

## SUICÍDIO Y DEPRESIÓN

*Roberto Curi Hallal*  
1995

Popularmente acostumbramos asociar depresión y suicidio. Entre tanto la dinámica del cuadro que se presenta en los intentos de suicidio nos demuestra que ellos suceden cuando el sujeto sale de la depresión y entra en una situación de euforia; decimos que pasa para un estado maníaco. La manía es un estado en el cual la omnipotencia ocupa el lugar de la conciencia crítica. Así, los suicidas tienen la idea de que seguirán vivos, acontezca lo que acontezca.

Los cuidados con las personas acostumbran ser mayores cuando la depresión está presente. Se cree que ellas “están mejores”, cuando se ponen contentas, pues en nuestra cultura la risa y el optimismo son casi siempre percibidos como señal de salud. El maníaco presenta actitudes de euforia exacerbada, aparente y artificial, con consecuencias imprevisibles y de carácter destructivo. Cuando un sujeto deprimido se ríe, nosotros lo suponemos libre de las aflicciones de la depresión. Entre tanto, la destructividad que acompaña el acto generalmente lleva a situaciones de enormes riesgos. En los estados maníacos el triunfo surge como forma de depreciación a los demás y a los riesgos. Eso se da por la negación de los peligros y sus límites. Surge entonces la idea del “puedo todo”, propia de la omnipotencia llevada al extremo. Así, en los estados maníacos la persona se expone a situaciones frecuentes de accidentes, erotiza el riesgo y exagera el enaltecimiento de la heroicidad. Ningún peligro es considerado como tal. En lo que concierne a los jóvenes, a veces esas conductas son minimizadas por aquellos que los cercan y que acostumbran despreciar las situaciones en que aquellos se envuelven, diciendo parecer “cosas de niños o adolescentes”. El riesgo puede también ser minimizado por los profesionales que aceptan incluso el ocultamiento de datos por parte de la familia por no se ocuparen de una tomada cuidadosa de la historia. Como tal, aceptan la sintomatología como parte del crecimiento, sin darle el urgente cuidado que merece. Muchos que intentan suicidio pasaron por manos de varios profesionales de la salud antes de morir, ¿que ocurrió que no se detectó el riesgo?

Es importante que nos ocupemos un poco del concepto de depresión. Ella es una aflicción propia de los humanos, resultado de una introspección que es útil para la elaboración de las pérdidas. Nuestras vidas evolutivas son constantemente marcadas por pérdidas, aunque pequeñas e imperceptibles. Son micro duelos. Se hace necesario considerar estos estados de introspección, pues sin ellos no se da, por lo mínimo de elaboración adecuada y necesaria. Las depresiones a que nos referimos no son consideradas enfermedades psíquicas, son mecanismos útiles para el desarrollo. De la despedida adecuada de una etapa del desarrollo se pasa a la otra, incluyendo lo incorporado en la etapa anterior. Si un ser humano no acepta la etapa evolutiva y se queda fijado a una etapa, consideramos que no pudo despedirse para ir de encuentro a lo nuevo que su crecimiento le ofrece. Ese natural crecimiento exige el trabajo de duelo a que nos referimos. Pues, aunque que la vida ofrezca a los niños y adolescentes nuevas riquezas a través del crecimiento, también les quita cierta protección con que les brindan las personas a su alrededor, mientras eran niños.

El suicidio visto como un fenómeno multideterminado, en las variadas causas que lo compone, se destacan las ambientales, dependientes de los acontecimientos sucedidos en el ámbito familiar o social del individuo.

Psicoanalíticamente se dice que la pérdida del objeto libidinoso muy valioso, es una de las motivaciones del suicidio. El suicida desea desaparecer de la vida, del mismo modo que para él desapareció su objeto libidinoso. Existe, de cierto modo, una identificación con el objeto perdido e también con el destino de este objeto. La identificación con una persona querida que se murió a veces es tan intensa que puede conducirse a desear el mismo destino que aquella. El suicidio es un acto autodestructivo en que el sadismo se vuelve contra el propio individuo. El Yo realiza una acción agresiva contra si mismo de forma tal que consigue destruir, entre tanto la fantasía del suicida es de que seguirá vivo. El suicida cree que se va librar de lo que le atormenta, pero que seguirá vivo y aliviado, así que él acaba concretizando una idea de matar una parte de si que le molesta manteniendo vivo el restante de si.

Así puede castigarse, librarse de culpas y “quedar de bien con la vida”.

Toda vez que el ser humano avanza en el sentido de su desarrollo surgen esos estados descritos anteriormente, a los cuales podemos denominar de depresión normal. La no elaboración de los duelos es que se transforma en depresión patológica.

El proceso de elaboración de un duelo se da en cuatro etapas, descritas a seguir: En la primera es necesario la presencia del juicio de realidad, elemento que permite la aceptación de que algo fue perdido. Aquellos que no aceptan la pérdida y se apoyan en la negación desencadenan un brote psicótico, como por ejemplo una madre que pierde su bebe y continua acunándolo en el puerpério como si él estuviese vivo. La aceptación de la pérdida lleva a la etapa siguiente, donde están presentes el llanto, la tristeza, el dolor de la falta, lastima e introspección. Los que se fijan en esta etapa patologizan el duelo, que pasa a constituirse en depresión patológica. Los que avanzan en el proceso llegan a la etapa siguiente, que es la de la ambivalencia (vivir o morir- amor y/o odio). La definición se da por extremos; no hay otras salidas. Los que deciden vivir retiran la libido invertida en lo perdido e eligen un nuevo objeto similar o extremadamente opuesto a lo perdido (escoja por similitud o por oposición). Aquellos que deciden seguir el camino del objeto perdido son los que intentan suicidio. Identificados con el muerto o con algún ideal perdido, siguen su destino y eligen la muerte como única salida.

Para aquellos padres y profesionales que conviven con jóvenes enamorados por el riesgo y por la muerte conviene destacar que todo suicida piensa la muerte como una salida y no como un fin. Muchas atenciones clínicas se restringen a los aspectos toxicológicos o a los daños corporales que el intento promueve, sin atender a la intención suicida. Hasta que se pruebe al contrario todo sujeto que intenta suicidio volverá a intentarlo. Y es necesario que se siga atendándolo con una prevención adecuada. Los hospitales dan de alta a los “pacientes” cuando acaba la emergencia y poco hacen en el sentido del acompañamiento posterior. Probablemente los niveles de angustia que tal situación provoca en los profesionales que atienden a los suicidas impide una atención que va más allá del momento. Vale aquí la expresión “poner una piedra encima”. Pero no se puede olvidar que el odio también mueve montañas; por eso, aquel que es capaz de llegar a tener por si mismo el odio extremo, nos indica su predisposición a repetirlo.



para aquella dinámica familiar. La comprensión clínica de semejante manifestación nos lleva a pensar que en esas familias hay un duelo no elaborado y que lo que es negado vuelve como interés mórbido a erotizar la cuestión que pasa a ser del interés de todos, adultos y niños. Los niños repiten en sus juegos aquello que intentan elaborar, mientras que los adultos hablan con la misma intención. Es frecuente observar que la visualización de un accidente promueve deseos de contarlo a otras personas, y que los individuos lo hacen como forma de descargar la angustia. Cuanto más intenso el trauma provocado, más veces necesitan hacerlo.

Clínicamente se hace necesario diferenciar ideas de suicidio e intentos de suicidio. Los sujetos que tienen ideas de suicidio, las conciben en el nivel del imaginario, pero convendría observarse si las ideas no se encaminan en dirección al enamoramiento con la muerte o ideas fijas de muerte.

Es importante que aprovechemos esos conceptos en nuestra clínica. Los intentos de suicidio son la culminancia de un proceso que se inicia mucho tiempo antes. La depresión en los niños es mucho más frecuente de lo que se acostumbra diagnosticar. Viene disfrazada de aislamiento. Señales patognomónicas de enfermedad psíquica en los niños se manifiestan fundamentalmente por trastornos en el dormir y en el jugar. Cuando esas perturbaciones se cronifican estamos delante de patologías que merecen un cuidado especial. Así, el jugar es el indicador máximo y más importante, juntamente con el dormir, para evaluar la salud mental de un niño o adolescente. La cronificación de estas inhibiciones o manifestaciones exige señal máximo de alerta por parte de aquellos que están cerca.

Otro concepto fundamental para la cuestión es el de trauma. Psicoanalíticamente, entendemos que el Yo es una estructura, y como tal tiene una organización y una barrera protectora de estímulos. En las situaciones traumáticas hay una ruptura de esa barrera, promoviendo un desorden en la estructura. Según su manifestación podemos evaluar su intensidad de la siguiente forma:

- 1- Situaciones Traumáticas de Pequeña Intensidad = se habla, se reparte con los demás, se piensa alguna vez sobre lo ocurrido.
2. Situaciones Traumáticas de Mediana Intensidad = vuelven como idea de la cual no se puede librar, llegando a constituirse en ideas compulsivas.
3. Situaciones Traumáticas de Gran Intensidad (Graves) = promueven delirios y alucinaciones.

Hay conductas que traen gran preocupación a los ambientes donde esta presente el adolescente. Una de esas conductas es el aislamiento. Pues convendría saber que el aislamiento es común a todos los adolescentes y hasta mismo ser hace necesario para que él pueda incorporar y percibir su nueva identidad. El adolescente necesita estar consigo mismo para el reconocimiento del cuerpo que adquiere una importante función con el surgimiento de la sexualidad secundaria. Para elaborar la difícil pasaje de la infancia a la adolescencia, el estar consigo mismo es necesario. El duelo más importante es en relación al niño que deja de ser. Aquel adolescente que no pueda llevar consigo las características básicas del ciudadano que desde niño fue forjando, perderá un pedazo importante de si mismo. En ese caso, se justifica la preocupación con el aislamiento, que puede estar mostrando un duelo no elaborado por el niño perdido.

Actualmente, las exigencias, cada vez más intensas para con la performance del adolescente torna difícil para él el enfrentamiento de la vida y muchos se vienen abajo frente a un medio extremadamente deshumano que no los lleva en consideración. Las cobranzas de performances escolares, las culpabilizaciones, las ironías, los desprecios, la baja auto estima en sus vidas cotidianas, son algunos de los componentes que, se constantes en la educação, acaban incorporándose a la personalidad de los niños y adolescentes, pasando a ser elementos que predisponen al suicidio como salida para el sufrimiento. Muchos jóvenes están deprimidos hacen muchos años. Es impresionante la cantidad de jóvenes con depresión que no son asistidos, ni siquiera diagnosticados como tal. Solamente cuando algo más extremo les ocurra es que la denuncia atinge la conciencia de aquellos que están a su alrededor.

Indicadores como renuncia al goce, disminución por el interés por la música y por los amigos, así como la ausencia de perspectiva de futuro son señales de depresión. También lo son varios disturbios de escolaridad. Siempre se piensa la depresión como tristeza; entre tanto, ella se presenta de varias maneras. La tan diagnosticada “dificultad de aprendizaje” es una forma derivada de la depresión, y con mucha frecuencia, su importancia no es percibida. Se estigmatiza a los adolescentes desmotivados y se les llama de vagabundos, de perezosos, de ociosos, de incapaces e irresponsables. Se exige de los jóvenes una performance típica del mundo de consumo, donde las titulaciones valen más que el bienestar, y poco se les comprende la desmotivación. Esas “dificultades” a veces manifestadas en una única materia de la escuela, se presenta generalmente en aquellos temas que no les gusta, o en situaciones en que el profesor no es aceptado porque los alumnos perciben que lo que él trasmite esta lleno de odio y que los evalúa en lo que ellos no saben con la intención de mostrarles que son inferiores, o en materias que nada significan para ellos, que siquiera comprenden para que las estudian.

Otra forma de manifestación del desconcierto y de la falta de objetivos con que muchos jóvenes viven es su dificultad en despertar. Cuando ese sueño se hace permanente podemos pensar en depresión. Hay jóvenes que se pasan durmiendo los horarios que podrían dedicarlos al goce del deporte o del amor.

Como elementos indicadores de la depresión, solamente considero lo descrito como valido si, conjuntamente a todo lo que aquí dije, se sume la ausencia de creencia en cualquier cosa y desesperanza en los proyectos de vida. En la falta de esos objetivos, hay riesgo. Cuanto a la presencia de elementos aislados, ellos son fenómenos comunes a todos adolescentes, sin llegar a adquirir la intensidad que nos preocupe como educadores.

La aceptación de la muerte es difícil en cualquier edad; más difícil aun cuando se trata de jóvenes, pues se invierten las expectativas de los tiempos naturales, rompiéndose así el mito de pensarse que solamente se muere de viejo. Cuando sucede la muerte de jóvenes, tenemos que tratar de los que se quedaron vivos.

¿Que hacemos con los padres, hermanos y amigos de los muertos?

Me dirijo a los profesionales que trabajan con adolescentes. Les llamo la atención para la forma con que la cultura trata las cuestiones de la muerte de niños y jóvenes. La tendencia es ocultar de ellos todo lo que motivó o desencadenó la muerte del amigo o del hermano; o se usa de subterfugios para nombrarla. Hijos natimueertos no son presentados a sus padres ni a sus hermanos. Siquiera se les da nombre. Quedan, así, sin identidad. Se evita la presencia de niños en los velatorios. Se ocultan las verdades alrededor del acontecimiento, omitiéndose así el suicidio para no ofender al muerto.

Cuando nos faltan indicadores que permitan montar el rompecabezas, se presenta más posibilidades para que el trauma se transforme en duelo patológico. Tal patología se da porque los elementos del acontecimiento son ocultados, mientras que si fuesen conocidos permitirían la elaboración de la muerte del ente querido. Es hablándose de la muerte que se puede ir procesualmente avanzando en dirección a la elaboración. Así, se puede llorar, hablar de los recuerdos en relación al muerto o externar el asombro que una muerte inesperada puede causar.

Los mitos presentes en las organizaciones familiares comprendidos a posteriori en las terapias de familia nos permite ver que las familias o grupos sociales alrededor de los jóvenes omiten el suicidio en nombre de la compasión. Otras veces el miedo es de desencadenar fenómenos grupales de identificación con el suicida y de contagiar los jóvenes con la idea, llevándolos a seguir el camino del muerto: intentar suicidio también. Presentase así un tabú, su contenido es el de que nombrar al muerto puede llevarlo a resucitar. Se evita el peligro del contacto; por eso, se acaba silenciando. Lo que no se considera con la actitud del silencio es que una verdad dicha de un modo a poder ser oída vale más que cualquier mentira, pues esa es insostenible. Decir la verdad, desde que se cuide de la forma de abordar la cuestión, es de extrema utilidad para la elaboración del duelo.

La actitud de escucha de los contenidos manifestados por aquellos que sufren, es terapéutica, porque les permite “tener con quien contar”. Al mismo tiempo que les disminuye la angustia, el hablar les dará nuevos elementos que permitan el proseguimiento del proceso de elaboración. Todo profesional de salud que permita el llanto y el habla de los desesperados, solamente con la escucha ya estará teniendo una actitud terapéutica. Casi nunca ellos necesitan consuelo o palabras terapéuticas. El profesional se ofrecería así como un interlocutor a permitir la catarsis de lo guardado. Al mismo tiempo, lo que es dicho se constituye en un rico material histórico para alargar el conocimiento acerca del individuo que cuenta su historia. En el caso de los depresivos y suicidas, veremos algo difícil de aceptar: hay gente enamorada de la idea del riesgo, del peligro y de la muerte. Llegando algunas veces a la fascinación por la temática.

El cuerpo teórico de la medicina no alcanza comprender que el simple acto de compartir ya es terapéutico para las personas que viven situaciones como las que describimos. La única chance que el ser humano tiene para pensar su existencia es mediante una ampliación del campo de conciencia y una mayor valoración de la atención sobre su propia vida. No hay posibilidad de cambio sin conciencia. Hay que crearse una demanda en los jóvenes para ofrecerles ayuda. Solamente aquello que se computa como perjudicial exige cambio. Mientras la actitud de los niños y de los jóvenes angustia al grupo familiar sin que ellos mismos tengan conflicto por lo que hacen, poco podremos hacer por ellos. Cualquier terapia o intento de ayuda será rechazada. Así la atención médica que vise remarcar el riesgo, en lo mínimo será escuchada por alguien, generalmente el menos comprometido con la patología del grupo familiar, y a veces, es con esa persona que contamos como aliado para contagiar el grupo familiar con nuestro intento de reaproximarlos de la vida. Enunciar conflictos es útil porque permite que los elementos traumáticos se encaminen por vías más adecuadas que las de la represión. Lo omitido es reprimido y siempre vuelve disfrazado como síntoma.

Uno de los roles de los profesionales de salud en relación a la prevención primaria determina que a lo largo de sus vidas profesionales sean lo menos intervencionista posible. El cuerpo humano es un sistema y, siempre que necesario, debemos intervenir en nombre de la preservación de la vida.

Para hablar de prevención primaria necesito recordarles algunas actitudes pediátricas iatropatogénicas: nursery para bebés normales, introducción precoz del biberón interfiriendo en la lactancia, amigdalectomias, antibiótico terapias excesivas, internación de niños sin sus padres, intervenciones quirúrgicas sin el debido preparo y aviso a los niños, introducción del control de los esfínteres antes de los 18 meses, escolarización antes de los 5 años. Así como la constancia de humillaciones, castigos, aprisionamientos, palmadas, ofensas, abandonos múltiples, como el exceso de satisfacción material sustituyendo la educación ética, moral y emocional de los niños y de los adolescentes.

La historia de cada uno es singular. Aquellos que por razones del destino tengan que convivir con la muerte precozmente pueden ser más ayudados si con todas las lastimas les ofrecemos condiciones mínimas para que el duelo siga adelante, permitiendo que los muertos no se transformen en fantasmas.

A los muertos se entierran; a los fantasmas no. Y vale recordar que cuando los fantasmas vuelven, no dejan en paz ni a los muertos ni a los vivos.

TRABALHO APRESENTADO NO II CONGRESSO ARGENTINO DE SAÚDE INTEGRAL DO ADOLESCENTE, MENDOZA, ARGENTINA, 18 AGOSTO 1995.