



- ◆ Trabajo realizado por la Biblioteca Digital de la Universidad CEU-San Pablo
- ◆ Me comprometo a utilizar esta copia privada sin finalidad lucrativa, para fines de investigación y docencia, de acuerdo con el art. 37 de la M.T.R.L.P.I. (Modificación del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual del 7 julio del 2006)

Terapia familiar en adolescentes con riesgo de suicidio

A. Polaino-Lorente, M. Abad Alamo*

Catedrático de Psicopatología. Universidad Complutense de Madrid

*Licenciada en Psicopedagogía y Master en Terapia Familiar

Introducción

Penetrar como es debido en la terapia familiar con adolescentes con riesgo de suicidio supone una cierta complejidad. Ante todo, parece conveniente definir, en primer lugar, lo que se entiende hoy por adolescencia, para saber cómo actuar a fin de solucionar satisfactoriamente los problemas de las familias con adolescentes que, desgraciadamente, se encuentran hoy en constante aumento.

La adolescencia ha sido definida como «un momento de crisis» o «una edad difícil». Afrontar la adolescencia con optimismo y de la forma más adecuada puede y debe servir para crecer y llegar a la madurez personal. La temida crisis adolescente debiera entenderse como un tránsito entre la infancia y la juventud, que comienza con la pubertad y cuya duración es variable e irregular. Esta fase de adaptación puede resultar a menudo de evolución difícil, larga y perturbada¹.

Para Lehalle², este periodo es importante porque constituye un momento esencial del desarrollo psicológico, ya que en función de las transformaciones que la persona sufre es como llega después a adaptarse a su entorno.

Otra definición, no menos acertada, es la que ofrece Ríos³ desde su larga experiencia con adolescentes. En ella, pone énfasis en el proceso de adquisición de la identidad personal. Según el citado autor, la identidad constituye la «integración personal de todas las identificaciones precedentes y el reajuste de otros procesos que se han verificado en la infancia».

Pero es conveniente recordar que estas definiciones describen la adolescencia como una población un tanto difusa, impersonal e indeterminada. Para hacer frente a la terapia familiar con adolescentes, parece más conveniente hablar de la intervención con este adolescente o con aquel otro y no con los adolescentes en general, como si se tratase de un conjunto idéntico de personas. Es cierto que todos se caracterizan por un común denominador, su edad o momento evolutivo, pero hay variables mucho más numerosas que salvaguardan la unicidad y singularidad de cada persona.

Pese a las características conflictivas propias del adolescente, en muchas ocasiones, no es en éste donde reside el problema, sino en las actitudes de los adultos que no saben cómo tratarle. En palabras de Ríos³, lo ideal sería «tratar al adolescente como un adulto,

pero sin olvidar que es un niño y comprendiéndole como tal»; por el contrario, la tónica general consiste en «tratarle como un niño pero exigirle como a un adulto», precisamente de forma inversa a cómo debiera ser. «El adolescente se encuentra entre lo que ya no es y lo que todavía no ha empezado a ser».

Esta actitud, suele provocar incompreensión y una angustiada soledad en el «joven adulto», resignándose a sufrir –más que a vivir– este momento tan decisivo y determinante para su personalidad. Ni su entorno más próximo –la familia, la escuela, los compañeros– ni el más lejano –la sociedad, el sistema– se sensibilizan ante él ni ante su situación.

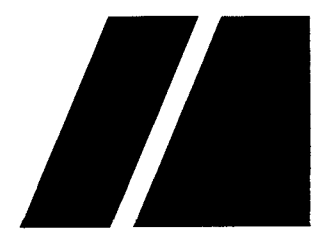
El punto de partida para cualquier pedia-tra que asesore a un adolescente o a una familia en la que haya un adolescente es que comprenda y sepa diferenciar dos matices complementarios del mismo ciclo vital y que mutuamente se influyen: la pubertad y la adolescencia.

La pubertad es el periodo de crecimiento anatómico y fisiológico a cuyo través se transforma el organismo infantil en adolescente. La adolescencia va más allá, y abarca el periodo en el que acontecen cambios profundos relativos a los más diversos aspectos de la personalidad.

La etapa a la que nos estamos refiriendo no es definitiva, pero sí definitoria, pues este continuo proceso repercute en el individuo, determinando la posterior estructura de su identidad. A su vez, esta manera de ser de cada uno y la manera de comportarse correlacionan estrechamente con tres factores principales: el autoconcepto, la autoestima y el autocontrol.

El autoconcepto puede definirse como la percepción intelectual que uno tiene de sí mismo, la cual se encuentra integrada por otros factores más elementales como la percepción del yo como individuo, como adolescente, como amigo, como estudiante, etc. Esta percepción o imagen (yo subjetivo) puede no estar de acuerdo con el yo real u objetivo. Una de los objetivos primordiales que el adolescente debe conseguir es precisamente éste: adecuar su yo subjetivo con su yo objetivo, su yo real con su yo ideal.

En cualquier caso, la manera de ser y de comportarse propia de cada uno depende, en gran medida, de esta autopercepción. A partir de aquí, el adolescente dejará de identificarse con los demás para tratar de ser él mismo.



Original

TERAPIA FAMILIAR EN ADOLESCENTES CON RIESGO DE SUICIDIO

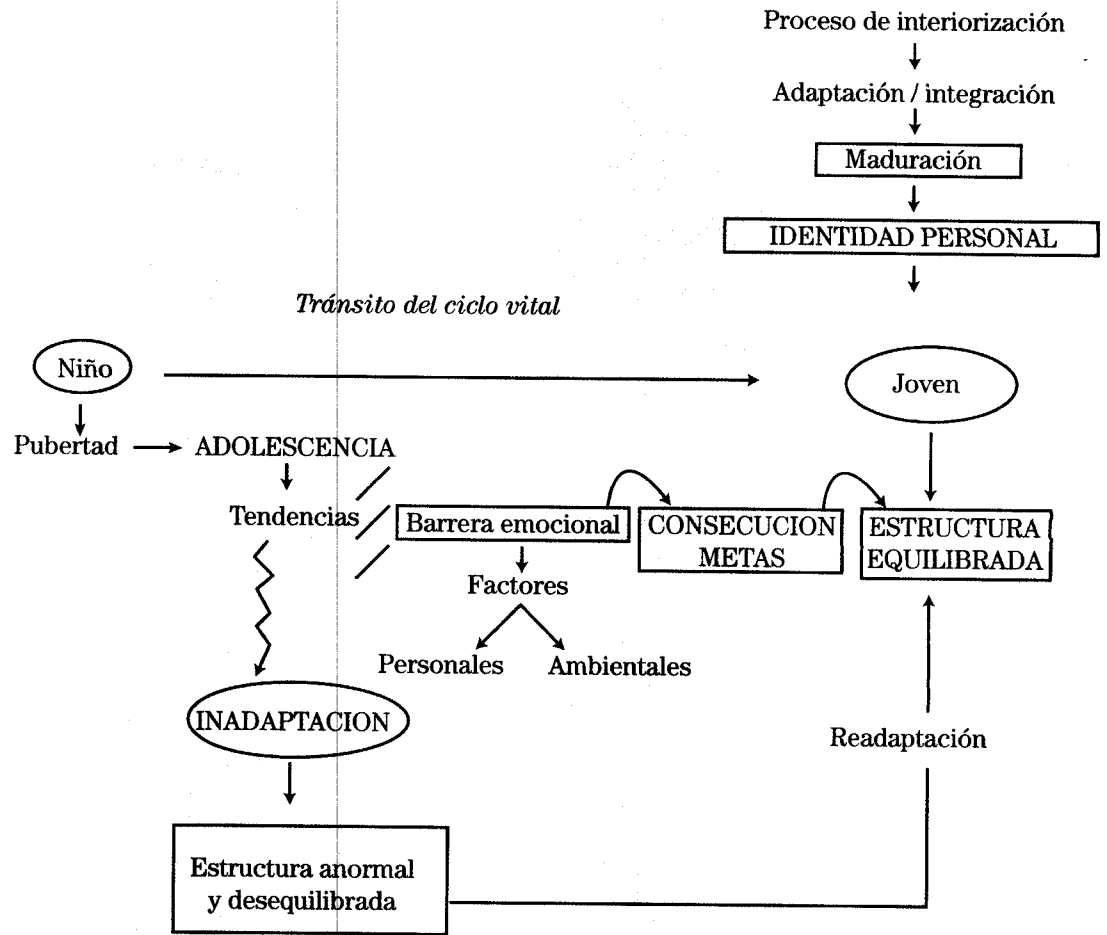


Figura 1. Tránsito del ciclo vital de la adolescencia a la madurez de acuerdo con el modelo de Ríos (1994) y modificado por los autores

La autoestima es la valoración –cargada de afectividad– que cada individuo hace de su propio yo. Esta valoración va más allá de la percepción y varía dependiendo de cuál sea el punto de referencia del que parte y con el que se compara. El adolescente no debe conformarse con pensar de sí lo que realmente es, sino que ha de aprender a adecuar sus metas a las posibilidades reales propias de cada caso. Si no averigua cuáles son esas limitaciones, es muy posible que su autovaloración sea, con cierta frecuencia, muy negativa.

Finalmente, el autocontrol se puede definir como el dominio que la persona tiene de sí misma, tanto en lo relativo a su comportamiento íntimo como público.

Por último, y a modo de esquema resumen, se presenta la transición de la adolescencia a la madurez, siguiendo a Ríos, como el recorrido que deberá experimentar el niño hasta alcanzar la juventud, que se caracteriza por el equilibrio personal (figura 1).

El niño hace chocar sus aspiraciones con barreras emocionales que ofrecen cierta resistencia a la satisfacción de sus necesidades. Superada esta prueba, puede llegar a alcanzar una estructura equilibrada –una vez conquistada la madurez y

constituida su identidad personal– o atravesar una etapa de inadaptación caracterizada por el desajuste y desadaptación. El joven podrá denominarse maduro cuando haya conseguido un cierto grado de seguridad en sí mismo, una relativa autosuficiencia y alguna capacidad para tomar sus propias decisiones⁴.

(Acta Pediatr Esp 1999; 57: 193-200)

Algunas pautas generales en la terapia con adolescentes

El concepto de terapia familiar con adolescentes ha ido modificándose en el transcurso del tiempo. Hasta aproximadamente la mitad de nuestro siglo (1950), los problemas que acechaban al adolescente eran, en gran parte, consecuencia de las dificultades internas inherentes al momento evolutivo crítico que atravesaba. La familia, entonces, sólo quedaba como soporte «en la retaguardia» y la terapia se centraba en la dinámica individual y en el tratamiento en grupo con otros adolescentes⁵.

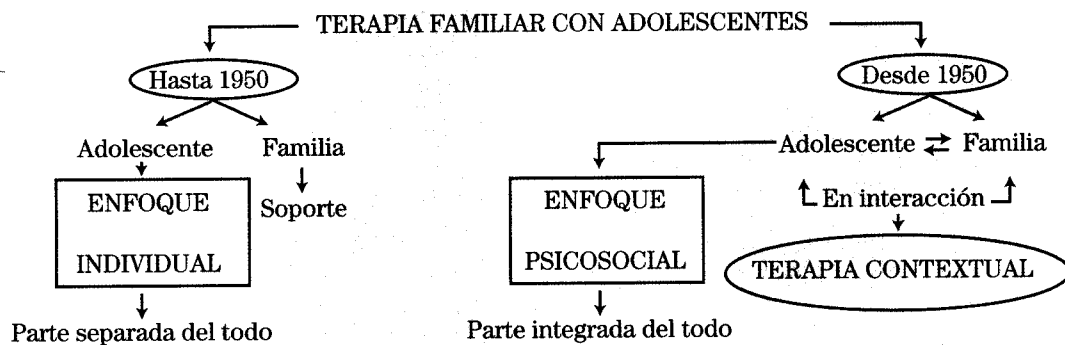


Figura 2. Evolución de la terapia familiar con adolescentes durante la segunda mitad del siglo XX

Paulatinamente, esta idea fue decayendo y es, a partir de aquí, cuando se intenta elaborar un modelo de terapia para la comprensión y tratamiento del adolescente, en el que comienzan a asumirse ciertas variables del contexto social⁶.

Pese al convencimiento de los autores de que ésta es una de las formas de intervención más apropiada con adolescentes, algunas terapias los continúan tratando de forma aislada y sólo dependiendo del momento que atraviesan. Esto es perjudicial ya que como Fishman⁶ sostiene la adolescencia debe contemplarse como una transformación social además de biológica, siendo el enfoque psicossocial el único modelo provechoso para conceptualizar los problemas y mejorar las posibilidades de un tratamiento eficaz (figura 2).

Los objetivos terapéuticos en que se centrarán las terapias son los dos siguientes:

- Ayudar a que el adolescente busque y configure su propia identidad, a la vez que emerge una mayor conciencia de sí mismo.
- Establecer algunos límites a fin de conseguir equilibrar el uso de su libertad. El adolescente debe tener muy claro, en todo momento, cuáles son las normas establecidas y qué determinadas pautas de control se le exigen. Ejercer la autoridad no significa coartar su libertad, sino establecer ciertas coordenadas a fin de que le sirvan de guía o pauta para su comportamiento.

De igual modo, el adolescente debe conocer también, con claridad a qué ha de atenerse y lo qué sucederá si no cumple con dichas normas. Saber a qué atenerse es fundamental para poder ejercer la libertad. Por tanto, el establecimiento de algunos límites precisos servirá al joven adulto para el entrenamiento de su propio autocontrol.

La identidad es de primordial importancia buscarla dentro del contexto familiar. Aquí es donde puede suscitarse la primera crisis, sobre todo si este proceso no es posible por numerosos motivos como, por ejemplo, la presencia de un hermano incapacitado que absorbe toda la atención de la familia, la carencia de rol (padre o madre) propio de las familias monoparentales, el rechazo de los posibles modelos de imitación, la no identificación del niño que se sabe adoptado con sus padres adoptantes, las familias excesiva-

mente cohesionadas y rígidas que no permiten ni facilitan una adecuada red de relaciones sociales, etc.

El adolescente ha de ser capaz de responderse a sí mismo acerca de ciertas preguntas claves que son necesarias para su maduración, como quién es, qué quiere o le gusta y si puede o tiene capacidad para ello. Una vez que conoce lo esencial acerca de sí mismo, sólo habrá que motivarle e impulsarle para que empiece a ser quien es y para que actualice la potencialización de lo que quiere y es capaz de llegar a ser, pasando de niño a adulto de la manera más armoniosa posible.

El adolescente forma parte activa de la familia, aunque no se identifique con ella y, a su vez, la familia va a verse influida por éste. Este aspecto ha de tenerse en cuenta en la intervención terapéutica a la hora de buscar relaciones causales entre los hechos, pues, con frecuencia, se dará una relación de tipo circular y no lineal.

La terapia debe intentar guiar al sujeto para que paulatinamente vaya saliendo del sistema familiar, pero sin huir de él o rechazarlo, pues negar su familia supondría, a largo plazo, negarse a sí mismo. En este último caso, este momento crítico y evolutivo —la adolescencia—, que potencialmente puede ser beneficioso, se convertirá en una etapa destructiva, en un fuerte detonante para su identidad personal.

También es primordial, según Fishman, intervenir y transformar las pautas interactivas disfuncionales que hay entre el adolescente y su familia, como una de las fuerzas sociales más significativas en su vida personal. Para llevar a buen puerto este objetivo será necesario mantener y, si es posible, fomentar más que nunca la relación padres-hijos.

Según Navarro⁷, no hay que olvidar que los mejores agentes para el cambio de los hijos son los padres, por lo que, para reducir las conductas problemáticas —si las hubiera—, parece necesario mejorar la relación con ellos y disponer así de su ayuda en la terapia.

Otro aspecto importante que no debe sorprender al terapeuta y que debiera tener en cuenta es la aparente paradoja de que el adolescente, al tiempo que se considera autosuficiente y sin necesidad de tener que cambiar o adaptarse a una nueva situación, no deja de sentirse incomprendido, vacío o

con la necesidad imperiosa de llamar la atención a fin de no sentirse solo.

Esto se debe al propio narcisismo, algo característico de este momento vital. La función de la terapia, en este sentido, irá encaminada a orientar a la familia para que consiga reestructurarse ante tal situación. La familia, como punto de referencia, deberá situarse a una distancia prudencial, respetando el deseado «espacio vital» del adolescente e intentando rebajar esa dosis de narcisismo, saliendo un poco de sí, para entrar en los demás.

Una vez resueltos estos contratiempos, que no dejan de ser normales, la terapia con adolescentes debe evitar convertirse en un recetario mágico que monótonamente se aplica como solucionador de problemas. Nuestra función no es otra que la de ayudar al adolescente y a sus padres para que identifiquen sus problemas con el fin de que puedan llegar a solucionarlos.

Algunos instrumentos y técnicas en terapia familiar con adolescentes

El hecho de que cada adolescente sea único y diferente a los demás hace que la intervención terapéutica que se lleve a término con él no se contradiga porque se dispongan de ciertas técnicas o instrumentos apropiados, pertinentes y característicos de este tipo de terapia específica. En las líneas que siguen se mencionan sólo algunas de las notas que caracterizan la terapia familiar con adolescentes:

1. Se recomienda que sea breve: el adolescente se encuentra en una etapa de cambios rápidos, por lo que un problema que parece irremediable e imposible de resolver, de forma natural y al poco tiempo se ha disipado y ya no constituye una preocupación.

2. Se debe identificar el problema y persuadir a la familia de las realidades diferentes en las que se encuentran: para ello, es necesario modificar el sistema familiar, suscitando una nueva estructura que sea más funcional⁶.

Los padres deben entender lo que significa tener un adolescente en casa y las repercusiones que esto puede tener en la dinámica familiar y conyugal. En este sentido, los padres deben aunarse a la hora de exigir y de comunicarse con el adolescente. Esta es una estrategia fundamental para que el adolescente no perciba posibles fisuras que, tal vez, puedan favorecerle en sus propósitos y beneficios⁷.

Se recomienda que actúen con «firmeza, no con dureza». Poner ciertos límites, con una pequeña nota de flexibilidad, exigirá del adolescente dejarse ser exigido, potenciando así su capacidad para conseguir sus propias metas.

También se les recordará a los padres que «en la familia se aprende poco, pero se imita todo». El adolescente ha de tener su propia conciencia moral y debe ir empezando a tomar decisiones, a pesar de que se vean condicionadas (de forma más o menos consciente) por el modelo familiar vivido.

Los progenitores tienen que entender que si desean que su hijo aprenda no pueden evitar su sufrimiento. Por ello, la sobrepro-

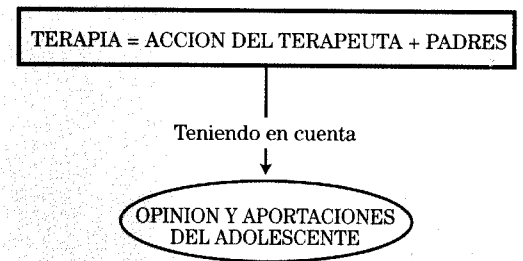


Figura 3. Las escuelas y sus diversos tipos de intervención en los adolescentes

tección de los padres se hace innecesaria e incluso contraproducente, pues si el comportamiento del adolescente no es el apropiado, él mismo sufrirá las consecuencias de su acción y su conciencia moral así se lo indicará.

Una conducta sobreprotectora por parte de los padres, pese a su correcta e indudable intención, sólo evitaría el crecimiento y madurez del adolescente. Tal conducta puede llevar al individuo a sentirse inútil y a ahogarse en su propia inutilidad. En estas circunstancias, su incapacidad para resolver conflictos avivará la intolerancia a la frustración y la falta de realismo ante la vida.

3. Evaluación de la familia: se evaluará la organización, cohesión y adaptación de la familia, ya que es de vital importancia la recogida de datos acerca del funcionamiento familiar. Esto debería servir al terapeuta para la evaluación y diagnóstico de la familia, lo que le permitirá establecer qué estrategias terapéuticas son las más puestas en razón para alcanzar el fin que se persigue⁸.

4. La intervención, con independencia del problema concreto que presenta el adolescente, debe ir presidida por:

– El abordaje de la rigidez, definida como la incapacidad de la familia para abandonar una situación cuando las circunstancias indican la conveniencia del cambio para el adecuado funcionamiento de la familia.

– Tener en consideración la opinión del adolescente, actitud que favorecerá su interés por la colaboración en el programa. Pese a esta pauta, los padres con el terapeuta serán quienes sigan teniendo el poder y quienes reconduzcan la terapia hacia donde crean más oportuno y conveniente.

Por tanto, estamos abogando con estas notas por un modelo integrado, en el que el peso de la terapia recae sobre la acción del terapeuta y se complementa con la participación de los padres, sin pasar por alto o ignorar la opinión y aportaciones que el adolescente quiera añadir (figura 3).

Es un hecho evidente que en la adolescencia se dan transformaciones a nivel psicológico que afectan tanto al individuo como a la familia de la que aquél forma parte. Pero ante el mismo suceso, las diversas escuelas y enfoques psicoterapéuticos sitúan su origen a muy diferentes niveles (figura 4).

– La escuela psicoanalítica. La terapia familiar con adolescentes en la escuela psicoanalítica opta por una intervención no

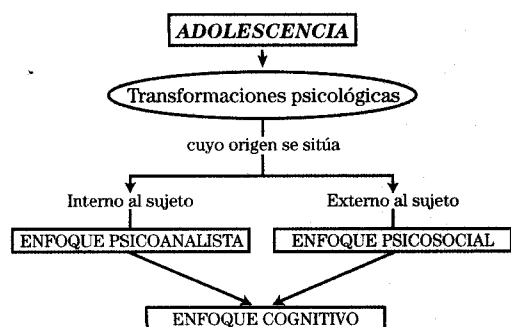


Figura 4. Diferentes enfoques de la terapia familiar con adolescentes

sistémica. Como dice Male¹, se prefiere el encuentro interpersonal en el que pueda establecerse la transferencia. Desde esta perspectiva, se proponen técnicas no directamente verbales, como la relajación o las técnicas dramáticas, las cuales inciden en un mejor control emocional.

- La escuela sistémica. La intervención con adolescentes, desde la perspectiva sistémica, según Lehalle², destaca por ser simultáneamente teórica y práctica. El adolescente es llamado aquí como el «paciente designado» o el motivo por el que la familia acude a la terapia, pero el «síntoma» que debe abordarse no reside en él, sino que se deriva de la disfunción a nivel del grupo o sistema familiar en el que vive. Aquí se analizan las transacciones (interacciones sociales, comunicaciones verbales y no verbales) que ponen de manifiesto el desajuste en la relación, por lo que la intervención necesariamente ha de tomar a su cargo a toda la familia.

Desde esta perspectiva, la mera circunstancia de que haya un adolescente en la familia es causa suficiente para que se rompa la necesaria homeostasis que hace que la familia funcione. Esta es la razón por la que se intentan modificar las relaciones disfuncionales y a penas si se presta atención por innecesario, a los usos de «síntomas» sin que por ello, la familia deje de ser socorrida.

El individuo aquí no es tratado por sí mismo, sino como parte integrante de un sistema (la familia). El diagnóstico, por tanto, tampoco es individual, sino conjunto: la familia está enferma o es disfuncional. En este sentido, ante la posible presencia de síntomas más o menos psicopatológicos por parte del adolescente, se hipotetiza que «sólo» o apenas sí constituyen un testimonio más de una disfunción en el grupo familiar.

Desde este enfoque siempre se trabaja con hipótesis que pueden ser verdaderas o falsas (confirmadas o no), por lo que puede llegarse a una considerable falta de objetividad.

- El enfoque psicosocial. Desde esta perspectiva, el origen de los cambios no son atribuibles a una determinación interna (la pubertad), sino a una causa externa. Como consecuencia de tal causa externa al sujeto le sobrevienen ciertas modificaciones a través de las interacciones sociales. El adolescente se debe enfrentar a situaciones socia-

les en las que su posición y roles son ambiguos y mal definidos. Acaso por eso, considere que otros medios como la escuela, el grupo de compañeros de su misma edad o los medios de comunicación, *mass media*, son más influyentes que la propia familia.

- El enfoque cognitivo-conductual. El origen de las transformaciones psicológicas en el adolescente no son del todo consideradas aquí como internas o externas. Su origen hay que buscarlo en el desarrollo de sí mismo y, desde luego, vinculado a las interacciones o sucesivas adaptaciones del individuo a su entorno.

Las dos funciones fundamentales de la terapia son la de servir de guía al paciente, para que pueda entender cómo sus pensamientos y actitudes influyen en sus emociones y comportamientos y, por otro lado, ayudarle a promover experiencias correctivas que le sirvan para generar pensamientos más adaptativos⁹.

El terapeuta es activo y directivo en la intervención y la relación que se establece con el cliente tiene una importancia vital por condicionar la emergencia del cambio deseado. Beck¹⁰ y, anteriormente a él, Rogers¹¹ hablan de las tres características generales que son imprescindibles para que la relación terapeuta-cliente sea beneficiosa: la aceptación incondicional, la empatía y la autenticidad.

Entre las estrategias aquí más destacables se encuentran las concernientes al entrenamiento en autoinstrucciones, el *role-playing*, la inversión racional de rol y el entrenamiento en habilidades sociales.

Terapia familiar con adolescentes con riesgo de suicidio

La conducta del suicidio adolescente

El suicidio ha sido considerado en numerosos estudios como la segunda causa de mortalidad entre los adolescentes de 15 y 19 años en Estados Unidos. Esta incidencia es sólo superada por los accidentes¹².

El comportamiento suicida en la adolescencia puede definirse como un tipo de violencia reactiva que surge en el individuo contra sí mismo cuando se enfrenta a una situación de conflicto que supera la posibilidad de ser abordada, suscitando liberar de ese modo la tensión inaguantable por la que el adolescente se ve bloqueado.

En palabras de uno de nosotros¹³, el suicidio es la elección que el sujeto hace de una determinada conducta como errónea respuesta de afrontamiento al estrés. Este acto impulsivo y no preparado se frustra en muchas ocasiones, en lugar de alcanzar su propósito.

El adolescente que baraja la posibilidad de suicidarse se ve rodeado de problemas muy complejos y llega a percibir la realidad distorsionada, autoconvenciéndose, de forma más o menos consciente, de que el suicidio es la única salida posible que le dejan, sintiéndose víctima, en cierto modo, y «obligado» a hacerlo de forma irrevocable.

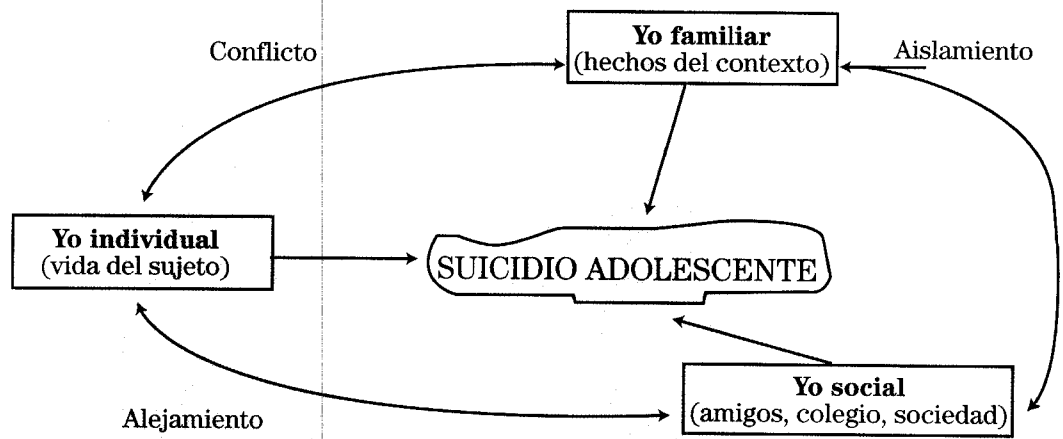


Figura 5. Modificación de los autores del modelo de Sampaio (1994) acerca del suicidio adolescente

Una vez tomada esa decisión, el único objetivo es que cese la estimulación aversiva que lo desencadena, pues, de lo contrario, esta fuerte «dosis» de violencia genera, a su vez, un desproporcionado sentimiento de poder. El adolescente, en ese momento, más que disponer de un comportamiento racional, se comporta de forma puramente emocional y, por los sentimientos contradictorios y ambivalentes a los que se ve sometido, se debate entre el deseo de vivir y de morir.

La estabilidad emocional es aquí muy precaria, hecha de amenazas, miedos, autoafirmaciones, protagonismos, dependencias e independencias afectivas¹³, y todo ello genera una constelación muy compleja de resultados imprevisibles.

Otra posible opción que con frecuencia llega a tener consecuencias también irreversibles es que el adolescente opte por el consumo de drogas o alcohol como vía de escape al estado en que se encuentra. Algunas de éstas, como la cocaína, produce un estado desproporcionado de euforia, lo que hace que el individuo distorsione, igualmente, la realidad y no se percate de las reales consecuencias de una estrategia tan peligrosa como la empleada. El adolescente se siente fracasado respecto a todo y a todos los que le rodean.

Tanto individualmente –no llega a conseguir su propia identidad–, como a nivel familiar –no consigue el cambio necesario en las relaciones padre-hijo– y social –está desorientado e inadaptado–, se siente prescindible y sin ninguna utilidad para los demás (figura 5).

En estas circunstancias, el adolescente decide huir y alejarse de todo. Junto a esa decisión de huida, Otto¹⁴ describe ciertos comportamientos que anteceden al intento suicida, como los siguientes:

- Aparición de conductas asociales y dificultades escolares.
- Descuido de la higiene personal.
- Mayor consumo de alcohol.
- Más irritabilidad, agresividad e inestabilidad afectiva.
- Aparición de ansiedad, insomnio y dificultad para alimentarse.

– Síntomas depresivos como apatía, indiferencia e inhibición.

La familia como factor determinante del posible suicidio

No deberíamos llegar a la reducción simplista de que el suicidio adolescente pueda ser la consecuencia de un único y elemental factor, ya que son muy numerosas las causas etiológicas que condicionan la presencia de dicho acontecimiento (sociales, culturales, familiares, escolares, psicológicas, etc.).

Lo que sí es cierto es que el ámbito familiar parece ser el soporte fundamental de la estabilidad personal y afectiva del adolescente. El adolescente nunca es ajeno, por ejemplo, a los cambios y crisis que sufre la familia. Tanto las rupturas (separaciones, divorcios), como las nuevas configuraciones (nuevos matrimonios, familias reconstituidas, adopciones), influyen en las relaciones interpersonales del adolescente con los miembros de la familia, y especialmente con sus padres¹⁵.

Los adolescentes que viven con una familia reconstituida continúan siendo leales, por lo general, a su familia de origen, causando frustraciones y dificultades de ajuste y adaptación en la nueva dinámica familiar y en los nuevos miembros de su familia¹⁶. Como consecuencia de esta situación, el adolescente se siente más desorientado, aún si cabe, y encuentra una mayor dificultad para identificarse con algún modelo que le atraiga. En función de cómo el adolescente perciba y asuma esta nueva forma de vida, dependerá el futuro de sus afectos, comportamientos y creencias acerca de la familia (figura 6).

Según un estudio realizado por Finchman¹⁷, la salud psíquica del adolescente depende directamente de la estructura familiar. De ello se desprende que los hijos de familias monoparentales son los más afectados a nivel psicológico, lo que influye de forma decisiva en sus relaciones sociales; seguidamente está el modo en que se afentan los hijos de las familias reconstituidas, siendo los de las familias intactas los más estables.

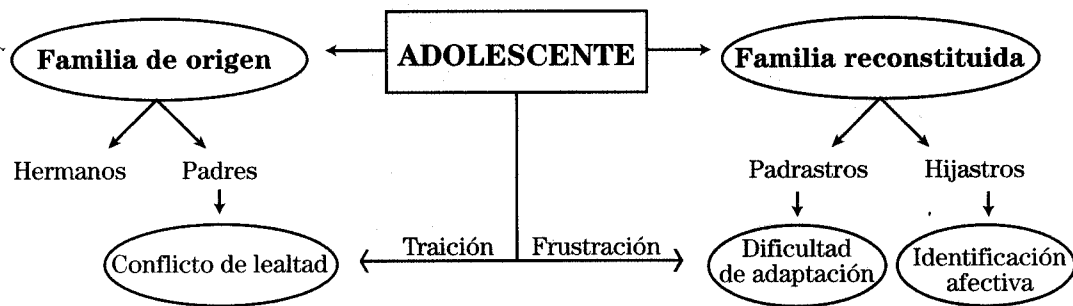


Figura 6. Relación y percepción afectiva del adolescente de una familia reconstituida

También el estilo educativo de la familia es aquí determinante. Wenz¹⁸ demostró hace ya bastantes años que la inexistencia de una normativa familiar y la ausencia de autoridad son factores de riesgo que pueden desembocar en este tipo de conducta rebelde.

Lo que se puede aprender de estos datos es que la estabilidad familiar y una buena relación filial constituyen el ámbito necesario e imprescindible para que este tipo de conductas no se lleguen a producir.

Pese a lo expuesto anteriormente, no debemos olvidar que la etiología del suicidio es multifactorial, aspecto que deja la posibilidad de que otros muchos factores sean los que pueden propiciar dicha situación¹⁹.

En este modelo se diferencian los factores causales primarios (individuales, familiares y sociales) y los precipitantes (percibir los problemas como indisolubles y la frustración y estrés que estos provocan en el sujeto). Ante esa situación, el adolescente busca desesperadamente un cambio. Si las circunstancias se lo permiten, se provocará autolesiones que pueden llegar hasta el suicidio. También puede darse el caso de que para huir de su situación, opte por conductas alternativas como la delincuencia o el comportamiento antisocial.

La terapia familiar y el adolescente suicida

Lejos de aludir a los diferentes modelos de intervención en adolescentes con riesgo de suicidio, en función de los diferentes enfoques de la terapia familiar, a continuación se enunciarán los diferentes objetivos y estrategias específicas hoy en uso para prevenir y controlar esta concreta situación.

Como objetivo general, podría decirse que la terapia que trabaja con los adolescentes y sus familias debe intentar reestructurar el núcleo familiar y velar por conseguir que la familia llegue a ser equilibrada, huyendo de la inestabilidad y/o del caos.

Para este propósito, el terapeuta debe tener en cuenta los siguientes aspectos:

1. Debe conocer y saber detectar los posibles antecedentes que predicen un intento suicida.

2. La terapia será eficaz si el terapeuta consigue adentrarse en los mecanismos cognitivos, emocionales y conductuales del adolescente suicida. Para este fin, las estrate-

gias cognitivo-conductuales constituyen el procedimiento de elección para producir cambios, tanto en el pensamiento, como en los sentimientos y comportamientos²⁰.

- A nivel cognitivo: se debe buscar la coherencia, entendiendo el porqué o la causa que le llevó a realizar la autolesión y autoconvenciéndose de que esa no es la solución. En este ámbito se estudiarán los procesos y distorsiones cognitivas que le llevaron a la convicción errónea, pero bien implantada, de la imposibilidad de controlar su medio y escapar así de la forma desesperada en que lo hizo¹³.

- A nivel emocional: ayudarle a que sea capaz de sentir dolor por lo que hizo, es decir, indagar en los sentimientos que, en ese momento, le invadieron para poder llegar al verdadero arrepentimiento.

- A nivel conductual: deberá realizar alguna tarea a fin de remediar su acción y entrenarse para actuar de forma diferente si se diera una situación estresante semejante. En este caso aquí se podrán entrenar habilidades de afrontamiento y solución de problemas, de autocontrol, de expresión y comunicación familiar, etc.

Respecto a la intervención en la familia, se entrenará para evitar la alta rigidez o el exceso de cohesión, que serán uno de los requisitos más relevantes, de manera que no surjan conflictos innecesarios o para evitar una comunicación difícil o insuficiente.

Las anteriores habilidades podrían simularse en situaciones estresantes donde se tenga que controlar al sujeto tratado, entrenando de esa forma su capacidad de autocontrol.

3. Si la familia que acude con el adolescente a terapia es una familia reconstituida, entonces el objetivo fundamental será el establecer, delimitar y clarificar los límites y papeles de cómo el adolescente se relaciona con su familia de origen y con los miembros de la nueva.

4. El terapeuta no tiene todas las respuestas, pero debe ayudar a desarrollar destrezas en el cliente para que se mueva con independencia y madure el problema. Los padres debieran actuar como co-terapeutas en la terapia comunitaria.

5. El adolescente debe ser escuchado en todo momento y siempre tomar en serio sus amenazas, que nunca debieran interpretarse como un medio de llamar la atención.

6. Por último, recordar que la terapia será breve, intensiva y estructurada.

Ética y habilidades terapéuticas para una mejor intervención

Parece imprescindible hacer referencia a los aspectos éticos de la terapia familiar con adolescentes, pues en la mayoría de las ocasiones no son ellos los que solicitan el tratamiento. Por esto, el terapeuta debe valorar si el cambio de comportamiento que están exigiendo los padres es conveniente o no para el adolescente²¹. En toda terapia deberán tenerse en cuenta estos y otros aspectos sociales, éticos y legales y actuar en consecuencia.

Recordamos aquí que todo adolescente que acude a terapia tiene, entre otros, los siguientes derechos:

- Derecho a la confidencialidad: El paciente debe vigilar que se respete el derecho a su intimidad.

- Derecho a ser informado: El terapeuta proporcionará la pertinente información que haga referencia a objetivos, técnicas o detalles de su tratamiento.

- Derecho a la participación en la toma de decisiones: El terapeuta y la familia tendrán en cuenta sus opiniones, pues además de ser un derecho es básico para la colaboración del joven en la terapia.

- Derecho a recibir un tratamiento eficaz: El terapeuta aplicará el tratamiento que sea lo más eficaz posible y menos intrusivo, con tal de que las circunstancias lo permitan.

Además de tener en cuenta estos principios básicos a la hora de la intervención, no debemos olvidar que el terapeuta que trabaje en un caso de tanta envergadura y determinante como éste debe disponer de ciertas habilidades que faciliten la conexión con el adolescente, orientándole en esta tarea a que satisfaga sus máximas posibilidades. Entre otras, se destacarían aquí las siguientes:

- Se debería saber transmitir a los padres la capacidad y necesidad de ayuda que su hijo reclama, aprendiendo a ignorar la posible «realidad contradictoria» y aprender a leer entre líneas.

- Ser capaz de impulsar la negociación entre los padres, proponiendo posibles metas de corto alcance, como por ejemplo, dirigir la comunicación para que se escuchen entre sí, sabiendo ceder ambos y en lo que *ad cautelam* es negociable.

- Tenacidad y esfuerzo para que superen las dificultades durante el programa.

- Saber mantenerse en un segundo plano cuando las cosas comiencen a funcionar y los padres hayan comprendido la dinámica de la terapia. Aquí es cuando el cliente se transforma realmente en el agente principal de su propio cambio.

Bibliografía

1. Male P. *Psicoterapia del adolescente*. Barcelona: Planeta, 1980.
2. Lehalle H. *Psicología de los adolescentes*. Barcelona: Crítica, 1986.
3. Ríos JA. *Manual de Orientación y Terapia Familiar*. Madrid: Ciencias para el hombre, 1994.
4. Moos R, Moos B. *Escala del clima social de la familia*. Madrid: TEA, 1981.
5. Ménder F, Maciá D. *Modificación de conducta con niños y con adolescentes*. Madrid: Pirámide, 1990.

6. Fishman HC. *Tratamiento de adolescentes con problemas. Un enfoque de terapia familiar*. Barcelona: Paidós, 1995.

7. Navarro J. *Técnicas y programas en terapia familiar*. Barcelona: Paidós, 1996.

8. Polaino-Lorente A, Martínez P. *¿Cómo evaluar el funcionamiento familiar?* Navarra: Instituto de Ciencias para la Familia, 1998.

9. Vallejo M, Pareja MA. *Manual práctico de modificación de conducta*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa, 1993.

10. Beck T. *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. New York: Guildford Press, 1995.

11. Rogers WB. *Male models and sexual identification*. *Human Organization* 1968; 27: 326-31.

12. Sampaio D. *Abordaje sistémico en los intentos de suicidio adolescente*. *Cuadernos de Terapia Familiar* 1994; 26: 15-19.

13. Polaino-Lorente A. *Las depresiones infantiles*. Madrid: Morata, 1988.

14. Otto V. *Suicidal acts by children adolescents: a follow-up study*. *Acta Psychiatr Scand* 1964; 233: 5-123.

15. Wagner A et al. *La relación del adolescente con su familia*. *Cuadernos de Terapia Familiar* 1997; 35-6.

16. Smith D. *Madrastras, mito e realidad. Como desempeñar este difícil papel*. Porto Alegre: L&PM, 1995.

17. Finchman FD. *Marital satisfaction and depression*. *Psychological Science* 1997; 8, 5: 351-7.

18. Wenz F. *Economic status, family anomie and adolescent suicide potential*. *The Journal of Psychology* 1978; 98: 45-7.

19. Kerfoot M. *The family context of adolescent suicidal behavior*. *Journal of Adolescence* 1980; 3: 335-46.

20. Kendall P. *Child and adolescent therapy cognitive-behavioral procedures*. London: Guildford Press, 1991.

21. Goldberg R. *Ethical dilemmas in working with children and adolescents*. En *Ethical and legal issues in professional practice with families*. Washington: American Psychological Association, 1998.