

FAMILIAS CON PACIENTES SUICIDAS

E. T. F. Juan Pablo Ramírez Ramírez. *

Congreso SOPPAC 23-24 mayo 2008.
León, Gto. México.

El presente trabajo trata de dar una visión de la dinámica que establecen las familias con pacientes que tienen ideación o intentos de suicidio, desplazando el estudio de las intenciones a los efectos de los actos, con predominio de una visión predictiva, centrada en observaciones consensuales que opera sobre la base de una lógica recursiva o dialéctica. Así como proponer una concepción propia del rol que juega el paciente con ideación o intento suicida dentro de su familia.

Primero de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (1976-2004) podemos definir los términos:

- Acto suicida: se entiende por tal la acción por la cual el sujeto se causa una lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos.
- Suicidio: Aquella muerte que resulta de un acto suicida.
- Intento suicida: un acto suicida cuyo resultado no fue la muerte.
- Ideación suicida: se habla de ideación suicida cuando un sujeto persistentemente piensa, planea o desea cometer suicidio.

El término familia lo define Andolfi (1984) como un conjunto organizado e interdependiente de unidades ligadas entre sí por sus reglas de comportamiento y por funciones dinámicas, en constante interacción entre sí y en intercambio permanente con el exterior.

* Coordinador de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de Guanajuato.
Sociedad de Psicoterapia y Psicoanálisis del Centro, A. C.
Consulta Privada

De acuerdo a esta definición ningún hecho o comportamiento aislado en los miembros de la familia ocasiona otro, sino que cada uno está vinculado en forma circular a muchos otros hechos y comportamientos aislados. Estos hechos y comportamientos forman con el tiempo patrones persistentes y recurrentes que operan para equilibrar a la familia y permitirle pasar de una etapa evolutiva a la siguiente (Papp 1988); toda conducta incluyendo la sintomática, establece y mantiene estos patrones.

Entonces podríamos hacernos la pregunta ¿Por qué si el sistema busca el equilibrio mediante una serie de contrapesos, pautas concientes e inconscientes de interacción, existen problemas que requieren asistencia clínica? Papp (1988) menciona: “Algunas veces el modo que tiene la familia de contrapesarse incluye un síntoma que es inaceptable para ellos y/o para la sociedad. Cuando el síntoma causa una tensión intolerable ya sea dentro o fuera de la familia ésta se ve obligada a buscar ayuda. La aparición de un síntoma puede ser precipitada por una multitud de hechos. Puede desencadenarla un cambio en uno de los sistemas más amplios dentro de los que existe la familia, tales como el sistema social, político, cultural o educacional. O bien el hecho precipitante puede provenir del interior de la familia como reacción ante algún acontecimiento del ciclo vital. Cualquiera de estos hechos puede quebrantar los patrones de control de la familia y es posible que se desarrolle un síntoma como medio de establecer otro diferente”.

Cuando la conducta suicida se presenta en alguno de los miembros de la familia, pensaríamos que es esa conducta, un síntoma, un intento de comunicación en quién lo ejecuta y a la vez tiene un significado de algo que ocurre en el sistema familiar; si el síntoma se lee como un intento de mantener el equilibrio del sistema familiar ¿cómo es que se elige a su portador?

Para intentar responder a lo anterior tendríamos que considerar dos aspectos:

- La función del paciente en la familia.

- ¿cómo es que el paciente asume ese rol?

El primer punto sabemos que la configuración del sistema familiar basándose en la implantación de pautas (conscientes e inconscientes) de comportamiento modifica directamente el mundo interno de cada uno de sus miembros, así como funda el rol que desempeñará dentro del contexto familiar y social, es decir esa configuración vincula al sujeto al sistema familiar y le hereda su función.

Una de las funciones de esta vinculación le permite al sujeto la oportunidad de tener una constante orientación e interpretación de su propia subjetividad y la forma de establecer las relaciones con los otros (desarrollo del sí mismo).

Además los ciclos conductuales de cada familia son gobernados por un sistema de creencias que se compone de una combinación de actitudes, supuestos básicos, expectativas, prejuicios, convicciones y creencias aportados a la familia nuclear desde la subjetividad de cada uno de los miembros de la pareja. Alrededor de estos temas se organizan entonces, importantes secuencias conductuales que a menudo sirven como metáforas del tipo de síntoma que se elige. Por tema se refiere a un aspecto específico cargado de emoción en torno al cual existe un conflicto recurrente (Papp 1988).

A partir del trabajo con familias con miembros que han presentado ideación e intentos suicidas se ha observado que esta conducta en el paciente pareciera un intento de cumplimiento del rol que le ha sido heredado, es como si estos pacientes tuvieran la función de llenar esos espacios vacíos, intentando darle cohesión a su intersubjetividad y a la familia misma, los une en su silencio, así de esa manera logra un equilibrio en la dinámica familiar manteniendo controlado el conflicto. Es en este aparente vacío donde encontramos una dificultad del paciente para desarrollar y consolidar una imagen fuerte de sí mismo, el vacío proviene de esta falla en la formación de una identidad dentro del sistema familiar, lo cual establecerá pautas de interacción dominadas por la fantasía de reparación y autocastigo, que se

manifestarán en las relaciones con los objetos de su mundo interno, modificando las relaciones de manera simultánea con las personas y sistemas del mundo externo.

Lo anterior pareciera contradictorio con el sufrimiento que puede manifestar una familia cuando hay miembros que han presentado ideación o intento suicida, pero es precisamente este sufrimiento la representación de lo que no ha encontrado otra vía de expresión más que a través del síntoma, en el paciente la familia encuentra una vía de interpretación de esos espacios en su subjetividad, el paciente suicida ocupa ese vacío que la familia de otra forma no podría llenar (su falla en la configuración del sí mismo de sus miembros) y que amenaza su equilibrio,. En este aparente vacío encontramos los mitos y secretos que la familia no podrá develar ya que le son irreconocibles al ser inconscientes, se encuentran en el centro de la configuración del vínculo familiar. En la formación de la identidad individual y socio-familiar.

Sobre el segundo punto ¿cómo es que el paciente asume ese rol? Retomando lo anterior se observa que el paciente se ve involucrado en una demanda de fidelidad por parte del sistema familiar, se vuelve el guardián de lo que le ha sido heredado, no solo guarda el conflicto familiar sino que intenta terminar con él, el paciente es en quién se deposita lo no hablado, lo doloroso, se vuelve el discurso que no se pronuncia, pero que se advierte siempre presente.

Así entendemos el por qué en el miembro suicida de su desinterés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de su capacidad de producir y su alteración negativa en el sentimiento de sí que se observa en los autorreproches y autodenigraciones, que lo hacen buscar el castigo y la destrucción de sí y la preservación de la familia, todo esto como parte de un mal funcionamiento del sí mismo.

Retomando lo que Freud escribe en Duelo y Melancolía (1917 [1915]) “el desagrado moral con el propio yo por encima de otras tachas: quebranto físico,

fealdad, debilidad, inferioridad social, rara vez son objeto de esa apreciación que el paciente hace de sí mismo; sólo el empobrecimiento ocupa un lugar privilegiado entre sus temores o aseveraciones”.

Este empobrecimiento lo podemos explicar como lo que brinda equilibrio al sistema familiar ya que encuentra en el paciente el espacio para la descarga de las tensiones que amenazan el buen funcionamiento de la familia; el autosacrificio se vuelve la vía de trascendencia a través del propio sistema, al destruirse está destruyendo eso que tanto angustia a la familia y que le ha sido designado, es mantener el silencio y por lo tanto no delatar las carencias del sistema que lo engendra, así el suicidio mismo se vuelve un silencio eterno para él y para el sistema familiar.

En estas familias vemos como en el miembro con ideación o intentos suicidas aparecen frecuentemente la idea de que al autosacrificarse impedirá el sufrimiento de los que le rodean e incluso del propio terapeuta, se vive como una carga y al suicidarse piensan que solucionarán definitivamente sufrimientos y situaciones que son temporales. Contrariamente al deseo de mantener el bienestar de los que lo rodean, en ese instante vemos la parte más egoísta y menos racional del paciente pues no piensa en el sufrimiento que les ocasionará a los demás ya que en su idea de protección no concibe el dolor de otros y por lo tanto denota esa incapacidad de amar en ese momento a otros.

Así resumiendo lo anterior vemos como el paciente trata de librar a la familia de lo que la amenaza y él se percibe así mismo en la obligación de evitar el sufrimiento propio y del sistema convirtiéndose él mismo ese vacío donde la familia depositará aquello que no soporta por amenazar el vínculo que los mantiene unidos, el paciente mismo se vuelve ese no saber de la familia y que necesita llenarse (síntomas), intentando así soportar el dolor ubicándolo en uno solo de sus miembros, el paciente calla porque ese es su rol y lo acepta.

Nuestro trabajo se debe enfocar a ayudarlo a descifrar eso que no conoce pero que es mandato para él, ayudarlo a descubrir que se encuentra en ese falso vacío de la subjetividad familiar, debemos de descubrir que es lo que guarda tan celosamente el paciente que puede ser capaz de destruirse por seguir manteniéndolo oculto y que opera de esa manera para equilibrar a la familia con la finalidad de permitirle pasar de una etapa evolutiva a la siguiente fomentando y manteniendo así los patrones de funcionamiento familiar.

BIBLIOGRAFÍA

ANDOLFI, Maurizio. (1984). *Terapia familiar: un enfoque interaccional*. Buenos Aires: Paidós.

FREUD, Sigmund. (1917). *Duelo y melancolía*. Obras Completas Tomo XIV. Buenos Aires, 1917: Amorrortu Editores.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2004). El suicidio. *Cuadernos de Salud Pública*. Número 85. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

PAPP, Peggy. (1988). *El proceso del cambio*. Barcelona: Ed. Paidós.

Autor: T.F. Juan Pablo Ramírez Ramírez.

Domicilio Consultorio: Francia 701 interior 302 D Col Moderna. León Guanajuato. C. P. 37328.

Domicilio de Trabajo: Av. De las Rosas 501 Colonia Jardines de Jerez, León Guanajuato Tel. 477 7116223 ext. 3608. CP 37535

Domicilio Particular: Jardín de los Cedros 314-A Colonia Jardines de Santa Julia León Guanajuato. Tel. 477 7616355 C.P. 37535