



INTERPSIQUIS

Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología
y Enfermería en Salud Mental

SUICIDIO ADOLESCENTE: ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EN LA COMUNIDAD DE PARES

María José Asenjo

marijoase@gmail.com

Suicidio adolescente, sobrevivientes, duelo.

RESUMEN

En Argentina el suicidio adolescente se triplicó en los últimos treinta años, siendo la segunda causa de defunción en la franja etaria de 15 a 19 años.

El suicidio, al igual que otras muertes, da lugar a que sus familiares, amigos y allegados tengan que atravesar un periodo de duelo; éste tendrá una intensidad mayor o menor, dependiendo del grado de intimidad y vinculación con el fallecido, tipo de relación y circunstancia de la muerte.

En ocasiones, el duelo por suicidio es distinto a los otros, pudiendo ser más prolongado, con sentimientos de enojo, culpa y aislamiento más intensos, por el cual, hay que tener en cuenta la asistencia de quienes sobreviven a una experiencia de suicidio de un par, reconocer o identificar quienes podrían necesitar una intervención en algún tipo de dispositivo de asistencia.

Se trabaja en consultorio particular con cuatro pacientes: 3 varones de 17,18 y 19 años y una mujer de 17 años, todos atravesando duelo de amigos o familiares pares en edad que se suicidaron. Dos de ellos habían sido anteriormente pacientes por otros cuadros psicopatológicos, uno de ellos, transcurriendo tratamiento por otro cuadro, comienza el duelo, y uno de ellos llega a consulta por derivación de psicología luego del suceso.

En algunos casos se exacerban los síntomas de enfermedad de base y en otros casos comienzan a partir del hecho. Por lo cual hay que estar alerta a signos o síntomas que presentan los adolescentes a partir del suicidio de un par.

SUICIDIO ADOLESCENTE: ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EN LA COMUNIDAD DE PARES

INTRODUCCIÓN

Como indica la OMS anualmente, cerca de 800 000 personas se quitan la vida y muchas más intentan hacerlo. Cada suicidio es una tragedia que afecta a familias, comunidades y países y tiene efectos duraderos para los allegados del suicida. El suicidio se puede producir a cualquier edad, y en 2016 fue la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el mundo.

El suicidio es un grave problema de salud pública; no obstante, es prevenible mediante intervenciones oportunas, basadas en datos fidedignos y a menudo de bajo costo. Para que las respuestas nacionales sean eficaces, se requiere una estrategia de prevención del suicidio multisectorial e integral.

Si bien el vínculo entre el suicidio y los trastornos mentales (en particular los trastornos relacionados con la depresión y el consumo de alcohol) está bien documentado, muchos suicidios se producen impulsivamente en momentos de crisis que menoscaban la capacidad para afrontar las tensiones de la vida, tales como los problemas financieros, las rupturas de relaciones o los dolores y enfermedades crónicos.

Además, las experiencias relacionadas con conflictos, desastres, violencia, abusos, pérdidas y sensación de aislamiento están estrechamente ligadas a conductas suicidas. Las tasas de suicidio también son elevadas entre los grupos vulnerables objeto de discriminación.

Desarrollo

En Argentina más personas se quitan la vida de las que son asesinadas cada año, por lo que el suicidio es uno de los fenómenos más preocupantes, dado el incremento gradual y sostenido del número de casos en los últimos años, en especial en la población de jóvenes de entre 15 y 24 años de edad, siendo la segunda causa de muerte en dicha franja etaria, después de los accidentes de tránsito.

En 2017 (últimas cifras oficiales) hubo 3222 suicidios, de los cuales el 80% fueron hombres y el 20% mujeres. Los jóvenes representaron el 27%, con una tasa mayor al resto de la población.

En 2014, del total de muertes por suicidio, un tercio correspondieron a personas de entre 15 y 24 años, segunda causa de muerte en ese grupo etario como fue mencionado anteriormente. (Federico Daray, investigador del CONICET especializado en psiquiatría)

SUICIDIO ADOLESCENTE: ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EN LA COMUNIDAD DE PARES

En el año 2015, el Congreso Nacional sancionó una Ley de Prevención del Suicidio (aun no reglamentada). Esta declara de interés nacional la capacitación profesional para detectar y asistir a personas en riesgo. Entre las medidas que prevén, se encuentran no solo brindar asistencia a personas víctimas de ideación o intentos suicidas, sino también, a los familiares, y a la detección, seguimiento y tratamientos de posibles suicidios, capacitando a trabajadores de APS (atención primaria de la salud), las fuerzas de seguridad, y a docentes, quienes son los primeros en tener contacto con los adolescentes y que, muchas veces, es el ámbito escolar donde se detectan las ideaciones suicidas, ya sea por un acercamiento primario del adolescente en riesgo, así como algún amigo al cual le preocupa alguna situación de algún compañero que le confió.

El suicidio de niños y adolescentes es una tragedia que afecta no solo al individuo, sino también a la familia, a los padres, y a la comunidad donde vivió el joven.

Es considerado, a menudo, como un fracaso personal por los padres, amigos, maestros, médicos, psicólogos que se reprochan a sí mismos (muchas veces infundadamente) no haber percibido las señales de alerta (Basile, H.).

Según datos de 2016: 850 jóvenes de entre 15 y 24 años se quitaron la vida, un 11.95 por cada 100.000 de dicha población.

Trabajar con estadísticas oficiales presenta varias ventajas, aunque las tasas de suicidios no reflejan la cantidad de suicidios que se producen efectivamente, sino solo aquellas muertes que son registradas como tales. Por ocultamientos deliberados en algunos casos y por la imposibilidad de determinar las circunstancias precisas en que se produce la muerte, muchos suicidios son clasificados como muerte accidental o muerte por lesiones en las que se ignora el origen de las mismas, así como muchos suicidios quedan enmascarados dentro de los accidentes de tránsito.

Nos conmueven los actos suicidas pues transmiten la idea de que alguien se hizo cargo de poner fin a su vida por su propia cuenta, adelantando un hecho que inevitablemente se iba a producir ya que la muerte es un componente inevitable de la vida. Quien decide matarse nos coloca frente a una muerte particular, una decidida y muchas veces programada.

Cuando quienes adoptan las conductas suicidas son los adolescentes o los miembros más jóvenes de la sociedad, el hecho se vuelve más impactante ya que se elige morir a una edad en que la muerte, como hecho biológico, resulta casi impensable.

SUICIDIO ADOLESCENTE: ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EN LA COMUNIDAD DE PARES

Los suicidios que reciben mucha publicidad a través de los medios (radio, televisión, periódicos) pueden motivar conductas semejantes en otras personas. Son los denominados "suicidios por imitación", a los que los adolescentes son especialmente susceptibles.

Dada esta cantidad de suicidios, muchos adolescentes deben atravesar periodos de duelo por fallecimiento de un par, siendo muchas veces, el primer contacto con el fallecimiento de un ser querido.

El duelo adolescente tendrá una intensidad mayor o menor dependiendo del grado de intimidad y vinculación con el fallecido, tipo de relación y circunstancia de la muerte.

La definición de duelo en CIE 10: se emplea el código Z63.4 para duelo normal y el epígrafe de los trastornos de adaptación F43, para duelo patológico.

El duelo normal no está considerado un trastorno mental.

Borgeois, en 1996, describe el siguiente concepto de duelo como "la pérdida de un familiar y/o ser querido con sus consecuencias psicoafectivas, sus manifestaciones exteriores y rituales, y el proceso psicológico evolutivo consecutivo a la pérdida.

El dolor es, en su mayor parte, el afecto resultante del duelo, el sufrimiento mental o malestar por la aflicción de la pérdida, tristeza o arrepentimiento. El luto es el proceso psicológico que comienza con la pérdida del ser querido; el dolor es el estado subjetivo paralelo.

La experiencia de duelo normal es de carácter transitorio, reversible y proporcional a la situación externa desencadenante. Los síntomas centrales son semejantes a los de un trastorno depresivo: desinterés por el mundo externo, inhibición de la actividad y de las motivaciones habituales, signos vegetativos, baja autoestima, sentimientos de culpa, etc. Pero no se puede/debe hacer diagnóstico de trastorno depresivo si el adolescente está cursando un proceso de duelo normal.

También, puede cursarse un *duelo llamado patológico* (complicado o no resuelto), como así también un duelo psiquiátrico.

Dentro de los *duelos complicados*, se encuentran: duelo ausente o retardado, duelo inhibido, duelo prolongado o crónico, duelo no resuelto, duelo intensificado, duelo enmascarado, reacciones de aniversario.

El *duelo psiquiátrico* es aquel donde se produce la aparición de un verdadero trastorno psiquiátrico, cumpliendo todos los criterios para su diagnóstico.

SUICIDIO ADOLESCENTE: ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EN LA COMUNIDAD DE PARES

Los adolescentes se vinculan con temas referidos a la muerte de una manera fría y distante en lo cotidiano, a través de las letras de canciones, programas televisivos, redes sociales y hasta en juegos en red. Pero, a la hora de afrontar hechos reales se encuentran solos y desprotegidos.

Las ideas y concepciones acerca de morir no se discuten de manera abierta y sistemática con ellos, a pesar de que se enfrentan de manera cotidiana a sucesos que confirman su presencia, de lo cual el suicidio de otro adolescente tiene un alto impacto en ellos.

Varias investigaciones han demostrado que el suicidio de un amigo/a o miembro del grupo familiar aumenta el riesgo de quitarse la vida en especial en adolescentes escolarizados con historia de intentos de suicidio o con trastornos depresivos (Shafii y col, 1985).

En base a lo trabajado en la consulta, el suicidio de un par en edad adolescente puede traer consigo una recaída y/o una profundización de su cuadro de base del cual se está en tratamiento, con aumento de los síntomas o regresando los síntomas que habían ya habían remitido.

En otros casos, abren paso a cuadros o patologías que no tienen que ver con el duelo normal ni con el duelo complicado o no resuelto, sino con un duelo psiquiátrico, pero con cuadros de los cuales, muchas veces, hay historia familiar compatible con ellos (TOC, Ansiedad en familiares, depresiones, por ejemplo)

En el duelo por suicidio, según Cain (1972) los procesos que subyacen a nivel cognitivo en la mente del suicida son tremendamente complejos. Considero que la persona que se suicida, deposita todos sus secretos en el corazón del superviviente, le sentencia a afrontar muchos sentimientos negativos y observándose con pensamientos relacionados con su papel real o posible, a la hora de haber precipitado el acto suicida o haber fracasado en evitarlo. Esto puede ser una carga muy pesada.

Las muertes por suicidio conllevan mayor estigmatización que el resto de las muertes, mayor sentimiento de culpa, menos deseos de discutir sobre la muerte y mayor cuestionamiento sobre lo que se podría haber hecho.

En el duelo por suicidio los pares y la familia están expuestos al desarrollo de psicopatologías como ansiedad, trastornos de estrés postraumático y episodios depresivos mayores.

SUICIDIO ADOLESCENTE: ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EN LA COMUNIDAD DE PARES

En la pérdida de un ser querido fallecido por suicidio, el duelo es bastante más doloroso, intenso, prolongado y difícil de soportar. Origina respuestas y emociones más evidentes, siendo el shock, el aislamiento social, los sentimientos de culpa, las rumiaciones más dolorosas, así como llevar a los que se encuentran en duelo a asumir más conductas de riesgo, consumo de alcohol, tabaco, drogas o psicofármacos.

Hay signos que pueden indicar que un adolescente estaría necesitando ayuda a la hora de transitar el duelo, que en ellos es más difícil y pueden presentar algunos signos de alarma:

- Negación del dolor, alardes de fuerza y madurez
- Síntomas depresivos, dificultad para dormir, impaciencia y baja autoestima
- Fracaso escolar o indiferencia por las actividades escolares o actividades que anteriormente generaban placer
- Deterioro en las relaciones familiares o con amigos
- Mencionar el suicidio como posibilidad de encuentro con el fallecido o como forma de solucionar algún problema
- Conductas de riesgo: abuso de alcohol y drogas, peleas, relaciones sexuales sin medidas preventivas.

El suicidio concretado de un adolescente genera, en el contexto escolar, una experiencia de crisis, entendiéndose como una situación de inestabilidad temporal en el grupo de individuos, que produce una desorganización de los comportamientos habituales. Siendo bastante difícil de afrontar por los equipos terapéuticos escolares

Las estrategias de intervención, para asistir a los sobrevivientes de una experiencia de suicidio de un par, tienen como objetivo brindar herramientas para afrontar una situación de pérdida afectiva inesperada, cuya finalidad es:

- Tomar conciencia de que una muerte por suicidio genera una crisis
- Lograr un mejor reconocimiento de los sentimientos de pesar y tristeza
- Identificar a sujetos en riesgo de estructurar un cuadro psicopatológico
- Reducir los sentimientos de confusión y ansiedad.

SUICIDIO ADOLESCENTE: ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EN LA COMUNIDAD DE PARES

Las principales reacciones cognitivas ante una situación de pérdida repentina de un amigo, ser querido o compañero de estudio o trabajo, pueden caracterizarse de la siguiente manera (Caplan,1993):

- Pérdida de la atención y los objetivos, puede aparecer una preocupación obsesiva con los recuerdos del incidente reciente y de experiencias similares, así como situaciones de fracaso.
- Deterioro en los accesos de recuerdos.
- Se deteriora la capacidad de juicio y toma de decisiones, menos racionales y más impulsivos.
- La persona se evalúa a sí mismo en términos de confusión e ineficacia, generando una autoimagen de impotencia y desvalimiento.

Los países, que con mayor eficacia han manejado la temática de suicidio adolescentes, han implementado medidas a fin de prevenirlos.

Esas medidas incluyen:

- restricción del acceso a los medios de suicidio (por ejemplo, plaguicidas, armas de fuego y ciertos medicamentos)
- información responsable por parte de los medios de comunicación;
- las intervenciones escolares;
- introducción de políticas orientadas a reducir el consumo nocivo de alcohol;
- identificación temprana, tratamiento y atención de personas con problemas de salud mental y abuso de sustancias, dolores crónicos y trastorno emocional agudo;
- capacitación de personal sanitario no especializado, en la evaluación y gestión de conductas suicidas;
- seguimiento de la atención dispensada a personas que intentaron suicidarse y prestación de apoyo comunitario.

El suicidio es un problema complejo y, consiguientemente, las actividades de prevención exigen la coordinación y colaboración de múltiples sectores de la sociedad, incluidos los de salud, educación, trabajo, agricultura, comercio, justicia, derecho, defensa, política y medios de comunicación. Esas actividades deben ser amplias e integradas, dado que ningún enfoque individual por separado puede tener efecto en una cuestión tan compleja como el suicidio.

SUICIDIO ADOLESCENTE: ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EN LA COMUNIDAD DE PARES

CASOS CLÍNICOS

Se presentan 4 casos clínicos, 4 adolescentes/adultos jóvenes, 4 historias y antecedentes personales. 4 duelos psiquiátricos?

Primer caso:

F. 16 años, mujer.

Regresa a la consulta psiquiátrica en el mes de mayo del año 2018, ya que han regresado los síntomas por los cuales consultó e hizo tratamiento durante casi 3 años antes.

Siendo el mes de abril, e iniciando su tercer año de secundaria, comienza (nuevamente) con síntomas de insomnio, preocupaciones excesivas por el rendimiento escolar, irritabilidad, contracturas, dolor gástrico, cólicos, palpitaciones e inquietud. Se agrega como síntoma nuevo el miedo a dormir sola, miedo a la muerte y miedo a "enloquecer y hacerse daño a ella misma".

Dichos síntomas llevan a una baja en su rendimiento escolar, disminución en su confianza, abandonar salidas con amigas y el deporte que practicaba desde los 7 años. Diagnóstico presuntivo: trastorno de ansiedad generalizada.

Antecedentes personales: a los 12 años comienza psicoterapia y a los 13 años su psicóloga la deriva con mi persona por cuadro compatible con trastorno de ansiedad generalizada. En esa ocasión, los síntomas que presenta son: ansiedad, irritabilidad, quejas somáticas múltiples donde el dolor gástrico y los cólicos muchas veces hace que se ausente a clases, contractura, cefalea, preocupación por el rendimiento escolar (comenzó la secundaria en escuela nueva), palpitaciones y angustia. En dicha ocasión se la medica con sertralina 50 mg día y al cabo de 6 meses, ya con una notable mejoría, se discontinúa la medicación y se otorga el alta psiquiátrica. Ella, en todo momento, continúa con psicoterapia individual.

Cuando se la indaga sobre algunos cambios en su vida, hechos que pueden haberle generado nuevamente esta preocupación, solamente comenta sobre las exigencias en su escuela y las nuevas materias del año.

Indicaciones: regresar nuevamente a psicoterapia individual, la que había discontinuado durante ese verano y no regresó. Además, se comienza con melatonina por la noche y 25 mg de sertralina/ día. Se la cita a las 3 semanas.

SUICIDIO ADOLESCENTE: ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EN LA COMUNIDAD DE PARES

Evolución :Cuando regresa a las 3 semanas ya había concurrido a terapia durante 2 sesiones y, estando más tranquila, porque estaba con ambos tratamientos; refiere que quizás el nuevo miedo a dormir sola se deba a que se enteró que una amiga de patín se había suicidado en el mes de febrero por rendir mal las materias y repetido el año (significado que ella le da al suicidio, ya que son especulaciones de dichos entre las compañeras del club) y que tenía pesadillas recurrentes sobre morirse, lo que ella explica como el miedo a poder hacerse daño a sí misma. En ese momento, el discurso sobre el suicidio lo realizó casi sin emotividad, como un relato de algo que sucedió sin registro de angustia o dolor por el hecho de la pérdida de una persona que había compartido muchos años con ella.

Le pregunto si había podido hablar el tema en psicoterapia, lo cual niega porque no había conectado el hecho del suicidio con sus síntomas hasta ese momento.

Se habla con su psicóloga y con ella comienzan a trabajar estos aspectos de la muerte del par y los síntomas.

Continúa medicada con sertralina unos meses más (7 aproximadamente) y se discontinúa. Cuando estaba cursando el tercer mes de medicación y psicoterapia, comienza con síntomas depresivos, explicándole a la paciente que pertenecen al duelo, y pasados unos 3 meses más, ya sin los síntomas por los que había consultado, se discontinúa la medicación y se indica seguir en tratamiento terapéutico individual como lo venía realizando.

Segundo caso:

J. 18 años, varón.

Concurre a consulta con síntomas de rumiaciones obsesivas de temática agresiva, vida después de la muerte, que se siente estando muerto, pensamientos que irrumpen en cualquier momento, pero en especial en las clases de la facultad o cuando tiene que estudiar, aumentando significativamente la ansiedad, y comenzando luego sus compulsiones como rezar, contar y repetir mantras con el pensamiento o en voz baja, dependiendo del lugar donde se encuentre. Otro ritual que comienza a tener es el de contener la respiración por el máximo tiempo posible para ver que se siente no poder respirar, y lavarse las manos frecuentemente.

Todos estos síntomas comienzan luego del "accidente automovilístico" donde muere un compañero de la secundaria, compañero que estaba conduciendo alcoholizado y tenía ya historia de ideación suicida, intentos de suicidios y una internación psiquiátrica por estos hechos.

SUICIDIO ADOLESCENTE: ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EN LA COMUNIDAD DE PARES

Un pensamiento repetitivo y angustiante es el de que podría haber hecho para evitar este accidente que el, duda especialmente, que no haya sido un verdadero accidente, sino un suicidio, ya que, en ocasiones, en salidas el año anterior hacía referencia a que esa podría ser una forma de morir más efectiva que los intentos anteriores. Todos estos dichos eran en tomo de "broma", en medio de salidas donde se encontraba alcoholizado. La culpa lo invade especialmente a la noche, por tal motivo le cuesta comenzar a dormir, teniendo insomnio de conciliación y que lo lleva a levantarse muy tarde por la mañana.

Diagnóstico presuntivo: trastorno obsesivo compulsivo, diagnóstico que traía con el tratamiento anterior, pero esta vez, exacerbado por un duelo por suicidio de un par.

Antecedentes personales: a los 14 años recibió tratamiento con un colega, por un cuadro de TOC, con rumiaciones de contenido sexual-agresivo, ideas intrusivas, culpa con respecto a Dios y sus mandamientos, compulsiones como lavarse las manos, bañarse (hasta 4 veces por día), y orar o repetir frases mentalmente cuando lo invade la ansiedad. Realizó, en ese momento, tratamiento farmacológico y los síntomas mejoraron mucho al cabo de un tiempo; discontinúa el tratamiento cuando ya habían mejorado sus síntomas.

Indicaciones: se lo deriva a psicoterapia conductiva conductual, y se indica fluvoxamina comenzando con 50 mg y llevándolo a 200 mg con el correr de las semanas.

Evolución: los síntomas mejoran de a poco, lo primero en registrar es una mejora en el sueño y la ansiedad; luego, progresivamente, van cediendo las rumiaciones. Las dudas sobre las causas reales de la muerte persisten hasta el día de hoy, pero sin presentar angustia sobre el suceso ni cuestionándose su accionar en el hecho. Al cabo de un año y medio de tratamiento, se discontinúa lentamente la medicación y se le da el alta psiquiátrica.

Continúa asistiendo a psicoterapia individual, con mucho placer y refiere que le es de mucha utilidad. Periódicamente, (cada 4 o 5 meses) se comunica conmigo solo para contarme cosas cotidianas y chequear que aun estoy trabajando...("por las dudas..." como dice J)

Tercer caso:

E. 16 años, varón.

Llega a la consulta derivado por su psicólogo, quien trabaja con él desde hace ya 4 meses. El motivo fue el suicidio de un amigo de E. desde la infancia, sus casas estaban muy cercanas, en la misma cuadra. E. comienza terapia al mes del suicidio, cuando los síntomas iban en aumento y su familia consideró que necesitaba ayuda para afrontar el duelo.

SUICIDIO ADOLESCENTE: ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EN LA COMUNIDAD DE PARES

En el momento de la consulta, refiere insomnio de conciliación y mantenimiento, despertares frecuentes por pesadillas con respecto a muertos, a su amigo, zombies, cementerios. Esas pesadillas lo despiertan hasta 3 veces en la noche, y las imágenes de ellas hacen que no pueda volver a conciliar el sueño.

Además, tiene flashback del momento del velorio, el entierro y del momento cuando se entera del suicidio, quedando en blanco muchas otras partes del hecho.

Presenta irritabilidad, reacciones impulsivas y violentas de las cuales luego se arrepiente y llora. Recuerdos vívidos de los momentos agradables compartidos, seguido inmediatamente por las imágenes del velorio, mucha ansiedad y angustia.

Además, presenta culpa por no haberse dado cuenta de lo que iba a pasar ni haber podido hacer nada para evitarlo.

Con frecuencia se ausenta a la escuela o, estando en ella, se enoja cuando no logra comprender lo que sus profesores explican, actuando impulsivamente y con reacciones agresivas o de mucha angustia.

Todos estos síntomas, en vez de disminuir con el tiempo van en aumento, con una baja en el rendimiento escolar, se deja de vincular con amigos y no quiere salir de su casa.

Antecedentes personales: sin antecedentes.

Indicaciones: tratamiento farmacológico con sertralina, comenzando con 25 mg y luego 50 mg/ día. También, se adiciona, solo para los momentos de mayor ansiedad, clonazepán 0.25 mg hasta que el IRSS comienza a hacer efecto. Continúa en tratamiento psicoterapéutico individual.

Diagnóstico presuntivo: trastorno de estrés postraumático (TEPT).

Junto con su psicólogo se habla con el personal de la escuela de E., para planear una estrategia para que continúe yendo a la escuela, pero considerando el periodo que está pasando. Desde la escuela, hubo una buena aceptación de las intervenciones dadas por el psicólogo y comienza un buen diálogo entre el equipo terapéutico escolar y el psicólogo/psiquiatra para el bienestar escolar de E.

Evolución: a los 15 días, comienza a dormir mejor y a las 5 semanas ya no tenía necesidad de tomar el clonazepán. A los dos meses, hay una mejoría parcial y, a los 4 meses, ya la mejoría es muy notoria con respecto a los síntomas de TEPT.

SUICIDIO ADOLESCENTE: ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EN LA COMUNIDAD DE PARES

Los síntomas que quedan son más acordes al periodo de duelo que está transitando, más a+un siendo una persona tan cercana y un par, amigos desde la infancia.

A los 7 meses del inicio del tratamiento, se comienza con la discontinuación de la medicación, y, a los 8 meses, ya estaba libre de sertralina.

A los 10 meses, se le da el alta médica y continúa en tratamiento con su psicólogo, quien, paulatinamente, va espaciando las sesiones.

Al día de hoy, ya pasados 2 años del inicio de tratamiento psiquiátrico, se encuentra de alta de ambos tratamientos.

Cuarto caso:

L. varón de 19 años.

Es un paciente que a los 15 años comienza tratamiento psiquiátrico con un colega por cuadro de labilidad emocional, impulsividad, autoagresividad, cortes en brazos, dolor autoprovocado con una bandita de goma enrollada en su muñeca (la cual estira y golpea en la piel cuando se siente ansioso, que lo lleva a tener siempre lesionada la zona), ideas de suicidio, pero sin intentos (o no referidos).

Además, tuvo episodios de exposición a conductas de riesgo y consumo de alcohol y marihuana, y abandono escolar en segundo año de la secundaria.

A los 17 años de edad, se realiza derivación desde el profesional que lo atiende a mi persona, ya que L. había concurrido dos interconsultas conmigo por pedido de su psiquiatra y fue el quien pidió cambiar de profesional con el aval de su psiquiatra.

Cuando se realiza la derivación, su cuadro psiquiátrico consistía en: autolesiones tanto con la bandita en las muñecas (casi todo el tiempo) como algunos cortes en los brazos; insomnio y pesadillas, baja autoestima y dificultad para relacionarse; labilidad emocional, impulsividad y conductas de riesgo, múltiples parejas sexuales tanto varones como mujeres, con rupturas muy conflictivas; sensación de estar vacío.

Diagnóstico: Trastorno límite de la personalidad.

Indicaciones: olanzapina 5 mg /noche, divalproato de sodio (ya venia con esa prescripción) llevándolo a 1500 mg dividido en 3 tomas diarias, y sertralina 50 mg/día.

Evolución: se lo cita cada 2 semanas ya que, en principio, se negaba a asistir a psicoterapia con la excusa de haber pasado por muchos tratamientos.

SUICIDIO ADOLESCENTE: ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EN LA COMUNIDAD DE PARES

Mejora su estado de ánimo y el insomnio, en primera instancia.

A los dos meses, refiere menos impulsividad, y los cortes habían disminuido considerablemente.

Seguía con la bandita elástica en su muñeca, pero la zona se encontraba visiblemente mejor, y acepta comenzar psicoterapia individual.

Al cumplir 18 años, ya con una considerable mejoría del cuadro, se plantea el tema de asistir a escuela de educación para adultos, con el fin de terminar los estudios secundarios.

Comienza la escuela, donde concurre con personas de diferentes edades, haciendo amistad con un compañero un año mayor, que, a decir en un principio por el paciente, hicieron conexión rápidamente. Su paso por el año escolar fue muy bueno. Llevando a que en esos meses disminuyera considerablemente la medicación, para solo continuar con divalproato de sodio 500 mg/ día, olanzapina 2,5 mg /noche y sertralina 25 mg/ día.

En la consulta del mes de octubre, ya con 19 años de edad, L. llega muy angustiado, refiere insomnio, sensación de vacío, miedos, nuevamente comienzan los cortes y las lesiones con bandita, todo a raíz del suicidio del compañero de clases con quien había hecho amistad en primer momento y luego se distanciaron por desacuerdos, pero seguían concurriendo a la misma escuela. Otro de los signos que predominaban era culpa por no haber registrado el malestar del amigo y haberlo dejado solo. Se siente irritable, y tiene reacciones verbalmente violentas hacia los docentes.

En ese momento, se aumenta la medicación a dosis anteriores y se trabaja con el director de la escuela (quien también se encuentra conmocionado con la noticia del suicidio), para que se pueda considerar la patología previa del paciente y el momento de duelo por el que está atravesando, a fin de que su comportamiento y las ausencias a clase no resientan el buen desempeño escolar que había alcanzado, por lo que, se realiza un dispositivo, donde L. realiza trabajos prácticos y asiste a días de consulta solo para poder rendir y llegar a término de ese ciclo escolar, cosa que sucede de manera positiva.

En abril del año siguiente, ya sin síntomas de importancia, logra conseguir trabajo precario mientras asiste al último año escolar y logra independizarse de sus padres. En el mes de septiembre, pide que se lo derive al psiquiatra que lo asista por su obra social, por lo que, continúa tratamiento con otro profesional.

SUICIDIO ADOLESCENTE: ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EN LA COMUNIDAD DE PARES

CONCLUSIÓN

Toda pérdida de un ser querido es importante, y los duelos deben ser transitados vivenciando estados de dolor como ya fueron descritos. Pero las pérdidas en la edad de la adolescencia, y más aún si es por el suicidio de un par, deben ser especialmente consideradas.

Los duelos adolescentes pueden presentarse de distinta manera y, como adultos, tenemos la responsabilidad de estar atentos y acompañarlos en el difícil camino de elaborar la pérdida.

Muchas veces los duelos no se presentan de la manera convencional ni todos reaccionan de la misma manera, en los casos clínicos se describen duelos psiquiátricos que se presentan con los mismos síntomas que los pacientes ya habían experimentado en otro momento de su vida, a veces, hasta sin registro de que es a consecuencia de la pérdida.

Tanto la comunidad médica, psicólogos, docentes, políticos y padres deberíamos actuar responsablemente para con nuestros jóvenes, comenzando a dar luz a temas tabúes que, aún, siendo frecuentes como el suicidio, tan solos y tan frágiles hacen quedar a los adolescentes. Para ello, se deben diseñar herramientas y/o poner en práctica las que ya existen, para bajar los índices de suicidio y cuidar a las futuras generaciones.

SUICIDIO ADOLESCENTE: ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EN LA COMUNIDAD DE PARES

BIBLIOGRAFÍA

- 1:** American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos mentales. Editorial Panamericana 5ta edición.
- 2:** Basile, H. El suicidio de los adolescentes en la Argentina. Alcmeon Rev. Argentina. www.alcmeon.com.ar
- 3:** Bowlby, J. (1993). "La pérdida afectiva: tristeza y depresión" España, Editorial Paidós.
- 4:** Casullo-Bonaldi-Fernández Liporace. (2006). "Comportamientos suicidas en la adolescencia". Lugar Editorial.
- 5:** García de Haro. F. (2001). "Neuropsicología del duelo patológico" Trabajo presentado en III Congreso Virtual de Psiquiatría.
- 6:** OMS Clasificación Internacional de las enfermedades "Trastornos mentales y del comportamiento" CIE10 Revisión. Editorial Mediterráneo, Madrid, 1992.
- 7:** Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia (2011). "Duelo por suicidio". Revista digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia, Vol 2, n.1.
- 8:** UNICEF. "El suicidio en la adolescencia, situación en la Argentina". Mayo 2019 www.unicef.org
- 9:** Valdivia P. M.; Condeza D., M. (2006). "Psiquiatría del adolescente", Editorial Mediterráneo.
- 10:** Klykylo, W.; Kay, J. (2005). "Clínica de la psiquiatría Infantojuvenil". Editorial Inter-médica.