



ABORDAJE TERAPEUTICO EN UN HOSPITAL DE DIA DE ADOLESCENTES QUE HAN HECHO TENTATIVAS DE SUICIDIO¹

María Jesús Larrauri Ugarte

Barcelona

En esta comunicación me pararé a compartir con vosotros el abordaje de pacientes (la mayoría del sexo femenino) entre 12 y 15 años que nos han llegado inicialmente porque previamente y poco tiempo antes habían intentado atentar contra su vida.

Intentaré describir lo que he podido entender del funcionamiento y de la situación mental de ese momento de crisis de alguna de esas pacientes que están predispuestos a pasar al acto, el contexto en que se produce y cómo adaptamos el abordaje terapéutico a las necesidades del caso, dado que no hay terapia específica para el suicidio.

Aunque en muchas ocasiones es muy difícil poder llegar a entender el pensamiento del adolescente suicida, el hospital de día es un lugar privilegiado para poder observar el funcionamiento mental del adolescente y su interacción con el contexto familiar, las fallas de éste y las posibilidades de cambio. Estas, junto a la prevención y detección de factores de riesgo específicos de ese paciente, son fundamentales para evitar nuevas tentativas. Esto sólo se lograría si hay algún cambio en la persona o en el sistema.

Palabras clave: Adolescencia, intento de suicidio.

In this paper I will stand to share with you the approach to patients (mostly female) between 12 and 15 who have come initially because we previously had attempted shortly before life-threatening. I will try to describe what I have been able to understand the functioning and mental status that moment of crisis in some of those patients who are predisposed to pass the act, the context in which it occurs and how to tailor the therapeutic approach to the needs of the case, since there is no specific therapy for suicide.

Although it is often very difficult to get to understand the thinking of adolescent suicide, the day hospital is an ideal place to observe adolescent mental functioning and its interaction with the family context, the failure of this and the possibilities for change. These, together with the prevention and detection of risk factors specific to that patient, are essential to prevent further attempts. This can only be achieved if there is any change in the person or in the system.

Key Words: Adolescence, suicide attempt.

English Title: Therapeutic approach to suicide attempts in an adolescent outpatient hospital.

Cita bibliográfica / Reference citation:

Larrauri Ugarte, María Jesús. (2013). Abordaje terapéutico en un hospital de día de adolescentes que han hecho tentativas de suicidio. *Clinica e Investigación Relacional*, 7 (3): 514-518. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.org.es]

Suele definirse el hospital de día como un dispositivo asistencial intermedio (entre la atención primaria ambulatoria y la hospitalización total) que forma parte de las unidades de salud mental infanto-juvenil y cuya finalidad es proporcionar un tratamiento intensivo y global de los trastornos mentales que aparecen en la infancia y la adolescencia, cuya gravedad en mayor o menor medida compromete el desarrollo. Un altísimo porcentaje de los pacientes presenta sintomatología psiquiátrica, la crisis de la adolescencia está siendo muy perturbadora o la exigencia social de adaptación al entorno supera las capacidades del adolescente para ser exitoso. Las tentativas de suicidio en esta población son frecuentes.

Aunque en muchas ocasiones es muy difícil llegar a entender el pensamiento y fantasías inconscientes del adolescente suicida, sobre todo en un primer momento, el hospital de día es un lugar privilegiado para poder observar el funcionamiento mental del adolescente y su interacción con el contexto familiar, las fallas de éste y las posibilidades de cambio. Estas, junto a la prevención y detección de factores de riesgo específicos de ese paciente, son fundamentales para evitar nuevas tentativas. No existiendo un tratamiento específico para el suicidio, esto sólo se lograría si hay algún cambio en la persona y/o en el sistema. Aunque el trasfondo psicopatológico de las tentativas de suicidio es muy heterogéneo, se debe articular con el contexto psicosocial y con la capacidad de comunicación del individuo para su posible comprensión y tratamiento.

Dado el escaso tiempo de que dispongo me voy a centrar sólo en tres aspectos fundamentales delimitados de mi experiencia: los componentes del estado emocional de los pacientes, recursos donde apoyarnos y actitud terapéutica.

El tipo de pacientes que atendemos son adolescentes "vulnerables" (con un funcionamiento mental precario) y con situaciones externas que de forma crónica han sido traumatizantes, insuficientes para satisfacer las condiciones del desarrollo (lo que se ha dado en llamar "Realidad externa traumática").

En el momento que se dan las tentativas de suicidio se dan situaciones que sobrecargan las capacidades de elaboración mental del adolescente, además de otros factores que corresponden a la estructura psíquica del paciente e interpersonal, sobre todo con las figuras paternas.

En "Aproximación a las tentativas del suicidio en la adolescencia" de Ana Berta Jara Segura y otros, aparece a modo de resumen un grupo de características que corresponderían al funcionamiento mental de estos pacientes según la revisión que hicieron de varios autores en su interesante y completo trabajo:

1. Dificultad en la organización mental de los conflictos
2. El Conflicto se sitúa y se pretende resolver en lo corporal.
3. El acto suicida sería la forma de salir de la pasividad, actuando sobre el cuerpo.
4. Dificultades en la vivencia de la sexualidad.
5. Dificultades precoces en el desarrollo, particularmente en el proceso de separación-individuación.
6. Presencia de acontecimientos externos que sobrecargan las capacidades

elaborativas de estos adolescentes.

Nerea: 15 años. Al inicio de la adolescencia temprana, es víctima de acoso y humillación por parte de un profesor del colegio al que asistía. Esta situación no es escuchada por los padres y no es tomada en consideración como cierta. A partir de ahí, comienza a relacionarse con otros adolescentes más desadaptados. Estas circunstancias empeoran el clima afectivo familiar. El padre, alcohólico rehabilitado, con necesidad de control de aspectos suyos proyectados en su hija, hace un control asfixiante y maltratador de la hija, acompañado de una sobrerreacción emocional que conlleva habitualmente una descarga de insultos y descalificaciones, llegando a situaciones de gran tensión y sufrimiento para todos. Desesperanzada de que algo pueda cambiar en su relación con el padre, e incapaz de salir de ese pozo donde se ha metido y parar la autodestructividad, hace dos tentativas de suicidio mediante fuertes ingestas de fármacos.

El estado afectivo cuando la veo por primera vez es de una gran depresión, llanto continuo, asustada, sin esperanza porque algo pueda cambiar (ella lo pone en los padres), y muy baja autoestima. Su queja es no sentirse querida y asegura que siempre ha sido así.

Ella asiste al instituto y practica baile contemporáneo en una academia de buen nivel. Paralelamente vamos descubriendo que parte de su tiempo lo pasa en situaciones de mucho riesgo, consumo de hachís y cocaína (no sabemos en qué grado), robos, incumplimiento de horarios, fugas nocturnas en las que se relaciona con adultos. En un intento de fuga, los padres gestionan un ingreso total en una unidad de crisis. Al salir el clima emocional de toda la familia se ha tranquilizado y comienzan a aparecer sentimientos afectuosos entre ellos.

Posteriormente una madrugada aparece en el domicilio familiar afirmando haber sido drogada y violada. Los padres en esta ocasión han podido acompañar mejor, a pesar de las dudas, nuevamente, de que la realidad de los hechos fuera como explicaba la paciente.

Hemos podido ir dándole sentido a las dificultades en su desarrollo emocional, basadas en un sentimiento (melancólico) de no haberse sentido querida, sin posibilidades de elaborar la relación conflictiva con los padres, y pasando por la adolescencia en un "como si" fuera mayor, haciendo "cosas de mayores" para huir de los conflictos no resueltos en la infancia, fugándose del contacto consigo misma.

Durante un año hemos trabajado con los padres la necesidad de que ejerzan un control y una supervisión firme pero afectuosa; insistiendo en la necesidad de contener y contenerse los impulsos de rabia y de tener paciencia hasta que se pudieran dar cambios. El padre ha podido conectar su descontrol, al ver como su hija se iba matando, con el sentimiento que le conectaba con el terror que vivió con el suicidio de un hermano hace unos ocho años y el intento severo de otro de sus hermanos, ambos con problemáticas de adicción. Con la paciente, lo importante para ella era sentirse querida, aceptada, reconocida, por nosotros. Ella no mostraba deseos de entrar a considerar otros muchos aspectos preocupantes, de los cuales ella no podía responsabilizarse. A pesar de la dificultad que tiene para imaginar, la tendencia a la disociación y el temor a contactar con la culpa, ha podido entrar en contacto con su parte amorosa y aceptar ciertos límites a su agresión. Este tipo de trabajo, que pasa

más por una elaboración inconsciente o preconsciente ha dado como resultado que nuevamente tenga interés en tirar adelante con los estudios, y prepararse a un alto nivel en el baile. El próximo nacimiento de una sobrinita la ha llevado a decirme que quiere vivir para que su sobrina la conozca de mayor y tenga una tía.

Carlota: 13 años. Padre toxicómano con el cual no convive desde la primera infancia; madre, posiblemente también toxicómana, muy frágil, inmadura y negligente, en situación económica muy precaria y una vida cotidiana absolutamente caótica y desorganizada. Se dan varias situaciones estresantes en el tiempo anterior a la tentativa suicida de Carlota. Vivian en un pueblo de comarcas y al morir los abuelos maternos vuelven a S.C, porque heredan la casa. Entre la muerte del abuelo y la de la abuela, la madre cursa con un cáncer de útero. Carlota no se integra al nuevo centro escolar y comienza a socializarse en la calle; queda claro que ya hay previamente una historia de absentismo escolar y que ya hay una historia de carencia y situaciones traumáticas a lo largo de toda su biografía. Casualmente se encuentra con su padre por la calle y se inicia en el consumo de hachís; la madre denuncia al padre en el juzgado. Al poco Carlota toma un considerable número de pastillas, lo repite al día siguiente y lo mezcla con alcohol.

Cuando meses después puedo hablar con ella de lo que vivía en esos momentos me explica: " si me mataba mi madre ya no sufriría por los problemas que le estaba creando". Podemos observar un fuerte sentimiento melancólico siendo la tentativa de suicidio un acto fuertemente reactivo a una situación emocional de caer en el abismo, por todas las circunstancias que sobrecargaron su capacidad mental. Pasan los meses y su sentimiento básico es que nada va a cambiar y que no merece la pena pensar, sin poder proyectarse en nada más allá que su deseo de salir del hospital para irse al parque a airearse. Su asistencia es irregular y su compromiso ambivalente, pone distancia emocional y resistencia a pensar a fin de evitar entrar en contacto con sentimientos muy dolorosos. En este caso creo que lo más importante a tener en cuenta son las dificultades de acercamiento auténtico conmigo ya que la paciente aunque anhele la cercanía y la intimidad lo vive como una intromisión, una gran amenaza dada su fragilidad narcisista, manteniendo un vínculo de apego desorganizado evitativo. Tampoco ayuda el entramado relacional: la madre muy narcisista no atiende suficientemente necesidades materiales ni emocionales básicas y si lo hace, es de una forma inestable. Es una madre que atrapa a sus hijos en una relación simétrica, simbiótica, como una adolescente más, que no ha puesto ni pone límites, que no separa. A pesar de que el pronóstico es reservado, Carlota, ha deseado reincorporarse al sistema escolar. Gestionamos que la vuelta fuera a una unidad escolar que reuniera condiciones para atender sus necesidades especiales, y la adaptación y aprovechamiento están siendo buenos. Nos queda mucho por recorrer.

Para finalizar, he de comentar que el tiempo de estancia en nuestro centro es limitado lo cual nos obliga a focalizar nuestros objetivos de intervención y tomar en consideración una serie de aspectos en este tipo de casos:

- Todo el grupo familiar ante el impacto emocional que sufren, al poco de la tentativa de suicidio, se defiende y olvida, negando la gravedad de la situación; hay que recordarlo en

cuanto aparecen los conflictos y ayudar a un diálogo cooperativo que ayude a desarrollar alguna capacidad de mentalización y los unos puedan pensar en los otros. Es preciso activar nuestro radar de escucha del inconsciente familiar, para detectar en qué momento los déficits de los padres o del paciente pueden reprogramar una interacción que provoque una nueva situación crítica.

- Hemos de intentar entrever el sufrimiento y el desamparo pasados o actuales de los padres del adolescente, lo que ha podido causar una falta de disponibilidad para atender el sufrimiento del hijo.

- También hemos de aceptar cargar con la ansiedad y la preocupación inicial, hasta que podamos poner al adolescente en contacto con una parte de él que si desea vivir. Nos apoyaremos en las actividades sanas donde pueden sostenerse en su autoestima

- Es fundamental no perder el contacto real, a pesar de que tengan un vínculo de apego desorganizado y se ausenten repetidamente a las citas. Sostener y no dejarlos caer, hasta que haya un encuentro con un mínimo sentimiento de esperanza y tolerancia a que hay algo bueno dentro y fuera de ellos. Hablar abiertamente sobre sus sentimientos de desesperación y desesperanza. Acercarlos a la elaboración de los sentimientos melancólicos, responsabilizándolos de la proyección de su culpa de los sentimientos de odio y venganza hacia los padres, hacia nosotros y hacia ellos mismos. Apoyar el reconocimiento de los sentimientos de rabia, abandono y frustración con la correspondiente agresión, manteniéndolos en la mente.

- Con el tiempo ayudar a pensar juntos el sentido de la tentativa, conectándolos con sentimientos más cercanos de rabia, venganza, odio y desesperación que tienen como base procesos inconscientes donde como dice Laufer el self está totalmente atrapado por malos objetos, los cuales atormentan, persiguen produciendo un gran sufrimiento localizado en el cuerpo y o la mente, el cual se desea expulsar mediante la tentativa de quitarse la vida.

REFERENCIAS

Moses, Laufer (1998). *El adolescente suicida*.

Moya i Ollé, Josep (2007). *La conducta suicida en adolescentes sus implicaciones en el ámbito de la Justicia juvenil*.

Segura, Ana Berta Jara, et al (2001). *Aproximación a las tentativas de suicidio en los adolescentes. CUADERNOS...* (2001): 115.

Original recibido con fecha: 3-6-2013 Revisado: 20-10-2013 Aceptado para publicación: 30-10-2013

NOTAS:

¹ Trabajo presentado en la 4ª reunión anual de IARPP-España, Barcelona 24 y 25 de Mayo de 2013, convocadas bajo el lema "Cuerpo y Adolescencia".