

Lo dilemático de un (intento de) suicidio

El que encuentra, atesora

Diana Altavilla *

Universidad del Salvador

Recibido: 11/12/2021 – Aprobado: 18/4/2022

Resumen:

El suicidio –o las autolesiones como su antecesor mortífero– no suelen ser más que una pantalla a un dolor imposible de ser procesado por el sujeto que padece. Las coordenadas que lo atraviesan se amplían, convergen y torsionan en una espiral sin fin cuando ya no quedan recursos para encontrar una salida vital. El proyecto de vida pareciera impensable, en especial, cuando las múltiples versiones de lo ominoso se hacen presentes. Si además el tiempo etario donde aparecen coincide con un tiempo crucial –adolescencia, jóvenes, adultos mayores– suele requerirse algún modo de *apuntalamiento* al Yo en crisis. En este episodio de New Amsterdam vemos como el desinvertimiento subjetivo que produce la invisibilidad del sujeto para los *objetos externos diferenciados* madre-familia (Aulagnier, 2004) hacen a una joven intentar construir su identidad bajo un tiempo extremo de angustia.

Palabras clave: Suicidio, Adolescente, Crisis, Aculturación.

Abstract:

The Dilemma of a (Attempted) Suicide.

Suicide –or self-harm like its deadly predecessor– are usually nothing more than a screen for a pain impossible to be processed by the subject who suffers. The coordinates that pass through it expand, converge and twist in an endless spiral when there are no more resources left to find a vital exit. The life project seems unthinkable, especially when the multiple versions of the ominous are present. If, in addition, the age period in which they appear coincides with a crucial time – adolescence, youth, older adults – some form of propping up the Self in crisis is usually required. In this episode of New Amsterdam we see how the subjective disinvestment that produces the invisibility of the subject for the differentiated external objects mother-family (Aulagnier, 2004) makes a young woman try to build her identity under an extreme time of anguish.

Keywords: Suicide, Adolescent, Crises, Acculturation.

*“Con cabos de lana biológicos, afectivos, psicológicos y sociales,
pasamos nuestra vida tejiéndonos
a nosotros mismos”*

Bois Cyrulnik

¿Cuáles son las coordenadas que requiere desentrañar la situación dilemática de una persona en crisis extrema? ¿Por qué fallan las intervenciones profesionales con pacientes con riesgo suicida no evidente pero potencialmente próximo?

*diana.altavilla@gmail.com

Este episodio ocho de la serie *New Amsterdam* emitido en 2019 pone en relieve que los intentos de suicidio que ya vienen incrementándose a nivel mundial con cifras determinadas por un aproximado a los veinte millones de personas que la OMSⁱ declaraba ya para el inicio de la nueva centuria, de los cuales ochocientos mil llegan al suicidio consumado proponiendo tratar las cuestiones de la ética relacionadas con la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías conexas aplicadas a los seres humanos, teniendo en cuenta sus dimensiones sociales, jurídicas y ambientalesⁱⁱ.

Cifras que no acercan a la verdad de un sujeto en situación extrema pero que introducen la pregunta por el qué los seres humanos, y en especial los adolescentes y jóvenes, ven incrementada su proximidad a una respuesta mortífera como resolución de un problema.

Lo paradójal es justamente que no necesariamente es la muerte lo que se quiere, aunque sea lo que producen las acciones autolesivas, sino acabar lo más pronto posible con un dolor insoportable que, casi siempre, está ligado a la extrema dificultad por sostener la subjetividad en un entorno adverso.

Es decir, cada vez se torna más difícil enfrentar otras formas de encauzar un fracaso que no sean por la vía de lo violento hacia fuera o lo autolesivo.

“En que puedo ayudar” es la frase de Max, nuevo Director del Hospital Público *New Amsterdam* de NY, al asumir su cargo y cuestionar un sistema que está más próximo a lo redituable o lo políticamente correcto que a la singularidad de los pacientes que allí concurren.

“En que puedo ayudar” se dirige tanto a los colegas en su posición de organizar sus departamentos como a ellos como profesionales médicos, enfermeros, pacientes. Todos portan sobre sí enigmas cifrados, en especial los pacientes sobre su dolor. Como una recurrente muletilla al serles casi imposible enfrentar algo del orden de la verdad se desconciertan y buscan alguna explicación a semejante frase no usualmente escuchada en los ámbitos de la medicina tradicional.

La verdad entonces viene cifrada y es la disponibilidad del profesional tratante –y de los pacientes– que hace abrirse en forma de encrucijada los padeceres de cada uno.

Max tiene cáncer recientemente diagnosticado, pero se resiste a registrar la relevancia mortífera del mismo y trata el tema solo como un procedimiento mecánico a cumplir para poder luego ocuparse de cosas más importantes. Como por ejemplo el cambio radical del que es gestador y mentor en su hospital sin saber el vínculo simbólico que se produce entre ambos temas.

El tatuaje de Max ofrecido a la máquina es portador de una metáfora que atraviesa todo el episodio. Le comenta a su cardióloga mientras se realiza el procedimiento que a sus dieciocho decidió hacerse un tatuaje de un panda y su novia lo convenció de hacerse un corazón. La médica le refiere que lo usará para determinar un punto de descarga de rayos a menos de un milímetro del lugar exacto. Él no sabe dónde está el problema y un arbitrario tatuaje permite recordar el lugar preciso, pero no siempre registrado de un dilema.

Pasa lo mismo con otros pacientes y otros problemas dilemáticos de la clínica. La exigencia de protocolos y la burocracia nublan la vista.

Amy consulta con el neurólogo, el Dr. Kapoor.

“A ver Amy... (mirando su historia clínica) ... veo que tus migrañas han empeorado.” Amy expectante a la consulta con el neurólogo, su madre sentada a su lado, reacia. Kapoor pregunta si los triptanos –antimigrañosos– han ayudado y ella contesta que no. El médico refiere que

podría volver a hacer una RM pero que los estudios tradicionales no refieren trastornos orgánicos y supone problemas de tipo emocional.

A simple vista parece que el Dr. Kapoor quiere ayudar a Amy, pero parece no escuchar un registro tormentoso que pulsa en su interior. Luego sabremos porque cuestiones personales el neurólogo no puede escuchar a un hijo.

Amy inquiera sobre algún otro tratamiento con un fuerte interés por proseguir en busca de ayuda mientras su madre interrumpe e indica al médico seguir con los estudios decidida a encontrar una explicación física. Pero él refiere que la mejor explicación que los protocolos indican se debe al stress y que entonces se pueda considerar la psicoterapia como un tratamiento alternativo. Lo políticamente correcto pero apresurado dada la extrema dependencia de Amy de las decisiones de su madre. Ante esto aquella dirige unas palabras en *mandarín* a Amy para decirle que no está loca y que por ello no hará psicoterapia. Amy sigue mirando al médico expectante de alguna respuesta válida.

Con cautela el Dr. Kapoor refiere la inadecuación de hablar en un idioma que lo deja fuera de la conversación comprendiendo la intencionalidad de esta madre y suavemente sugiere, bajando la vista y buscando sobre su escritorio la tarjeta con los datos, una interconsulta con el Dr. Frome, jefe de psiquiatría. Al encontrarla se la extiende, ¿a Amy o a su madre? No queda claro para él la dimensión de angustia que la joven expresa inclinada hacia adelante casi sobre el escritorio durante toda la consulta y obvia el gesto displacentero de esta madre que la captura para guardarla en su propia cartera. Se levanta y pide a su hija que la siga. Desconcertado el médico las deja ir. La consulta no deja de ser una de las miles que ocurren en guardias hospitalarias, consultas médicas, sesiones psicoterapéuticas familiares, entrevistas escolares, etc.

“No hablaremos con extraños de nuestras cosas” dice la madre cuando bajan las escaleras del metro para ir a su casa, esa es la clave para la cultura de su madre, no para la de la hija, “consultaremos con otro médico”. Interrupción de un fuerte deseo o la imposibilidad de construcción de subjetividad, tal frase desencadena un pasaje al acto.

Mientras la madre, arrebatada la tarjeta de sus manos por el viento se agacha para tomarla del suelo del andén y arrojarla a un cesto de papeles, Amy camina hacia el lado contrario y se arroja a las vías frente a mirada espantada de su madre que solo puede esgrimir un grito de pavor. Se destraba una escena anunciada pero no advertida ni por su madre, ni por los médicos.

A los veintiún años el tren le pasa por encima dejando solo algunas fracturas, pero su reingreso al New Amsterdam permite una segunda oportunidad que creía imposible al retirársele la tarjeta del psiquiatra. Podríamos confirmar que en la mayoría de las ocasiones no hay segunda oportunidad y por ello el advertir los momentos oportunos de intervención no intrusiva, de acompañamiento cauteloso frente a lo dilemático de las coordinadas entre cultura, mandatos superyoicos aplastantes encadenados en varias generaciones y una disposición subjetiva de fragilidad para la construcción de alternativas posibles de resolución posibles.

Primera generación de chinos-americanos, la primera universitaria en su familia, becada en su clase, trabaja horas extras en el restaurant familiar. Comenzó a bajar sus notas y empezó a quejarse de migrañas por lo cual se le indica luego de descartar otras causas medicación para las migrañas. Todos estos comentarios basculan entre el neurólogo, el psiquiatra y el director del hospital camino a la interconsulta con Amy.

¿Por qué no indagar más cuando las migrañas sin origen orgánico son indicadores usuales en de stress grave? ¿Por qué no indagar/intervenir/sostener más cuando pertenece del grupo etario en más riesgo de suicidio de la contemporaneidad?

Diagnóstico neoyorquino de Max (a partir de su experiencia en una sala del barrio chino): *Enfermedad del Tren F*. Llamada así por ser una línea de metro que pasaba por Chinatown y era usado por las mujeres como último recurso. Último recurso para apelar a una posición donde la subjetividad –y el lugar del respecto humanizado– también sea para las mujeres.

Amy aún con 21 años depende del seguro médico de sus padres y no querrán psicoterapia para su hija porque eso dice que ella es débil, no fuerte como esperan. No podría asistir a psicoterapia sin ese seguro médico en USA, ni siquiera en un hospital público. Lo que es sano para algunas culturas para otras es signo de decadencia o inferioridad. Hablar de los padres o contar secretos familiares no está bien visto en ninguna cultura, pero menos en las más herméticas, culturas donde el débil es expulsado de alguna forma, y la peor de las expulsiones es la indiferencia.

Amy dice: “Mis padres dejarían de hablarme”. Ya no solo es carecer de dinero para el tratamiento sino sentir en los huesos el estigma y la vergüenza de ser paria. Cualesquiera de las razones que expulsan al sujeto fuera de las coordenadas de la comunicación y la salud mental. El juicio de los otros es el peor de los exilios.

Encuentran la forma para comenzar las primeras conversaciones con una joven ambivalente, aunque antes deseosa de la consulta y de un espacio de diálogo fecundo. Ya no quiere el diálogo. Solo más tarde acepta más tarde ante la insistencia, ahora si cautelosa del psiquiatra que ella se confiesa: “Lo más difícil de todos los días es salir de la cama”, dice Amy, “me quedo ahí pensando en todas las cosas que debo hacer. Lo imagino todo en mi mente, una por una, y yo fallo en todo. No termino mis tareas escolares, llego tarde al trabajo, digo tonterías en casa, y pienso que ni siquiera debería intentarlo, así que me quedo ahí un rato”.

A pesar de su rendimiento escolar y su adecuación social Amy se siente tonta e impotente para valerse por sí misma aun con veintiún años. Faltará tiempo para llegar a comprender que la cualidad que se asigna es aquella determinada por la familia cada vez que ella elige algo alternativo a los imperativos familiares.

Llegar a dar un voto afirmativo a la consulta pasa antes por el requerido y necesario tránsito con la madre que ya, en angustia por lo ocurrido, igualmente niega las intenciones suicidas de su hija, aunque las tuviera en su retina claramente. La cultura le impide pensar que Amy puede oponerse, tal vez porque las mujeres orientales no se oponen a los mandatos culturales acatando la férrea decisión de padres, abuelos y familia. La migración a un país con otra cultura no implica el cambio cultural sino, casi exclusivamente, la posibilidad de recursos económicos mayores. De hecho, los cambios y/o pérdidas culturales en las migraciones es la primera, segunda y/o hasta tercera generación son usualmente uno de los mayores motivos de alteraciones que precipitan al riesgo de suicidio cuando se suman a la pérdida de subjetividad y valor personal.

Sumado a ello las diferencias con la generación de origen y/o sostén psico-socio-económico –en este caso los padres– es otro de los factores que más inciden para el deterioro intrapsíquico. El hijo del neurólogo, Dr. Kapoor, de origen bengalí, ha preferido –y sostenido– decidir sobre su carrera a pesar de las diferencias con las expectativas paternas incrementadas por la viudez de su padre. A pesar de ser profesional de la SM el neurólogo se cuestiona y rechaza las decisiones del hijo. No registra que el consumo de sustancias del que este se recupera es producto de su alejamiento. Solo el embarazo ocasional de la pareja de este hijo y la posibilidad

de continuar un legado familiar en un nieto rompen con el rechazo y lo inclinan a reconstruir la familia con nuevas coordenadas adaptadas a lo posible y no al ideal de los mandatos culturales.

“Es fundamental distinguir que un evento, situación o fenómeno que impacta en el psiquismo es un evento disruptivo que provoca desestabilización, desregulación y/o desarticulación del procesamiento psíquico. Pero que no necesariamente las respuestas del psiquismo devendrán patológicas, sino que pueden ser elaboradas y generar un conjunto de respuestas creativas y provechosas para los sujetos” (Altavilla, 2019)

Mientras tanto el Dr. Frome apela a su habitual capacidad empática –se verá luego que es producto de una arcaica vivencia de rechazo– para acercarse a Amy y encontrar la forma de iniciar una psicoterapia. ¿Romper reglas y simular otro diagnóstico? ¿Instrumentar alternativas amorales para Amy? Sigue un camino de deshonor para Amy que le hace más difícil aceptarla.

¿Qué hubiera ocurrido si no hubiera una oportuna intervención de otro de los médicos en diálogo con la madre hasta que esta pudiera registrar las intenciones letales de su hija producto de la angustia que la embargaba y que ese era un “pedido de ayuda” dirigido a ella y a los médicos? Es probable que Amy como muchos jóvenes de hoy, perciban una ruptura insalvable con la dignidad y el respeto de sus mayores, sus pares y, tal vez, su descendencia.

Como en la vida, el cine solo construye *escena a escena* un itinerario de pasaje de eventos disruptivos –las más de las veces de alto potencial traumatogénico–, a otros eventos que puedan ser producto de procesamientos de lo incierto y de la vivencia de incertidumbre que de ello emana.

Pero entre escena y escena hay un tiempo invaluable. Instantes que marcan la diferencia entre abatimiento o frustración. Si a la frustración sigue un tiempo de subjetividad validada por un entorno co-metabolizador y la consecuente búsqueda de procesamiento de la adversidad es factible arribar a la incorporación de procesos de resolución por modos válidos y vitales.

Estos últimos veinte años de mi experiencia profesional luego de otros tantos de clínica psicoanalítica en guardias, servicios hospitalarios y consultorio privado, me han permitido una difícil pero enriquecida experiencia con problemáticas con riesgo de vida. El trabajo con allegados y afectados por suicidios próximos en especial, fueron fuente de análisis e investigación sobre la necesidad de capacitación continua en el desvalimiento subjetivo y colectivo, los impactos de los paradigmas contemporáneos de logro a toda costa y las tramas deterioradas de los vínculos humanos, especialmente entre pares al inicio de la adolescencia.

Es allí donde se construyen los proyectos de vida comunitarios y proveedores de satisfacción personal y grupal. Algo inherente al humano y sin el cual poco puede transitar la vida.

*Las neuronas espejo nos brindan, por primera vez en la historia,
una explicación neurofisiológica plausible
de las formas complejas de
cognición e interacción sociales”*

(Iacoboni, 2009)

Referencias

Altavilla, D. (2019) *“Suicidio y autolesiones: impacto, consecuencias y estrategias clínicas”*. 1ª ed.- Ciudad Autónoma de Buenos Aires: RV ediciones.

—(2014) “Secretos ocultos: Lo que el cine nos enseña sobre el suicidio de un hijo”, en *Lo disruptivo en el cine. Ensayos ético-psicoanalíticos*, Benyakar, M.; Michel Fariña, J. comp. 1ª ed. – Buenos Aires – Letra Vida Ed.

—(2020) “Suicidio y autolesiones en adolescentes: coordinadas clínicas ante lo disruptivo del entorno”. en *Clínica con adolescentes. Problemáticas contemporáneas*. Ferreira Dos Santos, S. comp. – 2ª ed. Entreideas ed. Buenos Aires.

—(2020) “Indicadores de conducta autolesiva en adolescentes” y “Babel. Cuando el silencio marca el desborde”, en *Educación sexual integral en una sociedad hiperconectada. Estrategias didácticas para el trabajo con cine y series en el nivel medio de enseñanza*. Ormart, E. [et.al.] comp. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: SB,

—(2020-21) “Autolesiones, suicidios y desvalimiento en la adolescencia: pandemia e incertidumbre”; “¿Cuándo el espacio se angosta? Sobre el suicidio como mutación contemporánea” y “Suicidio e historias de encuentro y sostén: el psicoanálisis en tiempos de pandemia” en *La Pandemia y después... una mirada psicoanalítica*. Tomos IV, V y VI. Catz, H. comp. 1ª ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: RV Editores.

Aulangier, P. (2004) *La violencia de la interpretación*. Amorrortu Ed. Buenos Aires.
Ariès, P. (1982) *La muerte en Occidente*. Argos Vergara. Barcelona.

Assoun, P. (1995) *Lecciones psicoanalíticas sobre la mirada y la voz*. 1ª ed. Ed. Nueva Visión. Buenos Aires. p. 48.

Bauman, Z. (2010) *Tiempos líquidos. Vivir en una época de incertidumbre*. Ed. Tusquets: Barcelona, España.

Benyakar, M.: *Lo disruptivo y lo traumático: Abordajes posibles frente a situaciones de crisis individuales y colectivas / Moty Benyakar; Compilado por Eduardo Ramos; Alejandra Taborda; Celeste Madeira*. - 1a ed. - San Luis: Nueva Editorial Universitaria - U.N.S.L., 2016. Libro digital: <http://www.neu.unsl.edu.ar/wp-content/uploads/2018/03/Disruptivo-traumatico.pdf>

Cyrulnik, B. (2011) *Cuando un niño se da muerte*. Barcelona. Gedisa Ediciones.

—(2006) *La maravilla del dolor: el sentido de la resiliencia* - 1a ed. Buenos Aires: Granica.

Davoine, F. (2012) *“Don Quijote para combatir la melancolía”*. 2ª ed. –Buenos Aires: Fondo de cultura económica.

Iacoboni, M. (2009) *“Las neuronas espejo”*. 1ª ed. Madrid: Katz Editores.

Green, A. (1986) *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*. Amorrortu. Buenos Aires

Janin, B. (1994) “Los adolescentes y el vacío” *Revista Actualidad Psicológica*. Año XIX, N°212. Buenos Aires.

Le Breton, D. (2019) *“La piel y la marca. Acerca de las autolesiones”*. 1ª ed. –Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Topía Editorial, 2019

Morín, E. (1990) *Introducción al pensamiento complejo*. Ed. Gedisa. Madrid.

ⁱ Cifras Organización Mundial de la Salud 2004.

ⁱⁱ Declaración UNESCO de Bioética y Derechos Humanos, octubre de 2005.