

La dignidad de la angustia: Intervenciones en autolesiones

Autora: Lic Mariela Fittipaldi

Institución: Departamento de Salud Mental MGP

Contacto: marieladdhh2017@gmail.com Teléfono 223 5629214

Área: Abordaje de la Salud Mental

Resumen

El trabajo surge a partir de la pregunta en torno a los abordajes de autolesiones en adolescentes desde la atención primaria de la salud.

Partiendo desde el marco normativo de salud mental y derechos humanos se analizará la función de la angustia en relación a las autolesiones en la subjetividad contemporánea de los adolescentes.

Si bien se expresa desde una heterogeneidad clínica, es fundamental situar un punto de anclaje para estos casos clínicos, cuyo efecto de tratamiento expresa no solo la cantidad sino lo que ese número traduce.

Del análisis de estas categorías podremos articular una función posible para el atravesamiento de la angustia que emergerá de tales prácticas adolescentes y el concepto de dignidad inherente al campo de los derechos humanos.

Se concluirá estableciendo una tensión entre *tajos* y *atajos*, entendiendo que un tratamiento posible de las autolesiones -metaforizadas como tajos- podría abordarse en una clínica integral desde la perspectiva de derechos que permita la

construcción de una red o *mall*a de soporte –atajo- fundante de discurso como sujetos de derecho.

Palabras claves: **Salud mental-Derechos humanos-Adolescencia-autolesiones**

Introducción

El derecho a la salud es uno de los derechos humanos fundamentales de todas las personas y, por lo tanto, es indivisible del ejercicio de otros derechos, como el derecho a la identidad, a condiciones de vida dignas, al trabajo, a la vivienda, a la educación, entre otros. Diversas y múltiples luchas sociales y políticas, en las que la autogestión y el reconocimiento de la dignidad inherente a las personas han sido piedras angulares, atravesaron y atraviesan nuestro territorio. En ese marco, y a partir de la década del sesenta, variadas corrientes académicas, políticas, en Latinoamérica y en el mundo, han denunciado estos procesos de reduccionismo y naturalización del modelo de la biomedicina (Laurell, 1986), conformando el movimiento de la medicina social y la psicología comunitaria latinoamericana a la par de las luchas de los movimientos obreros, campesinos, estudiantiles, feministas y personas con discapacidad. En esta segunda perspectiva se inscribe el modelo de los determinantes sociales, que plantea la salud-enfermedad en términos de multiplicidad y complejidad, incluyendo lo biológico, lo psicológico, y jerarquizando lo social como determinante de cómo nacemos, vivimos, enfermamos o morimos según las condiciones materiales de vida, los procesos de trabajo, las relaciones de género, entre otras determinaciones.

Resulta oportuno observar que en nuestro país el derecho a la salud creció ligado estrechamente a los derechos de los/as trabajadores/as y sus familias, en tiempos en que esto remitía a un país de casi pleno empleo para su población.

Actualmente, el movimiento sanitarista latinoamericano se inscribe en las propuestas de la “salud colectiva” (Spinelli, 2004) en tanto matriz de investigaciones, intercambios y prácticas que desarrollan y analizan propuestas políticas a nivel macro y local, enmarcadas en el derecho a la salud, entendido como la posibilidad de respetar, promover y acompañar procesos de progresiva autonomía de las personas y de los colectivos sociales. Desde esta perspectiva, la lucha por la democratización en

el acceso y el cuidado integral de la salud es indivisible de la perspectiva de salud como derecho, en el contexto de la construcción colectiva de una sociedad más igualitaria y respetuosa de los derechos humanos de todas las personas.

En este marco, proponemos abordar el derecho a la salud planteando que los procesos salud-enfermedad-atención resultan de múltiples determinaciones biológicas, psicológicas, sociales que nos atraviesan como integrantes de una comunidad, un grupo y/o en nuestra singularidad. Desde esta perspectiva, el derecho a la salud involucra al menos tres dimensiones: - el derecho a recibir atención cuando atravesamos una situación de enfermedad, malestar, dolor u otras formas de padecimiento; - el derecho a que se generen las condiciones necesarias para la promoción de la salud y para la prevención de enfermedades o padecimientos; - el derecho a la información y a la participación en las decisiones y acciones que hacen al cuidado integral de nuestra salud, tanto en lo que hace a la prevención como a la atención requerida.

La ley 26.657 (2010) - Ley Nacional de Salud Mental- también se inscribe en el cambio de paradigma de la tutela por el del reconocimiento a todas las personas como sujetos de derecho, incluyendo especialmente a aquellas que atraviesan situaciones de padecimiento mental. Define principios y garantías para todas las personas en relación con la salud mental, a la vez que promueve abordajes basados en la comunidad, interdisciplinarios, intersectoriales, con participación de usuarios/as y familiares en las diversas situaciones relacionadas con el cuidado en salud mental. Cabe señalar que la sanción de esta ley fue el resultado de los aportes, el acompañamiento y la lucha en defensa de los derechos humanos de las personas en situación de padecimiento mental/sufrimiento psíquico por parte de organismos de derechos humanos, referentes académicos nacionales e internacionales, autoridades sanitarias nacionales, provinciales, municipales, asociaciones profesionales, equipos e instituciones de salud; asociaciones de familiares y usuarios/as de atención en salud mental e instituciones nacionales, entre las que mencionamos especialmente a la Secretaría Nacional de Derechos Humanos

Decir somos sujetos de derechos es un enunciado reconocido hoy por la mayor parte de la sociedad.

Si nos asumimos sujetos de derecho y el Estado como garante de los derechos, entonces somos sujetos del Estado. Así la experimentación de un sujeto cuando el Estado no prioriza la función de garantizar los derechos y la equidad de sus ciudadanos se basa en emociones de desamparo que se manifiesta ante la desaparición de instancias básicas de cuidado en la vida cotidiana¹.

En lo cotidiano irrumpe cada vez con más fuerza en términos de su flagrante vulneración.

Desde este marco introductorio es que analizaremos a las presentaciones en el servicio de salud mental en Atención primaria de la salud de adolescentes, que de forma masiva manifiestan prácticas de cortes en el cuerpo. Dichas prácticas son determinantes sociales de subjetividad y cultura contemporánea que no solo interpelan la clínica sino su forma de compromiso ético en su modo de abordaje.

Objetivos

- Articular las categorías de salud mental y derechos humanos desde las prácticas en atención primaria de la salud con adolescentes.
- Situar coordenadas conceptuales y categorías de análisis que permitan pensar de modo crítico los determinantes sociales y procesos de subjetivación actuales y sus consecuentes padecimientos.

Autolesiones en adolescentes

Los cortes infringidos en el propio cuerpo y en forma voluntaria son fenómenos clínicos descriptos tempranamente como automutilaciones o conductas autolesivas; como otro tipo de fenómenos son trans estructurales en tanto no responden a una estructura clínica específica y más bien pueden dar cuenta de diversas problemáticas

y tener diversa función, es bastante común al tratarse de cortes que se piense en intentos de suicidio pero la clínica muestra que muchos de ellos cobran otro sentido.

La mirada psiquiátrica define la conducta autolesiva como un comportamiento socialmente inaceptable en el que uno se aplica una lesión hacia su propio cuerpo sin una intención de suicidio. A partir de esta definición quedan por fuera los piercing y los tatuajes por tratarse de fenómenos socialmente aceptados

En el DSM IV las conductas autolesivas aparecen como síntomas de trastornos disímiles así por ejemplo del trastorno límite de personalidad del trastorno autista de los trastornos facticios y de algunos trastornos psicóticos sin embargo en la actualidad varios autores intentan situar a las conductas autolesivas como un nuevo trastorno con sus criterios diagnósticos específicos.

En esta línea Armando Favazza propone definir al trastorno autolesivo como una enfermedad y no simplemente como un síntoma de otros trastornos este intento de unificar los fenómenos en un nuevo síndrome borra las diferencias esenciales que podrían existir entre un corte y otro. Singularidades situadas en un contexto social, político y ético preciso de esta época.

La época actual pone de relieve el cuerpo como objeto de consumo y ,en tanto tal , se constituye en un objeto hacer “usado” por quien lo porta. Se dan en este marco las discusiones acerca de la libertad individual, los problemas bioéticos sobre el derecho a la intervención del cuerpo propio, entre otros. Así mismo, el cuerpo es un objeto de consumo que se vende ,se muestra ,se exhibe.

Los cortes generalmente son superficiales, no son heridas que conducen a una guardia médica por eso no será protagonista en este tipo de cortes el dolor físico ni la sangre.

Estos cortes –tajos- en la piel son generalmente realizados por elementos cortantes y que tienen dos características fundamentales 1) que se dan generalmente en *una práctica solitaria* y 2) *se dan reiteradas veces*.

Si bien la heterogeneidad de estas prácticas nos llevan a plantear diversas funciones es importante diferenciarlas con lo que puede llamarse una automutilación o cortes que no necesariamente constituyen un intento de suicidio.

En este trabajo abordaremos la práctica de cortes en relación a la angustia. Los cortes son una operación frente a la angustia, frente a la emergencia de la angustia masiva en los adolescentes.

Avance masivo, que podría pensarse en términos de Lacan en lo que define como avance de lo real sobre lo imaginario, de lo real sobre el narcisismo que lo desorganiza, y que pone en jaque los límites del yo, que lleva en ocasiones a experiencias de despersonalización, angustia desorganizante que se vuelve insoportable. Por esto, muchos casos presentan el alivio como efecto del corte.

Respecto al recorrido de las posibles coordenadas conceptuales Josefina Dartiguelongue define a la aparición de un Otro que desaloja al sujeto, que lo deja en un lugar residual, quedando en lugar de objeto resto, el Otro deja caer al sujeto como tal.

Cuando pierde la condición subjetiva y queda como objeto Lacan llama esto en el seminario X "La caída esencial del sujeto en su miseria final". La angustia así es la respuesta a esta dimensión de caída del sujeto (de encarnar el a, el resto de objeto del Otro)

La operación simbólica de los cortes sostiene la modalidad de series de cortes (nunca es uno solo), líneas sucesivas de tajos y generalmente en líneas paralelas. En el DSM se refieren incisiones que se dan de lado a lado hasta 1mm de distancia.

Los tajos operan como trazos en tanto es el soporte del significante, marcas que cumplen la función de distinguirse del Otro, una función de la diferencia, de restitución subjetiva.

Volviendo a la idea del Otro que arroja al sujeto al lugar de desecho, de resto, puntúa la idea del Otro que renuncia a su función garante de derechos perdiendo la capacidad de regular e integrar a sus miembros.

Así, las prácticas contemporáneas de cortes en los jóvenes operan como inscripción de diferencia, distinción del Otro. Ese Otro -Estado- que falla en su función de sostén, de garante de derechos para constituirse como ciudadanos desde condiciones de vida dignas.

Ejercicio de los derechos

Una amenaza de fondo contra el ejercicio de los derechos es que la subjetividad globalizada se caracteriza por la pasividad. Esto puede ser reproducido en aspectos de un sistema fragmentado de salud basado en varios órdenes de la burocracia que tienden a metaforizar de varias maneras posibles el lema tradicional “el silencio es salud”, encerrando al sujeto en su padecimiento.

Por lo que se trata entonces de repensar qué nos habilita a los profesionales de la salud a intervenir en la legítima expresión de la angustia, aún en sus formas más extremas como las autolesiones. Por lo que cobra el sentido de un dilema ético que deberíamos ser capaces de dirimir en cada situación con el mayor respeto de la singularidad del caso.

El principio de no maleficencia es uno de los más antiguos de las prácticas de la medicina "primum non nocere", y el marco de derecho debería ser la referencia, que nos ayude a colocar en perspectiva de prioridad cada derecho.

Ahora bien, parecería que la tendencia habitual en la generalidad, es a actuar "de más", con excusa de que nos permite corregir en todo caso después, lo que nos lleva a la frontera del principio de beneficencia, en nombre del cual en su expresión asistencialista típica se arroga el derecho de vulnerar, de atropellar derechos, hasta el de decisión y libertad.

De tajos y atajos...una aproximación a concluir.

La tramitación de las angustias y los desafíos del vivir sólo son posibles colectivamente, donde las escenas de dicha tramitación serán en ejercicio de derechos en condiciones dignas de vida.

Parte de este trabajo surge del dialogo entre enfermería y salud mental, casi como ubicando las fronteras de los imposibles.

Lo indecible, lo inscribible, lo que los adolescentes nos convocan a situar en sus prácticas en relación a los cortes del cuerpo.

Ahora bien, es preciso encontrar cierta nominación en dichas expresiones donde lo inicial será alojar a un sujeto de derechos –dignidad del sujeto-para que algo de la clínica pueda advenir.

El intento será entonces trazar desde estos tajos, un malla, una red soporte del sujeto que pueda empalmar aquello real con lo simbólico, y esto no se lograra sin Otro garante de derechos.

Es impensable que los adolescentes, particularmente, desarrollen y manifiesten sus potencialidades, ejerciendo libertad de expresión u opciones de vida de manera protagónica en la construcción de la cultura, sin en el ejercicio pleno de los derechos humanos.

Por esto cuando el Estado renuncia ese rol lo que emerge es un desamparo narcicistico, lo cual implica caer en un vacío de significación que cubre la identidad misma. Inevitablemente traducido en alguna forma de angustia. No fácilmente identificable o tramitable.

En el atravesamiento de la angustia, se traduciría la expresión de la dignidad del sujeto. Insistencia por la lucha del pleno ejercicio de los derechos. Consistencia para el lazo social.

En fin ,no habrá posibilidad de atajos, sin los tajos.

Bibliografía

Augsburger, Ana Cecilia. (2002) "De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave" Cuadernos Médico Sociales 81.

http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_1/augsburger_de_la_epidemiologia_psiquiatrica_a_la_epidemiologia_en_salud_mental.pdf

Barcala, Alejandra. (2011) "NNyA en situación de vulnerabilidad psicosocial. La experiencia del Programa de Atención Comunitaria de la ciudad de Buenos Aires" en La Patologización de la infancia II. Problemas e intervenciones en la clínica.

Consentino.JM (2006) Angustia, fobia, despertar .Ed Eudeba

Dartiguelongue,J (2010) El sujeto y los cortes en el cuerpo. Para una clínica de la autoincisión Ed Letra Viva

Freud, S Inhibición ,síntoma y angustia. En obras completas Ed Amorrortu

Gialdino, R (2000). Dignidad Humana y Derechos Humanos. En Investigaciones de Derecho Comparado, CSJN, 2/3, pp. 563.

Guía de atención de crisis y urgencias por motivos de Salud Mental y Consumos Problemáticos. Anexo Requerimientos y especificidades en la atención con Niños, Niñas y Adolescentes (NNyA).Provincia de Buenos Aires.2024

Lacan,J (1988)El Seminario libro X La Angustia Ed Paidós

Ley de Salud Mental 26657

Rabinovich,(D)1993.La angustia y el deseo del Otro Ed Manantial

Articulo de la OMS : <https://www.mspbs.gov.py/portal/6724/la-opsoms-apuesta-a-la-dignidad-de-la-salud-mental.html>

