

Estilos de apego, mandatos, guiones de vida y suicidio

Attachment styles, mandates, life scripts and suicide

Gonzalo Daniel Galván Patrignani

Doctor en Psicología. Magister en prevención y tratamiento de las drogodependencias. Master en Terapia Breve Estratégica. Especialista en Hipnosis Ericksoniana. Terapeuta EMDR Universidad de Córdoba (Colombia). Director Clínico Sportí Salud Mental y Adicciones.

Resumen

El suicidio es un fenómeno multicausal de elevada prevalencia a nivel global y representa un alto porcentaje de la demanda en los sistemas de atención en salud mental. Como fenómeno responde a diversos factores, en su mayoría estudiados, sin embargo, existen variables raramente abordadas en las consultas de salud mental y que podrían comportar utilidad terapéutica en este tipo de casos.

El presente trabajo pretende llamar la atención de psicoterapeutas sobre la importancia del abordaje de los estilos de apego, mandatos parentales y los guiones de vida de las personas con riesgo suicida.

Palabras clave: suicidio, estilos de apego, mandatos parentales, guiones de vida

Abstract

Suicide is a multi-causal phenomenon with a high global prevalence and represents a high percentage of the demand in mental health care systems. As a phenomenon, it responds to various factors, most of which have been studied; however, there are variables that are rarely addressed in mental health consultations and that could be therapeutically useful in this type of case. This paper aims to draw the attention of psychotherapists to the importance of addressing attachment styles, parental mandates, and life scripts of people at risk of suicide.

Key words: suicide, attachment styles, mandates, life scripts

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (2022), cada año, alrededor de 703000 personas se quitan la vida y, otras tantas, intentan hacerlo. En palabras de Emil Durkheim “ se llama suicidio a todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, ejecutado por la propia víctima, a sabiendas de que habría de producir este resultado” (Durkheim, 2011).

Por otra parte, los integrantes del CDC (Center for Disease Control) plantearon que el suicidio sería “el fallecimiento debido a un acto autoinfligido con la intención de suicidarse” (Rosenberg, 1988).

Los intentos de suicidio y los suicidios consumados en adolescentes son un fenómeno relativamente común (de Jong, 1992), las tasas de suicidio son menores en adolescentes que entre la población adulta (Bridge y otros, 2006).

El comportamiento suicida está integrado por una serie de fenómenos bien definidos que pueden verse como un continuo. Quizá, la mejor clasificación del comportamiento suicida (en términos operativos) sea la propuesta por O´Carroll (1996) quienes proponen en términos esquemáticos la siguiente operacionalización:

- Pensamientos y conductas de riesgo: con riesgo inmediato (usar paracaídas, bungee jumping) y con riesgo remoto (beber alcohol, fumar, promiscuidad sexual)
- Pensamientos y conductas relacionados con el suicidio

A- Ideación suicida: pensamiento expresado con relación a la conducta suicida. Los cuales a su vez se distinguen entre: ideación seria (persistente o transitoria), ideación ocasional.

B- Conducta relacionada con el suicidio: conductas potencialmente autolesivas en las que es evidente, explícita o implícita, que el sujeto ha intentado matarse o que la persona desea aparenta que quiere matarse para obtener algún beneficio.

C- Conducta instrumental relacionada con el suicidio: conductas potencialmente autolesivas en las que es evidente, explícita o implícita, que la persona no ha intentado matarse y que la persona desea aparentar que quiere matarse para obtener algún beneficio.

D- Amenaza suicida: acción personal, verbal o no verbal, detención de un daño autoinfligido, que una persona razonable podría interpretar como comunicación o sugerir que un acto suicida u otra conducta relacionada con el suicidio podría ocurrir en un futuro cercano: pasiva (sentarse en el borde de un balcón) o activa (amenaza verbal, nota de despedida, llamadas telefónicas de despedida).

Incluye en ésta categoría: 1- Otras conductas instrumentales relacionadas con el suicidio. 2- Muerte accidental relacionada con la conducta instrumental relacionada con el suicidio.

E- Actos suicidas.

Intento de suicidio: potencialmente autolesivas con un resultado no fatal, para la que existen pruebas (explícitas o implícitas) de que la persona tiene intención de matarse. Pueden producirse o no lesiones. En caso de que se produzca lesión se consideraría esta como una acción con daño no letal, envenenamiento o asfixia en la que está demostrado (explícita o implícitamente) que el daño fue autoinfligido para matarse: tipo 1 con lesiones, tipo 2 sin lesiones.

Suicidio consumado: Muerte por lesión, envenenamiento o asfixia, respecto de la que hay pruebas (explícitas o implícitas) de que el daño fue autoinfligido para matarse (este término es equivalente a suicidio).

Otros dos conceptos, que resultan esenciales, y complementan la clasificación anterior, son los planteados por Kreitman y Philip (1969) y Barber (1998):

- Intento de suicidio abortado: paso inmediatamente previo al intento que no se lleva a cabo y por lo tanto no se producirían daños físicos. El sujeto, en forma implícita o explícita, desea matarse y existe a su vez una conducta potencialmente autolesiva pero en el último momento no lleva a cabo el plan.
- Parasuicidio: Clásicamente se ha definido como conductas de tipo deliberadas, la toma de bajas dosis de fármacos de bajo riesgo, cuya intención no es acabar con la propia vida, aspecto que lo diferencia de intento de suicidio genuino, si no modificar el ambiente haciendo que la atención se centre en ellos o para regular las propias emociones”.

1.1 FACTORES DE RIESGO PARA SUICIDIO

La literatura científica acuerda que existen números factores que pueden contribuir al suicidio, sin embargo, cada suicidio es causado por un exclusivo, dinámico y complejo interjuego que se da entre aspectos genéticos, biológicos, psicológicos y sociales (Van Heeringen, 2001). Allende lo anterior, es posible identificar diferentes tipos de factores que se asocian claramente con el incremento del riesgo suicida como se describe a continuación.

1.1.1 TRASTORNOS MENTALES COMO FACTOR DE RIESGO PARA LA COMISIÓN DE SUICIDIO

Casi el 90% de las personas que cometen suicidio han padecido al menos un trastorno mental en la vida (Gould M., 2001; Ansenault-Lapierre y otros, 2004). No obstante, la mayor parte de las personas con trastornos mentales no mueren por suicidio, se estima que el riesgo de suicidio para estas personas se encuentra entre el 5 y 8% (Inskip y otros, 1998).

Entre los trastornos mentales los trastornos afectivos son los que mayormente se mencionan en el contexto de factores de riesgo para suicidio. La depresión suele asociarse fuertemente con la ideación y los intentos suicidas, sin embargo carece de especificidad como predictor por sí sola y

se conocen muy poco las características que incrementan el riesgo suicida entre las personas con depresión ; de hecho, tras la realización de autopsias psicológicas se ha hallado que entre el 50 y 65% de personas que cometieron suicidio cumplían criterios para depresión (Bilsen, 2018).

El abuso de sustancias, por otra parte, es un fuerte factor de riesgo para suicidio. Entre las sustancias de abuso, el alcohol, es la que mayor especificidad ha demostrado como marcador de riesgo y la más prevalente entre las víctimas, especialmente entre adolescentes varones (Bilsen, 2018; Bertolote & Fleischmann, 2002).

Por otra parte, los trastornos de la personalidad han sido señalados como factores potenciales de riesgo suicida. Los trastornos de la personalidad incluyen dificultades a lo largo de la vida en crear y mantener redes de apoyo social con otras personas (Lesage y otros, 1994). Entre el 30 y 40% de las personas que cometen suicidio padecen un trastorno de la personalidad. En general, se señala que los trastornos más comunes son el trastorno límite y el trastorno antisocial de la personalidad, ambos trastornos pertenecientes al cluster B (Bilsen, 2018).

No obstante, estudios como el de Foster, Guillespie y McClelland (1999) identificaron que si bien todos los clústeres de trastornos de personalidad representaban un factor de riesgo para cometer suicidio, los análisis univariados al ser ajustados para el eje I señalaban que solo los clusters A y C se mantenían como factores de riesgo suicida lo cual indicaría que el factor de riesgo es la comorbilidad.

Por otro lado, con frecuencia el suicidio se da entre jóvenes con trastornos de la alimentación (en particular anorexia nerviosa) y en personas con esquizofrenia (aunque en tasas mínimas) (Bilsen, 2018). En relación a los trastornos de ansiedad y el suicidio se ha hecho siempre difícil evaluar la influencia del humor y del abuso de sustancias que con alta frecuencia están presentes en esos casos. En general, la comorbilidad de un trastorno mental incrementa el riesgo de muerte por suicidio en particular cuando existen problemas del ánimo y de abuso de sustancias (Cooper y otros, 2005).

1.1.2 INTENTOS SUICIDAS PREVIOS

Se describe en la literatura una fuerte relación entre intentos suicidas previos y autolesiones y un nuevo intento suicida (Cooper y otros, 2005), de hecho, entre un 25 y 33% de los casos de suicidio que se reportan han tenido como antecedente un intento previo (Bilsen, 2018).

Sin embargo, otros estudios, indican que el 60% de las personas que completan suicidio lo hace en un su primer intento y el 40% de las personas lo hacen en su segundo intento y, que, el 80% de las personas que lo intentaron por primera vez muere durante el año siguiente al primer intento (Bostwick y otros, 2016; Isometsä & Lönnqvist, 1998).

En cuanto a las diferencias por género, la revisión de Bilsen (2018) señala que los varones con intento previo suicida incrementan la probabilidad de intentarlo nuevamente en 30, con respecto a varones que no lo intentaron nunca. En el caso de las mujeres solo se incrementa la posibilidad en 3 (Cooper y otros, 2005).

1.1.3 CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONALIDAD

1.1.3.1 IMPULSIVIDAD

Si bien es cierto que el proceso de cometer suicidio puede llevar de semanas a incluso años, la transición fatal desde el pensamiento o ideación suicida hasta el intento o el suicidio completo ocurre de manera súbita, inesperada e impulsiva, sobre todo cuando hablamos de adolescentes. Según Apter y Wasserman (2006) son las dificultades en el manejo de las fuertes y mezcladas emociones y estados de ánimo fluctuantes (acompañados de nuevos desafíos en nuevas áreas) lo que configura la impulsividad como un factor de riesgo para el suicidio; en resumen, las personas que cometen suicidio (sobre todas las jóvenes) tiene poca capacidad de resolver problemas en comparación con sus pares.

1.1.3.2 CAPACIDAD DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Diferentes estudios sobre los procesos que subyacen la conducta suicida han remarcado la importancia del déficit o en la habilidad para resolver problemas sociales y sugieren que las personas que intentan suicidio muestran pasividad al momento de resolver problemas y que esto no cambia a pesar de que su estado de ánimo mejore (Pollock & Williams, 2004). De hecho, en la revisión hecha por Bilsen (2018) se hace referencia a que la conducta de estas personas no solo está caracterizada por una actitud pasiva, sino que además esperan que alguien más les solucione tanto los problemas simples de la vida cotidiana como los problemas complejos (Bilsen, 2018). Por otro lado, Korkmaz, Keles y Kazgan (2020), observaron que cuando los individuos con dificultades en solucionar problemas incrementaron sus niveles de inteligencia emocional incrementaban también sus capacidades para resolver problemas.

Un último aspecto relevante al respecto de las características de personalidad de las personas con intentos suicidas como factor de riesgo se trata de la flexibilidad cognitiva. Los pacientes que piensan en el suicidio y, sobre todo los que intentan suicidio, muestran escasa o nula flexibilidad y piensan las situaciones y a las personas en términos dicotómicos (Rickelman y otros, 1995), viven las situaciones y se expresan sobre ellas en términos de: bueno-malo, toda-nada, blanco-negro (Bilsen, 2018).

1.1.3.3 FACTORES FAMILIARES

Se estima que en casi el 50% de los casos de suicidio los factores familiares están involucrados. Entre los factores de riesgo familiares se encuentran: historia de trastornos

mentales en familiares directos (sobre todo abuso de sustancias y depresión) y, aunque no se sabe con exactitud si esto debe ser visto desde el punto de vista genético o desde el punto de vista de la imitación, los investigadores se inclinan por pensar que se trataría de una herencia genética más que de un mecanismo imitativo (Portzky y otros, 2005).

Los conflictos y la baja supervisión parental también han sido descritos como factores de riesgo para el suicidio. Al parecer los conflictos familiares frecuentes se asocian con una mayor probabilidad de ideación suicida y daño autoinfligido no suicida y, por otra parte, la baja supervisión de los padres se asocia con ideación autolítica, intentos de suicidio franco y daño autoinfligido no suicida (DeVille y otros, 2020).

Por otra parte, se ha encontrado que una pobre comunicación dentro de las familias (no solo con los pacientes sino entre todos los miembros) representa un factor de riesgo para el suicidio (Gould y otros, 1996). Por último, la violencia directa a los pacientes y también aquella que es dirigida a otros miembros de la familia representan un factor de riesgo, sobre todo si la violencia es utilizada como medio o camino para resolver los problemas a nivel familiar (Im y otros, 2017).

1.1.3.4 EVENTOS VITALES ESTRESANTES

A menudo, los eventos estresantes de la vida ocurren antes de que las personas intenten el suicidio; se conoce que las personas que han intentado suicidio han experimentado una mayor cantidad de eventos estresantes incluso que personas con depresión (Adams y otros, 1996).

Los eventos estresantes no necesitan generar grandes cambios en la vida de las personas necesariamente para volverse un riesgo suicida y, de hecho, no necesariamente debe tratarse de eventos estresantes actuales sino también de haber tenido experiencias infantiles adversas (Webart Tórnbom y otros, 2021).

Entre los estresores más frecuentes se encuentran: el fallecimiento de alguien cercano, el divorcio, la separación que involucra una pérdida interpersonal y la pérdida de trabajo (Adams y otros, 1996).

En los últimos tiempos las tasas de suicidio adolescente se han incrementado, y los eventos estresantes que los mismos reportan son algo diferentes a los reportados por adultos: estrés parental o alto nivel de conflictividad en la familia, estrés con amigos, estrés en la escuela, estrés en las citas amorosas y baja supervisión por parte de los padres (Adams y otros, 1996; DeVille y otros, 2020; Soole y otros, 2015).

1.1.3.5 OTROS FACTORES DE RIESGO CONOCIDOS

Suicidio por contagio o conducta imitativa. Se trata del suicidio que se lleva a cabo por imitar la conducta de otra persona, se aprende observando y aprendiendo nuevos patrones de conducta de un modelo determinado y es se da con mayor frecuencia en jóvenes (Gould M. , 2001). En general el suicidio por imitación depende de una serie de factores (Pirkis y otros, 2016): 1- las características del modelo observado y la cercanía en términos de similitud con quien observa (edad, genero, humor, antecedentes, ídolos); 2- el grado en que la conducta del modelo es reforzada socialmente y/o por los medios como algo positivo, heroico o justo, la frecuencia y manera en que el modelo a seguir aparece (publicaciones, noticias, conversaciones, etc.).

2. ESTILO DE APEGO Y GUIONES DE VIDA

Dentro de la literatura científica no se encuentra con facilidad cuantiosa literatura que subraye los guiones de vida y los estilos de apego como factores de riesgo/prevención para la comisión de suicidio. Se analizarán a continuación ambas variables (por separado) y su relación con los comportamientos suicidas.

2.1 PATRONES DE APEGO Y SU RELACIÓN CON EL SUICIDIO

A lo largo de la historia del estudio del suicidio los investigadores han examinado de manera minuciosa factores nosológicos, sociológicos, médicos y psicológicos (Friedman y otros, 1984; Francis, 1984; Kosky y otros, 1986; de Jong, 1992), sin embargo (y de manera sorprendente) muy pocos estudios han examinado el riesgo de suicidio desde el marco o el contexto del desarrollo o lo han relacionado con el apego pasado o presente a padres y pares.

En palabras de Jhon Bowlby (1982) "el apego es un vínculo profundo y duradero que conecta a una persona con otra a lo largo del tiempo y el espacio".

La teoría desarrollada por el autor explica desde un punto de vista etiológico como se desarrollan las funciones reguladoras y acerca de las consecuencias de que se mantenga (o no) la proximidad de con las personas significativas.

Dentro de sus argumentos Bowlby explica que los recién nacidos llegan al mundo con un repertorio de conductas (denominadas conductas de apego) que tiene por objeto o finalidad buscar y mantener la proximidad de otros que los apoyan (figuras de apego). Dicha búsqueda de proximidad sería un dispositivo innato de regulación de afecto (estrategia de apego primario) el cual estaría diseñado para proteger al recién nacido de amenazas físicas y psicológicas y para aliviar la angustia.

El origen de los comportamientos de búsqueda de proximidad serían en todo caso parte de un sistema conductual adaptativo (sistema conductual de apego) que habría surgido en el curso evolutivo ya que esto aumenta la posibilidad de supervivencia de los bebés humanos que nacen

con capacidades poco desarrolladas de locomoción, alimentación y defensa en comparación con otros animales (Bowlby, 1982)

Las figuras de apego en primer término, según describe Bowlby (1973, 1980, 1982) son objetivos de mantenimiento de proximidad; los seres humanos de todas las edades tienden a buscar y disfrutar de sus figuras de apego en tiempo de necesidad y a experimentar angustia al momento de separarse de las mismas. En segundo lugar, las figuras de apego brindan un refugio seguro en tanto a lo físico como a lo emocional; facilitan de esta manera el alivio de la angustia y son fuente de apoyo y consuelo. En tercer término, las figuras de apego ofrecen una base segura desde la cual las personas pueden explorar y aprender el mundo y desarrollar sus propias capacidades y personalidad

Cuando las figuras de apego se encuentran disponibles y pueden captar las necesidades de los recién nacidos en tiempo y forma, es decir, cuando son sensibles a las demandas de proximidad y pueden descifrar las necesidades el sistema conductual adaptativo funciona de manera óptima y se promueve de esta manera la formación de un sentido de seguridad en el apego.

El resultante de la interacción adecuada es la formulación de expectativas positivas sobre la disponibilidad de los demás y visiones positivas de sí mismo como un ser competente y valorado y, las principales estrategias de regulación afectiva se organizan en torno a estas creencias positivas. Sin embargo, cuando otras personas significativas no están disponibles o lo están pero no responden a las necesidades del recién nacido la búsqueda de proximidad como conducta no logra aliviar la angustia y no se logra la anhelada sensación de seguridad en el apego.

El resultante de que la conducta de búsqueda de proximidad no tenga éxito es que se forman representaciones negativas de uno y los demás y se desarrollan estrategias de regulación afectivas diferentes de la búsqueda de proximidad, esas conductas se denominan estrategias de apego secundario. En otras palabras, la disponibilidad o no de figuras de apego es la principal fuente de variación de las estrategias de regulación del afecto (Bowlby, 1982; Bowlby, 1973; Bowlby, 1980)

De acuerdo con Schaffer y Emerson, (1964) existe 4 estadios del apego:

- 1- Estadio de pre-apego. Abarcaría desde el nacimiento a los 3 meses. Aquí los neonatos no muestran signos de algún apego particular a ningún cuidador específico. Los signos del bebé tales como el llanto o la exaltación atraen naturalmente la atención de los cuidadores y las respuestas positivas de calma del bebé hacen que los cuidadores se mantengan cerca.
- 2- Apego Indiscriminado: Entre las 6 semanas y los 7 meses. Los neonatos comienzan a mostrar preferencias por un cuidador primario y otro secundario. Los bebés desarrollan la confianza con respecto a que un cuidador responderá a sus necesidades. Aceptan el

cuidado de otros, sin embargo, distinguen entre personas familiares y desconocidas y responden de mejor manera al cuidador principal.

- 3- Apego discriminado: entre los 7 y 11 meses de edad. Los bebés muestran un fuerte apego y preferencia por un individuo específico. Protestarán cuando se separen de la figura de apego principal (ansiedad de separación) y comenzarán a mostrar ansiedad con los extraños (ansiedad ante los extraños).
- 4- Apego múltiple: luego de los 9 meses de edad los niños comienzan a crear fuertes lazos emocionales con otros cuidadores más allá del cuidador primario. Lo anterior puede incluir al segundo padre, hermanos, abuelos o incluso una niñera.

De acuerdo con la oportunidad que los bebés tengan para generar apego (disponer de una figura primaria al menos) y en función de la calidad de los cuidados (rapidez y consistencia) desarrollarán uno de los cuatro tipos de patrones de apegos.

Lyons-Ruth (1996) describe cada uno de los patrones de apego de la siguiente manera:

- 1- Apego ansioso y ambivalente: el niño no confía en sus cuidadores y crece con una sensación de incertidumbre e inseguridad, debido a la inconstancia e inconsistencia en los cuidados o a la ambivalencia de estos.
- 2- Apego evitativo: El apego evitativo aparece cuando los cuidadores no proporcionan la seguridad suficiente para el menor, haciendo que este, desarrolle una autosuficiencia compulsiva y un distanciamiento emocional de los mismos.
- 3- Apego desorganizado: estos niños muestran una mezcla confusa de comportamiento, pareciendo desorientados, aturdidos o confusos. Pueden evitar o resistirse al padre. La falta de un patrón de apego claro probablemente esté relacionada con el comportamiento inconsistente del cuidador. En tales casos, los padres pueden servir tanto como una fuente de consuelo como de miedo, lo que lleva a un comportamiento desorganizado.
- 4- Apego seguro: niños que pueden depender de sus cuidadores muestran angustia cuando se separan y alegría cuando se reencuentran. Aunque el niño puede estar molesto, se siente seguro de que el cuidador regresará. Cuando están asustados, los niños con apego seguro se sienten cómodos buscando el consuelo de los cuidadores. Este es el estilo de apego más común.

Resumiendo, la presencia continua de personas significativas emocionalmente disponibles y receptivas de las necesidades del bebé son fundamentales para el desarrollo del apego seguro (Bowlby, 1982; Lyons-Ruth, 1996). En presencia del apego seguro, los niños exploran activamente su entorno al año, pueden expresar afecto positivo, persisten en la solución de problemas, pueden competir entre pares en los primeros años y exhiben mayor resiliencia del ego y la curiosidad en las etapas básicas escolares (Lyons-Ruth, 1996; Ainsworth y otros, 1978; Matas y otros, 1978; Waters y otros, 1979).

2.1.1 SOBRE LA RELACION ENTRE LOS ESTILOS DE APEGO Y LA CONDUCTA SUICIDA

Como anteriormente se expresó, uno de los factores de riesgo para la conducta suicida que ha sido poco explorado es el apego y, como diferentes teóricos del apego sostienen, los tipos de apego evitativo y ansioso/inseguro podrían predecir intentos de suicidio (Sheftall y otros, 2014). El modelo de trabajo interno de apego de cada persona se revela en sus patrones característicos de comportamiento y transacciones con los demás, creencias centrales, fantasías y narrativa personal sobre su vida (Erskine, *Life Scripts and Attachment Patterns: Theoretical Integration and Therapeutic Involvement*, 2009). Estos modelos internos de trabajo determinan de manera anticipada, las respuestas conductuales y emocionales ante otros, la naturaleza de sus fantasías y la calidad de las transacciones interpersonales (Erskine, 2008); es decir, organizan las cogniciones, afectos y expectativas acerca de las relaciones de apego (Howell, 2005).

Cuando se establece apego seguro resulta en regulación afectiva, reducción de ansiedad y promueve sentimientos de bienestar. Lo anterior se desarrolla cuando los cuidadores están consistentemente sintonizados, disponibles y responden adecuadamente, es decir, cuando los cuidadores son percibidos como fuertes y/o sabios (Doctors, 2007). De hecho, un apego seguro desarrolla en los niños la capacidad de la autorreflexión, la capacidad de recordar su historia personal, de comentar sus propios procesos de pensamiento, espontaneidad y la capacidad para juzgar el impacto de sus actos sobre otros evaluando su propia conducta (Main & Cassidy, 1985; Mikulincer & Tolmatz, 1990; Fonagy y otros, 1996).

Un apego ansioso/ambivalente o evitativo se desarrollan en respuesta a la no disponibilidad o insensibilidad de los cuidadores (Tasca y otros, 2007). Los niños que desarrollan un apego ansioso/ambivalente usualmente tienen padres que responden de manera impredecible (Main M. , 1995). Los individuos con apego de este tipo expresan por lo regular afecto de manera intensa y mantiene una angustia de manera hipervigilante. Tienden a formar relaciones dependientes y apegadas haciendo demandas emocionales poco razonables de seguridad, consuelo y cuidados a la vez que se muestran pasivos o abrumados en las relaciones íntimas (Bartholomew & Horowitz, 1991). Por otro lado, sus relaciones puede volverse sobrevaloradas y sobre adaptarse a otros; a menudo se sienten infelices ante la falta de reconocimiento y cuidado emocional de otros, pero siguen siendo incómodamente dependientes en la relación, siempre apegados a las faltas de sintonía del otro pero incapaces de separarse (Erskine, *Life Scripts and Attachment Patterns: Theoretical Integration and Therapeutic Involvement*, 2009).

Por otra parte, los niños que desarrollan un estilo de apego evitativo son los que han tenido padres que de manera predecible no responden a sus demandas; incluso, otros autores, indican que han tenido cuidadores que los rechazan o que son punitivos (Cozolino, 2006). Las personas

con este tipo de apego expresan su angustia desestimando o subestimando la importancia de las relaciones y lo hacen a través de la inhibición o exageración de la expresión emocional y evitando la intimidad (Kobak & Sceery, 1988); en la vida adulta generan un guion de vida en el que anticipan el rechazo; usan estrategias de relacionamiento interpersonales en las que no expresan o, incluso, siquiera son conscientes de sus sentimientos y necesidades relacionadas con el apego (Erskine, 2009).

De acuerdo a Hesse (1999) en los resultados diferentes entrevistas llevado a cabo en adultos con patrones evitativos de apego son evidentes las contradicciones sobre sus experiencias infantiles y sobre la calidad del contacto que tuvieron con sus padres u otras figuras significativas; usualmente niegan o rechazan las experiencias negativas que tuvieron o pueden disminuir la importancia del castigo y el rechazo en sus vida e insisten en la importancia de su autosuficiencia. Dicha autosuficiencia en la vida adulta se puede expresar siendo dominantes o fríos en las relaciones interpersonales (Hesse, 1999).

Schore (2002) sugirió que las personas con apego evitativo suelen obsesionarse o involucrarse en una mejora narcisista; las personas que se obsesionan se siente profundamente solas debido a sus patrones de apego evitativos, llenan los vacíos con preocupaciones habituales y fantasías repetitivas; suelen engrandecerse a sí mismos de manera narcisista o se deprecian también a sí mismos sintiéndose solos como resultado de sus patrones de apego evitativo, pero suelen evitar estos sentimientos de soledad distrayéndose temporalmente a través de su enfoque en sí mismos y sus demandas de atención (Schore, 2002).

La noción de que las dificultades de apego subyacen la conducta suicida puede ser rastreada hasta los tempranos postulados teóricos del psicoanálisis sobre las relaciones objetales quienes vieron el suicidio como un problema de relaciones objetales internas y de agresión derivadas de las primeras dificultades del desarrollo. Sin embargo, no fue hasta mediados de los años 1990 que Adams, Overholser y Spirito (1996) postularon el primer modelo de suicidio enraizado en las teorías del apego. Dicho postulado propone la conducta suicida como una manifestación patológica de la conducta de apego y que la relación distal entre las experiencias parentales adversas y la conducta suicida posterior estarían mediadas por modelos de trabajo interiorizados del yo, las figuras de apego, variaciones de la autoestima, habilidades de regulación emocional y las capacidades interpersonales (Adams y otros, 1996). De hecho, el autor especuló que la gravedad de la conducta suicida que aparezca puede variar de acuerdo a la naturaleza del modelo de trabajo interno del individuo y a su capacidad de respuesta ante personas significativas planteando la hipótesis de que las personas moderadamente inseguras pueden mostrar amenazas y gestos suicidas que son predominantemente interpersonales y que estarían motivadas por un pedido de atención urgente pero a la vez esperanzador en términos de recibir ayuda y que, por el contrario, los sujetos que tienen fuertes representaciones negativas tanto de ellos como de los demás pueden mostrar un comportamiento suicida más desesperado

y potencialmente letal (Adams y otros, 1996). Green et al. (2020), de hecho, confirma lo expresado por Adams et al. (1996) explicando que las personas con estilos de apego inseguro desarrollan, al contrario de las personas con apego seguro, diferentes tipos de vulnerabilidades en sus rasgos: baja autoestima, dificultades en las relaciones y pesimismo. Cuando a estas vulnerabilidades se le suman pérdidas agudas, rechazo y decepción, se desencadenan crisis de apego inmanejables. Las personas inseguras reaccionan con ansiedad, ira y desesperanza inmovilizante, tal cual los comportamientos exhibidos por los niños después de la separación y, finalmente, acumulan pensamientos y acciones suicidas (Green y otros, 2020).

Si bien, la relación entre estilos de apego y conducta suicida ha sido ya descrita, diferentes autores plantean que la relación entre ambas variables no es directa, sino que, se encontraría mediada o moderada por otras variables psicosociales. Green et al. (2020) en su revisión sistemática ha agrupado los diferentes factores moderadores o que median la relación entre estilos de apego y la conducta suicida en cuatro diferentes categorías: 1- factores predisponentes que pueden inferir vulnerabilidad o resiliencia, 2- factores precipitantes que pueden desencadenar una crisis de apego, 3- estados de dolor mental interno que pueden caracterizar o seguir con una crisis de apego y, 4- psicopatología (Green y otros, 2020). Dentro de la primera categoría se agrupan en dos tipos: a- Factores intrapersonales y, b- factores interpersonales.

Entre los factores intrapersonales encontramos las siguientes variables:

- 1- Bajo autocontrol: las personas con estilo de apego ambivalente con bajo autocontrol estarían mayormente predispuestas a la conducta suicida; en personas con estilo de apego evitativo no se ha demostrado que el bajo autocontrol predisponga a la conducta suicida (Valikhani y otros, 2018; Heydari y otros, The effects of parents and peer attachment on suicidality: The mediation effect of self-control and anomie, 2015).
- 2- Esquemas maladaptativos: la relación directa negativa entre el apego seguro de los padres y la conducta suicida estaría mediada por el uso de esquemas maladaptativos (Langhinrichsen-Rohling y otros, 2017).
- 3- Autocrítica: la autocrítica media la relación entre el apego ansioso y las tendencias suicidas y, también media la relación entre las tendencias suicidas y el apego evitativo (Falgares y otros, 2017; Campos y otros, 2013).
- 4- Autoestima: no parece mediar la relación entre el estilo de apego y las conductas suicidas. Sin embargo, la autoestima parece ser un factor significativo para la resiliencia y esta podría mediar la relación entre estilo de apego y conducta suicida (Kidd & Shahar, 2008).
- 5- Capacidad de afronta a problemas: una mayor calidad de apego está asociada con una mayor confianza en el afrontamiento centrado en el problema (adaptativo) y

esto a su vez se asocia con un menor riesgo de autolesión (Glazebrook y otros, 2016).

Entre los factores predisponentes interpersonales se listan las siguientes variables:

- 1- Dependencia: apegos con altos niveles de ansiedad denotan altos grados de dependencia, pero una menor predisposición al suicidio. Niveles bajos de dependencia, pero altos niveles de ansiedad en el apego mostraron una mayor predisposición al suicidio. Estilos de apego evitativo mostraron bajo nivel de dependencia y no evidencian una relación directa significativa con el suicidio (Falgares y otros, 2017).
- 2- Autorrevelación o darse a conocer: el darse a conocer aparece como un fuerte factor que media la conducta suicida en las personas con estilo de apego evitativo, cuanto más baja es la capacidad de darse a conocer con otros mayor es el riesgo de conducta suicida. El mismo factor no parece mediar la relación entre un estilo de apego ansioso y la conducta suicida (Levi-Belz y otros, 2013).
- 3- Problemas interpersonales: la relación entre personas con estilo de apego ansioso e historia o intento suicida estaría mediado por tres tipos de problemas interpersonales: sensibilidad interpersonal, agresiones interpersonales y pérdida de sociabilidad. La relación entre personas con estilo de apego evitativo e historia o intento suicida estaría mediado solo por el factor de sensibilidad interpersonal (Stepp y otros, 2008).

Factores precipitantes.

- 1- Soledad: los estudios indican que los sentimientos de soledad y de aislamiento social median la relación entre el apego ansioso o apego evitativo con la letalidad médica de los intentos de suicidio (Levi-Belz y otros, 2013).
- 2- Pertenencia frustrada y sobrecarga percibida: el sentimiento de ser una carga y no pertenecer al mundo social de alguien. Los estudios realizados solo han encontrado un efecto indirecto de la pertenencia frustrada como variable moderadora entre la relación de seguridad de apego materno y la ideación suicida (Venta y otros, 2014).
- 3- Anomia: el sentimiento de anomia, que puede ocurrir dentro de sociedades o individuos donde la cohesión social y los lazos se rompen y, al igual que el autocontrol, es una variable que parece mediar de manera significativa la relación entre el apego con la madre y/o los compañeros y la ideación suicida (Heydari y otros, 2015).
- 4- Ajuste social: un mal ajuste social parece ser un predictor de intento suicida cuando se da en personas con un estilo de apego ansioso (Lizardi y otros, 2011).

Crisis como factores precipitantes.

- 1- Síndrome por crisis de suicidio: se trata de una hiperactivación de afecto negativo cargado de sentimientos de entrapamiento, síntomas de pánico, desesperanza y una inundación de pensamiento rumiante. Al parecer tiene un efecto mediador bidireccional entre el tipo de apego evitativo y el suicidio. Tener un estilo de apego evitativo predispone a los sujetos a experimentar el síndrome de crisis de suicidio y, experimentar estos estados de afecto negativos refuerza el tipo de apego evitativo (Cohen y otros, 2017).
- 2- Sentimiento de estar atrapado: los sentimientos de sentirse atrapados parecen mediar entre el estilo de apego ansioso y la conducta suicida, sin embargo los pocos estudios realizados no han demostrado estadísticamente un efecto moderador de esta variable en otros estilos de apego (Li y otros, 2017).
- 3- Desesperanza e impotencia: un único estudio sobre los factores psicológicos anteriores encontró que a mayor inseguridad en el apego más grave era la ideación suicida y que, a mayor gravedad de la ideación suicida los sujetos mostraban más actitudes desesperanzadoras, elevado pesimismo, baja motivación y desesperanza sobre el futuro expresando a su vez, una visión de no poder operar con fuerza sobre los eventos externos (Strang & Orlofsky, 1990).
- 4- Soporte social: las personas que han sufrido abuso emocional infantil suele percibir en la vida adulta que tienen una menor disponibilidad de apoyo de familiares y amigos, lo cual predice de alguna manera a su vez una menor búsqueda de apoyo social en momentos de angustia lo que, a su vez, incrementa la ideación suicida (Allbaugh y otros, 2018; Boroujerdi y otros, 2019).
- 5- Psicopatología: Fundamentalmente la depresión se ha demostrado la mediación de los trastornos depresivos mayores entre el estilo de apego ansioso/inseguro y la conducta suicida. En el caso de las personas con estilos de apego evitativos el trastorno depresivo mayor no media la relación con la conducta suicida. Las personas con apego de tipo evitativo aumentan la probabilidad de suicidio en 17 veces independientemente de estar cursando o no un trastorno depresivo (Grunebaum y otros, 2010; Özer y otros, 2015).

2.2 GUION DE VIDA, MANDATOS Y SUICIDIO

Berne describió originalmente el guion de vida como "la extensión inconsciente del plan de vida" que refleja los dramas primarios de la infancia (Berne, Transactional analysis in psychotherapy: A systematic individual and social psychiatry, 1961). Por otro lado, este plan se formaría a partir del protocolo del guión y los palimpsestos, es decir, las memorias procedimentales preverbales, subsimbólicas y presimbólicas que forman los patrones relacionales inconscientes y las conclusiones experienciales implícitas que son el núcleo de los guiones de vida (Bucci, 2001; Erskine, Psychotherapy of unconscious experience, 2008).

Los teóricos del análisis transaccional hacen énfasis en que la formación del guion de vida ocurre entre los 4 años y la adolescencia; de hecho, Berne explica que el guion de vida es un plan basado en decisiones tomadas en la infancia, reforzadas por los padres, justificadas por acontecimientos posteriores y culminando en una alternativa elegida (Berne, 1972; Bucci, 2001). Siguiendo, Berne (1972) da a entender, también, que los guiones, finalmente, son decisiones conscientes que ocurren una vez que el niño ha alcanzado la edad del desarrollo del lenguaje, es decir, cuando es posible el razonamiento simbólico, las operaciones concretas de causa y efecto y la consciencia de opciones o alternativas.

Los guiones de vida se desarrollan, en parte, a través de los mandatos parentales. Según Berne (1972) un mandato es una prohibición o mandato negativo que viene (comúnmente) de un progenitor que provienen (a su vez), según Goulding & Goulding (1979) del estado del yo infantil de los padres que son generados por sus propios dolores, infelicidad, desilusión, ira, frustración y deseos secretos de los padres. Comúnmente los mensajes emanan de las figuras paternas, a menudo de manera no consciente, contienen mensajes de contenido negativo y a menudo se entregan en un contexto de prohibición y derrotan los impulsos de la vida natural de existencia, apego, identidad, competencia y seguridad.

De acuerdo con Kertész (2003), el ser humano existe solo en función de sus intercambios con otros seres humanos, es decir del reconocimiento por parte de otros y, las condiciones para la supervivencia social de los hijos están determinadas por el cumplimiento por parte de los hijos de las expectativas familiares, es decir, se da reconocimiento a los hijos en función de que hagan lo que se espera de ellos.

Si un niño cumple con los mandatos se adapta al ambiente que lo rodea y toma decisiones que tienden a mantener su vida ya que se adaptan al marco de referencia familiar. Los progenitores por su parte, para asegurarse el cumplimiento de las expectativas refuerzan conductas, pensamientos y emociones afines a su marco de referencia, ignorando o castigando las desviaciones. Los niños, en últimas, saben o intuyen de esta manera que se espera de ellos y se ajustan lo mejor posible incluso a costa de su bienestar, salud o hasta la propia vida. En pocas palabras los niños siguen los mandatos debido a las recompensas, al afecto familiar, tratando de evitar la pérdida del amor y en un intento de ganar amor y sentirse aceptadas y queridas (Kertész y otros, 2003).

Según (Goulding & Goulding, 1976) existen 12 tipos de mandatos parentales: No existas, No seas quién eres o No seas tú, No seas un niño, No crezcas, No (no hagas nada), No seas importante, No pertenezcas, No estés cerca, No estés bien (o sano), No lo logres, No pienses (acerca de aquello, olvídale) y No sientas (lo que tu sientes, sino lo que yo siento).

Dos años antes de que los Goulding & Goulding describieran por primera vez los mandatos en 1976, Hartman y Narboe (1974) proponían que solo existirían dos mandatos catastróficos: No

existas y No seas normal y , que los demás mandatos específicos no eran más que formas alternativas de eludir los mandatos catastróficos (Hartman & Narboe, 1974).

2.2.1 MANDATO PARENTAL "NO VIVAS" Y CONDUCTA SUICIDA

Al igual que los autores anteriores Kertezs (2014) indica que dentro de lo mandatos podemos ver diferentes grupos de influencia; dice que el mensaje de no vivir puede ser transmitido por familias conviviendo en un clima de rechazo, desamor y desconfianza.

Los niños que viven en este ambiente familiar sienten la falta de atenciones, higiene, alimentación adecuada, siendo la carencia mayor la ausencia o falta de afecto de la madre u otras figuras significativas. Lo anterior se agrava cuando es combinado con comportamientos rechazantes y fuertemente agresivos. El no reconocimiento del niño o reconocerlo con falta de tacto o con violencia, mirarlo de manera fría u hostil, ver en el niño una imagen que no corresponde, reírse de él cuándo siente miedo o sufrimiento, ridiculizarlo delante o no de otros, no permitirle la expresión de su niñez y otros conductas similares generaran una situación de desequilibrio (Kertéz, 2014).

Inicialmente el niño intentará conseguir lo que necesita y luchará por ello aunque si las situaciones de destrato se prolongan el niño quedaría sin fuerzas y dejaría de luchar, cuando esto sucede deponen sus necesidades (es decir deja de pedir lo que necesita auténticamente) y se adapta a los mandatos que le posibilitan al menos la supervivencia social, incluso aunque el mandato, de manera paradójica, sea "No vivas".

Aunque resulta difícil de aceptar existen padres que desean de manera consciente la muerte de su hija/a y así se lo dicen o incluso lo matan; en otros casos simplemente abandonan a los niños. En otras ocasiones los padres no desean que su hijo muera o se mate sino que no les enseñan a cuidar su salud y bienestar, a menudo por falta de formación y otras porque repiten y muestran sus propios modelos autodestructivos: corren sus coches a grandes velocidades, usan sustancias, hacen deportes de alto riesgo, son *workaholics*, comen sin parar y se vuelven obesos, etc.

Como se dijo anteriormente la decisión de no vivir es una paradoja ya que le permite a su vez sobrevivir a situaciones intolerables en la infancia pensando constantemente en el alivio de desaparecer pero postergando la ejecución para etapas posteriores de la vida, esto genera creencias disfuncionales a través de las cuales se interpretan eventos vitales traumáticos de un modo acumulativo para confirmar la decisión de muerte. En palabras de Berne esto se llama "juntar cupones" que son emociones que se guardan, el suicidio entonces devendría gratuito cuando una X cantidad de cupones (emociones displacenteras no resueltas) sean alcanzados (Berne, 1972). De todas maneras, el hecho de que los padres den este mandato no implica necesariamente que el niño lo acepte; tomará una decisión de aceptar o no este

mandato; si decide aceptar el mandato de "No vivas" tomará un número de decisiones basadas en ese mandato tal como lo expresan Allen y Allen (2005): "Cuando las cosas se pongan lo suficientemente mal, me mataré, haré que me mates, incluso me desquitaré o vengaré, incluso si eso me matara, te expondré, incluso si eso me mata". Estos ejemplos de decisiones de "No vivir" personalizan el mandato para cada individuo (Allen & Allen, 2005).

En relación con lo anterior, Kertész (2003) explica que siempre existe un variable grado de libertad de decisión entre aceptar o no el mandato "No vivas" pero este grado dependería en parte de la intensidad y malignidad de los mensajes parentales que moldean al infante (Kertész y otros, 2003). Por último, aunque no menos importante, otro un tipo de mandato que tiene un significado similar es "Vive mientras" (mientras o siempre y cuando: te quedas conmigo, no me superes, dependas de mí, seas mi orgullo, me mantengas, estés enfermo, me diviertas, etc.). Este mandato es de carácter condicional y sería característico de padres o sustitutos que sufren o han sufrido carencias que tienen a compensar mediante sus descendientes; el reconocimiento o caricias sociales son dadas en función de comportamientos infantiles que compensen las carencias parentales (Kertész, 2014).

3. CONCLUSIONES

A modo de conclusión, se debe decir en primera instancia que la relación entre estilo de apego, mandatos parentales, guiones de vida y conducta suicida es no menos que intrincada. Sin embargo, existe una continuidad entre el momento que se generan los estilos de apego, se incluyen los mandatos parentales y se decide el guion de vida, teniendo como resultante, entre otras opciones, la conducta suicida.

Los bebés llegan al mundo con un repertorio de conductas de apego, que básicamente buscan asegurar la supervivencia. Estas conductas buscan básicamente mantener la proximidad de otros con el fin de que estos regulen su afecto, les protejan de amenazas físicas y psicológica y que alivien su angustia. Cuando los progenitores pueden cumplir con la demanda de manera consistente y sintonizada los bebés luego son capaces de expresar afecto positivo, persistir en la solución de problemas, competir con pares, tener una mayor resiliencia y curiosidad en explorar el mundo; a fin de cuentas, perciben el mundo como un lugar seguro y comprenden que pueden confiar en otros y explorar.

Cuando la sintonía y los cuidados no ocurre los bebés comienzan a generar representaciones negativas del sí mismos y de los demás y buscan el desarrollo de alternativas secundarias de apego formas ansiosas-ambivalentes o evitativas entre otras; de hecho, la falta de sintonía y los descuidos acumulados representan los dramas primarios a un nivel sub-simbólico /preverbal.

Estos modelos internos de trabajo, que son modelos relacionales sub-simbólicos, están basados en la calidad de la relación entre el infante y sus cuidadores y configuran, en un nivel preverbal,

el protocolo del guion de vida que es el que provee a los infantes el sentido de cuan aceptable o no es ante los ojos de los cuidadores.

Si con el paso del tiempo, cuando el niño es ya capaz de simbolizar, el modelo interno de trabajo es reforzado por comportamientos no verbales (no darle atención, no higienizarlo, no darle alimentos, no cuidarlo de peligros o alentarle a cosas peligrosas) y verbales (no vivas, estaría mejor sin ti, llegaste para arruinar todo, etc.) que van desde la poca atención al claro rechazo (incluso violento) el infante puede tomar la decisión de "No vivir" y comportarse en consecuencia de manera tal que reciba atención, única o preferentemente, cuando se auto agrede o lleve adelante actividades potencialmente peligrosas para sí mismo.

En conclusión, la conducta suicida se expresaría como una manifestación patológica de la conducta de apego reforzada por mandatos parentales de no vivir o de vivir condicional.

4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams, D., Overholser, J., & Spirito, A. (1996). Suicide attempt and stressful life events. *Prevention Researcher, 3*(3), 5-8.
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment in the Strange Situation*. Erlbaum.
- Allbaugh, L., Mack, S., Culmone, H., Hosey, A., Dunn, S., & Kaslow, N. (2018). Relational factors critical in the link between childhood emotional abuse and suicidal ideation. *Psychological Services, 15*(3), 298-304.
- Allen, J., & Allen, B. (2005). *Therapeutic journey: Practice and life*. TA Press.
- Ansenault-Lapierre, G., Kim, C., & Turecki, G. (2004). Psychiatric diagnosis in 3275 suicides: A meta-analysis. *BMC Psychiatry, 4*(37).
- Apter, A., & Wasserman, D. (2006). Adolescent attempted suicide. In A. Apter, *Suicide in children and adolescents*. Cambridge University Press.
- Arend, R., Grove, F., & Sroufe, L. (1979). Continuity of individual adaptations from infancy to kindergarten: A predictive study of ego-resilience and curiosity in preschoolers. *Child Development, 50*, 950-959.
- Barber, M. (1998). Aborted suicide attempts: a new classification of suicidal behavior. *Am J Psychiatry, 155*(3), 385-389.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four category model. *Journal of Personality and Social Psychology, 61*, 226-244.
- Berne, E. (1961). *Transactional analysis in psychotherapy: A systematic individual and social psychiatry*. Grove Press.
- Berne, E. (1972). *What do you say after say hello? The psychology of human destiny*. Grove Press.
- Bertolote, J., & Fleischmann, A. (2002). Suicide and psychiatric diagnosis: A worldwide perspective. *World Psychiatry, 1*, 181-185.

- Bilsen, J. (2018). Suicide and Youth: Risk Factors. *Front. Psychiatry*.
- Boroujerdi, F., Kimiaee, S., Yazdi, S., Safa, & M. (2019). Attachment style and history of childhood abuse in suicide attempter. *Psychiatry Research*, *271*, 1-7.
- Bostwick, J., Pabbati, C., Geske, J., & McKean, A. (2016). Suicide attempt as a risk factor for completed suicide: even more lethal than we knew. *Am J Psychiatry*, *173*, 1094-1100.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss. Vol.2*. Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss. Vol.3*. Basic Books.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss: Vol. 1*. Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: clinica applications of attachment theory*. Routledge.
- Bridge, J., Goldstein, T., & Brent, D. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Chyld Psychol Psychiatr*, *47*, 372-394.
- Bucci, W. (2001). Pathways to emotional communication. *Psychoanalytic Inquiry*, *21*, 40-70.
- Campos, R., Besser, A., & Blatt, S. (2013). Recollection of parental rejection, self-criticims and depression in suicidality. *Archives of Suicide Research*, *17*, 58-74.
- Cohen, L., Ardalan, F., Yaseen, Z., & Galynker, I. (2017). Suicide crisis syndrome mediates the relationship between long-term risk factors and lifetime suicidal phenomena. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *4*, 613-623.
- Cooper, J., Kapur, N., Webb, R., Lawlor, M., Guthrie, E., & Macway-Jones, K. (2005). Suicide and deliberated self-harm: a 4 years cohort study. *Am J Psychiatry*, *173*, 297-303.
- Cozolino, L. (2006). *The neuroscience of human relationships: Attachment and the developing social brain*. Norton.
- de Jong, M. (1992). Attachment, Individuation and Risk of Suicide in Lte Adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, *21*(3).
- DeVille, D., Whalen, D., & Breslin, F. (2020). Prevalence and family related factors associated with suicidal ideation, suicide attempts, and self injury in childrens aged 9 to 10 years. *JAMA Netw Open*, *3*(2).
- Doctors, E. (2007). On utilizing attachment theory and research in self psychological/intersubjetive clinical work. In P. Buirski, & A. Kottler, *New developments in self pscyhology practice* (pp. 23-48). Jason Aronson.
- Durkheim, E. (2011). *El Suicidio*. Fontamara.
- Erskine, R. (2008). Psychotherapy of unconscious experience. *Transactional Analisis Journal*, *38*, 128-138.
- Erskine, R. (2009). Life Scriptions and Attachment Patterns: Theoretical Integration and Therapeutic Involvement. *Transactional Analisis Journal*, *39*(3), 207-218.
- Falgares, G., Marchetti, D., De Santis, S., Carrozzino, D., Kopala-Sibley, D., Fulcheri, M., & Verrocchio, M. (2017). Attachment styles and suicide related behaviors in adolescence: The mediating role of self criticims and dependency. *Frontiers in Psychiatry*, *8*, 1-9.

- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., Target, M., & Gerber, A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 22-31.
- Foster, T., Gillespie, J., McClelland, R., & Patterson, C. (1999). Risk factors for suicide independent of DSM-III-R Axis I disorder. Case-control psychological autopsy study in Northern Ireland. *British Journal of Psychiatry, 175*, 175-179.
- Francis, L. (1984). *Young Und unemplyed*. London: Costello.
- Friedman, R., Corn, R., Aronoff, M., Hurt, S., & Clarkin, J. (1984). The seriously suicidal adolescent: Affective character pathology. In H. Sudak, A. Ford, & N. Rushfort, *Suicide in the Young*. John Wright PSG.
- Glazebrook, K., Townsend, E., & Sayal, K. (2016). Do coping strategies mediate the relationship between parental attachment and self-harm in young people? *Archives of Suicide Research, 0*, 1-14.
- Gould, M. (2001). Suicide and the media. *Ann N Y Acad Sci, 932*, 200-221.
- Gould, M., Fisher, P., Parides, M., Flory, M., & Schaffer, D. (1996). Psychological risk factors of child and adolescent completed suicide. *Arch Gen Psychiatry, 53*, 1155-1162.
- Goulding, M., & Goulding, R. (1979). *Changing live through redecision therapy*. Brunnel/Mazel.
- Goulding, R., & Goulding, M. (1976). Injunctions, Decisions and Redecisions. *Transactional Analysis Journal, 6*(1), 41-48.
- Green, J., Berry, K., Danquah, A., & Pratt, D. (2020). The role of psychological and social factors in the relationship between attachment and suicide: A systematic review. *Clin Psychol Psychoter, 27*(4), 1-26.
- Grunebaum, M., Galfavy, H., Mortenson, L., Burke, A., Oquendo, M., & Mann, J. (2010). Attachment and social adjustment: Relationships to suicide attempt and major depressive episode in a prospective study. *J Affect Disord, 123*(1-3), 123-130.
- Hartman, C., & Narboe, N. (1974). Catastrophic Injunctions. *Transactional Analysis Journal, 4*(2), 10-12.
- Hesse, E. (1999). The adult attachment interview: Historical and current perspectives. In J. Cassidy, & P. Shaveer, *Handbook of attachment: Theory, research, and clinica applications* (pp. 395-433). Guilford Press.
- Heydari, A., Teymoori, A., & Nasiri, H. (2015). The effect of parent and peer attachment on suicidality: The madiation effects of self-control and anomie. *Community ental Health Journal, 51*(3), 359-364.
- Howell, E. (2005). *The dissociative mind*. The Analytc Press.
- Im, Y., Oh, W., & Suk, M. (2017). Risk factors for suicide ideation among adolescents: five-year national data analysys. *Arch Psychiatr Nurs, 31*, 282-286.
- Inskip, H., Harris, E., & Barraclough, B. (1998). Lifetime prevalence risk suicide for affective disorder, alcoholism, and schizophrenia. *Br. J. Psychiatry, 172*, 35-27.

- Isometsä, E., & Lönnqvist, J. (1998). Suicide attempts preceding completed suicide. *Br J Psychiatry, 173*, 531-535.
- Kertész, R., Atalaya, C., & Kertész, A. (2003). *Análisis transaccional integrado*. Editorial de la Universidad de Flores.
- Kertész, R. (2014). La decisión de no vivir se toma en la infancia: valor predictivo y preventivo de su detección. *VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- Kidd, S., & Shahar, G. (2008). Resilience in homeless youth: The key role of self esteem. *American Journal of Orthopsychiatry, 78*(2), 163-172.
- Kobak, R., & Sceery, A. (1988). Attachment in late adolescence: working model, affect regulation, and representation of self and others. *Child Development, 59*, 135-146.
- Korkmaz, S., Keles, D., Kazgan, A., Baykara, S., Gürok, M., Demir, C., & Atmaca, M. (2020). Emotional intelligence and problem-solving skills in individuals who attempted suicide. *J Clin Neuroscience, 74*, 120-123.
- Kosky, R., Silburn, S., & Zubrick, S. (1986). symptomatic depression and suicidal ideation. A comparative study with 628 children. *J Nerv Mental Dis, 174*, 523-528.
- Kreitman, N., & Philip, A. (1969). Parasuicide. *Br J Psychiatry, 115*, 746-747.
- Langhinrichsen-Rohling, J., Thompson, K. S., Finnegan, H., & Misra, T. (2017). Maladaptive schemas mediate poor parental attachment and suicidality in college students. *Death Stud, 41*(6), 337-344.
- Lesage, A., Boyer, R., Grunberg, F., Vanier, C., Morissette, R., Menard-Buteau, C., & Loyer, M. (1994). Suicide and mental disorders: A case control study of young men. *American Journal of Psychiatry, 151*, 1063-1068.
- Levi-Belz, Y., Gvion, Y., Horesh, N., & Apter, A. (2013). Attachment patterns in medically serious suicide attempts: The mediating role of self-disclosure and loneliness. *Suicide Life Threat Behav, 43*(5), 511-522.
- Li, S., Galynker, I., Briggs, J., Duffy, M., Frechette-Hagan, A., Kim, H., & ZS, Y. (2017). Attachment style and suicide behaviors in high-risk psychiatric inpatients following hospital discharge; The mediating role of entrapment. *Psychiatry Res, 257*, 309-314.
- Lizardi, D., Grunebaum, M., Burke, A., Stanley, B., Mann, J., Harkavy-Friedman, J., & Oquendo, M. (2011). The effect of social adjustment and attachment style on suicidal behaviour. *Acta Psychiatr Scand, 124*(4), 295-300.
- Lyons-Ruth, K. (1996). Attachment relationships among children with aggressive behavior problems: The role of disorganized early attachment patterns. *J Consult Clin Psychol, 63*(1), 64-73.
- Main, M. (1995). Recent studies in attachment: Overview selected implications for clinical work. In S. Goldberg, R. Muir, & J. Kerr, *Attachment theory: Social developmental and clinical perspectives* (pp. 407-474). The Analytic Press.

- Main, M. K., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50, 66-104.
- Matas, L., Arend, R., & Sroufe, L. (1978). Continuity and adaptation in the second year: The relationship between quality of attachment and later competence. *Child Develop*, 49, 547-556.
- Mikulincer, M. F., & Tolmatz, R. (1990). Attachment styles and fear of personal death: A case study of affect regulation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 273-280.
- O'Carroll. (1996). Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide Life Threat Behav*, 26(3), 237-235.
- Organización Mundial de la Salud. (2022, Julio 20). <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Özer, Ü., Yildirim, E., & Erkoç, S. (2015). Relationship of suicidal ideation and behavior to attachment style in patients with major depression. *Noro Psikiyatrisi*, 52(3), 283-288.
- Pirkis, J., Mok, K., Robinson, J., & Nordentoft, M. (2016). Media influences on suicidal thoughts and behaviors. In R. O'Connor, & J. Pirkis, *International Handbook of Suicide Prevention* (pp. 745-758). John Wiley & Sons Ltd.
- Pollock, L., & Williams, J. (2004). Problem solving in suicide attempts. *Psychological Medicine*, 34(1), 163-167.
- Portzky, G., Audenaert, K., & van Heeringen, K. (2005). Suicide among adolescents. A psychological autopsy study of psychiatric, psychosocial and personality related risk factors. *Soc Psychiatry Epidemiol*, 40, 922-930.
- Rickelman, B., Houfek, & F. (1995). Toward an interactional model of suicidal behaviors: cognitive rigidity, attributional style, stress, hopelessness, and depression. *Archives of Psychiatry Nursing*, 9(3), 158-168.
- Rosenberg, M. (1988). Operational criteria for the determination of Suicide. *J Forensic Sci*, 33(6), 1445-1456.
- Schaffer, H., & Emerson, P. (1964). The development of social attachment in infancy. *Monogr Soc Res Child Dev*, 29, 1-77.
- Schore, A. (2002). Advances in neuropsychoanalysis, attachment theory, and trauma research: implications for self-psychology. *Psychoanalytic Inquiry*, 22, 433-484.
- Sheftall, A., Schoppe-Sullivan, S., & Bridge, J. (2014). Insecure Attachment and Suicidal Behavior in Adolescent. *Crisis*, 35(6), 426-430.
- Soole, R., Kölves, K., & De Leo, D. (2015). Suicide in children: a systematic review. *Arch Suicide Res*, 19, 285-304.
- Stepp, S., Morse, J., Yaggi, K., Reynolds, S., Reed, L., & Pilkonis, P. (2008). The role of attachment styles and interpersonal problems in suicide-related behaviors. *Suicide Life Threat Behav*, 38(5), 592-607.
- Strang, S., & Orlofsky, J. (1990). Factors underlying suicidal ideation among college students: A test of Teicher and Jacob's model. *Journal of Adolescence*, 13(1), 39-52.

- Tasca, G., Balfour, L., Ritchie, K., & Bissada, H. (2007). The relationship between attachment scales and group therapy alliance growth differs by treatment type for women with binge-eating disorder. *Group Dynamics: Theory, Research and Practice, 11*, 1-14.
- Valikhani, A., Sarafraz, M., & Moghimi, P. (2018). Examining the role of attachment styles and self-control in suicide ideation and death anxiety for patients receiving chemotherapy in Iran. *Psycho-Oncology, 27*(3), 1057-1060.
- Van Heeringen, K. (2001). The suicide process and related concepts. In K. van Heeringen, *Understanding Suicidal Behaviour* (pp. 136-159). John Wiley & Sons Ltd.
- Venta, A., Mellick, W., Schatte, D., & Sharp, C. (2014). Preliminary evidence that thoughts of thwarted belongingness mediate the relations between level of attachment insecurity and depression and suicide-related thoughts in inpatient adolescents. *Journal of Social and Clinical Psychology, 33*(5), 428-447.
- Waters, E., Wippman, J., & Sroufe, L. (1979). Attachment, positive affect, and competence in the peer group: Two studies of construct validation. *Child Develop, 50*, 821-829.
- Webart Tórnbom, A., Sorjonen, K., Runeson, B., & Rydellius, P. (2021). Life Events and Coping Strategies Among Young People Who Died by Suicide or Sudden Violent Death. *Frontiers in Psychiatry, 12*.