¡ya no más, ya no más! Allí estaba desesperada y pensé que lo mejor era morir”. Incluso cuando tenía 13 años, intento suicidarse como acto impulsivo lacerando superficialmente su muñeca izquierda luego de tener una discusión con su padre. Se puede observar como los procesos de control inhibitorio motor, la flexibilidad cognitiva y la memoria de trabajo podrían hacer interferencia en los procesos para elegir estrategias de enfrentamiento. De igual manera se observa que en ambos intentos de suicidio está presente su figura paterna, factor que será abordado más adelante.

Evaluación de respuestas emocionales

Al hacer la exploración de reconocimiento emocional, se observa la dificultad cognitiva para considerar la perspectiva de otras personas, esto podría genera dificultades en el momento de interactuar con personas de su entorno, lo anterior relacionado con la inflexibilidad cognitiva referida con anterioridad. “tiene muy pocos amigos debido a su carácter explosivo... no le gusta que le lleven la contraria... soy muy peleona”. Las emociones que se le dificulta identificar es el miedo y la tristeza, aunque en varias ocasiones de la entrevista nombra al miedo como un factor paralizante y a la tristeza como algo que la ha acompañado desde niña; pareciera que no logra identificar estas emociones en situaciones complejas, posiblemente por la dificultad observada en el control inhibitorio motor (impulsividad), “ que le dijera quien había sido o me pegaba más y pues a mí me dio

miedo, y yo le dije..., desde los 8 años hasta los 11 abusó de mí, en la casa de mi abuela y en mi casa, no hablé porque me daba susto..., a veces no puedo salir sola porque me da miedo..., cuando me corté con la cuchilla solo fueron cortadas, pero no quería matarme, me daba como miedo..., desde el abuso sexual me he empezado a sentir sola y triste..., yo nunca he sido feliz...”

Contexto sociofamiliar

En la exploración de su contexto de desarrollo, se observan los siguientes indicadores que podrían relacionarse como un factor de predisposición al intento de suicidio.

-Abuso sexual en la infancia. “Desde el abuso sexual me he empezado a sentir sola y triste”

-Tipología familiar disfuncional

-Se observa que la estrategia para solucionar las diversas situaciones de conflicto es a través de la agresión física y verbal, “él llegó a la casa furioso y me pegó porque el celular se había perdido, me pegó muchos correazos en el cuerpo..., Él me dice bruta, la pared está sucia como su cara, boba, usted no sirve para nada”.

-Padres separados de cuerpo, pero conviven la misma casa, en habitaciones separadas con interacción conflictiva.

-Padres sin autoridad que predisponen al incumplimiento de las normas en casa:

“Cuando hace 3 años empezamos a separarnos, ella se volvió rebelde, mentirosa irritable, contestona, gritona y a dejar que no nos metiéramos en su vida..., su papá le da \$100.000 para que se divierta con las amigas y le compro una moto luego del primer intento de suicidio...”

-Con su papá la relación es distante y conflictiva: “Cuando niña, mi papá tenía otras, mi mamá se la pasaba llorando, él me llevaba a donde esas mujeres, ahora quiero que mis papás se separen, porque mi papá me da fastidio por cómo me trata, no me gusta y prefiero que se vaya...actualmente me siento en 8 de ánimo y lo que me hace falta es que mi papá cambie, porque si no cambia puedo estar por debajo de 8”

-Negligencia emocional en la infancia: el cuidado de la joven estuvo a cargo de la abuela.

Con lo anterior se puede decir que la joven de 16 años presento conducta suicida impulsiva reincidente, tras discusión familiar como consecuencia de un inadecuado abordaje, que genero agresión física y verbal por parte del padre. En los factores del desarrollo se presenta abuso sexual en la infancia, padres ausentes a nivel emocional, figura materna dócil y paterna rígida con interacción conflictiva y dificultades a lo largo del tiempo, para establecer pautas de crianza. Factores que se pueden relacionar con la predisposición en la falta de recursos cognitivos para el control de las emociones propias y de la conducta en sí misma, tal como se observa en las dificultades a nivel de funcionamiento ejecutivo.

Caso A002

Antecedentes personales

Joven de sexo masculino, con 14 años, quien pertenece a una familia nuclear funcional, la pauta relacional entre el subsistema parentofilial, es de sobreprotección conflictiva. A los cinco años fue víctima de abuso sexual, actualmente es solitario, callado y tímido. Presento intento de suicidio al ingerir 28 tabletas de aspirina.

Evaluación de funciones cognitivas

El joven al momento de la entrevista y de la aplicación de pruebas, NO presenta alteración global del desarrollo y se descarta afectación significativa en su estatus cognitivo. A nivel neuropsicológico se observa un desempeño bajo en la reproducción de secuencias numéricas en forma regresiva (Dígitos en regresión 3/5), además de un nivel básico de atención selectiva y sostenida que le permite la concentración por un espacio de tiempo limitado, y la atención alternante está por debajo de lo esperado, mostrando dificultad moderada para atender simultáneamente diversos estímulos. Dentro de los procesos para acceder a la MLP, se presentan dificultades moderadas para el recobro de información (4/7), y de conceptos generales (memoria retrograda 1/4), y tiende a mejorar cuando se suministran pistas. Sin embargo, los procesos de codificación y almacenamiento de información a corto plazo demuestran niveles de desempeño adecuados (memoria anterógrada 6/7). Su capacidad

visoconstructiva le permite planificar y ejecutar los movimientos requeridos para organizar una serie de elementos simples en un espacio determinado; sin embargo, su pensamiento es concreto y poco flexible tanto a nivel semántico, como fonológico.

En cuanto al dominio cognitivo, el joven se encuentra por debajo del punto de corte, (IFS 18/30). Presenta bajo desempeño en instrucciones conflictivas (2/3); reflejando deficiencias en la abstracción del pensamiento. Su memoria de trabajo es limitada (5/10), con dificultad para manipular la información almacenada y emitir respuestas acordes a una situación. En general los elementos anteriores indican una alteración significativa de los procesos atencionales y de las funciones ejecutivas a nivel de memoria de trabajo. Esto se correlaciona, con la conducta de utilización con patrones de perseverancia que presento el joven para el intento de suicidio “cuando todos estaban dormidos me acosté en mi cama, saqué la cuchilla y me intenté cortar, pero no fui capaz, porque no quería sentir el dolor de la cortada. Entonces... me tome 28 tabletas de aspirina... luego empecé a sentir taquicardia y me empecé a desesperar, abrí la ventana para lanzarme por allí... luego escuché música para ver si se me iba a pasar, después cuando el sueño no me cogía me fui a pensar a la terraza a ver si podría saltar de cabeza... me puse en el filo de la baranda, pero tenía mucha taquicardia y me sentía muy confundido, entonces decidí ir a donde mis papás y les digo que tengo taquicardia”. Se puede observar como el proceso adaptación al cambio es lento. Por tanto, la inflexibilidad cognitiva junto con la memoria de trabajo, hacen interferencia en procesos para elegir estrategias adecuadas de enfrentamiento.

Evaluación de respuestas emocionales

Al hacer la exploración de reconocimiento emocional, se observa dificultad cognitiva y afectiva al comprender el punto de vista, imaginar emociones y sentir compasión por el otro, destacando la ausencia de objetividad al tener interacción emocional con su entorno, “No me puedo expresar ni con ellos, ni con mis amigos... me tratan formalmente y no es necesario...es tímido al hablar en público, no habla casi con nadie.... a veces miro a alguien y pienso que puedo hacerles daño, a las personas”. Lo anterior podría generar dificultades de interacción con su entorno, y se relacionaría con la inflexibilidad cognitiva y abstracción

del pensamiento, referida con anterioridad.

Las emociones que se le dificulta identificar es el miedo y la tristeza. En la entrevista se observa como hay un miedo no reconocible, transformándose en una posible amenaza a corto plazo, “A veces me pongo a pensar que desde que ellos se casaron no han realizado sus sueños, lo que les llama la atención; es incómodo escuchar a mi madre las cosas que hubiera querido hacer, pero por estar con nosotros, no ha podido lograrlas. No me siento capaz de devolver lo que ellos han hecho por mí... ellos me han cogido como ejemplo para otras personas... la sociedad espera que yo me gradué y le aporte algo, pero no me siento capaz... estaba preocupado por los problemas económicos de la casa, porque mi hermana estaba pensando quitarse la vida y además la falta de comunicación hacia mis padres porque yo no puedo expresarme cuando algo de ellos me desagrada, que siempre he tenido que ser el niño bueno, que esperan tanto de mí... me irrito y la irritación es la que me lleva a querer quitarme la vida, me irrito fácilmente”. Lo anterior podría indicar como el miedo se relaciona con la forma en que se percibe a sí mismo, a su realidad, y con el procesamiento de su memoria de trabajo.

Contexto sociofamiliar

En la exploración de su contexto de desarrollo, se observan los siguientes indicadores que podrían relacionarse con factores que predisponen el intento de suicidio.

-Abuso sexual en la infancia “la tristeza viene desde ese tiempo, recuerdo cosas que no quiero recordar, no me gusta, me da rabia”

-Dificultades al interior del hogar:

-Dificultades económicas

-Relación distante con ambos padres: “No me puedo expresar con ellos, ellos me tratan como una persona diferente, como a alguien que no fuera de la familia, como un primo o algo así – me tratan formalmente y no es necesario – “por favor, gracias” no me gusta que ellos digan eso hacia mí, me gustaría que me dijeran las cosas directamente sin tanto formalismo. Me miman mucho y no me gusta (“bebé, pequeño, mi bebé con una sonrisa la odio) Quiero que me saluden normal, me irrita que me digan hola mi bebé, a

veces me recogen en el colegio”

-Altas expectativas laborales, económicas, emocionales y personales, hacia el joven

“siempre me han cogido como ejemplo para otras personas”.

- Padre rígido: “yo lo reprendo duro cuando no hace caso o no hace lo que debe hacer”.

-Padres que predisponen la comunicación con las altas expectativas hacia el joven y la rigidez del deber ser. Hay baja formación en autonomía, autoestima y por ende en el desarrollo de la identidad.

Con lo anterior se puede decir que el joven de 14 años, pudo haber presentado intento de suicidio como estrategia de escape, luego de pensar en que no podría cumplir con las expectativas de sus padres. Como factor desencadenante, se podría asociar la presión no directa de las dificultades económicas por las que estaban atravesando sus padres, y la dificultad para expresarles lo que él piensa. En los factores del desarrollo se presenta abuso sexual en la infancia, padres ausentes a nivel emocional y figura paterna rígida. Factores que pueden predisponer la falta de recursos cognitivos, para identificar y regular las emociones propias y la conducta en sí misma, tal como se observa en las dificultades a nivel de funcionamiento ejecutivo.

Caso A003

Antecedentes personales

Joven de sexo femenino, con 24 años, convive con su esposo e hija de nueve meses. A los seis años fue abusada sexualmente por un familiar. A partir de los 12 años iniciaron las ideas suicidas, por lo que progresivamente intentaba cortarse los brazos con el objetivo de morir. Recientemente intento lanzarse al vacío desde una ventana, acto que su esposo evito y luego Ingerió 5 tabletas de alprazolam.

Evaluación de funciones cognitivas

La joven al momento de la entrevista y de la aplicación de pruebas, NO presenta alteración global del desarrollo y se descarta afectación significativa en su estatus cognitivo.

A nivel neuropsicológico se observa que logra inhibir estímulos del entorno por periodos cortos de tiempo. Presenta un desempeño bajo en la reproducción de secuencias numéricas en forma regresiva (Dígitos en regresión 1/5), además de un nivel básico de atención selectiva y sostenida, que le permite la concentración por un espacio de tiempo limitado. En cuanto a la atención alternante, está por debajo de lo esperado y su velocidad de procesamiento de información es lenta. En la información para acceder a la MLP, se observan dificultades significativas, su curva de aprendizaje es plana. Para los procesos de codificación y almacenamiento de información a corto plazo, se observan bajos niveles de desempeño (memoria recobro 0/3). En el sistema lingüístico, se observan dificultades en nominación y comprensión del uso y características de imágenes. Su capacidad visoespacial y visoconstructiva es deficiente, no logra planificar, organizar y ejecutar una serie de elementos simples en un espacio determinado; observando así un procesamiento perceptual deficiente, además de un pensamiento concreto y poco flexible tanto a nivel semántico, como fonológico.

En cuanto al dominio cognitivo, la joven se encuentra por debajo del punto de corte, (IFS 12/30). Logra completar oraciones mostrando un buen desempeño en iniciación verbal, pero presenta dificultades para terminar de forma ilógica oraciones incompletas o interpretar el significado no literal de refranes populares, lo cual indica inflexibilidad cognitiva y deficiencias en abstracción del pensamiento; además de bajo desempeño inhibitorio motor (0/3); reflejando una conducta impulsiva al no lograr detener ni regular, la conducta inicial. Su memoria de trabajo es limitada (5/10), presenta dificultades para manipular la información almacenada y emitir respuestas acordes a una situación. En general los elementos anteriores indican una alteración significativa de los procesos atencionales y de las funciones ejecutivas. Esto se puede correlacionar con el comportamiento impulsivo, y conducta de utilización con patrones de perseverancia, que presento la joven para el intento de suicidio. "... salí de mi casa y afuera había una piedra y empecé a rayarme el brazo porque yo no quería que él se fuera... Al día siguiente, nuevamente empezamos a discutir, yo empecé a gritar y me puse en la ventana porque me quería tirar por la ventana y él me

quitó...cuando me las tomé, no pensé en nada, ni en mí. yo creí que él había tomado las pastillas y por eso yo también intenté tomármelas..., fue algo impulsivo, como yo pensé que él se las había tomado pues yo también quise tomármelas”. Se puede observar como los procesos de control inhibitorio motor, la flexibilidad cognitiva y la memoria de trabajo, podrían interferir en los procesos para elegir estrategias de enfrentamiento.

Evaluación de respuestas emocionales

Al hacer la exploración de reconocimiento emocional, se observa la dificultad cognitiva y afectiva para considerar el punto de vista y la opinión de otras personas, y en situaciones de emergencia identificar sentimientos propios de ansiedad o de angustia. Lo anterior podría propiciar dificultades de interacción con su entorno y la facilidad con la que puede llegar a perder el control de sus impulsos; esto muy relacionado con la inflexibilidad cognitiva y la regulación del control inhibitorio, referida con anterioridad. Las emociones que se le dificulta identificar es el miedo el enojo y el asco. En la entrevista se observa un miedo no identificado, como posible desencadenante de su estado emocional. “empecé a rayarme el brazo porque yo no quería que él se fuera, entonces él empezó a decirme que ya no me quería, yo no soportaba eso”. La idea de quedarse sola (inflexibilidad cognitiva) pudo haber propiciado la conducta suicida (control inhibitorio motor - impulsividad).

Contexto sociofamiliar

En la exploración de su contexto de desarrollo, se observan los siguientes indicadores que podrían relacionarse como un factor de predisposición al intento de suicidio.

- Abuso sexual en la infancia “no quiero recordar ese episodio de mi vida tan horrible, me hace sentir triste...esa tristeza de niña es la que siento ahora de grande, esa tristeza y soledad...desde allí empecé a sentirme muy mal

- Conflicto con su pareja

- Dificultades en el hogar de crianza:

- Relación distante con ambos padres: “No les conté a mis papás porque me daba miedo, mi papá era muy bravo y a veces me golpeaba, no había confianza para contar lo que estaba pasando conmigo”.

- Padre rígido y relación conflictiva: “mi papá no sabe lo que está pasando porque si no él me regaña, no se ha dado cuenta que ya crecí... él era muy bravo y a veces me golpeaba, todo lo quería perfecto, nunca le he tenido confianza”.

Con lo anterior se puede decir que la joven de 23 años presento conducta suicida impulsiva, posiblemente como estrategia de escape, luego de pensar que podría quedarse sola; y como factor desencadenante, estaría la discusión con su pareja. En los factores del desarrollo se presenta abuso sexual en la infancia, padres ausentes a nivel emocional, figura paterna rígida con interacción conflictiva. Factores que predisponen la falta de recursos cognitivos para el control de las emociones propias y de la conducta en sí misma, tal como se observa en las dificultades a nivel de funcionamiento ejecutivo.

Caso A004

Antecedentes personales

Joven de sexo femenino, con 14 años, quien pertenece a una familia recompuesta, con pautas relacionales entre el subsistema parentofilial de sobreprotección conflictiva. Presento un intento de suicidio al ingerir cuatro tragos de blanqueador, luego de presentarse una discusión con sus padres.

Evaluación de funciones cognitivas

La joven al momento de la entrevista y de la aplicación de pruebas, NO presenta alteración global del desarrollo y se descarta afectación significativa en su estatus cognitivo. A nivel neuropsicológico se observa un desempeño bajo en la reproducción de secuencias numéricas en forma regresiva (Dígitos en regresión 4/5), además de un nivel básico de atención sostenida que le permite la concentración por un espacio de tiempo limitado, y la atención alternante está por debajo de lo esperado, mostrando dificultad moderada para atender simultáneamente diversos estímulos. Dentro de los procesos para acceder a la MLP, se presentan dificultades moderadas para el recobro de información (6/7), y de conceptos generales (memoria retrograda 2/4)., aunque tiende a mejorar cuando se

suministran pistas. Sin embargo, los procesos de codificación y almacenamiento de información a corto plazo demuestran niveles de desempeño adecuados (memoria anterógrada 7/7). Su capacidad visoconstructiva y visoespacial le permite planificar y ejecutar los movimientos requeridos para organizar una serie de elementos simples en un espacio determinado.

En cuanto al dominio cognitivo, la joven se encuentra en el promedio del punto de corte, (IFS 21/30). Logra completar oraciones mostrando un buen desempeño en iniciación verbal, pero presenta dificultades para terminar de forma ilógica oraciones incompletas o interpretar el significado no literal de refranes populares, presenta bajo desempeño en instrucciones conflictivas (2/3), lo cual indica deficiencias en la abstracción de su pensamiento, este es poco flexible, tanto a nivel semántico (6/7), como fonológico (3/7). Su memoria de trabajo es limitada (6/10), con dificultad para manipular la información almacenada y emitir respuestas acordes a una situación. En general los elementos anteriores indican una alteración significativa de los procesos atencionales y de las funciones ejecutivas a nivel de memoria de trabajo.

Estos resultados se pueden relacionar, con la conducta impulsiva y las dificultades para tomar decisiones, que presento la joven en el intento de suicidio "...Uno de ellos dijo, que yo era una inservible, que me iban a mandar a Cali a un internado, eso me dio Mucha rabia, estaba desesperada de escuchar los gritos y de cómo se referían de mi (llanto), entonces fui al patio y lo primero que vi fue una botella de Clorox y tomé 4 tragos". Se puede observar como los procesos de control inhibitorio, flexibilidad cognitiva y de memoria de trabajo harían interferencia en los procesos para elegir estrategias de enfrentamiento.

Evaluación de respuestas emocionales

Al hacer la exploración de reconocimiento emocional, se observa dificultad cognitiva y afectiva, en el momento de considerar el punto de vista y la opinión de otras personas, así como sentir compasión por el otro, "valoro mucho lo que hace mi papá para darme las cosas, pero siento mucha rabia – odio por él, porque me pone muchas reglas y por todo me amenaza, yo no me mate, las cosas no eran para tanto". Lo anterior puede generar

dificultades para la interacción con su entorno, y estaría relacionado con la inflexibilidad cognitiva y abstracción del pensamiento, referida con anterioridad. Las emociones que se le dificulta identificar es el miedo, enojo y tristeza. En la entrevista se observa la inconformidad (rabia) por la disfunción familiar en la que convive. “Me duele que mi papá ya no viva conmigo (llanto) cuando mi mamá estaba con mi papá, era cariñosa pero después se volvió regañona, el ya casi no va a visitarme, ella vive con un señor que tiene un aire que no me gusta, a veces es como un papá regañón, yo no sé por qué tengo que vivir esta mierda... no me gusta las normas porque son como obligadas, como impuestas. No entiendo por qué hacen reglas, para volverlo a uno un animal que tiene que hacer lo que todos dicen”.

Contexto sociofamiliar

En la exploración de su contexto de desarrollo, se observan los siguientes indicadores que podrían relacionarse como un factor de predisposición al intento de suicidio.

-Familia disfuncional

- Separación conflictiva de los padres a los 5 años: “Es muy duro, pues ellos se volvieron muy fríos conmigo, como si yo ya no importara, como si lo único que les importaba era estar peleando; y después te ponen padrastro, noo eso es muy tenaz”

- Relación distante con ambos padres: “mi mamá se consiguió a mi padrastro. Antes veía a mi papá todos los días, pero cuando llegó ese señor ya veía a mi papá de vez en cuando, y pues, mi mamá se la pasaba con él. Mi mamá ya no pasaba tiempo con nosotras, ella se la pasaba en fiestas con él, no nos daba picos, los picos eran para él, y mi papá ya no volvió a vernos seguido, por estar con la mujer de él, él ya solo iba cada 15 ò 20, a dejarnos plata y nada más... yo no confiaba en ellos.”

- Padres que predisponen la interacción entre los integrantes de familia, al no tener adecuadas pautas de crianza; en algunos momentos imponiendo reglas que para la edad de la joven se establecen en acuerdos y en otros haciendo advertencias que no cumplen. “siento mucha rabia – odio por él, porque me pone muchas reglas y por todo me amenaza que me va a quitar el celular o que no me va a dejar salir...no me gusta las normas porque son como obligadas, como impuestas... mi mamá solo me amenaza que

si no hago tal cosa me quita el celular y no cumple, me fastidia que me estén amenazando y cuando deben quitármelo no lo hacen, parece que me quieren es meter miedo”.

-Agresión verbal. “en ocasiones yo le decía a mi mamá le presta más importancia a mi hermana y ella me decía “no me joda, ya va a empezar... ella no sirve para nada, no recuerdo quien dijo que yo era una inservible... no todo fue mi culpa, ellos también tuvieron culpa cuando ellos pelean (adultos) no piensan en las palabras y esas son las que más hieren”.

- Comparaciones constantes con familiares: “...porque a ella le va bien, porque ella es juiciosa, ella merece que le vaya bien, ella si es inteligente, él es obediente, pero usted...

-Dificultades para obedecer normas: “los profesores me tenían rabia porque soy muy contestona, cansona, odiosa, no hago caso... en mi casa a veces hacia caso y a veces no... pero era por la forma en que me decían las cosas, yo creo que mi comportamiento en el colegio era por llamar la atención y lo logre, ellos ya me prestan un poquito más de atención”

- Negligencia emocional: “ellos se volvieron muy fríos conmigo, como si yo ya no importara, como si lo único que les importaba era estar peleando... yo veía que las mamás las saludaban de beso y eran cariñosas con ellas, pero conmigo no, yo quería un beso cuando me saludaran, un abrazo, que me recogieran en el colegio, pero no a ellos yo nos les importaba”.

Cabe mencionar que los padres de la joven no asistieron a la entrevista, demostrando poco interés sobre el estado emocional actual de la joven; sin embargo, permitieron que ella participara de la investigación. Lo anterior me permite pensar en dos hipótesis, 1. los padres asumen que las razones de la conducta suicida de su hija, están relacionadas con las propias dificultades de su conducta y que ellos no intervienen en nada. 2. Que los padres pueden tener alguna sensación desagradable al estar en la entrevista y sentirse confrontados por lo sucedido.

Con lo anterior se puede decir que la joven de 14 años, presento conducta suicida impulsiva, tras discusión familiar como posible consecuencia de un inadecuado abordaje, que genero agresión verbal por parte de ambos padres. En los factores del desarrollo se observa disfuncionalidad familiar, padres ausentes a nivel emocional y figura materna y paterna rígida con interacción conflictiva y dificultades a lo largo del tiempo, para establecer pautas de crianza. Factores que podrían predisponer a la falta de recursos cognitivos, para identificar y regular las emociones propias y la conducta en sí misma, tal como se observa en las dificultades a nivel de funcionamiento ejecutivo.

Caso A005

Antecedentes personales

Joven de sexo masculino, con 15 años. Su padre biológico falleció hace 10 años. Fue víctima de abuso sexual dos veces, el primero a los ocho y el segundo a los trece años. Pertenece a una familia recompuesta, y la pauta relacional entre el subsistema parentofilial es conflictiva. El joven ha tenido 6 intentos de suicidio utilizando diversos métodos. Recientemente fue hospitalizado por intento de suicidio, al cortarse las venas.

Evaluación de funciones cognitivas

El joven al momento de la entrevista y de la aplicación de pruebas, NO presenta alteración global del desarrollo y se descarta afectación significativa en su estatus cognitivo. A nivel neuropsicológico se observa un desempeño bajo en los procesos de atención focalizada, reproducción de secuencias numéricas en forma regresiva (Dígitos en regresión 3/6), y alternante; mostrando dificultad para atender simultáneamente diversos estímulos. Dentro de los procesos para acceder a la MCP, se presentan dificultades moderadas para el recobro de información (2/7), y de conceptos generales (memoria retrograda 2/4). Su capacidad visoconstructiva y visoespacial le permite planificar y ejecutar los movimientos requeridos para organizar una serie de elementos simples en un espacio determinado.

En cuanto al dominio cognitivo, el joven se encuentra en el promedio del punto de corte (IFS 21/30), sin embargo, presenta bajo desempeño en instrucciones conflictivas (2/3), lo

que indicaría deficiencias en la abstracción de su pensamiento, siendo poco flexible, fluidez verbal fonológica (4/7). De igual manera su memoria de trabajo es limitada (5/10), presentando dificultad para manipular la información almacenada y emitir respuestas acordes a una situación. En general los elementos anteriores indican una alteración significativa de los procesos atencionales y de las funciones ejecutivas a nivel de memoria de trabajo. Esto se podría correlacionar, con la conducta impulsiva y las dificultades para tomar decisiones, que presento el joven en el intento de suicidio. "...me he querido quitar la vida 6 veces ... ese golpe que ella me dio del encierro fue muy duro, ella me empezó a tratar mal, y yo le dije vieja loca, estaba desesperado, no podía creer que mi propia mamá también me hiciera la vida una mierda, entonces allá con una cuchilla me corté las venas (heridas muy profundas)". Se puede observar como los patrones de perseverancia, flexibilidad cognitiva y de memoria de trabajo podrían hacer interferencia en los procesos para elegir estrategias de enfrentamiento.

Evaluación de respuestas emocionales

Al hacer la exploración del reconocimiento emocional, se observa dificultad cognitiva y afectiva, en el momento de considerar el punto de vista y la opinión de otras personas, imaginar emociones, y en situaciones de emergencia identificar sentimientos propios de ansiedad o de angustia. Lo anterior podría generar dificultades de interacción con su entorno y del control de sus impulsos "No tengo amigos, ni familia con quien pueda contar, tengo como 30 animales; gallinas, patos, cuyes, conejos, bimbos, ellos son lo único que tengo... odiaba a las personas, ¡todavía! pienso que son malos, no he visto nunca a nadie bueno en mi vida".

Las emociones que se le dificulta identificar es el miedo y el enojo. En la entrevista se observa la inconformidad (rabia), por varias circunstancias que ha tenido que atravesar a lo largo de la vida; entre ellas, la disfunción familiar en la que convive, los abusos sexuales y la forma de maltrato a la que ha sido expuesto " Uno estresado, tengo que trabajar todo el día vendiendo frutas y pienso mi vida no vale nada, ¿todo el tiempo me tocará así? lo único que quiero es una familia, es ser normal, reír, contar con alguien, salir adelante, que me den

amor; pero es todo lo contrario, hijueputasos, ignoradas, estoy solo”. De igual manera se observa como el miedo podría generar parálisis de análisis, al pensar en su futuro “yo voy al parque y veo como abrazan a los hijos y yo quiero uno, yo quiero una familia, pero ellos me dicen que van a responder por mi hasta los 18 y después que yo veré, que va ser de mi después de los 18”.

Contexto sociofamiliar

En la exploración de su contexto de desarrollo, se observan los siguientes indicadores que podrían relacionarse como un factor de predisposición al intento de suicidio.

-2 abusos sexuales: “hasta antes de eso yo era pelión, pero después me volví una caspa. eso fue lo peor, a nadie le conté lo que me hicieron, porque a nadie le importaba, pero si antes era grosero, ahora todo empezó a cambiar, no me iba bien en el colegio, odiaba a las personas, ¡todavía! pienso que son malos, no he visto nunca a nadie bueno en mi vida. Con la primera vez de mi tío me volví grosero, pero con la segunda, me volví un parasito como me dice mi mamá, los intentos de suicidio eran más, no comía, solo lloraba y dormía”

-Familia disfuncional

- Violencia intrafamiliar en la niñez: “mi papá le pegaba a mi mamá, la apuñaleaba delante de mí, la dejaba a dormir en la calle, la arrastraba por toda la casa”.

-Padre ausente: “él estuvo en la cárcel, ella lo visitaba y todo, pero cuando el salió se fue con otra mujer yo lo odiaba más. Ella era la mejor amiga de mi mamá y tuvo 2 hijos con él”.

-Muerte del padre a los 5 años: “el día del entierro me hice lejos y dije “por fin mi mamá descansa de él y va a conseguir alguien que la haga feliz... aunque lo odio, no es muy chimba pensar en que no tengo papá”.

-Familia actual recompuesta conflictiva: “mi mamá consume marihuana y mi padrastro también, ella tiene baja autoestima, no se quiere, se la pasa desarreglada...pelean todo el tiempo y duermen más separados que juntos”

-Relación conflictiva con la madre: “todo lo que me pasa la culpa es de ella, por no quererme, por no prestarme atención.

-Mamá sin autoridad, que predispone al incumplimiento de las normas en casa, y del respeto en la interacción madre e hijo.

-Maltrato psicológico

-Verbal: el trato era “venga hijueputa, venga marica”, todo eran groserías, allá no era el trato de “venga mijo”, de un beso, de eso nada... Cuando ella (mamá), llega a la casa es grosera me dice chino marica, malparido, vago, parasito”.

-físico: “dije abuela mi tío esta arrecho, él dijo eso lo está haciendo es usted”, mi abuela le creyó, me peló la cola y me dio con una ortiga, allí me dio miedo y aprendí que no se podía decir, porque ella no me creía y me iba a pegar... Cuando llegué a la casa me cascaron porque me había demorado, tras de que me habían violado, ella me pego con un palo en la espalda y en la cabeza... Mi tío seguía de arrecho y me tocaba la espalda, la cola, la cara, pero yo no podía decir nada porque mi abuela me pegaba como a rata.

-Negligencia física: andaba con los zapatos rotos, porque mi abuela no nos compraba, se gastaba la plata que le enviaba mi mamá... A mí me gustaba el colegio, porque nos enseñaban a leer, sumar, me gané mención de honor, pero eso a nadie le importaba, mi abuela no daba para las cosas del colegio, no tenía cuadernos, ni libros, entonces ya no volví... me pusieron a raspar coca, y ella (abuela) me quitaba la plata y solo me daba 1000”

-Negligencia emocional: “yo a veces voy a estar cerca de ella y quiero abrazarla, y ella me dice quítese, no me toque, vaya y consígase novia, gay”.

-A partir de los 8 años, el cuidado del joven estuvo a cargo de la abuela materna.

Cabe mencionar que la mamá del joven no asisto a la entrevista, demostrando poco interés sobre el estado emocional actual del joven; sin embargo, permitió que él participara de la investigación. Lo anterior me permite pensar en dos hipótesis, 1. La madre asume que las razones de la conducta suicida de su hijo, están relacionadas con las propias dificultades de su conducta y que ellos no intervienen en nada. 2. Que la madre puede tener alguna sensación desagradable al estar en la entrevista y sentirse confrontada por lo sucedido.

Con lo anterior, se podría decir que el joven de 15 años, ha presentado varios intentos de

suicidio como consecuencia de su historia de vida. El último intento de suicidio fue impulsivo, tras aislamiento en institución de reeducación, como consecuencia de un inadecuado abordaje, que generó agresión verbal por ambas partes (mamá – hijo). En los factores del desarrollo se presentan 2 abusos sexuales en la infancia, violencia intrafamiliar, muerte del padre, figura materna rígida, conflictiva y agresiva verbalmente. Dificultades a lo largo del tiempo para establecer pautas de crianza, negligencia física y emocional por parte del cuidador. El joven ha crecido en un entorno conflictivo que propicia su alta reactividad emocional, baja autoestima, dificultades para la toma de decisiones, pensamiento rígido y carencia afectiva. Factores que se podrían asociar a la predisposición de la falta de recursos cognitivos, para el control de las emociones propias y de la conducta en sí misma, tal como se observa en las dificultades a nivel de funcionamiento ejecutivo mencionadas con anterioridad.

Caso A006

Antecedentes personales

Joven de sexo femenina, con 15 años, quien pertenece a una familia nuclear disfuncional, las pautas relacionales entre el subsistema parentofamiliar, son de permisividad, ausencia de normas y agresión verbal. Presento un intento de suicidio por sobre ingesta de Rivotril, ocasionando desvanecimiento y un golpe en la parte occipital del cerebro, perdiendo el conocimiento. Estuvo en coma inducido por cuatro días

Evaluación de funciones cognitivas

La joven al momento de la entrevista y de la aplicación de pruebas, NO presenta alteración global del desarrollo y se descarta afectación significativa en su estatus cognitivo. A nivel neuropsicológico se observa un desempeño bajo en los procesos de atención focalizada, reproducción de secuencias numéricas en forma regresiva (Dígitos en regresión 3/6), y alternante; mostrando dificultad para atender simultáneamente diversos estímulos. Los procesos acceder a la información de MLP y MCP no presentan dificultades, y su curva de aprendizaje es ascendente. En el sistema lingüístico, se observan dificultades en

nominación y comprensión del uso y características de imágenes. Su capacidad visoespacial y visoconstructiva es deficiente, no logra planificar, organizar y ejecutar una serie de elementos simples en un espacio determinado; observando así un procesamiento perceptual deficiente.

En cuanto al dominio cognitivo, la joven se encuentra por debajo del punto de corte, corte, (IFS 18/30) Logra completar oraciones mostrando un buen desempeño en iniciación verbal, pero presenta dificultades para terminar de forma ilógica oraciones incompletas o interpretar el significado no literal de refranes populares, lo cual indica inflexibilidad cognitiva y deficiencias en abstracción del pensamiento, tanto a nivel semántico (6/7), como fonológico (3/7). Además de bajo desempeño inhibitorio motor (2/3); reflejando una conducta impulsiva al no lograr detener ni regular, la conducta inicial. Su memoria de trabajo es limitada (6/10), presentando dificultades para manipular la información almacenada y emitir respuestas acordes a una situación. En general los elementos anteriores indican una alteración significativa de los procesos atencionales y de las funciones ejecutivas. Esto se puede correlacionar, con el comportamiento impulsivo que presento la joven para el intento de suicidio “ese día, yo tenía una fiesta, mi mamá no me dejó ir... Entonces a mí me dio mucha rabia, y bueno que estrés... Y entonces yo no sé qué fue lo que pasó y me puse así toda histérica, a gritar y llorar, porque yo quería ir, me puse a pensar un montón de cosas y me tomé 6 pastillas. Se puede observar como los procesos de control inhibitorio, flexibilidad cognitiva y de memoria de trabajo estarían haciendo interferencia en los procesos para elegir adecuadas estrategias de afrontamiento.

Evaluación de respuestas emocionales

Al hacer la exploración de reconocimiento emocional, se observa dificultad cognitiva y afectiva, en el momento de considerar el punto de vista y la opinión de otras personas, así como sentir compasión por el otro. Las emociones que se le dificulta identificar es el miedo, enojo y tristeza. En la entrevista se observa que la ira es un patrón representativo en la interacción con su entorno familiar, y puede estar propiciada por baja tolerancia a la frustración. “ yo estaba acostumbrada a que en mi familia me lo daban todo, yo decía quiero

esto y me lo daban, ya cuando nació mi hermano las cosas cambiaron, ya no había pues tanto dinero para mí, me tocaba compartirlo con él, entonces yo me mal acostumbré y había cosas que yo quería, quería ropa, quería zapatos, entonces ellos me decían que no; a veces eran bobadas, pero pues me sentía mal por todo, por cosas así empecé a tomar las pastillas... yo reconozco que si me decían que no, yo era muy grosera con ellos ... les decía como idiotas, esas cosas así”.

Contexto sociofamiliar

En la exploración de su contexto de desarrollo, se observan los siguientes indicadores que podrían relacionarse como un factor de predisposición al intento de suicidio.

-Familia disfuncional

-Padres sin autoridad que predisponen al incumplimiento de las normas en casa y al irrespeto: “Antes en mi casa, fue como si yo fuera la Barbie, la reinita... todo me lo daban, yo era la consentida, mi papá nunca me pego, ellos hacían todo lo que yo decía... Con mi mamá, todos los días son gritos, regaños y yo le contestó, a ver quién grita más duro”.

-Con su mamá la relación es conflictiva: “la forma de expresarse, no solamente es gritar, aunque grita mucho y eso me saca la piedra, no la soporto (mamá con dificultad auditiva – tiene un auricular) ... ella tiene que aceptar sus errores... ella sólo cree que es la perfección... me dice, que me voy a estrellar en la vida y que no voy a hacer nada en la vida y esas cosas,

-Dificultades para obedecer normas: “para mí, yo tengo las reglas muy claras de mi mamá ¡siempre!, sino que yo no le hago caso sólo... Yo me inventaba cosas, era muy mentirosa, a veces lo hago para manipularlos... yo creo que me intente suicidar por llamar la atención”.

- Negligencia emocional en la infancia: “Yo estaba muy acostumbrada a que mis papás hicieran todo lo que yo quisiera, todo me lo daban. Entonces cuando nació mi hermano las cosas cambiaron, y para mí eso fue muy duro”.

Cabe mencionar que los padres de la joven no asistieron a la entrevista, demostrando poco interés sobre el estado emocional actual de la joven; sin embargo, permitieron que ella

participara de la investigación. Lo anterior me permite pensar en dos hipótesis, 1. los padres asumen que las razones de la conducta suicida de su hija, están relacionadas con las propias dificultades de su conducta y que ellos no intervienen en nada. 2. Que los padres pueden tener alguna sensación desagradable al estar en la entrevista y sentirse confrontados por lo sucedido

Con lo anterior se podría decir que la joven de 16 años, presenta conducta suicida impulsiva, tras discusión familiar al no permitirle asistir a una fiesta. En los factores del desarrollo se observa disfuncionalidad familiar, padres ausentes a nivel emocional; figura paterna dócil y materna con interacción conflictiva, además de dificultades a lo largo del tiempo, para establecer pautas de crianza y generar relación de autoridad, propiciando baja tolerancia a la frustración. La joven refiere que uno de los aspectos por los que la relación con su mamá es conflictiva, es por los gritos; ella (mamá) presenta dificultades auditivas; hipotéticamente se puede decir que no hay comprensión de la condición sensorial de su mamá.

Lo anterior son factores que se pueden asociar en la predisposición de la ausencia de recursos cognitivos, al identificar y regular las propias emociones y de la conducta en sí misma, tal como se observa en las dificultades a nivel de funcionamiento ejecutivo.

Caso A007

Antecedentes personales

Joven de sexo masculino, con 16 años. Pertenece a una familia monoparental, con pautas relacionales entre el subsistema parentofilial de sobreprotección conflictiva. El joven ha tenido dos intentos de suicidio. En el primero, se realizó dos cortes en la muñeca, y el segundo intento ahorcarse con una correa.

Evaluación de funciones cognitivas

El joven al momento de la entrevista y de la aplicación de pruebas, NO presenta alteración global del desarrollo y se descarta afectación significativa en su estatus cognitivo. A nivel neuropsicológico se observa un desempeño bajo en los procesos de atención

sostenida y focalizada, (Dígitos en regresión 1/6). Los procesos para acceder a la información de MLP y MCP no presentan dificultades, y su curva de aprendizaje es ascendente. En tanto su capacidad perceptual presenta dificultades a nivel de conteo visual (2/4).

En cuanto al dominio cognitivo, el joven se encuentra por debajo del promedio, (IFS 11/30). Logra completar oraciones mostrando un buen desempeño en iniciación verbal, pero presenta dificultades para terminar de forma ilógica oraciones incompletas o interpretar el significado no literal de refranes populares, lo cual podría indicar inflexibilidad cognitiva y deficiencias en abstracción del pensamiento, (instrucciones conflictivas 2/3); además de bajo desempeño inhibitorio motor (2/3); reflejando una conducta impulsiva al no lograr detener ni regular, la conducta inicial. Su memoria de trabajo es limitada (4/10), presenta dificultades para manipular la información almacenada y emitir respuestas acordes a una situación. En general los elementos anteriores indican una alteración significativa de los procesos atencionales y de las funciones ejecutivas. Esto se puede relacionar, con el comportamiento impulsivo, que presento el joven para el intento de suicidio. “mientras yo abría el hueco, mi mamá seguía gritándome, entonces yo pensé, ya estoy harto de que me esté tratando como imbécil, “después de muerto ya que van a seguir regañándome” me subí como a un nochero, yo no quería quebrarme el cuello porque no quería salvarme – tenía miedo, pero quería morirme, subí los dos pies y metí la cabeza en la correa, primero bajé un pie despacio jejeje como teniendo miedo a la muerte y luego baje el otro bruscamente y sentí la presión, el ahogo y empecé a perder el conocimiento”. A la edad de 15 años el joven intento suicidarse como acto impulsivo lacerando su muñeca izquierda luego de tener una discusión con su madre. De igual manera se observa que en ambos intentos de suicidio está presente su figura materna, factor que será abordado más adelante. Se puede observar como los procesos de control inhibitorio motor, y la memoria de trabajo estarían asociados con la interferencia en los procesos para elegir estrategias adecuadas de afrontamiento.

Evaluación de respuestas emocionales

Al hacer la exploración de reconocimiento emocional, se observa dificultad cognitiva y

afectiva, en el momento de considerar el punto de vista y la opinión de otras personas, imaginar emociones, y en situaciones de emergencia, identificar sentimientos propios de ansiedad o de angustia. Lo anterior puede generar dificultades de interacción con su entorno y del control de sus impulsos. Las emociones que se le dificulta identificar es el miedo y el asco. Aunque en varias ocasiones de la entrevista nombra el miedo como un factor paralizante. Definitivamente este lapso de tiempo podría impedir identificar situaciones de riesgo, posiblemente por la dificultad observada en el control inhibitorio motor (impulsividad), “yo realmente podía ponerme en puntas y detener lo que estaba haciendo, pero no lo hice porque quería morir, tenía mucho miedo, de un momento a otro, todo se volvió oscuro... me subí como a un nochero, tenía miedo, subí los dos pies y metí la cabeza en la correa, primero bajé un pie despacio jejeje como teniendo miedo a la muerte y luego baje el otro bruscamente y sentí la presión, el ahogo y empecé a perder el conocimiento”.

Contexto sociofamiliar

En la exploración de su contexto de desarrollo, se observan los siguientes indicadores que podrían relacionarse como un factor de predisposición al intento de suicidio.

-Tipología familiar disfuncional

- Se observa que la estrategia para solucionar las diversas situaciones de conflicto es a través de la agresión verbal, “cuando llegamos a la casa empezamos a pelear y yo sabía que la había embarrado, pero ella empezó a decir lo que dicen las mamás cuando están enojadas, palabras que duelen mucho, que yo soy un gastadero de plata, usted porque es así, porque no me dijo que no quería estudiar para saber a qué atenerme, pudiendo gastar la plata en cosas realmente importantes...”

- Separación conflictiva de los padres a los 10 años: “Es muy duro, después de eso mi papá ya casi no iba a visitarme, se olvidó de mí, y ya cuando aparecía eran solo peleas y madrazos...”

- Violencia intrafamiliar en la niñez: “Él le pegaba a mi mamá, llegaba borracho y era muy infiel, yo crecí viendo como él golpeaba a mi mamá...”

- Relación distante con ambos padres: “Mi papá, él tiene problemas de ira, tenemos

muchos problemas, está demandado...En un tiempo él era un papá pendiente, pero después eran todo peleas, el actualmente vive con la moza y mis hermanastros, para ellos si es todo el tiempo que quieran y todo, pero conmigo nada. Y con mi mamá también la relación es difícil, ella piensa que yo tengo problemas de aprendizaje, pero no es así; tengo problemas emocionales. Ella llega le pregunto cómo le fue, dice bien y luego me pregunta a mi como me fue, yo le digo -bien- y ya me voy a mi habitación, eso es todo lo que compartimos...”.

-Relación conflictiva con la madre y agresión verbal: “Mi mamá siempre ha sido muy cantaletoza, ella me ha dicho que soy una decepción, me comparan con mi primo que tiene 32 años y que todavía sigue estudiando en la universidad porque nunca acaba, mi familia dice que yo voy a ser igual que él. Yo pensaba todo lo que mi mamá dice es con rabia y uno con rabia dice muchas cosas, pero de la nada ella se enojaba y un día me dijo ¡yo no sé porque Dios me dio una persona como usted! allí me empecé a creer todo lo que ella me decía, que soy una decepción para todos ... Yo me bajoneo mucho cuando ella me dice tantas cosas de como yo era una decepción para todos, el día que almorzando me dijo que, porque Dios le había dado un hijo como yo, ese día sentí que era mi fin...”

-Negligencia emocional en la infancia: el cuidado del joven estuvo a cargo de los abuelos. “Gran parte del tiempo he estado solo, cuando era pequeño estuve solo casi todo el tiempo porque que ella trabajaba; igual mi papá, casi nunca estaba en casa por estar con las mozas. A mí, me cuidaban mis abuelos ¡me he criado solo!

Cabe mencionar que ninguno de los padres asistió a la entrevista, demostrando poco interés sobre el estado emocional actual del joven; sin embargo, permitieron que el participara de la investigación. Lo anterior me permite pensar en dos hipótesis, 1. los padres asumen que las razones de la conducta suicida de su hijo están relacionadas con las propias dificultades de su conducta y que ellos no intervienen en nada. 2. Que los padres pueden tener alguna sensación desagradable al estar en la entrevista y sentirse confrontados por lo sucedido.

Con lo anterior se puede decir que el joven de 16 años presento conducta suicida impulsiva reincidente, tras discusión familiar por dificultades académicas y como consecuencia de un inadecuado abordaje, que genero agresión verbal por parte de la madre.

En los factores del desarrollo se presenta violencia intrafamiliar, figura paterna distante y conflictiva, y materna distante y agresiva verbalmente. Negligencia emocional por parte del cuidador. El joven ha crecido en un entorno conflictivo y distante que puede propiciar su alta reactividad emocional, baja autoestima, dificultades para la toma de decisiones, y carencia afectiva. Factores que llegarían a predisponer la falta de recursos cognitivos, para el control de las emociones propias y de la conducta en sí misma, tal como se observa en las dificultades a nivel de funcionamiento ejecutivo mencionadas con anterioridad.

Caso A008

Antecedentes personales

Joven de sexo masculino homosexual, con 18 años. Pertenece a una familia monoparental disfuncional. La pauta relacional entre el subsistema parentofilial es de sobreprotección conflictiva, presentando una relación distante con ambos padres. El joven ha presentado dos intentos de suicidio, en el transcurso de 20 días. El primero con una intoxicación de medicamentos (32 pastillas de amitriptilina, 20 pastillas de loratadina y un jarabe para la tos) y el segundo, intento tragar un puñado de vidrios.

Evaluación de funciones cognitivas

El joven al momento de la entrevista y de la aplicación de pruebas, NO presenta alteración global del desarrollo y se descarta afectación significativa en su estatus cognitivo. A nivel neuropsicológico se observa un desempeño bajo en los procesos de atención sostenida, focalizada, (Dígitos en regresión 3/5), y alternante; mostrando dificultad para atender simultáneamente diversos estímulos. Dentro de los procesos para acceder a la MLP, no se observan dificultades significativas; sin embargo, en MCP se presentan dificultades moderadas para el recobro de información (2/3), y de conceptos generales

(memoria retrograda 3/4). Su capacidad visoconstructiva le permite planificar y ejecutar los movimientos requeridos para organizar una serie de elementos simples en un espacio determinado; sin embargo, su pensamiento es concreto y poco flexible (fluidez verbal 4/7).

En cuanto al dominio cognitivo, el joven se encuentra por encima del punto de corte, (IFS 23/30), interpretando el significado no literal de refranes populares y presentando un adecuado desempeño en control inhibitorio motor (3/3); y aunque logra completar oraciones mostrando un buen desempeño en iniciación verbal, presenta dificultades para terminar de forma ilógica oraciones incompletas (4/6), lo que podría indicar inflexibilidad cognitiva. Su memoria de trabajo es limitada (6/10), con dificultades para manipular la información almacenada y emitir respuestas acordes a una situación. En general los elementos anteriores indicarían una alteración significativa de los procesos atencionales y de las funciones ejecutivas a nivel de memoria de trabajo. Esto se puede relacionar, con la conducta de utilización con patrones de perseverancia que presento el joven para el intento de suicidio, "...Siento que tengo muchas cargas y culpabilidades, por mi vida y por todo...mientras yo iba enviando esos mensajes yo me tomé esas pastas, primero me tomé el somnífero y luego lentamente me fui tomando las 52 pastillas, me tardé como 2 horas en terminar de tomarme todo". Pasados tres días el joven nuevamente reincide impulsivamente en la conducta suicida, "...me dio mucha ira, me puse muy agresivo porque ese celular forma parte de mi privacidad, entré al baño, y empecé a gritar, yo me miraba en el espejo y estaba muy desesperado, cuando salí, empecé a gritar, entonces mi tío me cogió, y dije que me quería ir, y no me dejaban salir, mi tío me cogía y mi mamá también, yo tenía mucha fuerza; me cogieron, me tiraron al piso, en medio de eso, yo hale el cable de la nevera varias veces y entonces se cayeron las copas de vidrio, yo gritaba para que me dejaran salir y entonces de la rabia, yo alcancé a coger unas esquirlas del vidrio de las copas, no sé cómo alcanzó a soltarme, y me pongo el puñado de esquirlas de los vidrios de mi boca..." Se puede observar como la adaptación al cambio y la valoración de su conducta se encuentra alterada. Por tanto, estos resultados se pueden relacionar con la inflexibilidad cognitiva, la memoria de trabajo y la interferencia en los procesos para elegir estrategias adecuadas de

afrontamiento.

Evaluación de respuestas emocionales

Al hacer la exploración de reconocimiento emocional, se observa dificultad cognitiva y afectiva, en el momento de considerar el punto de vista y la opinión de otras personas, así como sentir compasión por el otro. La emoción que se le dificulta identificar es el miedo. En la entrevista se observa un miedo no reconocible, transformándose en una posible amenaza a corto plazo, "...muchas ideas en mi cabeza, en relación a cómo me he comportado este año con mi mamá, en las mentiras, en que no soy un buen ejemplo para mi hermano, que casi toda mi familia sabe que soy gay, pero no todos, una persona que es muy importante para mí no lo sabe, no sabía cómo decirle a mi abuela que yo era gay, ella tiene sospechas, pero no está confirmado yo no se lo he dicho, ella es muy religiosa muy conservadora ese miedo no me ha dejado decírselo, eso no me deja estar tranquilo".

Contexto sociofamiliar

En la exploración de su contexto de desarrollo, se observan los siguientes indicadores que podrían relacionarse como un factor de predisposición al intento de suicidio.

-Orientación sexual - Homosexual: "...me siento incomprendido, inestable emocionalmente, soy infiel, a veces estoy con varias parejas y luego me siento vacío y culpable... a los 12 empecé a tener problemas de cutting, porque no me sentía comprendido... A veces he tenido esas ideas de volver a cortarme otra vez, antes yo sentía que pagaba lo que hacía mal, cortándome... Yo siento culpabilidad por ser gay, por la vida que tengo (llanto)... Yo me cortaba como como para pagar lo que había hecho mal, cogía cuchillas y me cortaba, los brazos, las piernas, y el pecho, (se observan múltiples cicatrices).

-Familia disfuncional

-Padre ausente/conflicto emocional: "yo no tengo recuerdos de mi papá, cuando era niño, él se fue y se perdió... mis padres nunca vivieron juntos... en un tiempo no me afectó no tener a mi papá, pero ya después empecé a tenerle como rabia y ahora último es como eso no es problema mío, como indiferencia; pero es falso me duele que yo no haya tenido un papá... si mi papá hubiera estado conmigo, mi mamá no hubiera tenido que salir a

trabajar y prácticamente no haberme abandonado por año y medio...”

-Relación distante con la madre: “todo empezó a ir mal a los 13 años que ya salgo del closet y le cuento a mi mamá que soy gay, ella me dice tranquilo lo vamos a superar, pero yo lo tome a mal yo pensé que era superar de que vamos a salir adelante, ella estaba haciendo relación a que íbamos a superarlo, o sea que yo iba a tener que cambiar y a tener que gustarme las mujeres, ella se muestra comprensiva, pero en el fondo se ve que está esperando que yo tengo una novia, allí la confianza se dañó...”

-Pertener a un hogar monoparental: “Pues yo sí la verdad creo que es el tema de familia, no tener un papá, una mamá conmigo... Ya fui creciendo y mi mamá es la que siempre ha estado, la que estaba allí luchando, así ella no esté conmigo físicamente, también creo que es una necesidad insatisfecha, porque, aunque ella me ha dado muchas cosas, pues ha estado más ausente que presente, es más bien como eso, la necesidad física de una familia... Talvez si hubiera tenido un hogar no sería gay y no estaría sintiéndome con una subida y bajada de emociones tan drástica, normalmente el sentimiento es de tristeza, con preocupación también, ansioso y desesperación”.

-Altas expectativas personales, hacia el joven “mi mamá también me decía que soy el ejemplo a seguir para mi hermano; yo siento que, pues hecho muy poco como para que él me siga, y cuál sería el ejemplo ¿que él sea gay? Yo no quiero eso para él”.

Cabe mencionar que ninguno de los padres asistió a la entrevista, demostrando poco interés sobre el estado emocional actual del joven; sin embargo, permitieron que él participara de la investigación. Lo anterior me permite pensar en dos hipótesis, 1. los padres asumen que las razones de la conducta suicida de su hijo están relacionadas con las propias dificultades de su conducta y que ellos no intervienen en nada. 2. Que los padres pueden tener alguna sensación desagradable al estar en la entrevista y sentirse confrontados por lo sucedido.

Con lo anterior se puede decir que el joven de 18 años, presento intento de suicidio reincidente, como estrategia de escape, al pensar en cómo afrontar su orientación sexual.

Como factor desencadenante se puede mencionar la presión indirecta de contarle a su abuela sobre su orientación sexual y el ser un ejemplo de vida para su hermano menor. Actualmente el joven mantiene conductas de promiscuidad, y una sensación de culpabilidad al ser homosexual. En los factores del desarrollo se observa una familia disfuncional, con padres ausentes a nivel emocional y distantes en la interacción actual. Factores que se podrían asociar con la ausencia de recursos cognitivos, para identificar y regular las emociones propias y la conducta en sí misma, tal como se observa en las dificultades a nivel de funcionamiento ejecutivo.

Caso A009

Antecedentes personales

Joven de sexo masculino, con 18 años, pertenece a una familia monoparental disfuncional, La pauta relacional entre el subsistema parentofilial es de sobreprotección conflictiva, presentando una relación distante con ambos padres. El intento de suicidio, fue por sobre ingesta de medicamentos (loratadina, jarabe para la tos, pastillas para dormir y fumo menos de media cajetilla de cigarrillos).

Evaluación de funciones cognitivas

El joven al momento de la entrevista y de la aplicación de pruebas, NO presenta alteración global del desarrollo y se descarta afectación significativa en su estatus cognitivo. A nivel neuropsicológico se observa un desempeño bajo en los procesos de atención sostenida, focalizada, (Dígitos en regresión 3/6), y alternante; mostrando dificultad para atender simultáneamente diversos estímulos. Dentro de los procesos para acceder a la MLP, se presentan dificultades moderadas para el recobro de información (6/7), y de conceptos generales (memoria retrograda 3/4), y no tiende a mejorar cuando se suministran pistas. Sin embargo, los procesos de codificación y almacenamiento de información a corto plazo demuestran niveles de desempeño adecuados (memoria anterógrada 7/7). Su capacidad visoconstructiva y visoespacial le permite planificar y ejecutar los movimientos requeridos para organizar una serie de elementos simples en un espacio determinado.

En cuanto al dominio cognitivo, el joven se encuentra por debajo del punto de corte, (IFS

19/30). Logra completar oraciones mostrando un buen desempeño en iniciación verbal, pero presenta dificultades para terminar de forma ilógica oraciones incompletas o interpretar el significado no literal de refranes populares (4/6), lo cual indicaría inflexibilidad cognitiva y deficiencias en abstracción del pensamiento, además de bajo desempeño en el control inhibitorio motor (1/3); reflejando una conducta impulsiva al no lograr detener ni regular, la conducta inicial. Su memoria de trabajo es limitada (5/10), presentando dificultad al manipular la información almacenada y emitir respuestas acordes a una situación. En general los elementos anteriores indicarían una alteración significativa de los procesos atencionales y de las funciones ejecutivas. Esto se puede relacionar, con la conducta impulsiva y las dificultades para tomar decisiones, que presento el joven en el intento de suicidio, “No hay una razón exacta del por qué lo hice, solo que llevaba días pensando y pensando, en que desde niño mis padres no me prestaron atención, me da rabia sentirme solo, sentirme incomprendido, porque pues ni siquiera mis propios padres me conocen...no tengo un motivante, un propósito fijo... y pues inconformidades de cómo se manejan ciertas cosas en la sociedad, que no dependen de mí; por ejemplo, con el materialismo, la no aceptación de lo diferente, la discriminación, la falta de tolerancia, el egocentrismo que existe normalmente en el entorno... entonces tenía mucha rabia con todo y abrí el jarabe y puse las pastillas en mi mano las eche, no sé cuántas eran, tengo nublado cuantas eran, y las puse en mi boca y las baje tomándome todo el jarabe y luego empecé a fumar cigarrillo”. Se puede observar como los procesos de control inhibitorio, flexibilidad cognitiva y de memoria de trabajo, podrían interferir en los procesos para elegir adecuadas estrategias de afrontamiento.

Evaluación de respuestas emocionales

Al hacer la exploración de reconocimiento emocional, se observa la dificultad a nivel cognitivo, en el momento de imaginar las emociones de las personas que conforman su entorno, “yo creo que siempre mis padres y mi familia, me ha querido mucho, y no dudo de ese sentimiento, pero hubiese deseado que hubiese sido diferente... no logro entender cómo es que pudieron cogerme como un pin pon, para un lado y para el otro, pienso y

pienso y no logro entenderlo...” Las emociones que se le dificulta identificar es el miedo y el enojo. En la entrevista se observa la inconformidad (rabia) por circunstancias que ha tenido que atravesar en la vida, entre ellas la disfunción familiar en la que creció, rabia que el joven no reconoce que aún está presente, transformándose en una posible amenaza a corto plazo “en algún momento de la vida trato de comprender que ellos se alejaron e intentó comprenderlo, y digo ya no los necesito, en algún momento llegué a sentir mucha rabia, mucho rencor, porque el tiempo que yo quería que estuvieran conmigo, no estuvieron luego pues comprendí que era por las circunstancias y luego, normal, ya lo acepte”. Sin embargo, una semana antes del intento de suicidio empezó a presentar pensamientos rumiativos, “ellos son los culpables de lo que me sucede... ella llega muy tarde de trabajar y en esos días tenía muchos turnos en el hospital, si puede cuidar hijos ajenos, pero no cuido a los propios... En varios momentos me sentí solo, por no tener amigos o bueno por no poder socializar de la forma en que yo quería y no poder compartir el tiempo que yo deseaba con las personas, las relaciones eran normales, pero siempre me ha pasado, que empiezo a conocer las personas, socializo mucho y poco a poco me voy alejando, desconozco la razón, porque pues terminé distanciándome de las personas y finalmente terminó quedándome sólo. Esto es un patrón repetitivo, que se ha prolongado a lo largo de mi vida y en mis relaciones, solo sin amigos, solo sin padres, ellos crearon eso en mí”. Lo anterior podría indicar que la rabia se relacionaría con la forma en que se percibe a sí mismo, a su realidad, y por ende todo el procesamiento de su memoria de trabajo.

Contexto sociofamiliar

En la exploración de su contexto de desarrollo, se observan los siguientes indicadores que podrían relacionarse como un factor de predisposición al intento de suicidio.

-Familia disfuncional

-Padre ausente/conflicto emocional: “Cuando ya empecé a vivir con mi mamá, mi papá ya se fue empezando ausentar un poco ...Tenía más gustos con mi papá. hablábamos más, había más filin, pero de un momento a otro todo cambio él consiguió una esposa, tuvo hijos y ya pasaban los años y no nos veíamos, todo era por teléfono nos veíamos...”

ahora ya es tarde, él quiere recuperar el tiempo y el tiempo de niño ya no vuelve, a hora de grande ya no quiero... actualmente con él es una relación normal, y ocasional. A veces almorzamos, él me escribe, él tiene una parcela entonces yo a veces lo llamé y le digo que voy a ir a visitarlo, y voy hasta allá, aunque es de vez en cuando..."

-Relación distante con la madre/conflicto emocional: "yo le digo a ella es que si ellos no estuvieron conmigo en mi infancia pues ya no lo van a hacer cuando yo estoy adulto, ya estoy acostumbrado a estar solo. El afecto que suelen dar los padres, que suele dar la familia, ya no me hace falta. No me lo dieron cuando lo necesitaba, ya no me interesa, y si estoy solo, es porque yo me alejo, y si no tengo una relación estrecha con ella, es porque yo me alejo, no me interesa estar cerca, ya para que, ya es muy tarde"

- Pertenecer a un hogar monoparental: "Desde que nací están separados... Supongo que no estaban conforme con la relación y por eso se separaron y ya, no me importa saber por qué no se les dio la gana de vivir juntos y hacer una familia..."

- Negligencia emocional en la infancia: "Yo he vivido con los dos, pero obviamente ha sido más con mi mamá, que con mi papá. Cuando era niño, primero viví con mi mamá, luego con mi papá, luego otra vez con mi mama, y luego otra vez con mi papá, pero ya más grande empecé a vivir más con mi mamá, como a los 9 a 10 años ya quería tomar decisiones y ahí ya decidí definitivamente vivir con mi mamá... por imposiciones de ellos, porque ellos decían que un tiempo con el uno y otro tiempo con el otro, yo aceptaba porque yo no podía partirme en dos y ellos tampoco, yo también quería estar con ellos... mis papas trabajaban, y me quedaba con mis hermanas, o me quedaba solo, yo estaba acostumbrado a estar solo, mis hermanas tenían en su vida y yo la mayor parte de mi infancia y preadolescencia estuve solo, o cuando vivía con mi papá, pues me quedaba con la empleada y con mi hermano menor, pero puedo decir que la mayor parte de mi vida he estado solo... me hubiera gustado haber compartido más con ellos, las cosas significativas que valen mucho, los momentos; es decir, si tuviera un partido de fútbol que me hubieran ido ver a jugar, o que se hubieran interesado por las cosas que me gustan, en esos momentos cuando quisiera que estuvieran pero no estuvieron, aunque ellos profesan ese amor y se sientan interesados por

las cosas que a mí me gustan ahora, yo no lo veo materializado en las acciones que ellos hicieron cuando yo era más pequeño, de pronto esa sea una razón por la que tengo estos síntomas depresivos”.

-Padres que predisponen el desarrollo de pertenencia. “El tiempo en que yo estaba con cada uno, lo definían ellos, yo no... Era muy inestable, eso de estar de un lado para el otro...” Hay baja formación en autoestima y por ende en el desarrollo de la identidad.

Cabe mencionar que la mamá estuvo pendiente durante los días en que se tuvo contacto con el joven; demostró interés para realizar la entrevista y se agendó una cita.

Desafortunadamente se inició el aislamiento por emergencia del COVID-19 y ya no fue posible el contacto con ella.

Con lo anterior se puede decir que el joven de 18 años, presenta conducta suicida impulsiva como consecuencia de pensamientos rumiativos y el posible factor desencadenante podría ser, la ausencia de su mamá durante la semana en casa, debido a su trabajo (enfermera jefa en neonatos) y de igual manera, se observa la presión indirecta que le genera los pensamientos ruminativos relacionados con su infancia.

En los factores del desarrollo se observa una familia disfuncional, con padres que no establecieron un lugar de pertenencia, ausentes a nivel afectivo y distantes en la interacción actual. Además de negligencia emocional en la infancia. Factores que podrían llegar a predisponer la falta de recursos cognitivos, para identificar y regular las emociones propias y la conducta en sí misma, tal como se observa en las dificultades a nivel de funcionamiento ejecutivo.

Capítulo IX. Discusión

El objetivo del presente estudio fue describir las características del funcionamiento ejecutivo y del reconocimiento emocional en un grupo de adolescentes que han presentado comportamientos suicidas. Para ello se utilizaron diversas pruebas cognitivas y una entrevista semiestructurada que evaluaron: (a) el perfil neuropsicológico, (b) el funcionamiento ejecutivo, (c) el reconocimiento emocional, y (d) las características contextuales y clínicas del desarrollo. Los resultados evidenciaron que los sujetos presentaron dificultades significativas tanto en el procesamiento cognitivo, como emocional, y que las características del desarrollo se pueden asociar con la conducta suicida. Estos hallazgos son coherentes con investigaciones previas que reportan alteraciones en cada uno de estos aspectos. (Hores, 2001; Turecki, 2005; Garrison, McKeown, Valois y Vincent, 1993; Jollant *et al*, 2005; Bridge *et al*, 2012; Burton *et al*, 2011; y Andrade *et al*, 2014).

Perfil Neuropsicológico

Se encontraron patrones de desempeño bajo, en atención selectiva, sostenida, y alternante. Los hallazgos presentan consistencia con lo reportado en la literatura, y en estudios previos llevados a cabo en jóvenes con intento de suicidio (Nasser y Overholzer, 1999., y Keilp *et al.*, 2001); en donde refieren, que este proceso cognitivo es esencial, para que las funciones superiores se desarrollen adecuadamente. En relación, Jollant *et al.*, 2005, refieren que los procesos para la toma de decisiones pueden alterarse, al no enfocar adecuadamente la atención, ni controlar la información en la que se basan dichos procesos. Así como la "rigidez cognitiva" puede ser consecuente del deterioro en el bajo rendimiento de la atención selectiva y sostenida, (Pollock y Williams., 1998). En atención alternante, los jóvenes mostraron dificultades cometiendo hasta 6 errores de secuenciación e interferencia, por lo que (Hores., 2001) plantea que en los adolescentes que intentan suicidarse, se observan tasas más altas de errores de omisión y dificultades en alternar secuencias. En tanto, los mismos datos sugieren que cuando hay un desempeño bajo en tareas de tipo interferencia, puede estar estrechamente relacionado con el riesgo de intento de suicidio. (Keilp *et al.*, 2001).

En contraste (Nasser y Overholzer, 1999; Keilp *et al.*, 2001), refieren que los problemas con el control ejecutivo de la atención, pueden estar asociados con intentos de suicidio severos. Sin embargo, las dificultades de secuenciación fueron registradas en el 78% de los jóvenes, siendo intentos de suicidio en mayor proporción impulsivos, pero unos con más letalidad que otros; y no se registraron diferencias significativas con la letalidad. Finalmente, es muy común encontrar la alteración de este dominio cognitivo en pacientes con intentos de suicidio; tanto así que el control de la atención, es una característica destacada de los tratamientos psicoterapéuticos actuales, ya que capacitan a los pacientes para que redirijan la atención en momentos de crisis (Linehan *et al.*, 2006).

Funciones Ejecutivas

Con base en los resultados obtenidos, se observó que seis de los jóvenes presentaron dificultades en el funcionamiento ejecutivo a nivel global; y en otros tres, la dificultad se dio a nivel de memoria de trabajo. Es decir que las capacidades cognitivas que permiten el razonamiento, la flexibilidad, el control, la regulación y planeación, presentan dificultades para la toma de decisiones y la regulación de la conducta en sí misma. (Lezak *et al.*, 2012; Burton *et al.*, 2011; Jollant *et al.*, 2005 y Andrade *et al.*, 2014). Con lo anterior, se podría pensar en la posible relación entre, la disfunción ejecutiva, las dificultades que algunos jóvenes presentan, para adaptarse a los cambios implícitos en esta etapa del desarrollo (Barón., 2000), y en la dificultad, para encontrar soluciones a las adversidades que en algún momento pudieran presentarse, recurriendo al comportamiento suicida como respuesta impulsiva; pues el 78% de los jóvenes así lo demostraron. En relación (Jollant *et al.*, 2005 y Turecki., 2005) refieren que la toma de decisiones y la impulsividad, están asociadas con los intentos de suicidio, en la medida en que la impulsividad puede aumentar el riesgo de conducta suicida, pero puede disminuir la planificación requerida para causar la muerte. De hecho, Mann, Waternaux, Haas y Malone. (1999) afirmaron que la impulsividad y la agresión son características de las personas en riesgo de suicidio, independientemente del diagnóstico psiquiátrico. Por tanto, el intento de suicidio se podría tomar como camino, cuando no se encuentra otra salida posible como recurso cognitivo (Barón., 2000). Cabe

recordar que es importante tener en cuenta, las dificultades reportadas en el nivel atencional, pues ello incide negativamente en el funcionamiento ejecutivo, y puede ser la base de la "rigidez cognitiva", que es una característica clínica común de los intentos de suicidio (Pollock y Williams., 1998; y Rodríguez., 2018).

Contrariamente a estos hallazgos, Burton. (2011) afirma que un mejor funcionamiento ejecutivo, está asociado con una mejor planificación e iniciación de la conducta suicida, lo que aumentaría su riesgo. Sin embargo, (Bridge *et al.*, 2012) plantean que la toma de decisiones deteriorada puede aumentar la vulnerabilidad al comportamiento suicida, pero que esta no se correlaciona con la impulsividad y la hostilidad.

Reconocimiento Emocional

La adolescencia es un período intenso de cambios a nivel: físico, psíquico, afectivo, emocional, familiar y social (Barón., 2000). Sin embargo, el campo emocional en esta etapa es de gran complejidad, y puede traer complicaciones en la interacción y adaptación al entorno, dependiendo de la forma como ellos mismos perciben su realidad; es decir, los propios pensamientos, predisponen situaciones límites que pueden propiciar la presencia de ideas suicidas. (De La Cruz y Zúñiga., 2017). En concordancia con lo anterior, los resultados permitieron observar que la emoción con más dificultad para ser identificada es el miedo. Según (Nock *et al*; 2008) la tristeza, el miedo, y la angustia están asociadas con el riesgo de ideación suicida, en la medida que también se asocian con una mayor reactividad emocional. Esto se podría mencionar en términos de valencia emocional, pues el nivel de desagrado que el sujeto siente, estaría asociado con una conducta de evitación. Pues la valencia de la emoción se ha propuesto como un componente básico del procesamiento emocional, ya que representa la valoración de una señal como perjudicial o útil (Barrett., 2006). En tanto, el 89% de los jóvenes presentaron dificultades para considerar el punto de vista y la opinión de otras personas, teniendo en consideración una posible disfunción a nivel de flexibilidad cognitiva, que puede propiciar la reactividad emocional (Nock *et al*; 2008), y afectar el riesgo de pensamientos y comportamientos suicidas (Polanco *et al*, 2018). Por tanto, no reconocer las emociones propias, dificulta la expresión de las mismas, y

por ende no expresar lo que el joven siente, podría ser un factor que predispone a la conducta suicida (Mennin y Fresco., 2009), debido a la influencia de pensamientos rumiativos (Barón., 2000). Por tanto, la supresión de las reacciones emocionales terminaría siendo completamente desadaptativa (Gross., 2002). Entonces una mejor comprensión de la relación entre la reactividad emocional y la ideación suicida podría reducir el riesgo de la conducta suicida (Polanco, 2018), esto sería comprender y reconocer las emociones propias. En contraste con lo anterior, Keilp *et al.* (2008) refieren que, en los intentos de suicidio, los mecanismos de control cognitivo en sí mismos son disfuncionales, y no simplemente susceptibles a tipos específicos de excitación emocional.

Características Contextuales y Clínicas del Desarrollo

En esta indagación se encontró que los patrones con mayor prevalencia, tienen relación con un contexto de familia disfuncional, caracterizado por padres separados, conflictos en la interacción padres e hijo, y distanciamiento entre los mismos, resultados que corroboran los hallazgos presentados por (Barón., 2000 y Carmona *et al.*, 2010) quienes refieren que en jóvenes con intentos de suicidio se puede observar que los padres son separados, mínimo uno de los dos ha reorganizado su vida con otra pareja; en las familias monoparentales, en gran proporción el padre es ausente “física y emotivamente, su relación es distante y desprovista de afecto”, y la madre trabaja fuera del hogar, hay un elevado índice de conflictos entre padres e hijos, y la ausencia de una figura representativa de autoridad parental.

De igual manera, en el 89% de los jóvenes se observa como patrón de maltrato infantil, la negligencia emocional (OMS., 2020; y Amores y Mateos., 2017), siendo representativa durante algunos periodos importantes del desarrollo del ciclo vital. Situación que puede propiciar intentos de suicidio reincidentes, e ideas ruminativas en la planeación del acto; pues abandonar el desarrollo emocional del niño, repercutiría de manera negativa en su capacidad de adaptación futura, su autoestima, estabilidad emocional, interacción social, empatía y toma de decisiones (Oliva., 2007; Khaleque., 2015). Es interesante que el periodo desde el nacimiento hasta la vida adulta, está marcado por un desarrollo físico, conductual,

cognitivo y emocional progresivo (De Bellis., 2005); y paralelamente a estas etapas, hay cambios en la maduración del cerebro, por lo que diversos factores pueden afectar negativamente su desarrollo y condicionar su funcionamiento neuropsicológico (De Bellis., 2005; Mesa y Moya., 2011), así como generar alguna predisposición que incida sobre un gran factor vulnerable, de estrés crónico (De Nicola., 2015) o clínicamente hablando, de estrés postraumático (TEPT) (De Bellis., 2005).

La exposición a situaciones complejas de estrés desde temprana edad, como la presencia de abuso sexual, la agresión verbal y física, la violencia intrafamiliar, la familia disfuncional, la privación de estimulación afectiva, las respuestas inconsistentes por parte de los padres a las señales de expresión afectiva del niño, el permitir los comportamientos desadaptativos del niño, el abandono, el rechazo... podrían terminar siendo la base de importantes secuelas anatómicas, estructurales y funcionales a nivel cerebral (Mesa y Moya, 2011; Amores y Mateos, 2017), propiciando sensaciones de estrés crónico, traducidos en un exceso de glucocorticoides (GC), que inciden sobre un factor de vulnerabilidad en la adolescencia (De Nicola., 2015), causando ansiedad y angustia (De Bellis.,2005). Teniendo en cuenta que el estrés es una reacción fisiológica provocada por la percepción de una situación intimidante o amenazante, (Siachoque, Ibáñez, Barbosa, Salamanca, y Moreno., 2006), se puede decir que las reacciones fisiológicas de estos jóvenes con intento de suicidio, se caracterizan por ser impulsivas, como estrategia de escape (Barón., 2000) a la situación amenazante; tal como lo reflejan las situaciones desencadenantes de estrés, descritas por el 78% de los jóvenes participantes. Sin embargo, Mesa y Moya. (2011) refieren que las consecuencias del maltrato infantil no tienen el mismo efecto en todos los niños que lo padecen, pues se debe tener en cuenta variables como el tipo de maltrato, la edad, el tiempo de exposición y el sexo. En tanto, De Bellis. (2005) plantea que no hay un maltrato menor o mayor, pero que la negligencia afectiva es la base para que exista otro tipo de maltrato que atraviese la estructura psíquica del niño.

A nivel cerebral, lo anterior se correlaciona con áreas de la corteza prefrontal (funciones ejecutivas) y del sistema límbico (centro regulador emocional), siendo que episodios de estrés severo podrían generar una sobreexcitación en el eje HPA, aumentando los niveles de noradrenalina (NE), serotonina (5-HT) y de los sistemas dopaminérgicos (DA) (De Bellis., 2005) en la corteza prefrontal, inhibiendo la activación de áreas en el sistema límbico (Arnsten, 1998), y generando dificultad para sostener la atención, tomar decisiones, planificar comportamientos, y controlar reacciones ante una situación amenazante (Arnsten., 1998; Posner y Petersen, 1990). Lo anterior, muy relacionado con distintos estudios que sustentan esta afirmación a partir de muestras de tejido post-mortem, encontrando una menor cantidad de corticotropina (CRH) en la corteza prefrontal y reducción de glucocorticoides en el hipocampo (Nemeroff, Owens, Bissette, Andorn, Stanley., 1988; McGowan, Sasaki, D'Alessio, Dymov, Labonté, Szyf, Turecki, y Meaney., 2009)

En relación al funcionamiento cognitivo, Davis, Moss, Nogin, y Webb. (2015) refieren que los niños que están expuestos a cualquier tipo de maltrato reincidente en la infancia, presentan dificultades al llegar a la adolescencia a nivel de flexibilidad cognitiva, impulsividad, planificación de la conducta y escaso razonamiento a la hora de tomar decisiones, fallos en la atención alternante, problemas en memoria de trabajo, cambio y desplazamiento del foco atencional y comportamiento reactivo (Amores y Mateos., 2017), conductas que pueden persistir en la vida adulta, (Nikulina y Spatz., 2013).

Capítulo X. Conclusiones

Los resultados de la presente investigación, permiten interpretar que los jóvenes con intento de suicidio presentaron dificultades significativas tanto en el procesamiento cognitivo, como emocional, y que las características de su desarrollo, son factores que pueden predisponer a la conducta suicida.

Desde el funcionamiento cognitivo los jóvenes presentan dificultades en atención selectiva, sostenida, y alternante. A nivel ejecutivo, hay fallos en la flexibilidad cognitiva, memoria de trabajo, control de inhibición y la toma de decisiones.

Desde el área emocional, en general los jóvenes tienen facilidad para reconocer emociones positivas; sin embargo, desde las negativas, el miedo es la que presenta mayor dificultad de reconocimiento. Esta emoción está relacionada con sensaciones fisiológicas desagradables, que se manifiestan al estar en una situación amenazante. Enfrentar la emoción sería utilizar estrategias de regulación (funciones ejecutivas); pero como se pudo observar, pareciera que los jóvenes utilizan el intento de suicidio como salida rápida (impulsiva), evitando enfrentar dicha emoción.

No obstante, en el desarrollo cognitivo y emocional de estos jóvenes, su contexto de desarrollo puede incidir negativamente como factor que predispone a la conducta suicida en la adolescencia, debido a la constante exposición de situaciones complejas de estrés, desde muy temprana edad. Entre ellas el abuso sexual, la disfuncionalidad familiar en todos los aspectos (interacción padres e hijos, padres ausentes, violencia intrafamiliar, agresión verbal) y la negligencia emocional.

Como consecuencia de la negligencia emocional en la infancia, surgiría una relación distante y conflictiva con los padres, que podría destruir la confianza, desdibujando la figura de autoridad. Negligencia que se mantiene hasta la adolescencia y probablemente en la vida adulta. Lo anterior como inferencia, pues el 67% de los padres no mostraron interés alguno por el joven, luego de la aplicación de pruebas y de realizar la entrevista.

En relación al abuso sexual, el 45% de los jóvenes manifestaron haber sido víctima de este tipo de maltrato durante su infancia. Este es un evento traumático, negativo e intenso,

donde muchas veces la víctima no cuenta con los recursos emocionales y cognitivos para afrontar lo que en el momento siente, ubicándole en una situación de vulnerabilidad e indefensión. Los efectos psicológicos se pueden ver a corto, mediano y largo plazo. Es decir que pueden perdurar a lo largo del ciclo evolutivo, configurando el desarrollo de dificultades emocionales y afectivas, incluyendo los intentos e ideación suicida (Rodríguez., 2011). Sería interesante tener en cuenta este hallazgo para futuras investigaciones y que, a través de una muestra mayor, se pueda obtener una mejor comprensión de este factor que interviene en la conducta suicida.

Con lo anterior se infiere, que la exposición constante a estados de estrés desde temprana edad, establece un patrón de conectividad cerebral, predispuesto por la liberación de glucocorticoides, que sobreexcita regiones cerebrales relacionadas con el área frontal y el centro regulador de emociones; condición que vulnera al adolescente en el momento de organizar ideas, tener control de sus impulsos y emociones, planificar conductas y tomar decisiones. Entonces, los resultados de este estudio se suman a un creciente cuerpo de evidencias, en que las dificultades en el funcionamiento ejecutivo y en el reconocimiento emocional, podrían jugar un papel importante en el aumento de la vulnerabilidad al comportamiento suicida.

De igual manera, se concluye que es necesario realizar ajustes en los programas de prevención y evaluación en los jóvenes con intento de suicidio; ya que, si se logra ampliar la comprensión de su funcionamiento cognitivo y emocional, sería posible llevar la intervención a otro nivel, teniendo en cuenta los aspectos neuropsicológicos, emocionales y contextuales del sujeto.

Capítulo XI. Limitaciones y Recomendaciones

Este estudio tuvo varias limitaciones: primero el tamaño de la muestra; pues al ser pequeño, puede tener un poder restringido para detectar diferencias significativas entre jóvenes con características similares. En segundo lugar, se aplicaron instrumentos de medición que no están estandarizados para la población colombiana. Adicionalmente, en las pruebas cognitivas, como el ACE-R y de las emocionales como el IRI y el Mini SEA, no se cuenta con validación en adolescentes, por lo que no hay datos normativos disponibles que permitan interpretaciones más precisas. A pesar de estas limitaciones, los hallazgos sugieren que la disfunción neuropsicológica puede desempeñar un papel importante en la determinación del riesgo en la conducta suicida.

Se recomienda para futuras investigaciones la replicación de estos hallazgos con una muestra más grande, incluyendo un grupo control pareado por edad y sexo para identificar diferencias significativas. De igual manera se necesitan estudios longitudinales prospectivos, para evaluar mejor la contribución de la disfunción neuropsicológica al riesgo de suicidio, así como su interacción con otros indicadores de riesgo.

Bibliografía

- Adolphs, R. (2002). Recognizing emotion from facial expressions: psychological and neurological mechanisms. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 1, 21-62.
DOI:10.1177/1534582302001001003
- Aldavero, I. (2018). Neurobiología del suicidio. *Cuadernos del Tomás*, 10, 17-47.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6573026>
- Amézquita, M., González, R., & Zuluaga, D. (2003). Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas, año 2000. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 4(32), 341 - 356.
<http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v32n4/v32n4a03.pdf>
- Amores, A., & Mateos, R. (2017). Revisión de la neuropsicología del maltrato infantil: la neurobiología y el perfil neuropsicológico de las víctimas de abusos en la infancia. *Psicología Educativa*, 23, 81-88. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pse.2017.05.006>
- Andrade, J., Rodríguez, A., Alonso, J., & Andrés, J. (2014). Gaba, depresión y suicidio: aspectos epigenéticos asociados. *Psicología.com*. 18(1). <http://hdl.handle.net/10401/6589>
- Arias, M; Marcos, S; Martín, J; Marelis; Arias, J; Y Deronceré, O. (2009). Modificación de conocimientos sobre conducta suicida en adolescentes y adultos jóvenes con riesgo. *Medisan*, 13(1). <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v13n4/san05109.pdf>
- Arnsten, A. (1998). The biology of being frazzled. *Science*, 280(5370), 1711-1712. Doi: 10.1126/science.280.5370.1711
- Barón, O. (2000). Adolescencia y suicidio. *Psicología desde el Caribe*, (6), 48-69.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=213/21300605>.
- Barrett, L. F. (2006). Valence is a basic building block of emotional life. *Journal of Research in Personality*, 40, 35–55. <https://www.affective-science.org/pubs/2006/Barrett2006valence.pdf>
- Barrio, I., González, J., Padín, L., Peral, P., Sánchez, I., & Tarín, E. (2006). *El estudio de caso. Métodos de investigación educativa*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Bernal, E., Cetina, M., Y Romero, L. (2016). *Propiedades psicométricas del Interpersonal*

- Reactivity Index (IRI) diseñado por Davis, (1980) en una muestra de residentes de la ciudad de Bogotá.* Universidad piloto de Colombia, Bogotá, Colombia.
<http://polux.unipiloto.edu.co:8080/00003605.pdf>
- Bertoux, M., Delavest, M., Cruz, L., & Funkiewies, A. (2012). Social Cognition and Emotional Assessment differentiates frontotemporal dementia from depression. *Journal of neurology neurosurgery, and psychiatry*, 83(4), 411-416. doi:10.1136/jnnp-2011-301849
- Bridge, J., McBee-Strayer, S., Cannon, E., Sheftall, A., Reynolds, B., Campo, J., Brent, D. (2012). Impaired Decision-Making in Adolescent Suicide Attempters. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 51(4), 394–403. doi: 10.1016/j.jaac.2012.01.002
- Broche, Y. (2017). Alternativas instrumentales para la exploración cognitiva breve del adulto mayor: más allá del Minimental Test. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 33(2), 251-265. <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/343/143>
- Burton, C., Vella, L., Weller, J., & Twamley, E. (2011). Differential Effects of Executive Functioning on Suicide Attempts. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, 23(2), 173-179. doi: 10.1176/appi.neuropsych.23.2.173
- Calle, D., Gómez, M., Alvaréz, L., & Flores, J. (2015). Adolescencia y suicidio: Entre la perspectiva neuropsicológica de Diamond y Psicoevolutiva de Dolto. *Revista de Ciencias Sociales, Humanas y Artes*, 1(3), 37-43. <https://www.unireformada.edu.co/wp-content/uploads/realitas/vol3-n1/adolescencia-y-suicidio.pdf>
- Calvo, R., Solórzano, G., Morales, C., Kasemm, M., Codesal, R., Blanco, A., & Gallego, L. (2014). Emotional processing in adult and adolescent ED patients. Emotional recognition and regulation. *Clínica y Salud*, 25(1), 19- 37.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130527414700246?via%3Dihub>
- Capilla, A., Paúl, N., Carboni, A., & Maestú, F. (2007). Desarrollo cognitivo tras un traumatismo craneo-encefálico en la infancia. *eduPsykhé*, 6(2), 171-198.
https://www.researchgate.net/publication/270272034_Desarrollo_cognitivo_tras_un_traumatismo_craneo-encefalico_en_la_infancia

- Carballo, J., Akamnonu, C., & Oquendo, M. (2008). Neurobiology of suicidal behavior. An integration of biological and clinical findings. *Official journal of the International Academy for Suicide Research*, 12(2), 93-110. Doi: 10.1080/13811110701857004
- Carmona, A., Arango, C., Castaño, J., Escobar, J., García, C., Godoy, S., et al. (2010). Caracterización del intento de suicidio en una población ingresada a un hospital infantil de Manizales (Caldas, Colombia), 2000-2008. *Archivos de Medicina*, 10(1), 9-18.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273819493001>
- Cereceda, S., Pizarro, I., Valdivia, V., Ceric, F., Hurtado, E., & Ibañez, A. (2010). Reconocimiento de emociones: Estudio Neurocognitivo. Praxis. *Revista de Psicología* (18), 29-64. <http://praxis.udp.cl/index.php/praxis/article/view/80>
- Colegio Colombiano de Psicólogos. (2019). *Manual deontológico y bioético del psicólogo séptima versión*. Recuperado de:
https://www.colpsic.org.co/aym_image/files/Acuerdo%20N%C2%B0%2015,%202019.pdf
- Corpas, J. (2011). Aproximación social y cultural al fenómeno del suicidio. Comunidades étnicas amerindias. *Gazeta de antropología*, (27)2.
http://www.ugr.es/~pwlac/G27_33JoseManuel_Corpas_Nogales.html
- Cortés, L., Cuellar, Y., González, P., & Gualteros, D. (2015). Diseño y validación de un programa de autorregulación emocional para prevenir la ideación suicida en la infancia y la adolescencia. *Revista virtual Universidad Piloto de Colombia Contextos*, 1-11.
<http://www.contextos-revista.com.co/Revista%2015/Con15-Art4.pdf>:
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2018). Censo Nacional de Población y Vivienda - CNPV 2018. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-nacional-de-poblacion-y-vivienda-2018>
- Dajas, F. (2016). Psicobiología del suicidio y las ideas suicidas. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 2016; 80(2):83-110. http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2017/01/02_REVI_01.pdf
- Damasio, A. (1994). *El error de Descartes. La razón de las Emociones*. Santiago de Chile: Andrés Bello.

- Damasio, A. (2003). *En busca de Espinoza*. Barcelona: España: Crítica.
- Damasio, A. (2010). *Y el cerebro creó al hombre. ¿Cómo pudo el cerebro generar emociones, sentimientos, ideas y el yo?* Barcelona: Destino.
- Davis, M. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10(4), 85.
https://www.uv.es/~friasnav/Davis_1980.pdf
- Davis, A., Moss, L., Nogin, M. y Webb, N. (2015). Neuropsychology of child maltreatment and implications for school psychologists. *Psychology in the Schools*, 52, 77–91.
Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1002/pits.21806>
- De Bellis, M. (2005). *The psychobiology of neglect*. *Child maltreatment*, 10(2), 150-172. doi: 10.1177/1077559505275116g
- De Nicola, A. (2015). Mecanismos neuroendocrinos de respuesta durante el estrés y la carga alostática. *Ciencia e Investigación*, 65(1), 17–26. <http://aargentnapciencias.org/wp-content/uploads/2018/01/RevistasCel/tomo65-1/3-DeNicola-cei65-1-3.pdf>
- De La Cruz, L., y Zúñiga, T. (2017). *Ideación suicida y regulación emocional en adolescentes del municipio de Soledad, Atlántico*. (tesis de maestría). Universidad de la costa. Barranquilla, Colombia.
<http://repositorio.cuc.edu.co/bitstream/handle/11323/163/1143453477-1143158415.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Del Águila, A. (2015). Violencia y estrés infantil: ¿está en juego nuestro futuro? *Acta médica peruana*, 32(2), 71-83. <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v32n2/a02v32n2.pdf>
- Drake, M., & Torralva, T. (2007). Evaluación de las funciones ejecutivas. En D. Burin., M. Drake., & P. Harris., (Comp.), *Evaluación neuropsicológica en adultos* (pp. 299-329). Buenos Aires: Paidós.
- Dumais, A., Lalovic, A., Lesage, A., & Seguin, M. (2005). Is violent method of suicide a behavioral marker of lifetime aggression? *American Journal of Psychiatry*, 162(7), 1375-1378. doi: 10.1176 / appi.ajp.162.7.1375
- Ekman, P., & Davidson, R. (1994). *The Nature of Emotion: Fundamental Questions*. New

York: Oxford University Press.

Ekman, P. (1999). *Basic emotions. Handbook of cognition and emotion*. New York: Wiley.

Ernst, M., & Paulus, M. (2005). Neurobiology of decision-making: a selective review from a neurocognitive and clinical perspective. *Biological Psychiatry*, 58(8), 597-604. doi: 10.1016/j.biopsych.2005.06.004. Epub 2005 Aug 10.

Estévez, A., García, C., & Barraquer, L. (2000). Los lóbulos frontales: el cerebro ejecutivo. *Rev Neurol*, 31, 566-577. doi: <https://doi.org/10.33588/rn.3106.2000258>

Fernández, A., Marino, J., & Alderete, A. (2002). Test del Trazo (TRAIL MAKING TEST) Estandarización y validez conceptual del Test del Trazo en una muestra de adultos argentinos. *Revista Neurológica Argentina* (27), 83-88.
http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=15929&id_seccion=1257&id_ejemplar=1641&id_revista=95

Fernández, A., Dufey, M, y Kramp, U. (2011). Testing the Psychometric Properties of the Interpersonal Reactivity Index (IRI) in Chile. *European Journal of Psychological Assessment*. 27(3): 179-185. doi: 10.1027/1015-5759/a000065

Funkiewiez, A., Bertoux, M., de Souza, L., Lévy, R., Dubois, B. (2012). The SEA (Social cognition and Emotional Assessment): a clinical neuropsychological tool for early diagnosis of frontal variant of frontotemporal lobar degeneration. *Neuropsychology*. 26(1), 81-90. doi: 10.1037/a0025318.

Flores, J. C., & Ostrosky, F. (2008). Neuropsicología de Lóbulos Frontales, Funciones Ejecutivas y Conducta Humana. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 8(1), 47-58. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3987468>

Gallardo, V. (2006). El desarrollo emocional en la educación primaria. *Cuestiones Pedagógicas*, 18, 143-159.
<https://institucional.us.es/revistas/cuestiones/18/09%20desarrollo%20emocional.pdf>

García, E., & Peralta, V. (2002). Suicidio y riesgo de suicidio. *Anales Sis San Navarra*, 25, 87-96.
<https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/viewFile/5570/4581>

- García, A., Enseñat, A., Tirapu, J., & Roig. (2009). Maduración de la corteza prefrontal y desarrollo de las funciones ejecutivas durante los primeros cinco años de vida. *Revista de Neurología*, 48, 435–440. doi: <https://doi.org/10.33588/rn.4808.2008265>
- Garrison, C., McKeown, R., Valois, R., & Vincent, M. (1993). Aggression, substance use, and suicidal behaviors in high school students. *American Journal of Public Health*, 83(2), 179–184. doi: 10.2105/ajph.83.2.171
- Gross, J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39, 281–291. doi:10.1017/s0048577201393198
- Goldston, D., Erkanli, A., Daniel, S., Heilbron, N., Weller, V., & Doyle, O. (2016). Developmental Trajectories of Suicidal Thoughts and Behaviors from Adolescence through Adulthood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 55(5), 400-407. doi: 10.1016/j.jaac.2016.02.010
- Hardy, D., Hinkin, C., Levine, A., Castellon, S., & Lam, M. (2006). Risky decision-making assessed with the gambling task in adults with HIV. *Format: AbstractSend to*, 20(3), 355-60. DOI:10.1037/0894-4105.20.3.355
- Harris, P. (1992). *Información extra*. Madrid: Alianza.
- Hernández, S., Fernández, C., & Baptista, P. (2003). *Metodología de la Investigación (3 ed)*. Perú: Mc Graw Hill.
- Herreras, E. (2014). Funciones ejecutivas: nociones del desarrollo desde una perspectiva neuropsicológica. *Acción Psicológica*, 11(1). doi:dx.doi.org/10.5944/ap.1.1.13789
- Hervàs, G. (2011). Psicopatología de la regulaciòn emocional: el papel de los dèficit emocionales en los trastornos clínicos. *Behavioral Psychology*, 19(2), 347- 372. https://extension.uned.es/archivos_publicos/webex_actividades/5413/psicopatologiadelaregulacionemocionalpapeldelosdeficitemocionales.pdf
- Horesh, R. (2001). Self-Report vs. Computerized Measures of Impulsivity as a Correlate of Suicidal Behavior. *Crisis the Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 22(1), 27-31. doi: 10.1027//0227-5910.22.1.27
- Hortigüela, D., Hernando, A., & Pérez, Á. (2014). *Ejemplo del uso de una metodología*

mixta en el ámbito de la investigación. Congreso Internacional Multidisciplinar de Investigación Educativa, Segovia.

https://www.researchgate.net/publication/281008835_Ejemplo_del_uso_de_una_metodologia_mixta_en_elambito_de_la_investigacion

Hu, Z., Liu, H., Weng, X., Northoff, G., & Zuo, X. (2012). Is there a valence-specific pattern in emotional conflict in major depressive disorder? An exploratory psychological study. *PloS One*, 7(2). doi:10.1371 / journal. pone.0031983

Inhen, J. (2012). *Análisis de las propiedades psicométricas de la prueba INECO Frontal Screening (IFS) en pacientes con demencia: Una aproximación desde la teoría clásica de los tests*, [Tesis de maestría, Universidad de Chile].

<http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/113991?show=full>

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2017). *Comportamiento del suicidio. Colombia*. Forensis Datos para la vida 2016, 18(1), 402-438.

<https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/49526/Forensis+2016.+Datos+para+a+la+vida.pdf>

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2018). *Comportamiento del suicidio en Colombia*. Forensis Datos para la vida 2017, 19(1), 349-383.

<https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/262076/Forensis+2017+Interactivo.pdf/0a09fedb-f5e8-11f8-71ed-2d3b475e9b82>

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2019). *Comportamiento del suicidio en Colombia*. Forensis Datos para la vida 2018, (1), 268-294.

<https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/386932/Forensis+2018.pdf/be4816a4-3da3-1ff0-2779-e7b5e3962d60>

Instituto Nacional de Salud. (2014). *Protocolo de Vigilancia en Salud Pública INTENTO DE SUICIDIO*. Bogotá.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INS/protocolo-vigilancia-intento-suicidio.pdf>

Instituto Nacional De Salud. (2019). *Informe del evento intento de suicidio, Colombia, 2018*.

<https://www.ins.gov.co/buscador->

[eventos/Informesdeevento/INTENTO%20DE%20SUICIDIO_2018.pdf](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/INTENTO%20DE%20SUICIDIO_2018.pdf)

- Jacobson, C., Marrocco, F., Kleinman, M., & Gould, M. S. (2011). Restrictive emotionality, depressive symptoms, and suicidal thoughts and behaviors among high school students. *Journal of Youth and Adolescence*, 40(6), 656–665. DOI: 10.1007/s10964-010-9573-y
- Jollant, F., Bellivier, F., Leboyer, M., Astruc, B., Torres, S., Verdier, R., Courtet, P. (2005). Impaired decision making in suicide attempters. *Psychiatry*, 162(2), 304-10. doi: 10.1176/appi.ajp.162.2.304
- Jollant, F., Lawrence, N., Olie, E., Daly, O., Malafosse, A., Courtet, P., & Phillips, M. (2010). Decreased activation of lateral orbitofrontal cortex during risky choices under uncertainty is associated with disadvantageous decision - making and suicidal behavior. *NeuroImage*, 51(3), 1275-1281. doi: org/10.1016/j.neuroimage.2010.03.027
- Jollant, F., Lawrence, N., Olie, E., & Guillaume, S. (2011). The suicidal mind and brain: A review of neuropsychological and neuroimaging studies. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 12(5), 319-339. doi:Source: PubMed
- Khaleque, A. (2015). Percieved parental neglect, and children's psychological Maladjustment and negative personality dispositions: a meta-analysis of multicultural studies. *Journal of Child and Family Studies*, 24, 1419–1428. doi.org/10.1007/s10826-014-9948-x
- Keilp, J., Sackeim, H., Brodsky, B., Oquendo, M., Malone, K., & Mann, J. (2001). Neuropsychological dysfunction in depressed suicide attempters. *Psychiatry*, 158(5), 735-41. doi: 10.1176/appi.ajp.158.5.735
- Keilp, J., Gorlyn, M., Oquendo, M., Burke, A., & Mann, J. (2008). Attention Deficit in Depressed Suicide Attempters. *Psychiatry research*, 159(1-2), 7-17. doi: 10.1016/j.psychres.2007.08.020
- Langenecker, S., Bieliauskas, L., Rapport, L., Zubieta, J., Wilde, E., & Berent, S. (2005). Face Emotion Perception and Executive Functioning Deficits in Depression. *Journal of clinical and experimental Neuropsychology*, 27(3), 320-33. doi:

10.1080/13803390490490515720

- Lasprilla, J, *et al.* (2015). Trail Making Test: Normative data for the Latin American Spanish speaking adult population. *NeuroRehabilitation* 37, 639–661. Doi: 10.3233/NRE-151284
- Lee, V., & Hoaken, P. (2007). Cognition, emotion, and neurobiological development: mediating the relation between maltreatment and aggression. *Child Maltreat* 12(3), 281-98. doi: 10.1177/1077559507303778
- Levenson, R. (2003). Blood, sweat, and fears: the autonomic architecture of emotion. *New York Academy of Sciences*, 1000, 348-66. doi:10.1196/annals.1280.016
- Lezak, Howieson, Bigler, Tranel. (2012). *Neuropsychological Assessment* (fifth edition). New York: Oxford University Press
- Linehan, M., Comtois, K., Murray, A., Brown, M., Gallop, J., Heard, L., Korslund, E., Tutek, D., Reynolds, S., Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry* 63(7), 757–766. doi:10.1001/archpsyc.63.7.757
- Luria, A. (1979). *El Cerebro en Acción*. España: Fontanella S.A.
- Mann, J., Waternaux, C., Haas, G & Malone, K. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry*. 156(2), 181–189. doi: 10.1176/ajp.156.2.181.
- Margulis, L., Squillace, M., & Ferreres, A. (2018). Baremo del Trail Making Test para Capital Federal y Gran Buenos Aires. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 10(3), 54-63. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/racc/article/view/19741/pdf>
- Martínez, P. (2006). El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento & Gestión*, (20), 165-193. <https://www.redalyc.org/pdf/646/64602005.pdf>
- Marzuk, P., Leon, A., Hartwell, N., & Portera, L. (2005). Executive functioning in depressed patients with suicidal ideation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 4, 294-301. doi: 10.1111/j.1600-0447.2005. 00585. x

- Mathuranath, P., Nestor, P., Berrios, G., Rakowicz, W., & Hodges, J. (2000). A brief cognitive test battery to differentiate Alzheimer's disease and frontotemporal dementia. *Neurology*, 1613-1620. doi:10.1212/01.wnl.0000434309.85312.19
- Matthews, S., Estibaliz, A., Simmons, A., & Paulus, M. (2005). Dissociation of inhibition from error processing using a parametric inhibitory task during functional magnetic response imaging. *Neuroreport*, 16(7), 755-760. doi:10.1097/00001756-200505120-00020
- McGirr, A., Diaconu, G., Berlim, M., Pruessner, J., Sablé, R., Cabot, S., & Turecki, G. (2010). Dysregulation of the sympathetic nervous system, hypothalamic– pituitary–adrenal axis and executive function in individuals at risk for suicide. *Journal of psychiatry & neuroscience*, 35(6), 399-408. doi:10.1503/jpn.090121
- McGowan, P., Sasaki, A., D'Alessio, A., Dymov, S., Labonté, B., Szyf, M., Turecki, G., & Meaney, M. (2009). Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nature neuroscience*, 12(3), 342–348. <https://doi.org/10.1038/nn.2270>
- Mendoza, V., Díaz, S., & Porras, C. (2011). Una guía para la elaboración de estudios de caso. *Razón y Palabra*, 16(75). <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=199518706040>
- Mennin, D., & Fresco, M. (2009). Emotion regulation as an integrative framework for understanding and treating psychopathology. En: A. Kring & D. Sloan (Ed.), *Emotion regulation in psychopathology: Atransdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 356–379). NewYork: Guilford. <https://doi.org/10.1177/2167702614536164>
- Mesa, P., & Moya, L. (2011). Neurobiología del maltrato. *Neurología*, 52(8), 489- 503. doi: <https://doi.org/10.33588/rn.5208.2009256>
- Mestre, V., Frías, M., & Samper, G. (2004). *La medida de la empatía: análisis del Interpersonal Reactivity Index*. *Psicothema*, 16(2), 255-260. <http://www.psicothema.com/pdf/1191.pdf>
- Ministerio de Salud. (2013). *Resolución número 8430 DE 1993. Normas científicas, técnicas*

y administrativas para la investigación en salud. <http://salud.univalle.edu.co/investigacion-en-salud/comites/comite-institucional-de-revision-etica-humana>

Ministerio de Salud. (2018). *Boletín de salud mental Conducta suicida Subdirección de enfermedades no transmisibles* (2).

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-conducta-suicida.pdf>

Molerio, O. (2004). *Programa para el Autocontrol emocional de pacientes con hipertensión arterial esencial*. [Tesis de Doctorado, Universidad Central de Las Villas, Cuba].

<https://dspace.uclv.edu.cu/bitstream/handle/123456789/7653/2004.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Muñiz, M. (2010). Estudios de caso en la investigación cualitativa. División de Estudios de Posgrado Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Psicología, 1-8.

https://psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/1_estudios-de-caso-en-la-investigacion-cualitativa.pdf

Nasser, E & Overholzer, J. (1999). Assessing varying degrees of lethality in depressed adolescent suicide attempters. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 99(6):423–431. doi:

10.1111/j.1600-0447.1999.tb00988.x.

Nemeroff, C., Owens, M., Bissette, G., Andorn, A., & Stanley, M. (1988). Reduced corticotropin releasing factor binding sites in the frontal cortex of suicide victims. *Archives of general psychiatry*, 45(6), 577-579 (1988).

doi:10.1001/archpsyc.1988.01800300075009

Nock, M., Borges, G., Bromet, E., Cha, C., Kessler, R., & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic reviews*, 30(1), 133-154. doi: 10.1093/epirev/mxn002

Nock, M., Park, J., Finn, C., Deliberto, T., Dour, H., & Banaji, M. (2010). Measuring the suicidal mind: implicit cognition predicts suicidal behavior. *Psychol Sci*, 21(4), 511-517.

doi:10.1177/0956797610364762

Nock, M., Wedig, M., Holmberg, E., & Hooley, J. (2008). The Emotion Reactivity Scale: Development, Evaluation, and Relation to Self-Injurious Thoughts and Behaviors.

- Behavior Therapy*, 39(2), 107-116. doi:doi.org/10.1016/j.beth.2007.05.005
- Olivera, J., Braun, M., & Roussos, A. (2011). Instrumentos Para la Evaluación de la Empatía en Psicoterapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 20(2), 121-132.
- Organización Mundial de la Salud. (1969). Prevención del Suicidio. Cuaderno de salud Pública (35), 1-90. doi2819/281922823003
- Organización mundial de la salud. (08 de septiembre de 2004). El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible, según la OMS.
<https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/>
- Organización mundial de la salud. (08 de junio de 2020). Maltrato infantil.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/>.
- Organización mundial de la salud. (2014). *un imperativo global. Prevención del suicidio*. http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/es/
- Organización mundial de la salud. (24 de agosto de 2018). Organización mundial de la salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Organización Mundial de la Salud. (25 de 05 de 2002). Suicide Prevention in Europe. Obtenido de Centre For Suicide Prevention:
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107452/E77922.pdf;jsessionid=910B6D778CCABAAC17557DE362BAEEC8?sequence=1>
- Organización Panamericana de la Salud. (2014). *Mortalidad por suicidio*. Informe regional, 1-84.
- Ospina, N. (2015). Adaptación y validación en Colombia del addenbrooke's cognitive examination-revisado (ACE-R) en pacientes con deterioro cognoscitivo leve y demencia. Universidad Nacional de Colombia; Bogotá.
<http://bdigital.unal.edu.co/46616/1/05599183.2015.pdf>
- Palacio, A. (2010). La comprensión clásica del suicidio de Émile Durkheim a nuestros días. *Affectio Societatis*, 1-12. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3703186>
- Parrot, W., & Smith, S. (1991). Embarrassment: Actual vs. typical cases, classical vs.

prototypical representations. *Cognition and Emotion*, 5(5-6).

doi:<https://doi.org/10.1080/02699939108411053>

Pérez, I., Rodríguez, E., Dussán, M., & Ayala, J. (2009). Caracterización Psiquiátrica y Social del Intento Suicida Atendido en una Clínica Infantil, 2003-2005. *Revista de Salud Pública*, 9(2), 230-240. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42219056007>

Pérez, S. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 2, 196-217.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000200013

Pérez, Y., Almeida, M., & Martínez, E. (2014). Memoria de rostros y reconocimiento emocional: generalidades teóricas, bases neurales y patologías asociadas. *Actualidades en psicología*, 28(116), 27-40.

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0258-64442014000100004

Polanco, L., Moore, A., Tsypes, A., Jacobson, C., y Miranda, R. (2018). Emotion reactivity, comfort expressing emotions, and future suicidal ideation in emerging adults. *Revista de psicología clínica*, 74(1), 123–135. doi.org/10.1002/jclp.22486

Posner, M., & Petersen, S. (1990). The attention system of the human brain. *Annual review of Neuroscience*, 13, 25-42. doi:10.1146/annurev-neuro-062111-150525

Quintanilla, R., Valadez, I., González, J., & Valencia, S. (2005). Estrategias de afrontamiento en pacientes con tentativa suicida. *Investigación en Salud*, 7(2), 112-116. <https://www.redalyc.org/pdf/142/14270206.pdf>

Rasco, A., & Félix, J. (2012). Cuerpo, emociones, cultura. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 26(2), 53-74. <http://www.redalyc.org/pdf/274/27426890003.pdf>

Rey, C., Mejía, D., & Montoya, C. (2008). Evaluación de la confiabilidad y la validez. *Universitas Psychologica*, 7(2), 477-491. <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v7n2/v7n2a14.pdf>

Rodríguez, J. (2018). *Funcionamiento neurocognitivo en el comportamiento suicida*. (tesis de posgrado, maestría). Universidad de Oviedo.

<http://digibuo.uniovi.es/dspace/handle/10651/49594>

Rodríguez, L. (2011). Hacia una comprensión contemporánea del abuso sexual infantil: un diálogo necesario entre la psicología y el derecho. *Cultura, Educación y Sociedad*, 2(1), 149-162. <https://revistascientificas.cuc.edu.co/culturaeducacionysociedad/issue/view/75>

Rodríguez, N. (2010). Caracterización de las funciones ejecutivas (planeación, control inhibitorio y flexibilidad mental) y representaciones sociales de suicidio en personas con historia de intento de suicidio. *Entornos* (23), 127- 136.

<https://journalusco.edu.co/index.php/entornos/article/view/1966>

Sánchez, L., Martínez, E. S., & Ramos, J. (2013). Influence of Emotions on Executive Functions in Suicide Attempters. *Suicidology Online*, 4, 42-55.

[https://pdfs.semanticscholar.org/43af/fe6f0022ae9c334623e715796ba393f4a858.](https://pdfs.semanticscholar.org/43af/fe6f0022ae9c334623e715796ba393f4a858.pdf)

pdf

Secretaría de Salud Departamental Del Cauca. (2019).

Siachoque, H., Ibáñez, M., Barbosa, E., Salamanca, A., & Moreno, C. (2006). Efecto del estrés ocasionado por las pruebas académicas sobre los niveles de cortisol y prolactina en un grupo de estudiantes de medicina. *Revista Ciencias de la Salud*, 4(1), 18-30.

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-72732006000100003&lng=en&tlng=es)

[72732006000100003&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-72732006000100003&lng=en&tlng=es)

Shaffer, D., Garland, A., Gould, M., Fisher, P., & Trautman, P. (1988). Preventing teenage suicide: a critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 27, 675-87.

<https://doi.org/10.1097/00004583-198811000-00001>

Smith, C., & Lazarus, R. (1992). Emotion and Adaptation. En L. Pervin, Handbook Of Personality: Theory . (Ed), *Theory and Research* (pp. 609-637). New York: Guilford Press.

Stanford, M., Mathias, C., Dougherty, D., Lake, S., Anderson, N., & Patton, J. (2009). Fifty years of the Barratt Impulsiveness Scale: An update and review. *Personality and Individual Differences*, 5, 385-95. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.04.008>

Stein, D., Apter, A., Ratzoni, G., Har-Even, D., & Avidan, G. (1998). Association between

- multiple suicide attempts and negative affects in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 37(5), 488-94. doi:<https://doi.org/10.1097/00004583-199805000-00011>
- Stuss, D., & Levine, B. (2002). Adult clinical neuropsychology: lessons from studies of the frontal lobes. *Annual review of psychology*, 53, 401-433. doi: 10.1146/annurev.psych.53.100901.135220
- Swanson, H. (1999). What develops in working memory? A life span perspective. *Developmental Psychology*, 35, 986-1000. doi: 10.1037//0012-1649.35.4.986.
- Teicher, M., Andersen, S., Polcari, A., Anderson, C., & Navalta, C. (2002). Developmental neurobiology of childhood stress and trauma. *Psychiatric Clinics of North America*, 25(2), 397-426. doi:10.1016/S0193-953X (01)00003-X
- Thompson, R., & Calkins, S. (1996). The double-edged sword: Emotional regulation for children at risk. *Development and Psychopathology*, 1, 163 - 182. doi: 10.1017/S0954579400007021
- Tirapu, J., & Muñoz, J. (2005). Memoria y funciones ejecutivas. *Revista de Neurología*, 41(8), 475-484.
https://www.uma.es/media/files/Memoria_y_funciones_ejecutivas.pdf
- Tirapu, J., Muñoz, J., & Pelegrín, C. (2002). Funciones ejecutivas: Necesidad de una integración conceptual. *Neurología*, 34(7), 673-685. doi: <https://doi.org/10.33588/rn.3407.2001311>
- Torralva, T., Roca, M., López, P., Gleichgerrcht, E., & Manes, F. (2009). INECO Frontal Screening (IFS): A brief, sensitive, and specific tool to assess executive functions in dementia. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 1-10. doi: 10.1017/S1355617709990415
- Turecki, G. (2014). The molecular bases of the suicidal brain. *Nature Review Neuroscience*, 15(12), 802-816. doi:10.1038/nrn3839.
- Turecki G. (2005). Dissecting the suicide phenotype: the role of impulsive- aggressive behaviours. *The Journal of psychiatry & neuroscience*, 398-408.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1277022/>

- Turner, S., Kaplan, C., Zayas, L., & Ross, R. (2002). Suicide Attempts by Adolescent Latinas: An Exploratory Study of Individual and Family Correlates. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 357–374. Doi: 10.1023/A:1020270430436
- Ustárrroz, J., Cordero, P., Luna, P., & Hernández, P. (2017). Propuesta de un modelo de Funciones ejecutivas basado en análisis factoriales. *Neurología*, 64(2), 75-84.
<http://www.fundacionargibide.org/imagenes/FE%20ANALISIS%20FACTORIAL.pdf>
- Verdejo, A., & Bechara, A. (2010). Neuropsicología de las funciones ejecutivas. *Psicothema*, 22(2), 227-235. <https://www.redalyc.org/pdf/727/72712496009.pdf>
- Westlund, M., Klimes, B., Begnel, E., & Cullen, K. (2015). Conceptualizing the neurobiology of non-suicidal self-injury from the perspective of the Research Domain Criteria Project. *Neurosci Biobehav Rev*, 57, 381-391. doi: 10.1016 / j. neubiorev.2015.09.011
- Yin, R. (2003). *Investigación sobre estudios de casos diseño y métodos* (2 ed.). London: Sage.

Lista de Tablas

Tabla 1	24
Elaboración propia. Porcentaje de tasa de intento de suicidio en Colombia, de 2009 a 2017, por grupos de edad. A partir de (MINSALUD, 2018).....	24
Tabla 2	32
Puntuaciones en segundos y enlaces para TMT-A y TMT-B	32
Tabla 3	34
Puntaje promedio por genero para cada una de las sub escalas en IRI	34
Tabla 4	58
Frecuencia y porcentaje de las características sociodemográficas.....	58
Tabla 5	58
Estadísticos descripción de datos sociodemográficos	58
Tabla 6	59
Puntaje directo en pruebas cognitivas por dominio del ACE-R – TMT. A	59
Tabla 7	61
Estadísticos descriptivos de pruebas cognitivas por dominio del ACE-R –TMT A	61
Tabla 8	62
Puntaje directo en pruebas para funciones ejecutivas del ACE-R- IFS – TMT- B.....	62
Tabla 9	63
Puntajes Clínicos para funciones Ejecutivas del ACE-R. - IFS- TMT	63
Tabla 10	64
Puntaje directo en pruebas de reconocimiento emocional, Mini-SEA, IRI.....	64
Tabla 11	65
Puntajes en pruebas emocionales. Mini-SEA, IRI	65

Lista de Figuras

Figura 1.....	21
Elaboración propia. Suicidios en niños, niñas, adolescentes y jóvenes según grupo de edad y año del hecho. Colombia, años 2013 – 2018. A partir de (INMLCF, 2019).	21
Figura 2.....	23
Tasa de intento de suicidio en Colombia, por 100.000 habitantes, de 2009 – 2017. A partir de (MINSALUD, 2018).	23
Figura 3.....	25
Elaboración propia. Tasa del comportamiento suicida en Popayán, 2016-2018. A partir de (Secretaría de Salud Departamental del Cauca., 2019 y INMLCF, 2019).....	25
Figura 4.....	55
Red semántica de categorías primarias	55
Figura 5.....	56
Red familiar contexto y desarrollo y co-ocurrencia	56
Figura 6.....	56
Red familiar Emociones y co-ocurrencia	56
Figura 7.....	57
Red familiar Toma de decisiones y co-ocurrencia	57
Figura 8.....	59
Comparación del perfil neuropsicológico del ACE-R, entre los sujetos.....	59
Figura 9.....	60
Comparación del dominio atencional del ACE-R y TMT. A, entre los sujetos.	60
Figura 10.....	62
Comparación del funcionamiento ejecutivo entre los sujetos, con las pruebas ACE-R, IFS Y TMT – B	62
Figura 11.....	64
Comparación del Reconocimiento emocional entre los sujetos, con las pruebas Mini-SEA, IRI	64

Anexos

Anexo A. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview)

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

2

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Nombre del entrevistador: _____ Fecha de la entrevista: _____	Número de protocolo: _____ Hora en que inició la entrevista: _____ Hora en que terminó la entrevista: _____ Duración total: _____
--	--

Módulos	Período explorado	Cumple los criterios	DSM-IV	CIE-10
A EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (EDM)	Actual (2 semanas)	☐	299.20-296.26 episodio único	F32.x
	Recidivante	☐	296.30-296.36 recidivante	F33.x
EDM CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS (opcional)	Actual (2 semanas)	☐	296.20-296.26 episodio único	F32.x
			296.30-296.36 recidivante	F33.x
B TRASTORNO DISTÍMICO	Actual (últimos 2 años)	☐		
C RIESGO DE SUICIDIO	Actual (último mes)	☐	300.4	F34.1
	Riesgo: ☐ leve ☐ moderado ☐ alto	☐		
D EPISODIO MANÍACO	Actual	☐	296.00-296.06	F30.x-F31.9
	Pasado	☐		
EPISODIO HIPOMANÍACO	Actual	☐	296.80-296.89	F31.8-F31.9/F34.0
	Pasado	☐	300.01/300.21	F40.01-F41.0
E TRASTORNO DE ANGUSTIA	Actual (último mes)	☐		
	De por vida	☐	300.22	F40.00
F AGORAFOBIA	Actual	☐		
G FOBIA SOCIAL (Trastorno de ansiedad social)	Actual (último mes)	☐	300.23	F40.1
H TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	Actual (último mes)	☐	300.3	F42.8
I ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (opcional)	Actual (último mes)	☐	309.81	F43.1
J DEPENDENCIA DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	☐	303.9	F10.2x
ABUSO DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	☐	305.00	F10.1
K DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS (no alcohol)	Últimos 12 meses	☐	304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
ABUSO DE SUSTANCIAS (no alcohol)	Últimos 12 meses	☐	304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
L TRASTORNOS PSICÓTICOS	De por vida	☐	295.10-295.90/297.1	F20.xx-F29
	Actual	☐	297.3/293.81/293.82	
			293.89/298.8/298.9	
TRASTORNO DEL ESTADO DEL ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS	Actual	☐	296.24	F32.3/F33.3
M ANOREXIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	☐	307.1	F50.0
N BULIMIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	☐	307.51	F50.2
ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVA/PURGATIVA	Actual	☐	307.1	F50.0
O TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	Actual (últimos 6 meses)	☐	300.02	F41.1
P TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD (opcional)	De por vida	☐	301.7	F60.2

Anexo B. Examen cognitivo ADDENBROOKE. Col. Revisado (ACE – R)**MEMORIA****MEMORIA RECOBRO****(Puntaje 0-7)**

- Instrucción: Repita el nombre y la dirección que le dije al comienzo.

Pedro Rodríguez	
Calle 50	
Laureles	
Medellín	
Antioquia	

RECONOCIMIENTO**(Puntaje 0-5)**

- Esta prueba solo debe realizarse si el sujeto no recordó todos los ítems en la prueba anterior. Si todos los ítems fueron recordados correctamente, no realice la prueba y puntúe 5. Si solo una parte fue recordada comience marcando los datos recordados. Luego pruebe los ítems no recordados diciendo: "Bueno, le voy a dar algunas pistas: el hombre se llamaba X, Y o Z y así sucesivamente. Cada ítem reconocido cuenta un punto que se suma a los puntos recordados originalmente

Pedro Rodríguez	Pablo Rodríguez	Pedro Rodríguez	Pedro Martínez
Calle 50	Calle 40	Calle 50	Carrera 50
Laureles	Rosales	Poblado	Laureles
Medellín	Barranquilla	Medellín	Marinilla
Antioquia	Antioquia	Atlántico	Arauca

PUNTAJE

PUNTUACION MMSE	/30
PUNTUACION ACE R	/100

ATENCION/ORIENTACION	/18
MEMORIA	/26
FLUENCIA	/14
LENGUAJE	/26
VISOESPACIAL	/16

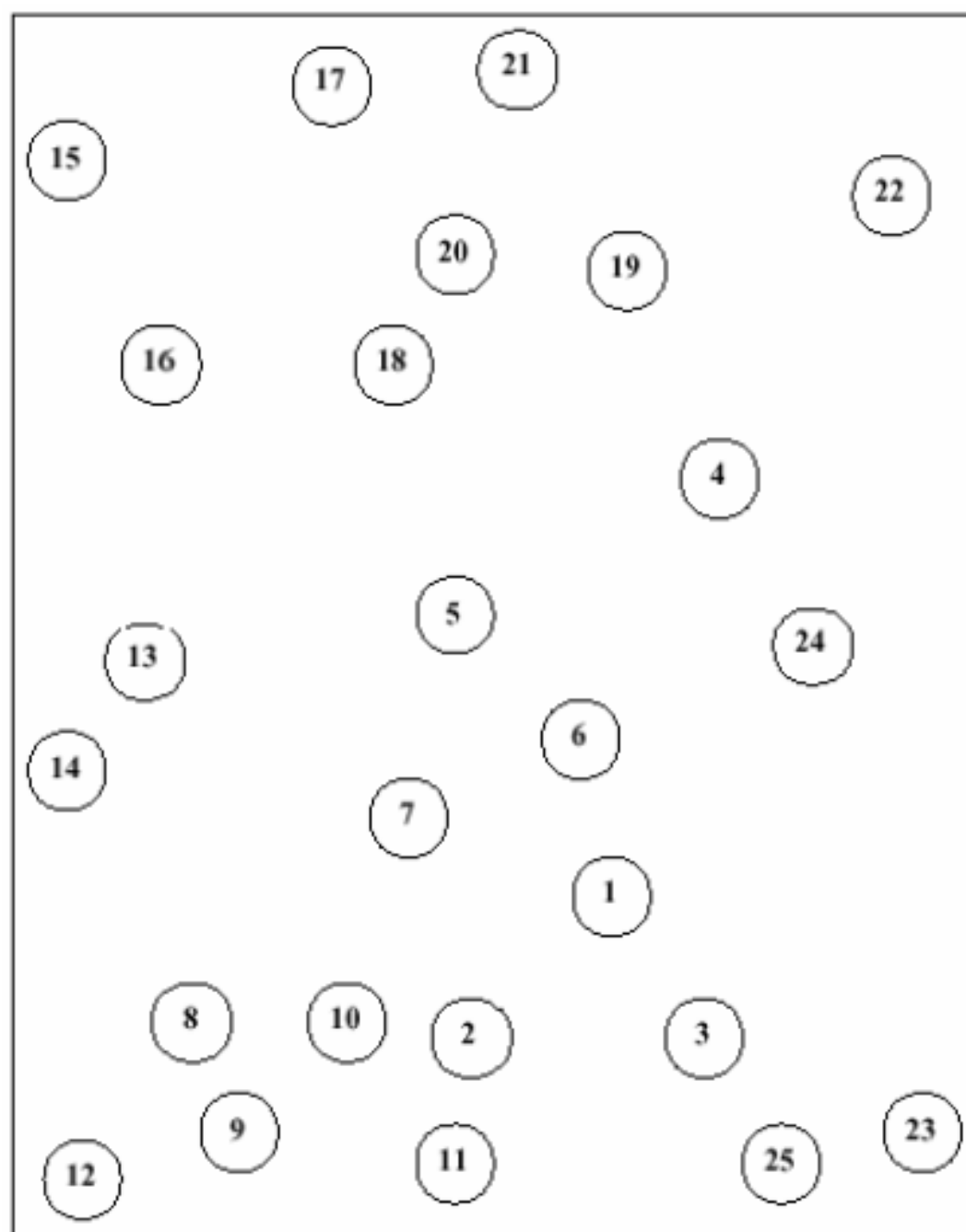
Anexo C. Ineco Frontal Screening (IFS)

INECO FRONTAL SCREENING [IFS]									
SERIES MOTORAS									/3
"Mire atentamente lo que estoy haciendo". El examinador realiza tres veces la serie de Luria "puño, canto, palma". Ahora haga lo mismo con su mano derecha, primero conmigo y después solo." El examinador realiza las series 3 veces con el paciente y luego le dice: "Ahora, hágalo usted solo". Puntuación: 6 series consecutivas solo: 3 / al menos 3 series consecutivas solo: 2 / El paciente falla en 1 pero logra 3 series consecutivas con el examinador: 1 / El paciente no logra 3 series consecutivas con el examinador: 0									
INSTRUCCIONES CONFLICTIVAS									/3
"Golpee dos veces cuando yo golpee una vez". Para asegurarse que el paciente comprendió bien la consigna, realice una serie de 3 pruebas: 1-1-1. "Golpee una vez cuando yo golpee dos veces". Para asegurarse que el paciente comprendió bien la consigna, realice una serie de 3 pruebas: 2-2-2. El examinador realiza la siguiente serie: 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2. Puntuación: Sin error: 3 / Uno o dos errores: 2 / Mas de dos errores: 1 / El paciente golpea como el examinador al menos 4 veces consecutivas: 0									
CONTROL INHIBITORIO MOTOR									/3
"Golpee una vez cuando yo golpee una vez". Para asegurarse que el paciente comprendió bien la consigna, realice una serie de 3 pruebas: 1-1-1. "No golpee cuando yo golpee dos veces". Para asegurarse que el paciente comprendió bien la consigna, realice una serie de 3 pruebas: 2-2-2. El examinador realiza la siguiente serie: 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2. Puntuación: Sin error: 3 / Uno o dos errores: 2 / Mas de dos errores: 1 / El paciente golpea como el examinador al menos 4 veces consecutivas: 0									
REPETICIÓN DE DÍGITOS ATRAS									/6
2-4				5-7					
6-2-9				4-1-5					
3-2-7-9				4-9-6-8					
1-5-2-8-6				6-1-8-4-3					
5-3-9-4-1-8				7-2-4-8-5-6					
8-1-2-9-3-6-5				4-7-3-9-1-2-8					
9-4-3-7-6-2-5-8				7-2-8-1-9-6-5-3					
MESES ATRAS									/2
Diciembre		Noviembre		Octubre		Septiembre		Agosto	
Junio		Mayo		Abril		Marzo		Febrero	
MEMORIA DE TRABAJO VISUAL									/4
1-2				3-4-2-1					
2-4-3				1-4-2-3-4					
Señale los cubos en el orden indicado, el paciente deberá copiar esta secuencia de movimientos en orden inverso. Hágalo despacio; el paciente decide que mano prefiere utilizar.									
REFRANES									/3
Perro que ladra, no muerde				Los que hablan mucho, suelen hacer poco.					
A mal tiempo, buena cara				Tomar una actitud positiva frente a las adversidades					
En casa de herrero, cuchillo de palo				Carecer de algo cuando por tu profesión u oficio, no debiera faltarte					
Ejemplo: ½ punto. Explicación Correcta: 1 Punto.									
CONTROL INHIBITORIO VERBAL									6
Iniciación									
Me pongo los zapatos y me ato los									
Peleaban como perro y									
Inhibición									
Juan compró caramelos en el									
Ojo por ojo y diente por									
Lave la ropa con agua y									
Iniciación: Escuche cuidadosamente esta oración y cuando yo haya terminado de leerla, usted debe decirme lo más rápido posible, qué palabra podría completar la frase. Consignar respuesta. Inhibición: Diferente: 2/ Ref. Semántica: 1/Palabra exacta: 0 punto. Esta vez quiero que me diga una palabra que no tenga ningún sentido en el contexto de la oración, que no tenga ninguna relación con la misma. Por ejemplo: Daniel golpeó el clavo con el ...lluvia.									
Puntuación Total = / 30 Índice de Memoria de Trabajo (Dígitos atrás + corsi) = / 10									

Anexo D. Trail Making Test. Test Del Trazo (TMT) Forma A y B**Trail Making Test Part A**

Patient's Name: _____

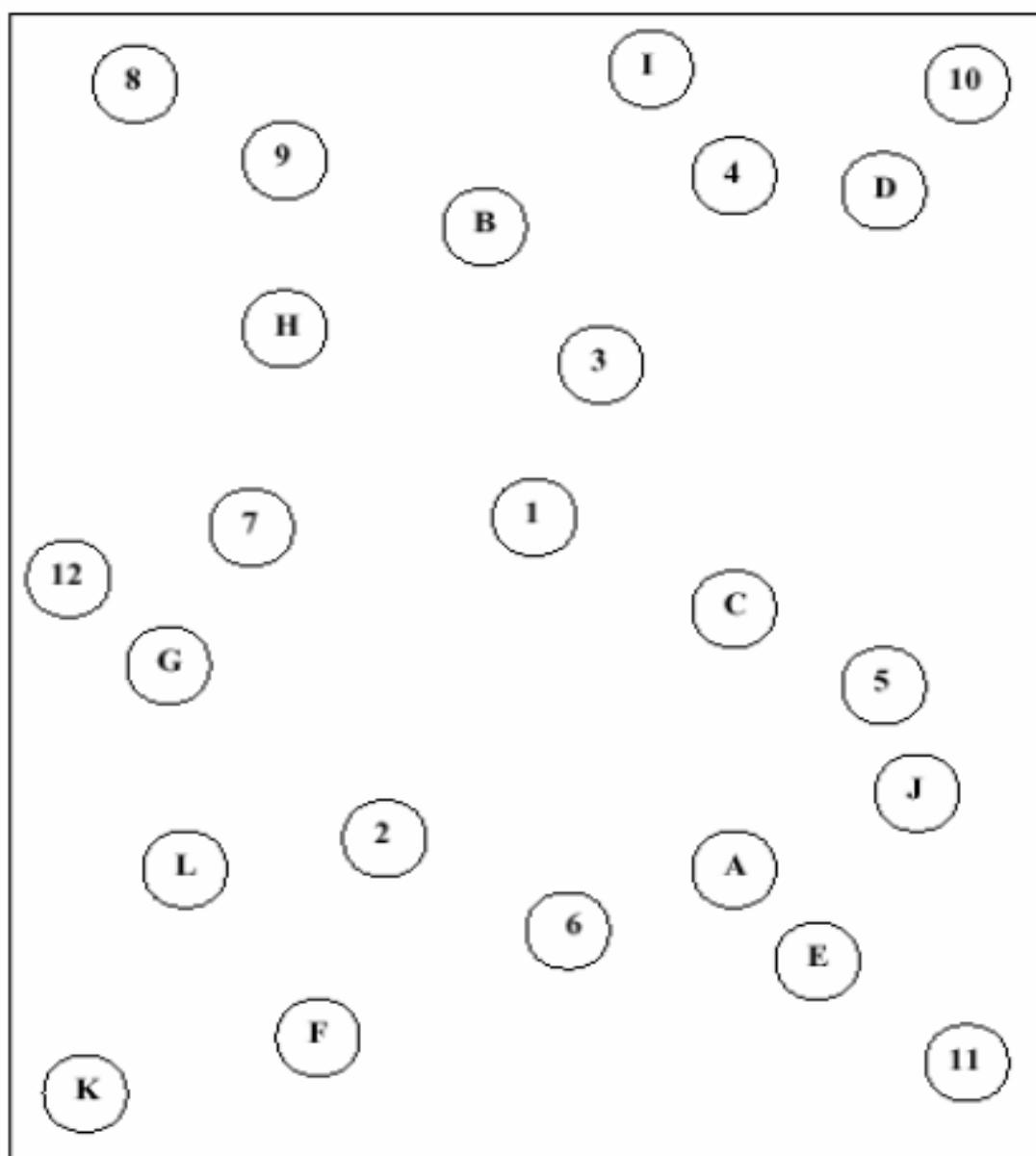
Date: _____



Trail Making Test Part B

Patient's Name: _____

Date: _____



Anexo E. Mini Social Cognition and Emotional Assessment (MINI – SEA)
Reconocimiento de Expresiones Faciales (MINI-SEA)

Presentar cada cara un máximo de 12 segundos

	Miedo	Asco	Enojo	Sorpresa	Tristeza	Neutro	Alegría	Seguridad respuesta
1							alegría	/9
2	miedo							/9
3		asco						/9
4						neutro		/9
5			enojo					/9
6				sorpresa				/9
7					tristeza			/9
8	miedo							/9
9			enojo					/9
10		asco						/9
11					tristeza			/9
12							alegría	/9
13						neutro		/9
14				sorpresa				/9
15					tristeza			/9
16				sorpresa				/9
17						neutro		/9
18							alegría	/9
19	miedo							/9
20			enojo					/9
21		asco						/9
22				sorpresa				/9
23		asco						/9
24							alegría	/9
25					tristeza			/9
26						neutro		/9
27	miedo							/9
28			enojo					/9
29			enojo					/9
30	miedo							/9
31					tristeza			/9
32				sorpresa				/9
33							alegría	/9
34		asco						/9
35						neutro		/9
	Miedo	Asco	Enojo	Sorpresa	Tristeza	Neutro	Alegría	
Total /35	/5	/5	/5	/5	/5	/5	/5	

Anexo F. Índice de Reactividad Interpersonal (IRI)**IRI (Interpersonal Reactivity Index; DAVIS, 1980)**

Las siguientes afirmaciones indagan sus pensamientos y sentimientos en una variedad de situaciones. Para cada elemento, indique qué tan bien lo describe eligiendo la puntuación de 0 a 4 (0= no me describe bien; 1= me describe un poco; 2= me describe bastante bien; 3= me describe bien y 4= me describe muy bien)

LEA CADA AFIRMACIÓN CUIDADOSAMENTE ANTES DE RESPONDER. Responda con la mayor honestidad posible. NO hay respuestas correctas o incorrectas.

ESCALA:

0	1	2	3	4
No me describe bien				Me describe muy bien

1. Suelo soñar despierto y fantasear con cierta regularidad acerca de las cosas que me puedan suceder. ()
2. A menudo tengo sentimientos de ternura y preocupación por la gente menos afortunada que yo. ()
3. A veces se me hace difícil mirar las cosas desde el punto de vista de las otras personas. ()
4. No siempre me apeno de las otras personas cuando tienen problemas. ()
5. Me siento realmente involucrado con los sentimientos de los personajes de una novela. ()
6. En situaciones de emergencia, me siento aprehensivo e incómodo. ()
7. Normalmente soy objetivo cuando observo una película o una obra de teatro y a menudo no me siento totalmente involucrado en ella. ()
8. Trato de considerar las perspectivas de todas las partes en un desacuerdo, antes de tomar una decisión. ()
9. Cuando veo que se están aprovechando de alguien, tiendo a sentirme protector ante él. ()
10. A veces me siento desamparado cuando estoy en medio de una situación muy emocional. ()
11. A veces trato de comprender mejor a mis amistades imaginando cómo se ven las cosas desde su perspectiva. ()
12. Rara vez me veo extremadamente involucrado en un buen libro o película. ()
13. Cuando veo que alguien se hiere, tiendo a permanecer calmado. ()

14. No tiendo a perturbarme demasiado con las desgracias de otras personas. ()
15. Cuando estoy seguro de tener razón en algo, no gasto mucho tiempo escuchando los argumentos de otros. ()
16. Después de ver una película u obra de teatro, me he sentido como si fuera uno de sus personajes. ()
17. Me asusta estar en una situación emocional tensa. ()
18. Cuando veo que alguien está siendo tratado injustamente, a veces no siento lástima de él. ()
19. Soy usualmente eficiente en lidiar con emergencias. ()
20. A menudo me siento tocado por las cosas que veo que suceden. ()
21. Creo que cada cuestión tiene dos perspectivas y trato de mirar a ambas. ()
22. Me describiría más bien como una persona de corazón blando. ()
23. Cuando veo una buena película, puedo fácilmente ponerme en el lugar del protagonista. ()
24. Tiendo a perder el control durante las emergencias. ()
25. Cuando estoy molesto con alguien, trato de “ponerme en sus zapatos” por un momento. ()
26. Cuando estoy leyendo una novela o cuento interesante, imagino cómo me sentiría si los sucesos de la historia me estuviesen ocurriendo a mí. ()
27. Me derrumbo cuando veo que alguien necesita urgentemente ayuda en una emergencia. ()
28. Antes de criticar a alguien, trato de imaginar cómo me sentiría si estuviese en su lugar. ()

Apéndices

Apéndice A. Consentimiento Informado

Mi nombre es Adriana Carolina Parra Pineda, soy estudiante de maestría en Psicología en la Universidad del Valle. Debido al aumento de casos en suicidio que en los últimos años se han venido presentando en la ciudad de Popayán, actualmente me encuentro investigando sobre el tema, específicamente en los intentos de suicidio en los adolescentes.

Si usted lo decide, su hijo/hija y usted participaran en una investigación que tiene como finalidad describir las características del funcionamiento ejecutivo y del reconocimiento emocional de un grupo de adolescentes que han presentado comportamientos suicidas en la ciudad de Popayán, esto con el fin de sentar bases que permitan generar aportes desde el área de la neuropsicología, a los diferentes esfuerzos de la sociedad, la salud, la academia y el estado, por mitigar su incidencia. A continuación, podrá leer en qué consiste la investigación y le preguntaré si quiere participar en ella:

- Aplicación de pruebas
- Un encuentro para realizar una entrevista con el padre o madre de familia y con el adolescente. Estas se realizarán por separado. En caso de ausencia de los padres se entrevistará al cuidador o quien se haga cargo del adolescente.
- Seguridad de los datos: se garantiza que la información suministrada por usted será guardada de forma segura y no será utilizada con propósitos diferentes a los que se requieren para el estudio.

Beneficios: La participación en este estudio no tendrá beneficios directos inmediatos para su hijo/hijo o para usted, pero puede proveer información valiosa que sería de gran aporte a los diferentes esfuerzos que realiza la sociedad, la salud, la academia, por prevenir futuros casos de suicidio.

Riesgos: el riesgo de participación en este estudio es mínimo.

Confidencialidad: se garantiza que todo lo que usted manifieste se mantendrá en absoluta confidencialidad, y solo será usado para esta investigación. En ningún momento de la presentación de resultados se revelará su nombre.

Consentimiento para participar:

Usted como responsable del adolescente debe decidir si puede participar en la investigación.

Yo _____ mayor
de edad, identificado (a) con Cedula de Ciudadanía No. _____
como aparece al pie de mi firma, expreso mi libre voluntad de hacer participar a mi hijo(a) _____
_____ con documento de identidad No. _____
_____ en la presente investigación. Con carácter previo a la firma de
este documento he sido informado(a) del alcance del estudio y he dialogado con mi
hijo/hija acerca de la investigación y su proceso, y él/ella acepta participar.

En constancia de haber leído y estar de acuerdo con lo aquí planteado, se firma en:

_____, a los _____ días, del mes de _____ del año _____

El Padre o cuidador

Nombre Parentesco:
C.C.

Apendice B. Aval comité de ética Hospital Universitario San José Popayán

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ <i>Avance mejoramos la salud</i>	COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA	Versión: 02
		Página 1 de 3

ACTA DE AVAL: ACTA N° 06 - 2019

PROYECTO: "FUNCIONAMIENTO EJECUTIVO Y RECONOCIMIENTO EMOCIONAL EN ADOLESCENTES CON ANTECEDENTES DE INTENTO SUICIDA"

Tipo de investigación: metodológica mixta (cuantitativa, cualitativa de tipo descriptivo).

Autora: Adriana Carolina Parra Pineda

Director: Gabriel Arteaga Díaz (Docente Psicología Clínica, Instituto de Psicología, Universidad del Valle).

Institución: Universidad del Valle

Trabajo de Investigación para optar al título de Magister en Psicología.

Código interno: 0033HUSJ-CI Fecha en que fue solicitado: 30 JUL 2019

El comité de Ética de la investigación científica del Hospital Universitario San José creado mediante Resolución 0665 del 19 de Octubre de 2011, regido por la Resolución 008430 de 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud y Seguridad Social por el cual se determinan las normas Éticas, Científicas, Técnicas, Administrativas de la investigación científica de salud en Colombia, la declaración de Helsinki de 1964, el Código de Belmont, el Código de Regulaciones Federales del Instituto Nacional de Salud Norteamericano.

Número de miembros: cinco (5), todos los miembros participaron en la aprobación del proyecto.

Listado de miembros:
 Dra. Shirley P. Albor
 Dr. Jairo Valencia
 Dr. Roberth Ortiz Martínez
 Dra. Yolanda Botero de Casas
 Dra. María Eugenia Miño

 HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SAN JOSÉ Centro de referencia de salud	COMITÉ DE ETICA DE LA INVESTIGACION CIENTIFICA	FO-001/10
		Versión: 02
		Página 2 de 3

Este comité avala el presente proyecto, previo estudio, análisis del:

☒ Resumen del proyecto	☒ Presupuesto
☒ Marco teórico	☒ Instrumentos de recolección de datos
☒ Objetivos	☒ Formatos y anexos
☒ Metodología	☒ Consentimiento Informado
☒ Análisis del riesgo	☒ Manejo de la confidencialidad
☒ Operacionalidad de las variables	

Concepto

Título: Adecuado

Marco teórico: Completo. Bibliografía y estudios más relevantes.

Objetivos: Claros en la descripción del problema.

Metodología: Adecuada

Variables: Operacionales. Instrumentos de medición.

Consentimiento informado: Asentimiento del menor

Beneficio: Según la OMS, el suicidio es un grave problema de salud pública y uno o varios intentos de suicidio se convierten en factores de riesgo para un suicidio consumado. La neurociencia, las nuevas técnicas de neuro imagen y los instrumentos de evaluación neuropsicológica, sugieren cambios a nivel neuronal de aquellas personas con intento de suicidio. El estudio pretende describir las características del funcionamiento ejecutivo y del reconocimiento emocional en adolescentes que han presentado comportamiento suicida. El funcionamiento ejecutivo ha de entenderse como un conjunto de procesos que asumen funciones independientes, pero que se relacionan con otras funciones cerebrales. El estudio es benéfico, pues trata de relacionar efectos ambientales adversos que hacen mas vulnerable algunas áreas cerebrales relacionadas con efectos estresores que inciden en problemas de conducta como trastornos de ansiedad y entre otros la propensión al suicidio, un problema de tal magnitud como este hace necesario realizar aportes que expliquen el fenómeno, los factores de riesgo y la prevención.

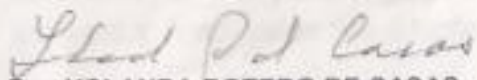
 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ Atención especializada de calidad	COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA	Versión: 02 Página 3 de 3
--	---	----------------------------------

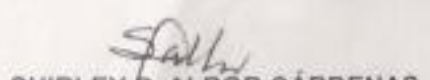
El investigador principal informará al Comité de Ética de la Investigación Científica lo siguiente:

- De cualquier cambio que se presente en el proyecto.
- Cualquier conocimiento nuevo respecto al estudio que pueda afectar la tasa riesgo beneficio para los sujetos de la investigación.
- La suspensión o terminación prematura del proyecto.
- Al finalizar el estudio los investigadores responsables del proyecto deberán presentar un informe de los resultados obtenidos al Hospital Universitario San José, para los efectos pertinentes como publicaciones, acceso bibliográfico u otros.
- Se llevará a cabo por parte del comité seguimiento del desarrollo del proyecto de manera aleatoria.
- Las decisiones significativas tomadas por otro Comité de Ética o autoridades reguladoras para el estudio propuesto y una indicación de la modificación o modificaciones del protocolo realizadas en esa ocasión.

Este aval tendrá vigencia por un año a partir de la fecha de su aprobación, luego de la cual deberá ser revisado y actualizado, se firma en la Ciudad de Popayán a los veintidós (22) días del mes de agosto de 2019.

Atentamente,


Dra. YOLANDA BOTERO DE CASAS
 Coordinadora C.E.I.C.
 Hospital Universitario San José E.S.E.


SHIRLEY P. ALBOR CÁRDENAS
 Subgerente científica
 Hospital Universitario San José E.S.E.

Proyectó: Yolanda María Botero de Casas
 Elaboró: Carolina Chaves D.
 Archivado según TRD: AVALES 2019