

E. M. Garcés
M. A. Quintanilla
I. Olza
A. Bonals
J. M. Velilla

Intervención familiar en las conductas suicidas adolescentes

Sección de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Departamento de Psiquiatría. Hospital Clínico Universitario. Zaragoza.

Family therapy of adolescent suicidal behavior

Correspondencia:
E. M. Garcés Trullenque
Don Pedro de Luna, 5-7 4º E
50010 Zaragoza

RESUMEN

El tratamiento de las conductas suicidas adolescentes incluye actuaciones a tres niveles: tratamiento de la patología psiquiátrica, intervención sobre el entorno social e intervención a nivel familiar.

La investigación existente señala que las dificultades en la familia constituyen un factor importante en cuanto al suicidio adolescente, asociándose a la conducta suicida malas relaciones con sus padres y conflictos familiares, familias nucleares desorganizadas y una incapacidad para mantener relaciones adecuadas.

Exponemos los patrones familiares más frecuentes, así como los principios generales que orientan la intervención.

PALABRAS CLAVE

Intervención familiar; Conducta suicida; Adolescencia.

SUMMARY

The treatment of adolescent suicidal behaviour should include three approaches; psychiatric treatment, social intervention and family therapy.

Current investigation suggests that family problems are an important factor in adolescent suicide, along with poor parental relations, general family conflicts, disorganised nuclear families and the inability to maintain relationships.

We present the most frequent patterns of family problems and general principles to orient intervention.

KEY WORDS

Family Therapy; Suicidal Behaviour; Adolescence.

264 INTRODUCCIÓN

Si las tentativas de suicidio en los adultos suponen un reto para el terapeuta, las producidas en edades infanto-juveniles precisan de planteamientos más sutiles, lo que implica necesariamente investigar tras ellas aspectos psicológicos y ambientales, además de los puramente psicopatológicos.

Aunque las tasas de suicidio consumado tienden a estabilizarse, las conductas autolesivas entre los jóvenes y adolescentes parecen incrementarse progresivamente. A diario, constituyen una realidad clínica que debe ser afrontada.

Ante una conducta suicida adolescente debemos valorar tres aspectos fundamentales:

- *Existencia de psicopatología subyacente.*
- *Factores sociales y ambientales que rodean el gesto suicida.*
- *Núcleo familiar: situación familiar, calidad de las interacciones familiares, posible psicopatología en la familia.*

No obstante, en la mayoría de las ocasiones nuestra primera intervención ante una conducta adolescente suele desarrollarse desde un Servicio de Urgencias, por lo que el primer objetivo será evitar que se consuma el suicidio. Si se valora el riesgo de que esto suceda es preciso plantear la necesidad de un internamiento hospitalario. Datos que orientan hacia una indicación de ingreso los obtendremos de las características del gesto (alta letalidad, planificado, dificultades para evitar el éxito,...), presencia y gravedad de psicopatología y la ausencia de consistencia en el soporte familiar.

En este momento, la actuación se basa en principios básicos de **intervención en crisis**. Se debe permitir al paciente expresarse en un medio empático y proporcionar apoyo con nuestra escucha. Cuando sea posible, la intervención de urgencia intentará superar el obstáculo concreto que haya precipitado el gesto, así como generar un puente de esperanza, creando alternativas posibles al suicidio. Igualmente, debemos reforzar el soporte familiar, fundamentalmente en el medio familiar.

Por tanto, las primeras actuaciones desde el Servicio de Urgencias pasan por **pactar con el paciente una conducta no suicida**, así como asegurarnos la adhesión al tratamiento, concretando una cita con carácter preferente en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil correspondiente. Es importante en estos momentos que el paciente pueda opinar sobre el tipo de intervención y tratamiento a seguir dentro de los medios disponibles e implicar a la familia u otros significantes adultos con influencia sobre el joven.

Una vez asumido el caso por la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil, el tratamiento del adolescente suicida incluye actuaciones a tres niveles:

1. Tratamiento de la patología psiquiátrica de base. Un correcto diagnóstico psiquiátrico con su correspondiente tratamiento es una de las principales medidas preventivas frente al suicidio consumado, que propugnan algunos autores.
2. Intervención sobre el entorno social. Toda tentativa de suicidio modifica el entorno que rodea al adolescente. El gesto suicida podría ir encaminado a intentar modificar el entorno, una forma de escapar de una situación insostenible, es decir, más que un deseo expreso de morir es una llamada de atención. Sobre este aspecto, en un estudio realizado en nuestro Servicio sobre pacientes adolescentes que habían intentado suicidarse, encuentran como las tres cuartas partes de ellos afirman que el entorno inmediato había reaccionado de forma favorable tras el gesto autolesivo, en forma de una mayor afectividad, con un incremento de la preocupación y atención mostrada por los familiares.

Igualmente, una situación de estrés ambiental puede haber precipitado la conducta, por lo que debemos valorar la persistencia de éste como elemento mantenedor o desencadenante de nuevas tentativas y actuar de manera que se pueden reducir las presiones sobre el joven. Es importante, por consiguiente, no descuidar el adiestramiento del paciente en métodos de resolución de problemas y manejo de contingencias, así como favorecer la tolerancia a la frustración y mejorar el afrontamiento al estrés.

3. Intervención a nivel familiar. Casi todos los autores están de acuerdo en señalar la desorganización del entorno familiar y las pérdidas afectivas como los principales factores predisponentes de la conducta suicida adolescente. Tras una tentativa de suicidio siempre debemos investigar "cómo es" y "qué pasa" en el medio familiar de ese chico, ya que una pronta y correcta intervención puede ser la clave para el éxito en el tratamiento de estos pacientes.

SUICIDIO Y FAMILIA. IMPORTANCIA DE LA FAMILIA

La investigación existente señala que las dificultades en la familia constituyen un factor importante en cuanto al suicidio adolescente. Diferentes estudios y autores refieren que los adolescentes suicidas tienen malas relaciones con sus padres y conflictos familiares que impiden que se establezcan las relaciones y los modelos propicios que le permitirían al joven enfrentar los problemas y tensiones asociados con la adolescencia (Teicher y Jacobs, 1966); otros estudios clínicos indican que existe una relación entre la presencia de una familia nuclear desorganizada y los intentos de suicidio del adolescente (Williams y Lyons, 1976); igualmente, la constatación de que los jóvenes suicidas experimentan una mayor desorganización familiar que los no suicidas, y que la persistencia de la conducta suicida en los adolescentes puede estar asociada con una incapacidad para mantener relaciones familiares adecuadas (Petzel y Riddle, 1981). La pérdida de uno de los padres, los conflictos familiares y una diversidad de características parentales disfuncionales, tales como problemas emocionales, problemas de salud y actitudes negativas en las relaciones padre-hijo, son todos factores coadyuvantes.

Otros investigadores han comprobado que la tensión familiar, en especial la resultante del conflicto marital y entre padre e hijo, es un factor clave en las tendencias suicidas de los adolescen-

tes. Según Joseph Sabbatch (1969, 1971), los adolescentes que intentan suicidarse tienden a percibir sus conflictos familiares como prolongados y extremos. Manifiestan que sus hogares están dominados por peleas frecuentes, malestar y desorganización emocional; hay un agudo resentimiento hacia los padres y/o padrastros, acompañado por una creciente incomunicación. De hecho, se ha establecido que el conflicto grave entre el adolescente y las figuras parentales es el factor aislado más comúnmente presente en los casos de remisiones urgentes de adolescentes, debido a intentos o amenazas de suicidio (Mattesson, Seese y Hawkins, 1969).

Aun en los casos en que los problemas principales se encuentran en el contexto más amplio, la familia refleja, y a menudo exagera, las presiones externas que sufre el adolescente. Una familia inestable puede dificultar el manejo de las tensiones externas por parte del adolescente, haciendo que las perciba más catastróficas de lo que en realidad son. El contexto que brinda la familia debe hacerse lo más favorable y coherente que sea posible.

Una falta de coherencia en el contexto familiar puede producir la contradicción y la desesperación incontrolables que caracterizan al adolescente deprimido en transición al suicidio. A fin de resolver las agudas y profundas contradicciones que debilitan la autoestima del adolescente, el terapeuta debe detectar y atacar las paradojas existentes en su contexto. Es responsabilidad del terapeuta tratar el sistema a efectos de producir su congruencia.

Los factores familiares de riesgo que se han relacionado con la conducta suicida, de especial consideración al plantearse el abordaje terapéutico, son los siguientes:

- Historia familiar: de suicidio y/o trastorno mental o abuso de tóxicos, planteándose la existencia de una vulnerabilidad genética.
- Ambiente familiar roto: por separación, divorcio o viudedad, con violencia familiar, abuso sexual o físico. Destacando la ausencia de uno de los padres, sin diferenciar sea por muerte, abandono o separación.
- Nivel socioeconómico bajo.

266 PATRONES FAMILIARES FRECUENTES

En las familias de los adolescentes suicidas hay una serie de posibles patrones y situaciones paradójicas que aprisionan al adolescente.

Triangulación

Existen contradicciones básicas en las directivas que recibe el muchacho. Estas directivas contradictorias suelen originarse en una escisión entre las figuras parentales. La vida del hogar está marcada por la presencia de lealtades divididas que fuerzan al adolescente a tomar partido por uno u otro de sus padres, lo que le provoca una enorme tensión. Este tipo de patrón de triangulación crónica tiene el efecto de erosionar la autoestima del adolescente, debido a su sentimiento de culpa por estar hirviendo a uno de sus padres. Desde luego, el adolescente también puede experimentar una triangulación en el contexto social más amplio, al sentirse presionado por las exigencias de los pares, el colegio o de otros factores significativos.

La triangulación debilita la sensación de seguridad del adolescente. El mensaje que le transmite es que el mundo no es un lugar seguro.

Los cambios físicos, la emocionalidad, la búsqueda de identidad, la sensibilidad de los adolescentes a la emotividad caprichosa de los pares,... todos estos elementos incrementan la vulnerabilidad del adolescente ante la triangulación.

El sistema permanece desligado

Un adolescente a veces parece ser muy semejante a un adulto, al menos en cuanto a su apariencia y madurez físicas. Suponemos, entonces, que al igual que al adulto se le debe instar, y aun obligar, a ser autónomo. Pero, para muchos adolescentes en nuestra cultura, esta situación es paradójica. Detrás de la fachada de su madurez física hay un niño que aún requiere supervisión, guía y apoyo. Y muchas veces, si se presupone y se fomenta la autonomía del adolescente, la desvinculación prematura del sistema provoca una gran depresión y una conducta suicida. Debemos recordar que el adolescente puede interpretar como

un signo de debilidad cualquier necesidad apremiante de dependencia, con lo que decrecerá su autoestima. La desvinculación prematura, a menudo, se ha producido por haberse juzgado desafortunadamente la edad emocional del adolescente.

La familia perfecta

Se ha descrito que muchos de los sistemas familiares de los adolescentes suicidas se podrían definir como extremadamente rígidos, lo que implica que tengan dificultades para adaptarse a los nuevos requerimientos. Un ejemplo de estos sistemas rígidos lo brindan las familias que insisten en la perfección, siendo sistemas extremadamente opresivos.

En estos casos, el terapeuta debe evaluar a la familia para comprobar si la misma es capaz de confirmar al adolescente como persona.

PRINCIPIOS GENERALES

Cambiar tanto la estructura como la comunicación afectiva

El terapeuta tiene que ocuparse no sólo de los aspectos organizativos de la estructura, sino también de lo que deriva de esa estructura: empatía, calidez y comunicación afectiva. Esto permitirá ayudar al adolescente suicida a sentirse valorizado y perdonado, es decir, a concederle no sólo tolerancia sino también voz.

Modular el sistema impulsivo

La familia que se somete a todos los caprichos del adolescente debe ser modificada. Si cada uno de sus deseos es inmediatamente satisfecho, el adolescente no estará preparado para tolerar las inevitables frustraciones de la vida.

Ayudar a la familia a que evite formar un chico vulnerable

Tras un intento de suicidio, hay veces que la familia se vuelve excesivamente protectora hacia el adolescente. Esto puede llevar a la formación

de un chico vulnerable. Tras la tentativa, los padres no pueden comenzar a relacionarse con su hijo de un modo normal. Esta situación se agrava cuando se da en un sistema marcado por la evitación del conflicto, como suele ocurrir, debiendo abordarse de igual manera por el terapeuta, tanto si se trata de un gesto suicida aparente o de un intento real. En definitiva, lo que se necesita en este caso es un profundo análisis de la comunicación que se produjo en torno al hecho.

En algunos casos, los sistemas familiares son emocionalmente inaccesibles y no están dispuestos a esforzarse por crear alternativas. Con estos chicos, el terapeuta debe conectar con el chico y con otros recursos externos que puedan ser útiles y confiables.

Tener en cuenta el contexto más amplio

Se debe rechazar la idea generalizada de que el contexto del adolescente está constituido únicamente por los padres y que, por consiguiente, la familia "ha estado haciendo algo" que provocó la conducta suicida. Este tipo de presupuesto que provoca sentimientos de culpa no ayuda a los padres ni a la terapia.

Estar dispuesto a actuar como cuerda salvavidas

En algunos casos, el terapeuta debe estar dispuesto a actuar como cuerda salvavidas, brindando una valoración positiva al adolescente, que si bien puede implicar desplazar a la familia es válido cuando la situación familiar es tan mala que lo único que mantiene a flote al adolescente es esa cuerda salvavidas. Es de esperar que, con el tiempo, la valoración del adolescente, por parte del terapeuta, tendrá eco dentro de la familia.

Enseñar la finalidad

El adolescente debe adquirir la comprensión introspectiva de su sí mismo, independiente y de la responsabilidad respecto de ese sí mismo. Por consiguiente, una tarea clave de la terapia reside en facilitar la experiencia de asumir esta realidad

existencial, y si bien los padres pueden prestar apoyo y empatía, la intervención pone el acento en la necesidad de que el adolescente luche y supere este desafío con ayuda. Los problemas de sobreprotección y diferenciación no contribuyen en la terapia, si bien la diferenciación sólo debe abordarse una vez que el adolescente haya superado los problemas depresivos que tornan tan vulnerable y peligrosa su situación.

UN MODELO DE TRATAMIENTO

De la misma forma que no existe un tratamiento específico para la conducta suicida infantojuvenil y que la complejidad del tema requiere, habitualmente, un enfoque y tratamiento multimodal en función de las características individuales y familiares del paciente, el abordaje familiar debe ser igualmente individualizado. Exponemos a continuación las líneas generales de la intervención familiar que son comunes en la mayoría de los casos.

Reacción ante la emergencia

Es importante que la primera entrevista familiar tenga lugar en el período más corto de tiempo, ya que ante la sensación de emergencia, es posible que la familia coopere plenamente. El estado de "emergencia" es simplemente una situación en la que la gente siente la necesidad de pedir ayuda a alguien de fuera.

Comprometer a la familia

El terapeuta debe profundizar el sentido de familia. La técnica más utilizada consiste en pasar por alto la enumeración de las quejas individuales y, en cambio, trabajar a partir de la historia familiar, concentrándose ya sea en cómo se llegó a la situación actual, ya sea en qué es lo que la familia debió enfrentar en los últimos tiempos.

Definición del problema

El plan de trabajo en la intervención familiar resuelve muchos problemas, revelando los secre-

268 tos, confrontando los problemas, sonsacando las preocupaciones de todos, describiendo a grandes rasgos la realidad del adolescente y poniendo fin a las definiciones disyuntivas del problema. La primera entrevista, por lo general, facilita que la familia esté más unida, abierta y segura de lo que ha estado en los últimos tiempos.

El objetivo es hacer que la gente traduzca sus expresiones emocionales a proposiciones concretas y prácticas.

Los cambios específicos que puede efectuar la familia para resolver el problema dependen, desde luego, de la naturaleza de éste.

Resistencia a la negociación

A menudo se negocia la resistencia al cambio, haciendo que cada generación advierta las mejoras

sutiles logradas por la otra, y cerciorándose de que ninguna espera que la otra alcance la perfección.

Los padres aceptan de buen grado la mayoría de las tareas prescritas para resolver las crisis del adolescente. No obstante, los padres pueden oponer resistencia a ciertos aspectos de la terapia. Esta resistencia se convierte entonces, en foco de la terapia.

Terminación

El cambio suele ser rápido, como todos los cambios de la adolescencia, pero puede ser alarmantemente pasajero, a menos que se le refuerce. De ahí, la importancia de mantener cierto contacto con la familia una vez superada la crisis, o bien, estar a su disposición ante nuevos problemas que puedan surgir.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gordon C. Intervención en Crisis. Ideas generales. En: Hyman SE, editor. Manual de Urgencias Psiquiátricas. Salvat Editores, S.A.; 1990.
2. Fishel A, Gordon C. Tratamiento familiar en Urgencias. En: Hyman SE, editor. Manual de Urgencias Psiquiátricas. Salvat Editores, S.A.; 1990.
3. Fishman HC. El adolescente suicida: influencia de la paradoja. En: Tratamiento de adolescentes con problemas. Barcelona: Editorial Paidós; 1990.
4. Pittman FS. Momentos decisivos. Tratamiento de familias en situaciones de crisis. Barcelona: Editorial Paidós; 1990.
5. Gastaminza Pérez X. La conducta suicida en la infancia y en la adolescencia. En: Ros Montalbán S, editor. La conducta suicida. Editorial Libro del Año, S.L.; 1997.