

INTERVENÇÃO PELA TERAPIA DE REPROCESSAMENTO GENERATIVO NA IDEAÇÃO SUICIDA INFANTIL ASSOCIADA A *BULLYING* E ABUSO SEXUAL

Ana Cristina da Silva¹, Charles Dias de Santana², Jair Soares dos Santos² e Juliana Bezerra
Lima-Verde²

¹Terapeuta TRG independente

²Instituto Brasileiro de Formação de Terapeutas

Email para correspondência: cristinaeeverton19@gmail.com

RESUMO

O suicídio infantil representa grave problema de saúde pública, frequentemente associado a fatores como bullying e abuso sexual. Este estudo de caso descreve a aplicação da Terapia de Reprocessamento Generativo (TRG) no tratamento de criança de 9 anos com ideação suicida, comportamentos autolesivos e heteroagressivos decorrentes de bullying escolar e abuso sexual perpetrado por colega. O paciente apresentava diagnósticos prévios de TDAH, TOD, dislexia e transtorno de ansiedade, em uso de metilfenidato e fluoxetina, com histórico de duas tentativas de suicídio e agressões físicas à genitora. O processo terapêutico estruturou-se nos cinco protocolos da TRG adaptados mediante recursos lúdicos, utilizando-se metáfora de baú com canetas coloridas representando traumas a serem reprocessados e Escala de Intensidade Emocional para mensuração do progresso. Em oito sessões, observou-se remissão completa da ideação suicida e comportamentos autolesivos, desmame medicamentoso supervisionado, melhora nas relações familiares e desempenho acadêmico. Os resultados evidenciam a efetividade da TRG adaptada no tratamento de traumas complexos infantis, constituindo o primeiro caso clínico publicado desta abordagem em população pediátrica. Ressalta-se a necessidade de estudos adicionais para validação sistemática da efetividade da TRG em crianças com ideação suicida.

Palavras-chave: suicídio infantil; bullying; abuso sexual; reprocessamento; generativo.

I. INTRODUÇÃO

O suicídio representa um grave problema de saúde pública que atinge todas as faixas etárias e é ocasionado por aspectos psicológicos, sociais, econômicos, biológicos e culturais (Kölves & De Leo, 2016;2017). Na infância, apesar de apresentar estatísticas baixas no mundo quando comparadas a outras faixas etárias, esse número tem aumentado e chama atenção por ser um evento trágico que rompe com o paradigma de sonhos e alegrias que deveriam fazer parte da vida dessas crianças, além de acarretar problemas na economia do país, vista a redução de futuros adultos jovens economicamente ativos (Weller et al., 2001).

Estudo epidemiológico conduzido em 101 países, no período entre 2000 e 2009, constatou que 14,7% dos suicídios ocorreram em crianças na faixa etária entre 10 e 14 anos, dos quais 74% morreram por enforcamento e 13% por arma de fogo (Kölves & De Leo, 2015). No Brasil, o Ministério da Saúde mostra que, de 2002 a 2012, o número de suicídios entre crianças e adolescentes de 10 a 14 anos aumentou 40%. As prevalências de suicídio em crianças e adolescentes no Brasil evoluíram, entre os anos 2000 e 2010, de 0,9 a 1,1 por 100.000 crianças e adolescentes, situando o país na 60ª posição de um total de 98 analisados (UNICEF, 2011). Nesse cenário, existem limitações e desafios na prevalência de suicídio em crianças: subnotificação das mortes por suicídio devido à dificuldade ou erro em classificá-las como tais ou registrá-las como acidentais ou por causas indeterminadas, a junção das estatísticas de suicídio na faixa etária de 10 a 19 anos, que compreende períodos de desenvolvimento e de acontecimentos distintos e o tabu em torno do suicídio, em que se acredita na crença de que a criança, devido à sua imaturidade cognitiva, não se envolve em atos suicidas (Pfeffer, 1997; Dervic et al., 2008).

Pesquisas sugerem que a limitada aptidão das crianças e pré-adolescentes para a resolução de problemas pode aumentar o risco de suicídio devido à falta de estratégias adaptativas em situações de estresse. A ideação suicida ocorre com mais frequência na idade escolar e na adolescência, porém as tentativas são mais raras em crianças devido à dificuldade de encontrar meios letais para executar o ato e por terem ainda uma imaturidade cognitiva. No entanto, com o aumento da idade, o desejo de morte pode crescer, acarretando maiores chances de ocorrer o suicídio na adolescência. Dentre os

motivos que podem causar o suicídio em crianças encontram-se: discussão com os pais, problemas escolares como *bullying*, abuso sexual, perdas de entes queridos e mudanças significativas na família (Weller et al., 2001; Barrio, 2007).

Na infância e adolescência, as pessoas se deparam com inúmeras situações positivas e negativas no contexto escolar que, na maioria das vezes, são lembranças que perduram uma vida toda. É nessas fases que as crianças adquirem experiências que auxiliarão na construção de sua personalidade, ocorrendo a interação com o outro, a iniciação de grupos e a construção de vínculos de amizades. No entanto, também podem ocorrer comportamentos como o *bullying* que fazem com que a criança fique estressada, com autoestima baixa e com problemas na sua autoimagem (Amorim, 2023).

A etimologia do vocábulo *bullying* remonta suas origens contemporâneas ao século XIX, como derivado do termo *bully*, significando pessoa que usa força ou influência para intimidar alguém mais fraco, tendo como sinônimos os vocábulos: intimidador, tirano, opressor, perseguidor, entre outros (Machado-Junior, 2016). A partir da reflexão de Alencar (2018), é possível destacar características essenciais para classificação de práticas de violência como *bullying*: é necessário que haja uma conduta reincidente por parte do agressor(es) em relação à vítima(s), violenta e desproporcional, orientada por uma relação de desigualdade que pode se dar pela diferença de idade, por compleição física, desenvolvimento emocional e pelo maior apoio de outras pessoas envolvidos no episódio. Quando há violência física ou psicológica, a Lei nº 13.185/2015 no Brasil oferece um rol de ações que podem ser caracterizadas como *bullying*, tais como atos de intimidação, humilhação, discriminação, ataques físicos e insultos pessoais.

Em relação ao espaço físico onde podem ocorrer os atos de *bullying*, o ambiente mais preocupante é o escolar, uma vez que as crianças e os adolescentes ainda não possuem a personalidade formada, não possuindo amadurecimento suficiente para lidarem com as consequências do *bullying* (Pereira, 2009). O autor esclarece, com base no seu referencial teórico, que as vítimas de *bullying* podem apresentar comportamentos mentais obsessivos relacionados a fracasso, abandono, inadequação social e incapacidade de lidar com situações conflituosas, e que, como consequência, as ações das vítimas podem variar nos extremos entre o suicídio e a vingança. Daud (2018) aborda a questão do suicídio como um fenômeno diretamente relacionado à prática de

Silva, A.C.; Santana, C.D.; Santos, J.S.; Lima-Verde, J.B. (2025). Intervenção pela Terapia de Reprocessamento Generativo na Ideação Suicida Infantil Associada a Bullying e Abuso Sexual. Mentalis, 2(5), 117-151, 2025.

bullying, uma vez que a vítima pode não suportar a situação na qual está submetida e tirar a própria vida.

O perfil da criança vítima de *bullying* segue um padrão: as vítimas possuem um comportamento social inibido, passivo ou submisso, demonstrando vulnerabilidade, vergonha, medo e uma autoestima muito baixa. As consequências que a baixa autoestima seguida de *bullying* pode produzir são imensuráveis. Os alunos que sofrem de baixa autoestima e que constantemente sofrem *bullying* dentro da escola podem manifestar comportamentos inesperados como agir com violência para consigo mesmo e para com os outros. As vítimas do *bullying* procuram no suicídio uma forma de se livrar da sua dor e, com isso, utilizam meios como mutilar o próprio corpo ou utilizar formas mais letais como morte por enforcamento, uso de armas de fogo, uso abusivo de medicamentos, dentre outros meios que levam à morte (Middelton-Moz & Zawadski, 2007).

Somado ao *bullying*, o abuso sexual na infância representa outro fator traumático de extrema gravidade que pode contribuir para a ideação suicida e comportamentos autolesivos em crianças. A exposição a situações de violência sexual, especialmente quando perpetradas por pessoas próximas ou no ambiente escolar, potencializa os danos psicológicos e pode levar a quadros de estresse pós-traumático, dissociação, vergonha, culpa e profundo sofrimento emocional. A combinação de *bullying* e abuso sexual configura um cenário de múltiplas vitimizações que amplifica significativamente o risco de desfechos trágicos, exigindo intervenções terapêuticas especializadas e sensíveis à complexidade traumática vivenciada pela criança (Silva & Dullius, 2023).

Diante deste cenário, a Terapia de Reprocessamento Generativo (TRG) emerge como uma abordagem terapêutica promissora para o tratamento de traumas complexos na infância, incluindo aqueles decorrentes de *bullying* e abuso sexual (Santos & Lima-Verde, 2023a,b). A TRG utiliza protocolos específicos de evocação e reprocessamento de memórias traumáticas, possibilitando que crianças e adolescentes enfrentem suas experiências dolorosas e desenvolvam recursos emocionais adaptativos. Através de seus cinco protocolos (cronológico, somático, temático, futuro e potencialização), a TRG oferece um caminho estruturado para o processamento de eventos traumáticos, favorecendo a redução de sintomas de estresse pós-traumático, ideação suicida e comportamentos autolesivos. Em crianças, os protocolos da TRG são adaptados consoante a realidade de cada uma, favorecendo a conexão entre terapeuta e paciente

Silva, A.C.; Santana, C.D.; Santos, J.S.; Lima-Verde, J.B. (2025). *Intervenção pela Terapia de Reprocessamento Generativo na Ideação Suicida Infantil Associada a Bullying e Abuso Sexual. Mentalis, 2(5), 117-151, 2025.*

e o reprocessamento moldado a cada situação (Santos & Lima-Verde, 2024; Oliveira et al., 2024).

O objetivo deste relato de caso é apresentar a aplicação da TRG no tratamento de uma criança que desenvolveu pensamentos suicidas e comportamentos autolesivos após vivenciar *bullying* e abuso sexual no ambiente escolar, demonstrando a eficácia desta abordagem terapêutica no reprocessamento de traumas complexos na infância e na promoção de recursos psicológicos para enfrentamento de situações adversas.

II. METODOLOGIA

1. DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de caso clínico descritivo de abordagem predominantemente qualitativa, que tem como objetivo analisar o processo terapêutico de uma criança com histórico de tentativas de suicídio utilizando a TRG.

2. PARTICIPANTE

O participante do estudo é uma criança do sexo masculino, nove anos de idade, encaminhada para atendimento com TRG com histórico de comportamentos autolesivos, agressividade e duas tentativas de suicídio.

3. HISTÓRICO CLÍNICO

A criança apresentou os primeiros sintomas aos quatro anos de idade, caracterizados por quadro de agitação psicomotora. O histórico clínico inclui:

- **Diagnósticos prévios:** Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), Transtorno Opositor Desafiador (TOD), Dislexia e Transtorno de Ansiedade.
- **Terapêutica farmacológica:** cloridrato de metilfenidato e cloridrato de fluoxetina.
- **Comportamentos de risco:** duas tentativas de suicídio (com faca e corda no pescoço), manipulação de objetos perigosos durante brincadeiras.
- **Heteroagressividade:** episódios de agressão física à mãe (incluindo tentativa de estrangulamento e ameaça com faca), comportamento destrutivo em casa quando contrariado.
- **Traumas documentados:** *bullying* escolar, abuso sexual perpetrado por outra criança no ambiente escolar e rejeição paterna.

Silva, A.C.; Santana, C.D.; Santos, J.S.; Lima-Verde, J.B. (2025). *Intervenção pela Terapia de Reprocessamento Gerativo na Ideação Suicida Infantil Associada a Bullying e Abuso Sexual*. *Mentalis*, 2(5), 117-151, 2025.

- **Dinâmica familiar:** rejeição paterna verbalizada (pai expressou preferência pela filha do segundo casamento), desejo expresso pela criança de pertencer ao sexo feminino como estratégia para obter melhor tratamento familiar.
- **Sintomas fóbicos:** medo de avião e de quedas de altura.
- **Processos emocionais:** raiva intensa direcionada às figuras paterna e materna.

4. ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi conduzido em conformidade com os princípios éticos estabelecidos pela Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Os responsáveis legais pela criança foram informados sobre os objetivos do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A criança foi consultada sobre sua participação através de Termo de Assentimento adequado à sua faixa etária. Todos os dados foram tratados com sigilo absoluto, garantindo-se o anonimato do participante.

5. COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados através de:

- **Anamnese detalhada:** com a responsável legal.
- **Sessões de atendimento em saúde mental:** utilizando unicamente a TRG como abordagem terapêutica.
- **Registros clínicos das sessões:** incluindo observações comportamentais, relatos verbais e respostas aos protocolos aplicados.
- **Acompanhamento longitudinal do caso:** ao longo dos meses subsequentes.

6. PROCESSO TERAPÊUTICO

O atendimento foi estruturado com base nos cinco protocolos fundamentais da TRG, os quais foram adaptados às especificidades desenvolvimentais e à faixa etária do paciente mediante a utilização de recursos lúdicos e linguagem adequada ao universo infantil. As modificações metodológicas implementadas preservaram os objetivos terapêuticos de cada protocolo, conforme descrito por Pereira et al. (2023):

- **Protocolo Cronológico:** procedeu-se ao reprocessamento de memórias traumáticas seguindo ordenação temporal, com emprego de técnicas lúdicas de narrativa e representação simbólica por meio de desenhos, brinquedos e jogos que facilitassem a evocação e a representação dos eventos vivenciados.

Silva, A.C.; Santana, C.D.; Santos, J.S.; Lima-Verde, J.B. (2025). Intervenção pela Terapia de Reprocessamento Generativo na Ideação Suicida Infantil Associada a Bullying e Abuso Sexual. Mentalis, 2(5), 117-151, 2025.

- **Protocolo Somático:** realizou-se o trabalho com sensações corporais e manifestações psicossomáticas por intermédio de atividades que promovessem a consciência corporal adaptada à criança, incluindo técnicas expressivas e exercícios de identificação de sensações físicas vinculadas às experiências traumáticas.
- **Protocolo Temático:** efetivou-se a abordagem de temas específicos (rejeição paterna, abuso sexual, violência contra a mãe e traumas escolares) mediante estratégias lúdicas que possibilitassem a elaboração simbólica dos conteúdos traumáticos, respeitando o repertório cognitivo e emocional da criança.
- **Protocolo Futuro:** conduziu-se a projeção de expectativas e a construção de perspectivas adaptativas através de técnicas imaginativas e recursos criativos que permitissem ao paciente vislumbrar possibilidades futuras e desenvolver narrativas alternativas para sua trajetória de vida.
- **Protocolo de Potencialização:** implementou-se o fortalecimento de recursos internos e competências emocionais por meio de atividades lúdicas focadas no reconhecimento e desenvolvimento de habilidades adaptativas, promovendo o empoderamento infantil e a construção de autoeficácia.

7. INSTRUMENTOS

Para avaliação do processo terapêutico, foi utilizada a Escala de Intensidade Emocional (EIE), adaptada para a faixa etária infantil. A cada sessão e a cada tema abordado, a criança foi solicitada a atribuir uma nota de 0 a 10 para o desconforto emocional e físico experienciado ao pensar no trauma específico trabalhado, sendo 0 a ausência total de desconforto e 10 o pior desconforto possível. Esta escala permitiu:

- **Mensuração do nível de perturbação:** associado a cada memória traumática antes do reprocessamento.
- **Acompanhamento da evolução terapêutica:** através da comparação das pontuações ao longo das sessões.
- **Identificação de memórias-alvo prioritárias:** demandavam intervenção imediata.
- **Avaliação da efetividade dos protocolos da TRG:** na redução do sofrimento psíquico.

A aplicação da EIE foi realizada de forma lúdica e adaptada à capacidade de compreensão da criança, utilizando-se recursos visuais quando necessário para facilitar a expressão numérica do desconforto experienciado.

8. RECURSO LÚDICO DE ACOMPANHAMENTO

Como estratégia de visualização concreta do progresso terapêutico, foi utilizado um baú contendo canetas coloridas, cada uma representando simbolicamente um trauma a ser reprocessado. A cada trauma efetivamente reprocessado e com ausência do desconforto (EIE igual a 0), uma caneta era removida do baú pela criança. Este recurso teve como objetivos:

- **Tangibilizar o processo terapêutico:** tornando visível e concreto o progresso alcançado.
- **Aumentar a motivação e engajamento:** relação da criança no tratamento através da visualização das conquistas.
- **Proporcionar senso de controle e autonomia:** permitindo que a criança participasse ativamente do registro de sua própria evolução.
- **Estabelecer meta terapêutica clara:** o esvaziamento completo do baú como representação simbólica da resolução dos traumas.
- **Criar ritual de encerramento para cada memória reprocessada:** marcando simbolicamente a superação de cada experiência dolorosa.

A aplicação da EIE foi realizada de forma lúdica e adaptada à capacidade de compreensão da criança, garantindo que a mensuração do desconforto fosse acessível e significativa para sua faixa etária.

9. ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados de forma qualitativa através dos registros clínicos das sessões, observando-se a evolução dos sintomas comportamentais, o processo de reprocessamento das memórias traumáticas e as mudanças nos padrões emocionais e relacionais da criança ao longo do tratamento.

As pontuações da EIE foram organizadas de forma descritiva, comparando-se os valores iniciais e finais de desconforto para cada trauma reprocessado, permitindo visualizar a efetividade dos protocolos da TRG na redução do sofrimento psíquico. Os dados coletados foram submetidos a análise qualitativa de conteúdo temático, seguindo as etapas propostas por Bardin (2016), complementada por análise quantitativa descritiva das pontuações da EIE. Os registros clínicos das sessões foram organizados e categorizados segundo os seguintes eixos temáticos:

- **Evolução dos sintomas comportamentais:** heteroagressividade, comportamentos autodestrutivos, manejo da frustração.
- **Processos de reprocessamento traumático:** narrativas, reprocessamentos, mudanças no discurso sobre os eventos.
- **Dinâmica relacional:** vínculo terapêutico, relação com figuras parentais, interações sociais.
- **Construção identitária:** questões de gênero, autoconceito, autoimagem.
- **Recursos adaptativos:** estratégias de enfrentamento, regulação emocional, comportamentos pró-sociais.

A análise qualitativa buscou identificar padrões de resposta aos protocolos da TRG, mecanismos de mudança terapêutica e marcos significativos no processo de recuperação. No tocante à análise quantitativa, as pontuações da EIE tiveram como objetivo a identificação de traumas com maior resistência ao reprocessamento (que demandaram maior número de sessões) e a extinção gradativa dos mesmos. A análise integrada dos dados qualitativos e quantitativos permitiu uma compreensão abrangente da efetividade da TRG no tratamento do caso, considerando tanto a redução mensurável do sofrimento psíquico quanto as transformações subjetivas e comportamentais observadas no participante.

III. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos serão apresentados de forma sequencial, sessão a sessão, a fim de proporcionar melhor compreensão da evolução do quadro clínico, da efetividade das intervenções terapêuticas implementadas e da progressão do paciente ao longo do processo de reprocessamento das memórias traumáticas.

- **Primeira sessão:** realizou-se psicoeducação sobre o processo terapêutico, seguida de entrevista individual com a genitora para coleta de dados anamnésicos e compreensão do histórico desenvolvimental do paciente. Posteriormente, conduziu-se um momento em conjunto para estabelecimento de contrato terapêutico e acordos de confidencialidade. No atendimento individual nesta mesma sessão, o paciente apresentou comportamento caracterizado por timidez e inquietação psicomotora, demonstrando inibição comunicativa na presença materna no momento anterior a este.

- **Segunda sessão:** introduziu-se recurso metafórico representado por um baú contendo canetas coloridas, simbolizando o peso emocional das experiências traumáticas vivenciadas pelo paciente, onde cada caneta representava um evento traumático específico. Procedeu-se ao ensino da técnica de respiração diafragmática como estratégia de autorregulação emocional. Iniciou-se a aplicação do Protocolo Cronológico mediante evocação de memórias traumáticas, utilizando-se a EIE. O paciente reportou progressiva redução da carga emocional negativa até atingir nível zero de perturbação, momento em que foi simbolicamente retirada uma caneta do baú. Empregou-se também o cantar de músicas como recurso de conexão terapêutica e reforço positivo. Observou-se que o paciente apresentava conteúdos imaginativos de caráter irreal, os quais foram trabalhados terapeuticamente por representarem manifestações subjacentes de ansiedade e medo que requeriam elaboração.
 - **Terceira sessão:** diante de dificuldades na aplicação do Protocolo Cronológico, possivelmente relacionadas à imprecisão na recordação temporal dos eventos, optou-se pela transição para o Protocolo Temático. Utilizaram-se temas identificados pela genitora e validados pelo paciente, resultando no reprocessamento bem-sucedido de cinco situações traumáticas distintas, todas alcançando nível zero de perturbação emocional (EIE). Manteve-se o uso do recurso metafórico do baú. Neste momento do processo terapêutico, a genitora relatou satisfação significativa com as mudanças comportamentais observadas no filho, incluindo redução de condutas agressivas e aumento de comportamentos pró-sociais e colaborativos no ambiente doméstico. O paciente relatou não sentir mais desejo de autolesão e suicídio.
 - **Quarta sessão:** prosseguiu-se com a aplicação do Protocolo Temático, alcançando-se nível zero de perturbação emocional (EIE) em um tema adicional não abordado previamente. Dado o progresso terapêutico evidenciado, autorizou-se reforço positivo mediante pequena recompensa concedida pela genitora.
 - **Quinta sessão:** manteve-se a utilização do Protocolo Temático, obtendo-se sucesso no reprocessamento de quatro temas distintos, todos atingindo nível zero de perturbação (EIE). O paciente verbalizou percepção subjetiva de redução de sentimentos hostis (ódio e raiva) e expressou vivência de proteção e amparo espiritual.
 - **Sexta, sétima e oitava sessões:** realizou-se revisão sistemática de todos os conteúdos traumáticos previamente trabalhados para consolidação do reprocessamento. O paciente demonstrou manutenção dos ganhos terapêuticos, relatando estado subjetivo de bem-estar emocional. A genitora reportou mudanças comportamentais substanciais, incluindo desmame medicamentoso supervisionado de
- Silva, A.C.; Santana, C.D.; Santos, J.S.; Lima-Verde, J.B. (2025). Intervenção pela Terapia de Reprocessamento Gerativo na Ideação Suicida Infantil Associada a Bullying e Abuso Sexual. Mentalis, 2(5), 117-151, 2025.*

cloridrato de metilfenidato e cloridrato de fluoxetina. Observou-se remissão significativa de sintomas ansiosos, estabelecimento de padrões relacionais adaptativos no contexto familiar (redução de agressividade, aumento de expressões afetivas e cooperação), além de melhora sensível no desempenho acadêmico.

Os resultados obtidos corroboram a literatura científica que identifica esses fatores como importantes precipitantes do comportamento suicida na infância, conforme documentado por diversos autores que apontam o bullying como uma das principais causas de morte por suicídio entre crianças e adolescentes (Kuczynski, 2014).

A gravidade do quadro inicial apresentado pelo paciente reflete os dados epidemiológicos alarmantes sobre suicídio infantil. Segundo a OMS (2025), o suicídio está classificado entre as três principais causas de morte no mundo, com crescente ocorrência entre crianças e adolescentes. Braga e Dell'aglio (2013) constataram que, entre indivíduos de 10 a 24 anos, constitui a segunda principal causa de morte, o que levou a OMS a considerar o suicídio como problema de saúde pública mundial. O caso aqui apresentado exemplifica essa realidade preocupante, especialmente considerando que já existem registros de óbitos por suicídio a partir dos cinco anos de idade (Osmarin, 2015).

A multiplicidade de fatores de risco identificados no paciente - *bullying* escolar, abuso sexual perpetrado por colega, conflitos familiares relacionados à rejeição paterna e questões de identidade de gênero - alinha-se à compreensão do suicídio como fenômeno multifatorial. Hawton et al. (2012) destacam que os fatores de risco em crianças e adolescentes incluem aspectos sociodemográficos, educacionais, eventos negativos da vida, condições ambientais e relações familiares adversas. Complementarmente, Shain (2016) pontua questões como isolamento, orientação sexual, histórico de violência, abuso físico ou sexual e *bullying*. Como salientam Mansur-Alves (2021), responsabilizar apenas um fator de risco não parece adequado, uma vez que o fenômeno deve ser compreendido considerando-se concomitantemente as diversas características biológicas, sociais e psicológicas.

Particularmente relevante no caso apresentado é a questão do *bullying* escolar, identificado como fator precipitante significativo. O *bullying*, definido como uso de força ou coerção para afetar negativamente aos demais, envolvendo desequilíbrio de poder e atos danosos voluntários e repetitivos (Kuczynski, 2014), mostrou-se devastador para

o paciente. Estudos de coorte encontraram associação significativa entre *bullying* e comportamento suicida, demonstrando que vítimas de intimidação apresentam maior susceptibilidade a impacto na saúde mental, baixa autoestima, isolamento social e sintomas depressivos. Na Noruega, 29% das crianças que morreram por suicídio haviam sido vítimas de bullying (Klomek et al., 2009), evidenciando a gravidade deste fenômeno.

O abuso sexual vivenciado pelo paciente constitui outro fator de risco de extrema gravidade. A presença de abuso físico, sexual e emocional esteve fortemente associada ao maior risco de suicídio na infância (Freuchen & Grøholt, 2015). Particularmente preocupante é o achado de Bruffaerts et al. (2010) em 21 países, que encontraram que as adversidades na infância estiveram mais associadas com a tentativa de suicídio nessa fase da vida do que na adolescência. Crianças entre 4 e 13 anos que sofreram abuso sexual tiveram 10 vezes mais chance de tentar o suicídio; esse risco diminuiu para 6 vezes em adolescentes entre 14 e 19 anos. Pfeiffer (1997) descreve que a exposição a situações estressantes na infância pode ampliar o sentimento de desesperança, implicando na percepção de que essas circunstâncias possuem pouca probabilidade de resolução. A presença de violência evidencia o ambiente hostil e as adversidades a que as crianças foram expostas, fazendo-as se sentirem um fardo e resultando em intenso sofrimento psíquico.

A manifestação inicial do paciente, caracterizada por timidez, inquietação psicomotora, dificuldades de comunicação e comportamentos agressivos, reflete os sinais de alerta para transtornos depressivos na infância. Segundo a American Psychiatric Association (2014), em crianças escolares, esse transtorno pode se manifestar por meio de ansiedade, irritabilidade, alterações no sono e no apetite, prazer diminuído nas atividades anteriormente apreciadas, problemas escolares, de aprendizagem e comportamento, como isolamento ou agitação. A prescrição medicamentosa inicial de metilfenidato e fluoxetina sugere a presença concomitante de sintomatologia compatível com TDAH e transtorno depressivo, quadro frequentemente associado ao risco suicida. Metade das crianças que cometeram suicídio tinha diagnóstico de TDAH e um terço apresentou depressão (Loh et al., 2012; Freuchen & Grøholt, 2015)

A adaptação metodológica da TRG mediante utilização de recursos lúdicos mostrou-se fundamental para o sucesso terapêutico. A introdução do baú com canetas
Silva, A.C.; Santana, C.D.; Santos, J.S.; Lima-Verde, J.B. (2025). Intervenção pela Terapia de Reprocessamento Gerativo na Ideação Suicida Infantil Associada a Bullying e Abuso Sexual. Mentalis, 2(5), 117-151, 2025.

coloridas como metáfora das experiências traumáticas representou estratégia eficaz de concretização simbólica adequada ao desenvolvimento cognitivo infantil, facilitando o processo de evocação e reprocessamento das memórias. Essa adaptação respeita a compreensão de que o desenvolvimento cognitivo da criança não deve ser subestimado, embora as crianças demonstrem ter dificuldade em julgar e gerir circunstâncias estressantes devido à imaturidade do córtex anterior e posterior (Dervic et al., 2008). A impulsividade, característica acentuada nessa faixa etária e intimamente relacionada ao risco de tentativas de suicídio (Sousa et al., 2017), pôde ser manejada através das técnicas de autorregulação emocional, como a respiração diafragmática.

Os resultados terapêuticos obtidos em apenas oito sessões demonstram a efetividade da TRG no tratamento de traumas complexos na infância. A progressão evidenciada - desde a primeira sessão caracterizada por timidez e agitação até as sessões finais com relatos de bem-estar, ausência de sentimentos hostis e desmame medicamentoso supervisionado - corrobora a capacidade da TRG de promover reprocessamento efetivo das memórias traumáticas (Santos & Lima-Verde, 2023a,b). A remissão sintomatológica observada incluiu não apenas a ausência de ideação suicida e comportamentos autolesivos, mas também melhora nas relações familiares, redução de agressividade, aumento de expressões afetivas e cooperação, além de melhora no desempenho acadêmico.

A importância do contexto familiar no caso apresentado merece destaque particular. Estudos mostraram a associação existente entre risco de suicídio e ausência de diálogo entre os pais, sobretudo a ausência de comunicação da mãe (Séguin et al., 2011). As crianças que morrem por suicídio encontravam-se sozinhas, isoladas e desamparadas (Windfuhr, 2008). A ausência ou as barreiras para uma comunicação efetiva entre os pais e as crianças reflete que o comportamento suicida das crianças permanece silencioso. Estudos oriundos de autópsias psicológicas reportaram intensos conflitos familiares em um contexto de transição de lar e de cuidados entre os pais, assim como a mudança, a suspensão ou os problemas escolares (Freuchen et al, 2012; Soole & Kolves, 2015).

A transição do Protocolo Cronológico para o Protocolo Temático ilustra a flexibilidade necessária no tratamento de crianças, considerando suas limitações na precisão temporal das memórias. Essa adaptação metodológica preservou a efetividade terapêutica, como evidenciado pelo reprocessamento bem-sucedido de múltiplas

Silva, A.C.; Santana, C.D.; Santos, J.S.; Lima-Verde, J.B. (2025). Intervenção pela Terapia de Reprocessamento Generativo na Ideação Suicida Infantil Associada a Bullying e Abuso Sexual. Mentalis, 2(5), 117-151, 2025.

situações traumáticas (Oliveira et al., 2024). O uso concomitante de músicas infantis como recurso de conexão terapêutica e reforço positivo contribuiu para o estabelecimento de vínculo terapêutico sólido, elemento essencial para o sucesso do tratamento.

As mudanças comportamentais relatadas pela genitora - redução de condutas agressivas, aumento de comportamentos pró-sociais, colaboração doméstica e expressões afetivas - indicam generalização dos ganhos terapêuticos para além do setting clínico. A manutenção desses ganhos nas sessões de revisão sistemática (sexta, sétima e oitava sessões) sugere consolidação efetiva do reprocessamento, aspecto fundamental para prevenção de recaídas. Houve predominância que variou de 48 a 90% dos casos de mortes por suicídio na infância por enforcamento (Dervic et al., 2006; Kólves & De Leo, 2015; Soole et al., 2015), o que ressalta a urgência de intervenções terapêuticas efetivas como a TRG.

IV. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo de caso demonstra a efetividade da TRG adaptada mediante recursos lúdicos no tratamento de ideação suicida e comportamentos autolesivos em criança vítima de *bullying* e abuso sexual. Os resultados evidenciam que a TRG, quando adequadamente adaptada às especificidades desenvolvimentais da faixa etária infantil, constitui abordagem terapêutica promissora para traumas complexos, promovendo reprocessamento efetivo de memórias traumáticas, remissão sintomatológica significativa e restauração do funcionamento adaptativo em curto período de tempo.

Os achados deste caso contribuem para a literatura sobre intervenções terapêuticas em saúde mental infantil, particularmente no manejo de situações de alto risco como ideação suicida decorrente de traumas complexos. Cabe destacar que este constitui o primeiro caso clínico publicado de aplicação da TRG em população infantil, o que representa simultaneamente uma contribuição pioneira e uma limitação metodológica significativa. A ausência de estudos prévios com crianças impede comparações diretas e generalizações dos resultados. Ressalta-se, portanto, a necessidade de estudos adicionais com amostras mais amplas e delineamentos metodológicos robustos para validação sistemática da efetividade da TRG adaptada no

tratamento de crianças com ideação suicida, bem como investigações sobre fatores preditores de resposta terapêutica e manutenção de ganhos em longo prazo.

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declararam não haver conflito de interesse.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Instituto Brasileiro de Formação de Terapeutas (IBFT) pela possibilidade de realizar este projeto.

INTERVENCIÓN MEDIANTE TERAPIA DE REPROCESAMIENTO GENERATIVO EN LA IDEACIÓN SUICIDA INFANTIL ASOCIADA A BULLYING Y ABUSO SEXUAL

Silva, A.C.; Santana, C.D.; Santos, J.S.; Lima-Verde, J.B. (2025). Intervenção pela Terapia de Reprocessamento Generativo na Ideação Suicida Infantil Associada a Bullying e Abuso Sexual. Mentalis, 2(5), 117-151, 2025.

Ana Cristina da Silva¹, Charles Dias de Santana², Jair Soares dos Santos² e Juliana Bezerra Lima-Verde²

¹Terapeuta TRG independente

²Instituto Brasileiro de Formação de Terapeutas

Correo electrónico para correspondencia: cristinaeeverton19@gmail.com

RESUMEN

El suicidio infantil representa un grave problema de salud pública, frecuentemente asociado a factores como el bullying y el abuso sexual. Este estudio de caso describe la aplicación de la Terapia de Reprocesamiento Generativo (TRG) en el tratamiento de un niño de 9 años con ideación suicida, comportamientos autolesivos y heteroagresivos derivados del bullying escolar y abuso sexual perpetrado por un compañero. El paciente presentaba diagnósticos previos de TDAH, TND, dislexia y trastorno de ansiedad, en uso de metilfenidato y fluoxetina, con historial de dos intentos de suicidio y agresiones físicas a la progenitora. El proceso terapéutico se estructuró en los cinco protocolos de la TRG adaptados mediante recursos lúdicos, utilizándose la metáfora de un baúl con bolígrafos de colores representando traumas a ser reprocesados y Escala de Intensidad Emocional para medición del progreso. En ocho sesiones, se observó remisión completa de la ideación suicida y comportamientos autolesivos, destete medicamentoso supervisado, mejoría en las relaciones familiares y desempeño académico. Los resultados evidencian la efectividad de la TRG adaptada en el tratamiento de traumas complejos infantiles, constituyendo el primer caso clínico publicado de este abordaje en población pediátrica. Se resalta la necesidad de estudios adicionales para validación sistemática de la efectividad de la TRG en niños con ideación suicida.

Palabras clave: suicidio infantil; bullying; abuso sexual; reprocesamiento; generativo.

I. INTRODUCCIÓN

Silva, A.C.; Santana, C.D.; Santos, J.S.; Lima-Verde, J.B. (2025). Intervenção pela Terapia de Reprocessamento Generativo na Ideação Suicida Infantil Associada a Bullying e Abuso Sexual. Mentalis, 2(5), 117-151, 2025.

El suicidio representa un grave problema de salud pública que afecta a todas las franjas etarias y es ocasionado por aspectos psicológicos, sociales, económicos, biológicos y culturales (Kölves & De Leo, 2016; 2017). En la infancia, a pesar de presentar estadísticas bajas en el mundo cuando comparadas a otras franjas etarias, este número ha aumentado y llama la atención por ser un evento trágico que rompe con el paradigma de sueños y alegrías que deberían formar parte de la vida de estos niños, además de acarrear problemas en la economía del país, vista la reducción de futuros adultos jóvenes económicamente activos (Weller et al., 2001).

Un estudio epidemiológico conducido en 101 países, en el período entre 2000 y 2009, constató que el 14,7% de los suicidios ocurrieron en niños en la franja etaria entre 10 y 14 años, de los cuales el 74% murieron por ahorcamiento y el 13% por arma de fuego (Kölves & De Leo, 2015). En Brasil, el Ministerio de Salud muestra que, de 2002 a 2012, el número de suicidios entre niños y adolescentes de 10 a 14 años aumentó un 40%. Las prevalencias de suicidio en niños y adolescentes en Brasil evolucionaron, entre los años 2000 y 2010, de 0,9 a 1,1 por 100.000 niños y adolescentes, situando al país en la 60ª posición de un total de 98 analizados (UNICEF, 2011). En este escenario, existen limitaciones y desafíos en la prevalencia de suicidio en niños: subnotificación de las muertes por suicidio debido a la dificultad o error en clasificarlas como tales o registrarlas como accidentales o por causas indeterminadas, la unión de las estadísticas de suicidio en la franja etaria de 10 a 19 años, que comprende períodos de desarrollo y de acontecimientos distintos, y el tabú en torno al suicidio, en que se cree que el niño, debido a su inmadurez cognitiva, no se involucra en actos suicidas (Pfeffer, 1997; Dervic et al., 2008).

Las investigaciones sugieren que la limitada aptitud de los niños y preadolescentes para la resolución de problemas puede aumentar el riesgo de suicidio debido a la falta de estrategias adaptativas en situaciones de estrés. La ideación suicida ocurre con más frecuencia en la edad escolar y en la adolescencia, sin embargo, los intentos son más raros en niños debido a la dificultad de encontrar medios letales para ejecutar el acto y por tener aún una inmadurez cognitiva. No obstante, con el aumento de la edad, el deseo de muerte puede crecer, acarreando mayores posibilidades de que ocurra el suicidio en la adolescencia. Entre los motivos que pueden causar el suicidio en niños se encuentran: discusión con los padres, problemas escolares como bullying, abuso sexual, pérdidas de seres queridos y cambios significativos en la familia (Weller et al., 2001; Barrio, 2007).

Silva, A.C.; Santana, C.D.; Santos, J.S.; Lima-Verde, J.B. (2025). Intervenção pela Terapia de Reprocessamento Gerativo na Ideação Suicida Infantil Associada a Bullying e Abuso Sexual. Mentalis, 2(5), 117-151, 2025.

En la infancia y adolescencia, las personas se enfrentan con innumerables situaciones positivas y negativas en el contexto escolar que, en la mayoría de las veces, son recuerdos que perduran toda una vida. Es en estas fases que los niños adquieren experiencias que auxiliarán en la construcción de su personalidad, ocurriendo la interacción con el otro, la iniciación de grupos y la construcción de vínculos de amistad. Sin embargo, también pueden ocurrir comportamientos como el bullying que hacen que el niño quede estresado, con autoestima baja y con problemas en su autoimagen (Amorim, 2023).

La etimología del vocablo bullying remonta sus orígenes contemporáneas al siglo XIX, como derivado del término bully, significando persona que usa fuerza o influencia para intimidar a alguien más débil, teniendo como sinónimos los vocablos: intimidador, tirano, opresor, perseguidor, entre otros (Machado-Junior, 2016). A partir de la reflexión de Alencar (2018), es posible destacar características esenciales para clasificación de prácticas de violencia como bullying: es necesario que haya una conducta reincidente por parte del agresor(es) en relación a la víctima(s), violenta y desproporcionada, orientada por una relación de desigualdad que puede darse por la diferencia de edad, por compleción física, desarrollo emocional y por el mayor apoyo de otras personas involucrados en el episodio. Cuando hay violencia física o psicológica, la Ley nº 13.185/2015 en Brasil ofrece un rol de acciones que pueden ser caracterizadas como bullying, tales como actos de intimidación, humillación, discriminación, ataques físicos e insultos personales.

En relación al espacio físico donde pueden ocurrir los actos de bullying, el ambiente más preocupante es el escolar, ya que los niños y los adolescentes aún no poseen la personalidad formada, no poseyendo maduración suficiente para lidiar con las consecuencias del bullying (Pereira, 2009). El autor aclara, con base en su referencial teórico, que las víctimas de bullying pueden presentar comportamientos mentales obsesivos relacionados a fracaso, abandono, inadecuación social e incapacidad de lidiar con situaciones conflictivas, y que, como consecuencia, las acciones de las víctimas pueden variar en los extremos entre el suicidio y la venganza. Daud (2018) aborda la cuestión del suicidio como un fenómeno directamente relacionado a la práctica de bullying, ya que la víctima puede no soportar la situación en la cual está sometida y quitarse la propia vida.

El perfil del niño víctima de bullying sigue un patrón: las víctimas poseen un comportamiento social inhibido, pasivo o sumiso, demostrando vulnerabilidad, Silva, A.C.; Santana, C.D.; Santos, J.S.; Lima-Verde, J.B. (2025). *Intervenção pela Terapia de Reprocessamento Gerativo na Ideação Suicida Infantil Associada a Bullying e Abuso Sexual. Mentalis, 2(5), 117-151, 2025.*

vergüenza, miedo y una autoestima muy baja. Las consecuencias que la baja autoestima seguida de bullying puede producir son inconmensurables. Los alumnos que sufren de baja autoestima y que constantemente sufren bullying dentro de la escuela pueden manifestar comportamientos inesperados como actuar con violencia para consigo mismo y para con los otros. Las víctimas del bullying buscan en el suicidio una forma de librarse de su dolor y, con eso, utilizan medios como mutilar el propio cuerpo o utilizar formas más letales como muerte por ahorcamiento, uso de armas de fuego, uso abusivo de medicamentos, entre otros medios que llevan a la muerte (Middelton-Moz & Zawadski, 2007).

Sumado al bullying, el abuso sexual en la infancia representa otro factor traumático de extrema gravedad que puede contribuir para la ideación suicida y comportamientos autolesivos en niños. La exposición a situaciones de violencia sexual, especialmente cuando perpetradas por personas cercanas o en el ambiente escolar, potencializa los daños psicológicos y puede llevar a cuadros de estrés postraumático, disociación, vergüenza, culpa y profundo sufrimiento emocional. La combinación de bullying y abuso sexual configura un escenario de múltiples victimizaciones que amplifica significativamente el riesgo de desenlaces trágicos, exigiendo intervenciones terapéuticas especializadas y sensibles a la complejidad traumática vivenciada por el niño (Silva & Dullius, 2023).

Ante este escenario, la Terapia de Reprocesamiento Generativo (TRG) emerge como un abordaje terapéutico promisorio para el tratamiento de traumas complejos en la infancia, incluyendo aquellos derivados de bullying y abuso sexual (Santos & Lima-Verde, 2023a,b). La TRG utiliza protocolos específicos de evocación y reprocesamiento de memorias traumáticas, posibilitando que niños y adolescentes enfrenten sus experiencias dolorosas y desarrollen recursos emocionales adaptativos. A través de sus cinco protocolos (cronológico, somático, temático, futuro y potencialización), la TRG ofrece un camino estructurado para el procesamiento de eventos traumáticos, favoreciendo la reducción de síntomas de estrés postraumático, ideación suicida y comportamientos autolesivos. En niños, los protocolos de la TRG son adaptados conforme a la realidad de cada uno, favoreciendo la conexión entre terapeuta y paciente y el reprocesamiento moldeado a cada situación (Santos & Lima-Verde, 2024; Oliveira et al., 2024).

El objetivo de este relato de caso es presentar la aplicación de la TRG en el tratamiento de un niño que desarrolló pensamientos suicidas y comportamientos

Silva, A.C.; Santana, C.D.; Santos, J.S.; Lima-Verde, J.B. (2025). Intervenção pela Terapia de Reprocessamento Generativo na Ideação Suicida Infantil Associada a Bullying e Abuso Sexual. Mentalis, 2(5), 117-151, 2025.

autolesivos tras vivenciar bullying y abuso sexual en el ambiente escolar, demostrando la eficacia de este abordaje terapéutico en el reprocesamiento de traumas complejos en la infancia y en la promoción de recursos psicológicos para enfrentamiento de situaciones adversas.

II. METODOLOGÍA

1. DELINEAMIENTO DEL ESTUDIO

Se trata de un estudio de caso clínico descriptivo de abordaje predominantemente cualitativo, que tiene como objetivo analizar el proceso terapéutico de un niño con historial de intentos de suicidio utilizando la TRG.

2. PARTICIPANTE

El participante del estudio es un niño del sexo masculino, nueve años de edad, encaminado para atendimento con TRG con historial de comportamientos autolesivos, agresividad y dos intentos de suicidio.

3. HISTORIAL CLÍNICO

El niño presentó los primeros síntomas a los cuatro años de edad, caracterizados por cuadro de agitación psicomotora. El historial clínico incluye:

- **Diagnósticos previos:** Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), Trastorno Negativista Desafiante (TND), Dislexia y Trastorno de Ansiedad.
- **Terapéutica farmacológica:** clorhidrato de metilfenidato y clorhidrato de fluoxetina.
- **Comportamientos de riesgo:** dos intentos de suicidio (con cuchillo y cuerda en el cuello), manipulación de objetos peligrosos durante juegos.
- **Heteroagresividad:** episodios de agresión física a la madre (incluyendo intento de estrangulamiento y amenaza con cuchillo), comportamiento destructivo en casa cuando contrariado.
- **Traumas documentados:** bullying escolar, abuso sexual perpetrado por otro niño en el ambiente escolar y rechazo paterno.

- **Dinámica familiar:** rechazo paterno verbalizado (padre expresó preferencia por la hija del segundo matrimonio), deseo expresado por el niño de pertenecer al sexo femenino como estrategia para obtener mejor tratamiento familiar.
- **Síntomas fóbicos:** miedo de avión y de caídas de altura.
- **Procesos emocionales:** rabia intensa direccionada a las figuras paterna y materna.

4. ASPECTOS ÉTICOS

El estudio fue conducido en conformidad con los principios éticos establecidos por la Resolución nº 510/2016 del Consejo Nacional de Salud. Los responsables legales por el niño fueron informados sobre los objetivos del estudio y firmaron el Término de Consentimiento Libre e Informado (TCLI). El niño fue consultado sobre su participación a través de Término de Asentimiento adecuado a su franja etaria. Todos los datos fueron tratados con sigilo absoluto, garantizándose el anonimato del participante.

5. RECOLECCIÓN DE DATOS

Los datos fueron recolectados a través de:

- **Anamnesis detallada:** con la responsable legal.
- **Sesiones de atendimento en salud mental:** utilizando únicamente la TRG como abordaje terapéutico.
- **Registros clínicos de las sesiones:** incluyendo observaciones comportamentales, relatos verbales y respuestas a los protocolos aplicados.
- **Seguimiento longitudinal del caso:** a lo largo de los meses subsiguientes.

6. PROCESO TERAPÉUTICO

El atendimento fue estructurado con base en los cinco protocolos fundamentales de la TRG, los cuales fueron adaptados a las especificidades del desarrollo y a la franja etaria del paciente mediante la utilización de recursos lúdicos y lenguaje adecuado al universo infantil. Las modificaciones metodológicas implementadas preservaron los objetivos terapéuticos de cada protocolo, conforme descrito por Pereira et al. (2023):

- **Protocolo Cronológico:** se procedió al reprocesamiento de memorias traumáticas siguiendo ordenación temporal, con empleo de técnicas lúdicas de narrativa y

representación simbólica por medio de dibujos, juguetes y juegos que facilitasen la evocación y la representación de los eventos vivenciados.

- **Protocolo Somático:** se realizó el trabajo con sensaciones corporales y manifestaciones psicosomáticas por intermedio de actividades que promoviesen la consciencia corporal adaptada al niño, incluyendo técnicas expresivas y ejercicios de identificación de sensaciones físicas vinculadas a las experiencias traumáticas.
- **Protocolo Temático:** se efectuó el abordaje de temas específicos (rechazo paterno, abuso sexual, violencia contra la madre y traumas escolares) mediante estrategias lúdicas que posibilitasen la elaboración simbólica de los contenidos traumáticos, respetando el repertorio cognitivo y emocional del niño.
- **Protocolo Futuro:** se condujo la proyección de expectativas y la construcción de perspectivas adaptativas a través de técnicas imaginativas y recursos creativos que permitiesen al paciente vislumbrar posibilidades futuras y desarrollar narrativas alternativas para su trayectoria de vida.
- **Protocolo de Potencialización:** se implementó el fortalecimiento de recursos internos y competencias emocionales por medio de actividades lúdicas enfocadas en el reconocimiento y desarrollo de habilidades adaptativas, promoviendo el empoderamiento infantil y la construcción de autoeficacia.

7. INSTRUMENTOS

Para evaluación del proceso terapéutico, fue utilizada la Escala de Intensidad Emocional (EIE), adaptada para la franja etaria infantil. A cada sesión y a cada tema abordado, el niño fue solicitado a atribuir una nota de 0 a 10 para el malestar emocional y físico experimentado al pensar en el trauma específico trabajado, siendo 0 la ausencia total de malestar y 10 el peor malestar posible. Esta escala permitió:

- **Mensuración del nivel de perturbación:** asociado a cada memoria traumática antes del reprocesamiento.
- **Seguimiento de la evolución terapéutica:** a través de la comparación de las puntuaciones a lo largo de las sesiones.
- **Identificación de memorias-objetivo prioritarias:** demandaban intervención inmediata.

- **Evaluación de la efectividad de los protocolos de la TRG:** en la reducción del sufrimiento psíquico.

La aplicación de la EIE fue realizada de forma lúdica y adaptada a la capacidad de comprensión del niño, utilizándose recursos visuales cuando necesario para facilitar la expresión numérica del malestar experimentado.

8. RECURSO LÚDICO DE SEGUIMIENTO

Como estrategia de visualización concreta del progreso terapéutico, fue utilizado un baúl conteniendo bolígrafos de colores, cada uno representando simbólicamente un trauma a ser reprocesado. A cada trauma efectivamente reprocesado y con ausencia del malestar (EIE igual a 0), un bolígrafo era removido del baúl por el niño. Este recurso tuvo como objetivos:

- **Tangibilizar el proceso terapéutico:** tornando visible y concreto el progreso alcanzado.
- **Aumentar la motivación y compromiso:** relación del niño en el tratamiento a través de la visualización de las conquistas.
- **Proporcionar sentido de control y autonomía:** permitiendo que el niño participase activamente del registro de su propia evolución.
- **Establecer meta terapéutica clara:** el vaciamiento completo del baúl como representación simbólica de la resolución de los traumas.
- **Crear ritual de cierre para cada memoria reprocesada:** marcando simbólicamente la superación de cada experiencia dolorosa.

La aplicación de la EIE fue realizada de forma lúdica y adaptada a la capacidad de comprensión del niño, garantizando que la mensuración del malestar fuese accesible y significativa para su franja etaria.

9. ANÁLISIS DE LOS DATOS

Los datos fueron analizados de forma cualitativa a través de los registros clínicos de las sesiones, observándose la evolución de los síntomas comportamentales, el proceso de reprocesamiento de las memorias traumáticas y los cambios en los patrones emocionales y relacionales del niño a lo largo del tratamiento.

Silva, A.C.; Santana, C.D.; Santos, J.S.; Lima-Verde, J.B. (2025). *Intervenção pela Terapia de Reprocessamento Gerativo na Ideação Suicida Infantil Associada a Bullying e Abuso Sexual*. Mentalis, 2(5), 117-151, 2025.

Las puntuaciones de la EIE fueron organizadas de forma descriptiva, comparándose los valores iniciales y finales de malestar para cada trauma reprocesado, permitiendo visualizar la efectividad de los protocolos de la TRG en la reducción del sufrimiento psíquico. Los datos recolectados fueron sometidos a análisis cualitativo de contenido temático, siguiendo las etapas propuestas por Bardin (2016), complementada por análisis cuantitativo descriptivo de las puntuaciones de la EIE. Los registros clínicos de las sesiones fueron organizados y categorizados según los siguientes ejes temáticos:

- **Evolución de los síntomas comportamentales:** heteroagresividad, comportamientos autodestructivos, manejo de la frustración.
- **Procesos de reprocesamiento traumático:** narrativas, reprocesamientos, cambios en el discurso sobre los eventos.
- **Dinámica relacional:** vínculo terapéutico, relación con figuras parentales, interacciones sociales.
- **Construcción identitaria:** cuestiones de género, autoconcepto, autoimagen.
- **Recursos adaptativos:** estrategias de enfrentamiento, regulación emocional, comportamientos pro-sociales.

El análisis cualitativo buscó identificar patrones de respuesta a los protocolos de la TRG, mecanismos de cambio terapéutico e hitos significativos en el proceso de recuperación. En lo tocante al análisis cuantitativo, las puntuaciones de la EIE tuvieron como objetivo la identificación de traumas con mayor resistencia al reprocesamiento (que demandaron mayor número de sesiones) y la extinción gradual de los mismos. El análisis integrado de los datos cualitativos y cuantitativos permitió una comprensión abarcadora de la efectividad de la TRG en el tratamiento del caso, considerando tanto la reducción mensurable del sufrimiento psíquico cuanto las transformaciones subjetivas y comportamentales observadas en el participante.

III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos serán presentados de forma secuencial, sesión a sesión, a fin de proporcionar mejor comprensión de la evolución del cuadro clínico, de la efectividad de las intervenciones terapéuticas implementadas y de la progresión del paciente a lo largo del proceso de reprocesamiento de las memorias traumáticas.

- **Primera sesión:** se realizó psicoeducación sobre el proceso terapéutico, seguida de entrevista individual con la progenitora para recolección de datos anamnésicos y comprensión del historial del desarrollo del paciente. Posteriormente, se condujo un momento en conjunto para establecimiento de contrato terapéutico y acuerdos de confidencialidad. En el atendimento individual en esta misma sesión, el paciente presentó comportamiento caracterizado por timidez e inquietud psicomotora, demostrando inhibición comunicativa en la presencia materna en el momento anterior a este.
- **Segunda sesión:** se introdujo recurso metafórico representado por un baúl conteniendo bolígrafos de colores, simbolizando el peso emocional de las experiencias traumáticas vivenciadas por el paciente, donde cada bolígrafo representaba un evento traumático específico. Se procedió a la enseñanza de la técnica de respiración diafragmática como estrategia de autorregulación emocional. Se inició la aplicación del Protocolo Cronológico mediante evocación de memorias traumáticas, utilizándose la EIE. El paciente reportó progresiva reducción de la carga emocional negativa hasta alcanzar nivel cero de perturbación, momento en que fue simbólicamente retirado un bolígrafo del baúl. Se empleó también el cantar de canciones como recurso de conexión terapéutica y refuerzo positivo. Se observó que el paciente presentaba contenidos imaginativos de carácter irreal, los cuales fueron trabajados terapéuticamente por representar manifestaciones subyacentes de ansiedad y miedo que requerían elaboración.
- **Tercera sesión:** ante dificultades en la aplicación del Protocolo Cronológico, posiblemente relacionadas a la imprecisión en el recuerdo temporal de los eventos, se optó por la transición para el Protocolo Temático. Se utilizaron temas identificados por la progenitora y validados por el paciente, resultando en el reprocesamiento exitoso de cinco situaciones traumáticas distintas, todas alcanzando nivel cero de perturbación emocional (EIE). Se mantuvo el uso del recurso metafórico del baúl. En este momento del proceso terapéutico, la progenitora relató satisfacción significativa con los cambios comportamentales observados en el hijo, incluyendo reducción de conductas agresivas y aumento de comportamientos pro-sociales y colaborativos en el ambiente doméstico. El paciente relató no sentir más deseo de autolesión y suicidio.
- **Cuarta sesión:** se prosiguió con la aplicación del Protocolo Temático, alcanzándose nivel cero de perturbación emocional (EIE) en un tema adicional no abordado

previamente. Dado el progreso terapéutico evidenciado, se autorizó refuerzo positivo mediante pequeña recompensa concedida por la progenitora.

- **Quinta sesión:** se mantuvo la utilización del Protocolo Temático, obteniéndose éxito en el reprocesamiento de cuatro temas distintos, todos alcanzando nivel cero de perturbación (EIE). El paciente verbalizó percepción subjetiva de reducción de sentimientos hostiles (odio y rabia) y expresó vivencia de protección y amparo espiritual.
- **Sexta, séptima y octava sesiones:** se realizó revisión sistemática de todos los contenidos traumáticos previamente trabajados para consolidación del reprocesamiento. El paciente demostró mantenimiento de las ganancias terapéuticas, relatando estado subjetivo de bienestar emocional. La progenitora reportó cambios comportamentales sustanciales, incluyendo destete medicamentoso supervisado de clorhidrato de metilfenidato y clorhidrato de fluoxetina. Se observó remisión significativa de síntomas ansiosos, establecimiento de patrones relacionales adaptativos en el contexto familiar (reducción de agresividad, aumento de expresiones afectivas y cooperación), además de mejoría sensible en el desempeño académico.

Los resultados obtenidos corroboran la literatura científica que identifica esos factores como importantes precipitantes del comportamiento suicida en la infancia, conforme documentado por diversos autores que apuntan el bullying como una de las principales causas de muerte por suicidio entre niños y adolescentes (Kuczynski, 2014).

La gravedad del cuadro inicial presentado por el paciente refleja los datos epidemiológicos alarmantes sobre suicidio infantil. Según la OMS (2025), el suicidio está clasificado entre las tres principales causas de muerte en el mundo, con creciente ocurrencia entre niños y adolescentes. Braga y Dell'aglio (2013) constataron que, entre individuos de 10 a 24 años, constituye la segunda principal causa de muerte, lo que llevó a la OMS a considerar el suicidio como problema de salud pública mundial. El caso aquí presentado ejemplifica esa realidad preocupante, especialmente considerando que ya existen registros de óbitos por suicidio a partir de los cinco años de edad (Osmarin, 2015).

La multiplicidad de factores de riesgo identificados en el paciente - bullying escolar, abuso sexual perpetrado por compañero, conflictos familiares relacionados al rechazo paterno y cuestiones de identidad de género - se alinea a la comprensión del suicidio como fenómeno multifactorial. Hawton et al. (2012) destacan que los factores de riesgo en niños y adolescentes incluyen aspectos sociodemográficos, educacionales, eventos

Silva, A.C.; Santana, C.D.; Santos, J.S.; Lima-Verde, J.B. (2025). Intervenção pela Terapia de Reprocessamento Generativo na Ideação Suicida Infantil Associada a Bullying e Abuso Sexual. Mentalis, 2(5), 117-151, 2025.

negativos de la vida, condiciones ambientales y relaciones familiares adversas. Complementariamente, Shain (2016) puntúa cuestiones como aislamiento, orientación sexual, historial de violencia, abuso físico o sexual y bullying. Como resaltan Mansur-Alves (2021), responsabilizar apenas un factor de riesgo no parece adecuado, ya que el fenómeno debe ser comprendido considerándose concomitantemente las diversas características biológicas, sociales y psicológicas.

Particularmente relevante en el caso presentado es la cuestión del bullying escolar, identificado como factor precipitante significativo. El bullying, definido como uso de fuerza o coerción para afectar negativamente a los demás, involucrando desequilibrio de poder y actos dañosos voluntarios y repetitivos (Kuczynski, 2014), se mostró devastador para el paciente. Estudios de cohorte encontraron asociación significativa entre bullying y comportamiento suicida, demostrando que víctimas de intimidación presentan mayor susceptibilidad a impacto en la salud mental, baja autoestima, aislamiento social y síntomas depresivos. En Noruega, el 29% de los niños que murieron por suicidio habían sido víctimas de bullying (Klomek et al., 2009), evidenciando la gravedad de este fenómeno.

El abuso sexual vivenciado por el paciente constituye otro factor de riesgo de extrema gravedad. La presencia de abuso físico, sexual y emocional estuvo fuertemente asociada al mayor riesgo de suicidio en la infancia (Freuchen & Grøholt, 2015). Particularmente preocupante es el hallazgo de Bruffaerts et al. (2010) en 21 países, que encontraron que las adversidades en la infancia estuvieron más asociadas con el intento de suicidio en esa fase de la vida que en la adolescencia. Niños entre 4 y 13 años que sufrieron abuso sexual tuvieron 10 veces más posibilidad de intentar el suicidio; ese riesgo disminuyó para 6 veces en adolescentes entre 14 y 19 años. Pfeiffer (1997) describe que la exposición a situaciones estresantes en la infancia puede ampliar el sentimiento de desesperanza, implicando en la percepción de que esas circunstancias poseen poca probabilidad de resolución. La presencia de violencia evidencia el ambiente hostil y las adversidades a que los niños fueron expuestos, haciéndolos sentirse una carga y resultando en intenso sufrimiento psíquico.

La manifestación inicial del paciente, caracterizada por timidez, inquietud psicomotora, dificultades de comunicación y comportamientos agresivos, refleja las señales de alerta para trastornos depresivos en la infancia. Según la American Psychiatric Association (2014), en niños escolares, ese trastorno puede manifestarse por medio de ansiedad, irritabilidad, alteraciones en el sueño y en el apetito, placer

Silva, A.C.; Santana, C.D.; Santos, J.S.; Lima-Verde, J.B. (2025). Intervenção pela Terapia de Reprocessamento Gerativo na Ideação Suicida Infantil Associada a Bullying e Abuso Sexual. Mentalis, 2(5), 117-151, 2025.

disminuido en las actividades anteriormente apreciadas, problemas escolares, de aprendizaje y comportamiento, como aislamiento o agitación. La prescripción medicamentosa inicial de metilfenidato y fluoxetina sugiere la presencia concomitante de sintomatología compatible con TDAH y trastorno depresivo, cuadro frecuentemente asociado al riesgo suicida. La mitad de los niños que cometieron suicidio tenía diagnóstico de TDAH y un tercio presentó depresión (Loh et al., 2012; Freuchen & Grøholt, 2015).

La adaptación metodológica de la TRG mediante utilización de recursos lúdicos se mostró fundamental para el éxito terapéutico. La introducción del baúl con bolígrafos de colores como metáfora de las experiencias traumáticas representó estrategia eficaz de concretización simbólica adecuada al desarrollo cognitivo infantil, facilitando el proceso de evocación y reprocesamiento de las memorias. Esa adaptación respeta la comprensión de que el desarrollo cognitivo del niño no debe ser subestimado, aunque los niños demuestren tener dificultad en juzgar y gestionar circunstancias estresantes debido a la inmadurez del córtex anterior y posterior (Dervic et al., 2008). La impulsividad, característica acentuada en esa franja etaria e íntimamente relacionada al riesgo de intentos de suicidio (Sousa et al., 2017), pudo ser manejada a través de las técnicas de autorregulación emocional, como la respiración diafragmática.

Los resultados terapéuticos obtenidos en apenas ocho sesiones demuestran la efectividad de la TRG en el tratamiento de traumas complejos en la infancia. La progresión evidenciada - desde la primera sesión caracterizada por timidez y agitación hasta las sesiones finales con relatos de bienestar, ausencia de sentimientos hostiles y destete medicamentoso supervisado - corrobora la capacidad de la TRG de promover reprocesamiento efectivo de las memorias traumáticas (Santos & Lima-Verde, 2023a,b). La remisión sintomatológica observada incluyó no apenas la ausencia de ideación suicida y comportamientos autolesivos, sino también mejoría en las relaciones familiares, reducción de agresividad, aumento de expresiones afectivas y cooperación, además de mejoría en el desempeño académico.

La importancia del contexto familiar en el caso presentado merece destaque particular. Estudios mostraron la asociación existente entre riesgo de suicidio y ausencia de diálogo entre los padres, sobre todo la ausencia de comunicación de la madre (Séguin et al., 2011). Los niños que mueren por suicidio se encontraban solos, aislados y desamparados (Windfuhr, 2008). La ausencia o las barreras para una comunicación efectiva entre los padres y los niños refleja que el comportamiento suicida de los niños

Silva, A.C.; Santana, C.D.; Santos, J.S.; Lima-Verde, J.B. (2025). Intervenção pela Terapia de Reprocessamento Generativo na Ideação Suicida Infantil Associada a Bullying e Abuso Sexual. Mentalis, 2(5), 117-151, 2025.

permanece silencioso. Estudios oriundos de autopsias psicológicas reportaron intensos conflictos familiares en un contexto de transición de hogar y de cuidados entre los padres, así como el cambio, la suspensión o los problemas escolares (Freuchen et al, 2012; Soole & Kolves, 2015).

La transición del Protocolo Cronológico para el Protocolo Temático ilustra la flexibilidad necesaria en el tratamiento de niños, considerando sus limitaciones en la precisión temporal de las memorias. Esa adaptación metodológica preservó la efectividad terapéutica, como evidenciado por el reprocesamiento exitoso de múltiples situaciones traumáticas (Oliveira et al., 2024). El uso concomitante de canciones infantiles como recurso de conexión terapéutica y refuerzo positivo contribuyó para el establecimiento de vínculo terapéutico sólido, elemento esencial para el éxito del tratamiento.

Los cambios comportamentales relatados por la progenitora - reducción de conductas agresivas, aumento de comportamientos pro-sociales, colaboración doméstica y expresiones afectivas - indican generalización de las ganancias terapéuticas más allá del setting clínico. El mantenimiento de esas ganancias en las sesiones de revisión sistemática (sexta, séptima y octava sesiones) sugiere consolidación efectiva del reprocesamiento, aspecto fundamental para prevención de recaídas. Hubo predominancia que varió de 48 a 90% de los casos de muertes por suicidio en la infancia por ahorcamiento (Dervic et al., 2006; Kolves & De Leo, 2015; Soole et al., 2015), lo que resalta la urgencia de intervenciones terapéuticas efectivas como la TRG.

IV. CONSIDERACIONES FINALES

El presente estudio de caso demuestra la efectividad de la TRG adaptada mediante recursos lúdicos en el tratamiento de ideación suicida y comportamientos autolesivos en niño víctima de bullying y abuso sexual. Los resultados evidencian que la TRG, cuando adecuadamente adaptada a las especificidades del desarrollo de la franja etaria infantil, constituye abordaje terapéutico promisorio para traumas complejos, promoviendo reprocesamiento efectivo de memorias traumáticas, remisión sintomatológica significativa y restauración del funcionamiento adaptativo en corto período de tiempo.

Los hallazgos de este caso contribuyen para la literatura sobre intervenciones terapéuticas en salud mental infantil, particularmente en el manejo de situaciones de alto riesgo como ideación suicida derivada de traumas complejos. Cabe destacar que este constituye el primer caso clínico publicado de aplicación de la TRG en población infantil, lo que representa simultáneamente una contribución pionera y una limitación metodológica significativa. La ausencia de estudios previos con niños impide comparaciones directas y generalizaciones de los resultados. Se resalta, por tanto, la necesidad de estudios adicionales con muestras más amplias y delineamientos metodológicos robustos para validación sistemática de la efectividad de la TRG adaptada en el tratamiento de niños con ideación suicida, bien como investigaciones sobre factores predictores de respuesta terapéutica y mantenimiento de ganancias a largo plazo.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declararon no haber conflicto de interés.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al Instituto Brasileño de Formación de Terapeutas (IBFT) por la posibilidad de realizar este proyecto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS/REFERENCIAS

- Alencar, E. R. D. (2018). *Bullying e desempenho escolar de alunos do Instituto Federal do Piauí Campus Parnaíba: Um estudo de caso* [Dissertação de mestrado, Universidade Nove de Julho].
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5* (5ª ed.). Artmed.
- Amorim, S. B. de. (2023). Bullying no ambiente escolar e o suicídio de crianças e adolescentes: Uma revisão sistemática e literatura. *Revista Foco*, 16(6), 1-18. <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v16n6-102>
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Silva, A.C.;Santana, C.D.; Santos, J.S.; Lima-Verde, J.B. (2025). *Intervenção pela Terapia de Reprocessamento Generativo na Ideação Suicida Infantil Associada a Bullying e Abuso Sexual. Mentalis, 2(5), 117-151, 2025.*

- Barrio, C. A. (2007). Assessing suicide risk in children: Guidelines for developmentally appropriate interviewing. *Journal of Mental Health Counseling*, 29(1), 50-66.
- Braga, L. de L., & Dell'Aglio, D. D. (2013). Suicídio na adolescência: Fatores de risco, depressão e gênero. *Contextos Clínicos*, 6(1), 2-14.
- Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Borges, G., Haro, J. M., Chiu, W. T., Hwang, I., Karam, E. G., Kessler, R. C., Sampson, N., Alonso, J., Andrade, L. H., Angermeyer, M., Benjet, C., Bromet, E., de Girolamo, G., de Graaf, R., Florescu, S., Gureje, O., Horiguchi, I., ... Nock, M. K. (2010). Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behavior. *British Journal of Psychiatry*, 197(1), 20-27.
- Daud, R. P. (2018). *(Des)engajamento moral e atuação docente frente ao bullying escolar* [Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual Paulista].
- Dervic, K., Brent, D. A., & Oquendo, M. A. (2008). Completed suicide in childhood. *Psychiatric Clinics of North America*, 31(2), 271-291.
- Dervic, K., Friedrich, E., Oquendo, M. A., Voracek, M., Friedrich, M. H., & Sonneck, G. (2006). Suicide in Austrian children and young adolescents aged 14 and younger. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15(7), 427-434.
- Freuchen, A. F., & Grøholt, B. (2015). Characteristics of suicide notes of children and young adolescents: An examination of the notes from suicide victims 15 years and younger. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 20(2), 194-206.
- Freuchen, A. F., Kjelsberg, E. E., & Grøholt, B. G. (2012). Suicide or accident? A psychological autopsy study of suicide in youths under the age of 16 compared to deaths labeled as accidents. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6(1), 1-12.
- Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). (2011). *Situação mundial da infância*. https://www.unicef.org/brazil/pt/br_sowcr11web.pdf
- Hawton, K., Saunders, K. E. A., & O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*, 379(9834), 2373-2382. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60322-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60322-5)
- Klomek, A. B., Sourander, A., Niemela, S., Kumpulainen, K., Piha, J., & Tamminen, T. (2009). Childhood bullying behaviors as a risk for suicide attempts and completed
- Silva, A.C.; Santana, C.D.; Santos, J.S.; Lima-Verde, J.B. (2025). Intervenção pela Terapia de Reprocessamento Generativo na Ideação Suicida Infantil Associada a Bullying e Abuso Sexual. Mentalis, 2(5), 117-151, 2025.*

suicides: A population-based birth cohort study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(3), 254-261.

Kölves, K., & De Leo, D. (2015). Child, adolescent and young adult suicides: A comparison based on the Queensland Suicide Registry. *Journal of Child and Adolescent Behavior*, 3(3), 1000209.

Kölves, K., & De Leo, D. (2016). Adolescent suicide rates between 1990 and 2009: Analysis of age group 15–19 years worldwide. *Journal of Adolescent Health*, 58(1), 69-77.

Kölves, K., & De Leo, D. (2017). Suicide methods in children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26(2), 155-164.

Kuczynski, E. (2014). Suicídio na infância e adolescência. *Psicologia USP*, 25(3), 246-252.

Loh, C., Tai, B. C., Ng, W. Y., Chia, A., & Chia, B. H. (2012). Suicide in young Singaporeans aged 10-24 years between 2000 to 2004. *Archives of Suicide Research*, 16(2), 174-182.

Machado-Júnior, L. B. S. (2016). *A construção do bullying nos discursos científicos produzidos no contexto brasileiro* [Tese de doutorado, Universidade Estadual Paulista].

Mansur-Alves, M., Muniz, M., Zanini, D. S., & Baptista, M. N. (2021). *Avaliação psicológica na infância e adolescência*. Vozes.

Middelton-Moz, J., & Zawadski, M. (2007). *Bullying: Estratégias de sobrevivência para crianças e adultos* (R. C. Costa, Trad.). Artmed.

Oliveira, S. R. L., Lima-Verde, J. B., & Santos, J. S. (2024). A Terapia de Reprocessamento Generativo (TRG): Uma abordagem natural e adaptativa para o tratamento em saúde mental. *Mentalis*, 1(1), 1-27.

Organização Mundial da Saúde. (2025). *Suicide*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide/>

Osmarin, V. M. (2015). Suicídio: O luto dos sobreviventes. *Psicologia.pt*. <https://ptdocz.com/doc/1607300/suicídio--o-luto-dos-sobreviventes>

Silva, A.C.;Santana, C.D.; Santos, J.S.; Lima-Verde, J.B. (2025). *Intervenção pela Terapia de Reprocessamento Generativo na Ideação Suicida Infantil Associada a Bullying e Abuso Sexual*. *Mentalis*, 2(5), 117-151, 2025.

- Pereira, A. G., Santos, J. S., & Lima-Verde, J. B. (2023). Depressão e Terapia de Reprocessamento Generativo (TRG): Um novo caminho. *Revista de Saúde Mental e Subjetividade*, 15(28), 1-18. <https://doi.org/10.5935/1679-4427.v15n28.0008>
- Pereira, S. M. S. (2009). *Bullying e suas implicações no ambiente escolar*. Paulus.
- Pfeffer, C. R. (1997). Childhood suicidal behaviour: A developmental perspective. *Psychiatric Clinics of North America*, 20(3), 551-562.
- Santos, J. S., & Lima-Verde, J. B. (2023a). Depression, anxiety, and suicidal ideation: A case resolved by Generative Reprocessing Therapy (TRG). In *4th International of Integrative Medicine*. Porto, Portugal.
- Santos, J. S., & Lima-Verde, J. B. (2023b). Application of Generative Reprocessing Therapy (TRG) in a case of depression and generalized anxiety. *RevSALUS*, 5(3), 1-12. <https://doi.org/10.51126/revsalus.v5i3.652>
- Santos, J. S., & Lima-Verde, J. B. (2024). Terapia de reprocessamiento generativo (TRG): Una perspectiva integral en salud mental. In *Subjetividades y vínculos: Perspectivas integradoras* (Cap. 4, pp. 588-629). Colombia.
- Séguin, M., Renaud, J., Lesage, A., Robert, M., & Turecki, G. (2011). Youth and young adult suicide: A study of life trajectory. *Journal of Psychiatry*, 45(7), 863-870.
- Shain, B. (2016). Suicide and suicide attempts in adolescents. *American Academy of Pediatrics*, 138.
- Silva, L. S. da, & Dullius, W. R. (2023). Casos de abusos sexuais e tentativa de suicídio na infância e adolescência: Um estudo epidemiológico. *Revista Foco*, 16(8), 1-13. <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v16n8-002>
- Soole, R., Kolves, K., & De Leo, D. (2015). Suicide in children: A systematic review. *Archives of Suicide Research*, 19(3), 285-304.
- Sousa, G. S. de, Santos, M. S. P. dos, Silva, A. T. P. da, Perrelli, J. G. A., & Sougey, E. B. (2017). Revisão de literatura sobre suicídio na infância. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(9), 3099-3110. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.14582017>
- Weller, E. B., Young, K. M., Rohrbaugh, A. H., & Weller, R. A. (2001). Overview and assessment of the suicidal child. *Depression and Anxiety*, 14(3), 157-163.
- Silva, A.C.;Santana, C.D.; Santos, J.S.; Lima-Verde, J.B. (2025). Intervenção pela Terapia de Reprocessamento Generativo na Ideação Suicida Infantil Associada a Bullying e Abuso Sexual. *Mentalis*, 2(5), 117-151, 2025.

Windfuhr, K. (2008). Suicide in juveniles and adolescents in the United Kingdom. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(11), 1155-1165.