

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Trabajo Final de Grado - Monografía:

*El trabajo de duelo por suicidio de
un familiar*



Matías Alvaro Silvera Lucas

Tutora: Prof. Adj. María Mercedes Couso Lingeri

Montevideo, 30 de Octubre de 2014

Agradecimientos

Dejo aquí mis sinceros agradecimientos a todos los que de algún modo posibilitaron la elaboración de esta monografía:

Agradezco a mi familia por el apoyo absoluto, por estar de algún modo siempre presentes, por incentivar mi educación como la más genuina herramienta de autonomía, por interesarse y por preocuparse.

Agradezco a Julia por su apoyo, escucha y contención, por las reflexiones que de nuestros diálogos se desprendieron, por tolerar de buenas ganas mi hablar constante sobre la muerte en los últimos tres meses y mis constantes análisis e interpretaciones sobre todo lo que me circunda.

Agradezco a Mercedes Couso por su buena disposición a lo largo del proceso de la tutoría, por su interés, sugerencias, y por su ayuda con lo administrativo.

Agradezco a Pablo Fidacaro por su disposición para nuestra entrevista, la cual aportó un enfoque clínico psicoanalítico a este trabajo.

ÍNDICE

RESUMEN.....	pág. 1
INTRODUCCIÓN.....	pág. 2
1. CONTEXTUALIZACIÓN: LA PROBLEMÁTICA DEL SUICIDIO EN URUGUAY
.....	pág. 3
2. LOS SUICIDIOS	pág. 5
2.1. Definiciones de suicidio	pág. 5
2.2. La conducta suicida.....	pág. 7
2.3. Factores de riesgo suicida.....	pág. 8
2.4. Factores protectores.....	pág. 9
2.5. Evaluación y abordaje de la conducta suicida	pág. 9
2.6. El suicidio desde el Psicoanálisis: significados y abordajes.....	pág. 12
3. INTERVENCIÓN: EL TRABAJO DE DUELO POR SUICIDIO DE UN FAMILIAR
.....	pág. 24
REFLEXIONES FINALES.....	pág. 35
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	pág. 39

RESUMEN

El siguiente trabajo tiene como objetivo el aporte a la prevención de la conducta suicida. El suicidio es una de las mayores causas de muerte en nuestro país y en el mundo, y se entiende como uno de los principales problemas de salud pública... al menos en nuestra cultura. En esta oportunidad el foco de nuestra atención estará dedicado específicamente a la intervención en una de las mayores poblaciones de riesgo suicida: quienes han perdido un familiar justamente a causa de suicidio. Además, se considerará el trabajo de duelo como un posible abordaje para la intervención con estas personas.

Lo siguiente no pretende ser una guía de intervención clínica general, de esta forma podríamos caer en un sin sentido tramposo, que no haría más que obstaculizar la intervención con prejuicios similares a los que originan las dificultades por las cuales estas personas vienen a la consulta. Por el contrario, se propone recoger a través de la experiencia de la Suicidología y del Psicoanálisis -sobre la muerte, el suicidio y el duelo-, elementos para el reforzamiento de esas herramientas epistemológicas que nos auxiliarán en la reflexión de cada caso en su singularidad, al trabajar con las personas que han perdido un familiar por suicidio.

Palabras clave: Suicidio, Duelo, Intervención, Psicoanálisis, Familiar.

INTRODUCCIÓN

La presente monografía es producto del Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología - Facultad de Psicología - Universidad de la República. Fue pensada como respuesta a un problema de salud pública que desde hace tiempo viene preocupando, provocando un impacto tanto a nivel mundial como a nivel nacional: el suicidio.

Como se verá en el primer capítulo, a nivel mundial las tasas de suicidio han aumentado un 60% en los últimos 45 años (MSP, 2014a; 2014b). Mientras que en Uruguay, de acuerdo a cifras del MSP (2014a; 2014b), la tasa x c/100.000 habitantes de mortalidad por suicidios en el 2013 fue de 16,0, presentando una de las tasas de suicidio más altas del continente. Además según estadísticas, en el año 2012 el suicidio en Uruguay fue la mayor causa de muertes por causas externas; mientras que en la adolescencia y juventud el suicidio ocupa el segundo lugar luego de los accidentes de tránsito (Larrobla, Canetti, Hein, Novoa, & Durán, 2012).

En el segundo capítulo se propone entrar de lleno en la conceptualización del suicidio, o tal como veremos allí deberíamos hablar de los suicidios, entendiendo que no existe un único significado y desenlace para estos actos. Más allá del acto consumado se propone ver el suicidio como un continuo, esto es, pasar de ver al suicidio como el desenlace fatal, y empezar a pensar en las *conductas suicidas*, desde donde se abre un gran campo de intervención. Se apelará fundamentalmente a la comprensión de las conductas suicidas por medio de la mirada psicoanalítica, haciendo un recorrido por diversos autores que han trabajado la temática, principalmente de los postulados de Freud y Lacan.

El tercer capítulo es un espacio dirigido a favorecer la reflexión sobre un posible abordaje clínico a la problemática del suicidio. Se hablará del duelo como una herramienta teórica que posibilitará la intervención con una persona que concurre a la consulta debido al suicidio de un familiar. Debemos entender qué implica el suicidio y las conductas suicidas en la trama familiar, para luego poder pensar en cada caso particular, la forma de intervenir en la prevención de una posible conducta suicida.

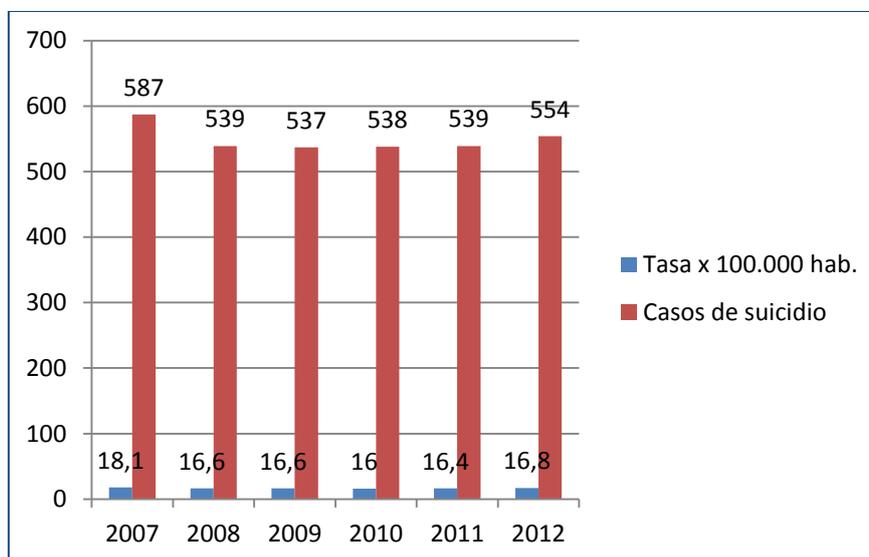
Para finalizar se plantea una serie de reflexiones acerca del trabajo, esperando de algún modo contribuir con la temática en cuestión. En el ámbito de la psicología tenemos motivos para creer que el expresar, comunicar y hablar sobre el suicidio, tiene efectos positivos, proporcionando a través de la palabra una salida alternativa que reduce la búsqueda del pasaje al acto.

1 - CONTEXTUALIZACIÓN: LA PROBLEMÁTICA DEL SUICIDIO EN URUGUAY

De acuerdo a la OMS (2012), el suicidio está entre las principales 20 causas de muerte a nivel mundial; cada año se suicidan casi un millón de personas, esto es una tasa global de 16 muertes por cada 100.000 habitantes. En los últimos 45 años las tasas de suicidio aumentaron 60% a nivel mundial, siendo una de las 3 principales causas de muerte en personas de 15 a 44 años. La OMS (2012), aún nos comunica que entre estas cifras no se incluyen los intentos de suicidio que son 20 veces más frecuentes.

En lo que respecta a Uruguay, actualmente presenta la segunda mayor tasa de suicidios en Latinoamérica después de Cuba, siendo la tasa de suicidio de 16,8 por cada 100.000 habitantes (Larrobla, Canetti, Hein, Novoa, & Durán, 2012). Esa cifra se mantiene sin cambios significativos entre 2007 - 2012 como muestra el gráfico 1. Además, de acuerdo a datos del MSP, el suicidio fue en el 2012 en Uruguay la mayor causa de muertes violentas por causas externas (lesiones no intencionales, intencionales, auto- infligidas o causadas por terceros), seguido de los accidentes de tránsito y luego por los homicidios (MSP, en Larrobla et al, 2012)

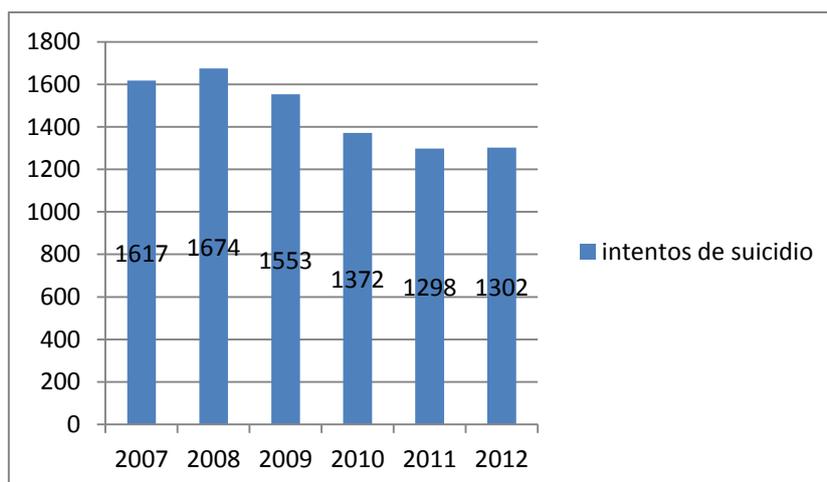
Gráfico 1. Tasas y casos de suicidio en Uruguay entre 2007 - 2012



Fuente: Instituto Nacional de Estadística

En cuanto a las tentativas de suicidio en el territorio nacional, podemos ver en el gráfico 2, que aunque se nota una atenuada disminución en los intentos de suicidio entre 2007 - 2012, corresponden a casi el triple de la cifra de suicidios consumados, cifra alarmante que agrava el problema.

Gráfico 2. Intentos de suicidio entre 2007 - 2012



Fuente: Instituto Nacional de Estadística

Con relación a la distribución por sexo según datos del MSP tenemos una mayor prevalencia en el sexo masculino con el 81% de casos de suicidios en hombres y 19% en mujeres. La distribución por edades muestra mayores casos de suicidios entre los 20 y 49 años. La distribución territorial de suicidios en Uruguay del año 2012 nos muestra una mayor tasa de suicidios en el interior del país, en los departamentos de Treinta y Tres, Flores y Lavalleja; mientras que los departamentos con menor tasa de suicidios fueron Rio Negro, Rivera y Paysandú (MSP, en Larrobla et al, 2012).

Este problema no es exclusivamente actual, desde hace muchos años Uruguay viene siendo uno de los países con la tasa más alta de suicidio en el mundo, sin embargo podemos ver como aún hoy en día el suicidio es un tema tabú, del cual no se habla demasiado y en ocasiones hasta se busca ocultarlo. Según Fernández y Ponasso (CPU, 1993, Vol.I), negar el problema cierra las puertas a la prevención, las autoras dicen que existe un temor a que el hablar de suicidio pueda provocar un aumento del mismo, y responden a eso: "...en nuestro país, en el cuál el suicidio es tapado y escondido a nivel social, las cifras son alarmantes. Consideramos que no estamos evitando suicidios callando a esta problemática" (CPU, 1993, Vol.I, pág. 46). Si bien esto aún no ha cambiado del todo, y a pesar de que existieron algunos antecedentes aislados de trabajo sobre la temática, el *Programa Nacional de Prevención al Suicidio* (MSP, 2014a; 2014b), surgido hace relativamente poco tiempo, se vislumbra como los primeros pasos firmes y regulados que dio nuestra salud pública hacia la prevención y tratamiento del suicidio.

2 - LOS SUICIDIOS

En esta sección propongo exponer las principales teorías suicidológicas, lo que significa para diferentes autores el suicidio, su definición, etiología, evaluación e intervención. Veremos como las formas de entender el suicidio varían de acuerdo a posiciones subjetivas, al marco teórico referente de los autores, y de acuerdo al contexto socio-histórico-cultural en el que fueron pensadas. Hablamos de *los suicidios* debido a que no existe un patrón de suicidio, los suicidios responden a diferentes causas y propósitos, entrelazando factores neurobiológicos, sociales e individuales; por lo que puede variar su efecto según la persona y contexto socio-histórico-cultural. Si bien esta monografía propone un acercamiento a la problemática del suicidio desde un punto de vista psicoanalítico y su prevención desde la intervención del duelo; se considera el suicidio como un fenómeno multideterminado con implicancias físicas, psíquicas, individuales, y sociales, las cuáles debemos tener en cuenta a la hora de intervenir, esto es, integrar una visión multidisciplinaria que nos pueda beneficiar con una intervención más eficaz, o bien evitarnos caer en reduccionismos inútiles.

Definiciones de suicidio

Etimológicamente la palabra suicidio proviene de los términos latinos *Sui* (de sí mismo) y *Caedere* (matar). Una de las primeras personas que definió el suicidio en la época moderna fue el sociólogo francés Durkheim: "...se llama suicidio a todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado" (Durkheim, [1897] 2009, pág. 11). En esta definición podemos ver que Durkheim comprende al suicidio como la muerte inducida por el sujeto mismo, provocada tanto por la acción del sujeto (ej.: ahorcamiento), como también por la no acción del sujeto (ej.: dejar de comer), matarse o dejarse morir. Esta definición deja de lado las conductas suicidas planteando el suicidio propiamente como el pasaje al acto, el acto letal. Además, según su definición, podemos ver que Durkheim comprende al suicidio como un acto consciente. Dicho autor plantea el suicidio como un fenómeno social con tres factores desencadenantes: el primero es la naturaleza de los individuos de una sociedad, el segundo es la forma como están organizados esos individuos, la organización social, y el tercer factor desencadenante son los acontecimientos pasajeros que perturban la vida colectiva, como por ejemplo las crisis económicas (Durkheim, en Clemente & González, 1996).

Para Stengel (1965), "Suicidio significa el acto fatal e intento de suicidio el acto no fatal de autoperjuicio, llevado a cabo con consciente intento autodestructivo, no obstante vago y ambiguo" (Stengel, en Martínez, 2007, pág. 18). En esta definición Stengel agrega la noción de intento de suicidio, planteada en adición al suicidio como acto fatal. Al igual que Durkheim plantea dichas instancias como actos conscientes.

En 1972 Ginger definía la vivencia suicida como "...una conducta con matices muy diversos - de interés psicosociológico - que sin producir la muerte puede marcar el posterior desarrollo de la existencia de la persona" (Ginger et al., en Martínez, 2007, pág.18). Esta definición introduce la *conducta suicida* integrando no solamente la muerte sino también la "vivencia suicida" en el desarrollo de la persona.

Según el sociólogo francés Baechler (1975), "El suicidio es toda conducta que busca y encuentra la solución de un problema existencial en el hecho de atentar contra la vida del sujeto" (Baechler, en Martínez, 2007, pág. 18).

En el año 1976 la OMS expresó su idea de suicidio como "Todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, o un daño, con un grado variable de la intención de morir, cualquiera sea el grado de intención letal o de conocimiento del verdadero móvil" (OMS, en Martínez, 2007, pág. 18).

Clemente & González (1996), plantean que el suicidio se produce como efecto de la mala integración social del sujeto, siendo que el sujeto puede estar bien integrado en un momento dado hasta que surjan conflictos psicosociales que lo desintegren:

El suicidio es el efecto de un conflicto entre el individuo y su existencia y realidades sociales, que le provoca una desmotivación para vivir, y/o se percibe irreconciliable con dicha realidad, siendo la misma mucho más fuerte que él. Ante la falta de refuerzo existencial, su vínculo se va deteriorando, lo que provocará exclusiones parciales, despojo de ciertos roles, así como confrontaciones con la realidad estipulada que actúan como refuerzo de su actitud de elusión social, hasta que en un momento dado el sujeto decide excluirse totalmente dándose muerte, tras haber visto superado sus recursos y capacidades de intervención y afrontamiento. (Clemente & González, 1996, pág. 25)

Existen variables en las cuales los autores no se ponen de acuerdo, ellas son: la letalidad, conciencia e intencionalidad. Las disciplinas centradas en la conducta presentan el resultado del acto, esto es, su letalidad, como criterio para su clasificación. Mientras que las formas de pensar el suicidio que están influenciadas por el Psicoanálisis se enfocarán en la estructura de la conciencia para explicar el suicidio.

La conducta suicida

La teorización sobre suicidio ha pasado diversas etapas como hemos visto, integrando sucesivamente más elementos. En un principio se pensaba al suicidio simplemente como el acto de matarse a uno mismo, la muerte consumada, al paso del tiempo se comprendió que el suicidio pertenece a conductas con motivaciones y fines diversos, y que si bien la última fase sería propiamente la del suicidio consumado, se desarrolla como un continuo progresivo. Por lo tanto actualmente se habla del suicidio como parte de algo más complejo: la conducta suicida.

Adam (1985), introduce el concepto de “continuum autodestructivo” para ilustrar el progreso de la conducta suicida anteriormente mencionada, lo que ayudaría en la anticipación de las etapas para lograr intervenir de forma eficaz. Para este autor existe una primera etapa de *ideación suicida* caracterizada por fantasías de muerte, seguida por la *crisis suicida* como búsqueda de salida de un problema, luego vendría la *tentativa de suicidio* que sería un aviso, a continuación el *suicidio frustrado* como período de ensayo-error y luego después el *suicidio consumado* (Adam, en Martínez, 2007).

El MSP (2007), categoriza las conductas suicidas de la siguiente forma:

- 1) *Ideación suicida*: se compone de pensamientos, deseos de suicidarse sin intentarlo.
- 2) *Intento de autoeliminación (IAE)*: intento frustrado de suicidio ya sea intencional o no.
- 3) *Conducta parasuicida*: basado en el concepto de *parasuicidio* introducido por Kreitman en 1969, son todas las conductas que sin tener la intencionalidad o deseo consciente de muerte, ponen en riesgo la vida del sujeto.
- 4) *Suicidio*: resultado de la conducta suicida como muerte ocasionada por lesión auto-infringida.

Si bien el suicidio no es considerado una enfermedad, existen cuadros psicopatológicos que presentan ideaciones suicidas, IAE, llegando a veces al suicidio consumado, lo que hace que padecer una enfermedad mental entre en los factores de riesgo suicida como se mostrará más adelante. Los principales cuadros psicopatológicos asociados son la depresión y los trastornos de la conducta. Así mismo, de acuerdo a Larrobla et al. (2012), desde la psicopatología, generalmente las conductas suicidas se dan junto con regresiones importantes, empobrecimiento de las funciones yoicas e inadecuado uso de los mecanismos de defensa. Según Orbach

(1994), algunos de los estados fenomenológicos vinculados al comportamiento suicida son los del tipo vividos como intolerables para el sujeto, causando deseo de ponerles un fin: desesperanza, soledad, vergüenza, sentimiento de ser muy diferente a los otros, aislamiento, rabia, pérdida de control, hostilidad, ansiedad, irritabilidad, odio de sí mismo y de los otros (Orbach, en Larrobla et al., 2012).

Articulando lo propuesto por el MSP (2007; 2014c) y por Larrobla et al. (2012), tenemos que hay *signos y síntomas* que nos pueden alertar de riesgo suicida, los mismos son comportamientos asociados a la conducta suicida: cambios en la conducta basal, retraimiento social, comportamiento violento, rebeldía, fugas, apatía, desesperanza, importantes cambios de carácter, somatizaciones, baja tolerancia a elogios/frustraciones, no sentirse querido, falta de concentración, sentirse una carga, no poder proyectarse.

Además, para el MSP (2007; 2014c), existen *señales verbales y no verbales*, esto es, manifestaciones que nos alertan sobre la posibilidad de IAE o suicidio; se dice que 9 de cada 10 personas que cometen IAE o suicidio expresaron explícitamente su voluntad a través de señales. Las señales verbales pueden ser del tipo: “Quisiera morirme”, “Me voy a matar”, “La vida no vale la pena”, “Cuando yo no esté se van a arrepentir”, etc.; mientras que las principales señales no verbales suelen ser las automutilaciones, apatía, abandono personal y aislamiento.

Factores de riesgo suicida

Los factores de riesgo suicida se presentan como situaciones personales o contextuales que pueden aumentar la probabilidad de desarrollar conductas suicidas u otros problemas de salud en personas vulnerables. Es importante evaluar los factores de riesgo junto a los factores protectores más adelante detallados para la valoración del riesgo suicida y qué tipo de intervención realizar. Es importante aclarar que así como los suicidios responden a situaciones y causas diversas, en cada etapa del desarrollo humano tiene sus particularidades. En esta oportunidad se expondrán los factores de riesgo generales según el MSP:

- *Sociales*: tensión social; cambio de posición socio económica; problemas con las redes sociales de apoyo; pérdidas personales; pérdida de empleo; catástrofes, desarraigo; aislamiento; exposición al suicidio de otras personas; violencia ambiental, de género y violencia intergeneracional.

- *Familiares*: funcionamiento familiar problemático; alta carga suicida familiar; abandono afectivo y desamparo; familia inexistente; violencia doméstica; abuso sexual.
- *Psicológicos*: intento de autoeliminación anterior; pérdidas familiares; frustraciones intensas; ansiedad; depresión; baja autoestima; cambio brusco del estado anímico; alteraciones del sueño; abandono personal.
- *Biológicos*: trastornos metabólicos; factores genéticos de enfermedades psiquiátricas en primer grado de consanguinidad; edades extremas de la vida, edades avanzadas, adolescencia; enfermedades y dolor crónico (accidentes vasculares, sida, neoplasias, entre otras); enfermedades terminales; trastornos psiquiátricos; deterioro cognitivo. (MSP, 2007, págs. 6-7)

Factores protectores

Los factores de protección suicida son situaciones personales o contextuales que pueden reducir la probabilidad de desarrollar conductas suicidas u otros problemas de salud. El MSP (2007), plantea diferentes factores protectores generales tales como:

Apoyo a la familia; apoyo a los grupos de referencia y pertenencia; estimular una vida social satisfactoria; promover la integración social a través del trabajo y el saludable uso del tiempo libre; facilitar el acceso a servicios de asistencia; promover la participación activa de las redes sanitarias y socio comunitaria. (MSP, 2007, págs. 12-13)

Evaluación y abordaje del la conducta suicida

Para el abordaje de un problema es necesario un proceso de evaluación de ese problema, es decir debemos conocer primero sobre lo que vamos a abordar a través de diferentes recursos como pueden ser entrevistas, cuestionarios, escalas, etc. Debemos comprender ese fenómeno en cuanto a sus variables, sus aspectos manifiestos y latentes, para luego saber qué hacer y como intervenir.

En Larrobla et al. (2012), se plantean 6 pasos para el abordaje de la conducta suicida, estos son:

- 1) *Detección y valoración inicial del problema* a través de la identificación de los síntomas y signos anteriormente descritos.
- 2) *Contacto/encuentro con la persona con posible riesgo suicida* momento en el cuál se busca hablar con la persona sobre el suicidio.
- 3) *Diagnóstico de situación y valoración del riesgo* que requiere de cooperación interdisciplinaria, interinstitucional e intersectorial, para evaluar el riesgo de

suicidio, indagando acerca del estado emocional y mental de la persona, y sobre la ideación suicida. Se deberá evaluar: ideación suicida, intención, planes, disponibilidad del método, gravedad del método (si es letal), precauciones, autocrítica, planes de futuro, si es impulsivo o planeado y el sistema de apoyo de la persona.

- 4) *Primera intervención, identificación del sistema de apoyo, coordinación y trabajo en red.*
- 5) *Seguimiento de la situación*, luego de los pasos anteriores las intervenciones pueden ser varias y combinadas de acuerdo a la evaluación de cada caso particular, por ejemplo: seguimiento individual, psicológico, social, psiquiátrico; internación; trabajo grupal; trabajo familiar; grupos de autoayuda. En recomendación a los profesionales tratantes, la autora señala el compromiso, tiempo, esfuerzo, y también que debemos decidir si se puede asumir la situación, teniendo en cuenta que la misma puede alterar emocionalmente al técnico; puede ser una amenaza desde el punto de vista profesional; puede provocar ira, frustración, desesperación y temor como reacciones contratransferenciales. En cuanto a la psicoterapia se piensa como esencial en el tratamiento y control de riesgo suicida, existe evidencia científica de que reduce el riesgo en personas con trastornos psiquiátricos. Los diferentes autores recomiendan la utilización de una terapia conjuntamente con psicofármacos para los casos de crisis suicida.
- 6) *Posvención con familiares y allegados* (detallado en el próximo capítulo).

Una vez que tenemos un plan de abordaje, concentrémonos en la evaluación. El MSP (2014c), propone 5 pasos para la evaluación del riesgo suicida:

- 1) *Identificar los factores de riesgo* y tomar en cuenta los que se puedan modificar para minimizar el riesgo.
- 2) *Identificar los factores protectores* y tratar de potenciarlos para minimizar el riesgo.
- 3) *Indagar sobre las conductas suicidas*
- 4) *Determinar el nivel de riesgo y la intervención*
- 5) *Registrar*

Según el MSP (2014c), se establecen 3 niveles de riesgo:

- *Bajo*: con factores de riesgo modificables y fuertes factores protectores, estas personas tienen pensamientos de muerte pero sin plan o comportamiento. Son derivadas a tratamientos ambulatorios para la reducción de síntomas. Se les da el contacto de emergencia y atención en crisis.

- *Moderado*: con múltiples factores de riesgo y pocos factores protectores. Son personas con ideación suicida, con un plan, pero sin intento o comportamiento. La internación puede ser necesaria dependiendo de cada caso. Se indica desarrollar un plan de crisis y dar contactos de emergencia y atención en crisis.
- *Alto*: con trastornos psiquiátricos y síntomas severos, eventos agudos y sin factores protectores relevantes. Son personas con ideación suicida persistente, intención suicida o ensayos suicidas. Para estos casos está indicada la internación.

Para la OMS, cuando el operador de atención primaria sospecha la posibilidad de comportamiento suicida, debe evaluar: estado mental actual de la persona y sus pensamientos sobre la muerte y el suicidio, el plan suicida de la persona y el sistema de apoyo. Para eso la mejor manera de averiguar si una persona tiene pensamientos suicidas es preguntándole, al contrario de lo que se piensa, esta apertura por lo general provoca alivio en la persona, quién podrá hablar de los problemas y sentimientos ambivalente que le perturban. Para generar las condiciones necesarias para tal apertura, tendremos que actuar con empatía, interés y comprensión, generar así sentimientos de comprensión, confiabilidad y confidencialidad (OMS, en Martínez, 2007).

Sobre qué hacer ante una situación de riesgo suicida, Martínez (2007), nos dice:

- 1) Trate de usar su mejor capacidad de escuchar y comunicar.
- 2) Confíe en sus percepciones o hipótesis sobre la posibilidad de que esa persona tenga conductas autodestructivas.
- 3) Sea directo, hablele con franqueza y sinceridad.
- 4) Pregúntele directamente si ha pensado o está pensando en matarse.
- 5) Bríndele sostén, aliéntelo para que hable sobre lo que piensa y siente.
- 6) Permítale que se exprese libremente, no lo juzgue.
- 7) Manténgase interesado en escuchar, no lo interrumpa.
- 8) Siempre tome muy seriamente las ideas suicidas; si se trata de un menor comuníquesele a un adulto responsable. (pág. 54)

Sobre lo que no hacer:

- 1) No dé consejos, trate de entender los motivos que originan ese estado.
- 2) No discuta con él o ella sobre el suicidio, no entre en debate sobre si es correcto o incorrecto, tampoco discuta sobre sus sentimientos. Escuche sin juzgar.

- 3) No lo ponga en una situación de reto o desafío para mostrarle que es incapaz de hacerlo.
- 4) No permita que le haga jurar que va a mantener el secreto.
- 5) No trate de arreglárselas solo con la situación. (Martínez, 2007, pág. 54)

Según Martínez (2007), en caso de que el paciente tenga control sobre sus actos, se presenta como estrategia efectiva establecer un “contrato de no suicidio” durante el tratamiento, manteniendo un seguimiento diario hasta que pase el pico de crisis, aproximadamente entre 60 y 90 días.

Complementando las indicaciones de Martínez, el MSP señala algunas intervenciones frente a la conducta suicida:

Tomar medidas para disminuir los riesgos; generar un espacio de confiabilidad, de escucha, de contención; no ser críticos frente a la situación; reforzar los recursos de la persona, su potencial de vida; garantizar la seguridad personal; accesibilidad frente a otros medios, redes sanitarias, sociales, etc.; accesibilidad a planes terapéuticos y farmacológicos; posibilidad de acceder a una internación; realizar contacto con familiar referente o sustituto; crearle; buscar respuestas alternativas; ayudarlo a que exprese sus sentimientos; apoyo, orientación e integración de la familia a la propuesta; explorar el motivo de IAE; no emitir juicios de valor; crear un entorno de confianza, seguridad y afecto; hablarle en forma tranquila y pausada; propiciar la comunicación de la persona en situación de riesgo con grupos de autoayuda; seguimiento por un equipo técnico por un periodo no menor a 18 meses, buscando síntomas que indiquen la reincidencia; agente comunitario: derivación a los recursos sanitarios existentes, promotores sociales y redes socio comunitarias. (MSP, 2007, pág. 12)

El suicidio desde el Psicoanálisis: significados y abordajes

Dedicaré este apartado específicamente a la comprensión de las implicaciones psíquicas del suicidio a través de la teoría psicoanalítica. El abordaje del suicidio desde lo psíquico es de extrema relevancia para el complemento de una terapia preventiva y/o posventiva del comportamiento suicida; como explica Palacio (en Martínez, 2007) si fuese el Otro (entiéndase el grupo social) el portador de la verdad de lo que sucede al sujeto, el mismo quedaría exento de asumir la responsabilidad de sus actos y también quedaría despojado de una palabra en la cual pudiera re-significar su hacer. En general encontraremos en la literatura que aborda el suicidio, referencias a los postulados de Freud y Lacan.

Para Brunhari y Darriba (2010), el modelo de prevención que plantea la OMS está basado en datos epidemiológicos y busca reducir los suicidios a través de

prácticas que procuran evitar el acceso a los medios y evitar riesgos, sin cuestionar las causas. Percibe a la persona que comete suicidio como víctima, una persona vulnerable que debe ser protegida de algo que no la habita, y alejada de los riesgos. Dejando escapar la causa del acto suicida a través de la victimización. Según los autores, el Psicoanálisis es una herramienta fundamental para pensar aquello que escapa a la prevención.

En 1910, Freud se planteó por primera vez el problema del suicidio como reflexión en un breve artículo llamado *Contribuciones para un debate sobre el suicidio*, el cuál tal como lo dice el nombre dejó más preguntas que respuestas. Este artículo fue escrito antes de la conceptualización de la pulsión de muerte, narcisismo, superyó, lo cual llevó a que Freud admitiera que no se pudo llegar a una conclusión acerca del proceso psicológico involucrado en el suicidio. Relacionó el suicidio con los estados de duelo y melancolía vistos en la clínica, y propuso posponer la discusión hasta que la experiencia resolviera el problema. Planteó las siguientes interrogantes:

Sobre todo, queríamos saber cómo es posible que llegue a superarse la pulsión de vivir, de intensidad tan extraordinaria; si sólo puede acontecer con auxilio de la libido desengañada, o bien existe una renuncia del Yo a su afirmación por motivos estrictamente yoicos. (Freud, 1910, pág. 59)

Hasta 1910 las observaciones de Freud acerca del suicidio estaban dentro de la teoría de la libido, como contrapuesta a las pulsiones de autoconservación, lo que se iría aclarando unos años más tarde con la introducción de conceptos clave como *Narcisismo* (1914), y la teorización sobre *Duelo y Melancolía* (1915). Para ese entonces Freud ya había reconocido un conjunto de rasgos característicos del suicidio: sentimiento de culpa por deseo de muerte hacia otros (en especial hacia los padres) como sucede en el caso de el *hombre de las ratas*; pérdida de satisfacción libidinal, rechazo a aceptar esa pérdida, es el caso de *Anna O.*; y en el caso de la joven homosexual sobre el intento de suicidio, se mencionan los deseos de venganza por la pérdida de satisfacción, huida de una situación de humillación y significación de un mensaje de ayuda (Freud, en Tubert, s/f).

En 1917 como aporte a su teoría de la Libido, Freud definió el Duelo como "...la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc." (pág. 58). Dicho estado trae una desviación de la conducta normal diaria, no obstante es considerado un proceso normal, que se supera con el pasar del tiempo. Sin embargo en el mismo artículo Freud (1917), muestra también la existencia de un estado llamado Melancolía (o duelo

patológico) como reacción a las mismas circunstancias del duelo, caracterizado igualmente que este por una desazón profunda, cancelación del mundo exterior, pérdida de la capacidad de amar (de sustituir el objeto de amor), inhibición de actividades (que le recuerden al muerto), pero diferenciado por la rebaja en el sentimiento de sí mismo, acarreado autoreproches, autodenigraciones y expectativas delirantes de castigo. Para Freud el duelo opera cuando el objeto amado sobre el cual se había volcado la libido ya no existe más, y se debe quitar la libido de tal objeto, no obstante esto no ocurre enseguida, la persona no abandona fácilmente una posición libidinal, hecho que produce un extrañamiento de la realidad y retención alucinatoria del objeto, ese proceso se dará de a poco con el tiempo y gran gaste de energía donde suele prevalecer el acatamiento a la realidad. En la Melancolía, a diferencia de lo que pasa en el Duelo, existe una pérdida de objeto sustraída de la conciencia, esto quiere decir que se sabe a quién se perdió pero no que se perdió con ese quién. Para Freud (1917), así como en el duelo el mundo exterior se vuelve pobre y vacío, en la melancolía eso le ocurre al Yo, donde la persona se muestra como indigna, moralmente despreciable, se auto-reprocha, se humilla y espera castigo. Tal cuadro se completa con insomnio, repulsión de alimentos, y lleva a que la persona se desvincule con la pulsión de aferrarse a la vida. Existen según Freud tres premisas en la melancolía: pérdida del objeto amado, ambivalencia, y regresión de la libido al Yo. Se explica el proceso de la siguiente forma: con la pérdida del objeto libidinal, la libido no se desplazó a otro objeto sino que se volvió hacia el propio Yo para establecer una identificación ambivalente con ese objeto perdido; de ahí el Yo podrá ser juzgado como el objeto abandonado; en otras palabras, el conflicto entre el Yo y el objeto amado pasa a ser un conflicto entre el Yo crítico y el Yo alterado por dicha identificación.

Tenemos entonces que desde la teoría Freudiana se piensa al suicidio principalmente en relación con los estados de *duelo* y *melancolía* que sugieren la idea del suicidio como un homicidio al Otro introyectado -objeto de ambivalencia- lo que trataré en el siguiente capítulo más detalladamente, y con la *pulsión de muerte* en la asociación a la existencia de instintos autodestructivos. Detengámonos un instante sobre este último punto: con la conceptualización de *Pulsión de Muerte* en 1920, se dieron las condiciones conceptuales, antes faltantes mencionadas por Freud, para el inicio en el recorrido por la comprensión del suicidio. En *Más allá del principio de placer* (1920), Freud comienza a mostrar la necesidad de un principio distinto que dé cuenta de la compulsión de repetición, el odio, agresividad, culpabilidad, etc., tendencias independientes del principio de placer. Él mismo, al comienzo distinguió

entre dos clases de pulsiones contrapuestas: “pulsiones sexuales” (luego pulsiones de vida) que aspiran a la renovación de la vida, luchan contra la muerte asociándose a otras personas para la construcción social; y las “pulsiones yoicas” (luego pulsiones de muerte) que pretenden reducir completamente las tensiones restableciendo la condición de inanimado, conducir la vida a la muerte en la compulsión a la repetición. De acuerdo a Laplanche y Pontalis (2005), “Las pulsiones de muerte se dirigen primeramente hacia el interior y tienden a la autodestrucción; secundariamente se dirigirían hacia el exterior, manifestándose entonces en forma de pulsión agresiva o destructiva” (pág. 336). La pulsión de muerte dirigida hacia el mismo sujeto podemos verla por ejemplo en el masoquismo, sentimiento de culpa, remordimiento, angustia, y en el suicidio. Esta pulsión de muerte que tiene por objeto al propio sujeto, la autodestrucción, según Freud, es para Palacio (en Martínez, 2007) el corazón del acto suicida, el deseo de destrucción y goce absoluto. De acuerdo a la citada autora, en la clínica psicoanalítica podemos presenciar la pulsión de muerte en la compulsión a la repetición, reacción terapéutica negativa, en el acting-out, en el pasaje al acto, en la angustia y en el síntoma. La pulsión de muerte está presente en todos los seres humanos, según Freud (1930), esta pulsión causa la insatisfacción cultural que los sujetos experimentan, en una predisposición a la agresión, destrucción, el mal y la crueldad. A su vez se relaciona el *sadismo* y *masoquismo* asimilados a la pulsión de muerte, donde se tiene la reversión del sadismo hacia la propia persona bajo la sofocación cultural de las pulsiones, en donde el sadismo primordial antes trasladado afuera hacia un objeto, ahora bajo determinadas circunstancias fue introyectado nuevamente dando fuerza a la pulsión de muerte que se podrá volver hacia el propio sujeto en el intento de suicidio, suicidio, u otras patologías (Freud, en Barrionuevo, s/f).

La génesis de la severidad y el sadismo de los que está dotado el Superyó, hay que buscarla en la sofocación de la agresividad y hostilidad experimentada en el paso por el Edipo frente a la autoridad del padre. En efecto, la sofocación de estas mociones pulsionales hacia el padre que prohíbe la satisfacción libidinal, es lo que hace que el Superyó se constituya en el cultivo puro de la pulsión de muerte, que a menudo lleva al Yo al suicidio. (Palacio, en Martínez, 2007, pág. 167)

Clemente y González (1996), declaran que según los términos anteriormente dicho, el suicidio sería resultado de la prevalencia de la pulsión de muerte en la lucha con la pulsión de vida, dado que el sujeto con conducta suicida estaría imposibilitado de orientar sus impulsos destructivos hacia el otro como consecuencia de los mecanismos de defensa, dirigiéndolos hacia sí mismo. Presentan el suicidio como un proceso que tiene su origen en el deseo de matar al Otro, principalmente un ser

amado e introyectado, proceso que provocaría un sentimiento de culpa tal que llevaría al sujeto a dirigir su agresividad hacia sí mismo, matándose.

Hablemos ahora de otro concepto que nos puede ayudar a comprender el suicidio: el *acto*, como *acting-out* y *pasaje al acto*. Freud (1914), utilizó la palabra *agieren*, llevar a la acción, a la tendencia del sujeto analizado de actuar movimientos pulsionales - deseos y fantasías inconscientes - en una actualización del pasado, de esta forma en vez del paciente hablar sobre dichas fantasías y deseos, los actúa en la transferencia. En palabras del autor "...el analizado no recuerda, en general, nada de lo olvidado y reprimido, sino que lo actúa. No lo reproduce como recuerdo, sino como acción; lo repite, sin saber, desde luego, que lo hace" (Freud, 1914, pág. 36). En estos casos la angustia no puede ser tramitada por el síntoma o el pensar; restando el intento hacia la tramitación de la angustia por medio del acto como formula Lacan. De esta manera se dice que el acto, en cualquiera de sus formas, está fuera del lenguaje (Barrionuevo, s/f.). Existen dos modalidades de acto siendo ambas recursos contra la angustia: el *acting-out*, que supone cierto nivel de transferencia tanto en el análisis como en otros vínculos como requerimiento a través de una acción que exige una respuesta faltante o diferente a la otorgada, el sujeto permanece en la escena (en el sentido que porta el lenguaje) en un llamado al otro para que el significado del acto le sea revelado; y el *pasaje al acto* como salida de la escena de un Otro que no lo contiene en su angustia, se expresa como un intento de salida de la red simbólica. En síntesis el *acting-out* es un mensaje simbólico dirigido al Otro, mientras que el *pasaje al acto* es una huida del Otro. Para Lacan el único acto exitoso es el *pasaje al acto* suicida logrado, en éste hay una separación del sujeto al Otro del Sentido (que porta el lenguaje), a diferencia de lo que sucede en el *acting-out*, en el *pasaje al acto* el sujeto intenta librarse de los efectos del significante y lo logra con su muerte (Lacan, en Barrionuevo, s/f; Palacio, en Martínez, 2007). Para Palacio (en Martínez, 2007), sucede lo contrario en el acto analítico, donde no se daría el acto logrado, sino el acto fallido, donde se confiesa una verdad que surge vía inconsciente y se tramita a partir del Otro, o sea del lenguaje, y esto posibilitará al sujeto a aprehenderse a sí mismo y al mundo de forma diferente:

...cuando se trata de la clínica del suicidio, el dispositivo analítico, cuya ética se sustenta precisamente en cercar ese sinsentido propio del goce, se constituye en una opción que le posibilita al sujeto hallar ese sentido que le dé a su existencia una razón de ser, donde pueda enunciar como sujeto un Sí a la vida. (Palacio, en Martínez, 2007, pág. 169)

Menninger (en Barrionuevo, s/f.; Clemente & González, 1996), articula los ya mencionados conceptos en su teoría explicativa del suicidio, para este psicoanalista las causas del suicidio se basan principalmente en impulsos internos, siendo que los factores externos responderían a refuerzos y justificaciones que el inconsciente del sujeto crea en base a los impulsos internos. Esto quiere decir que de ahí proviene el ambiente, de una construcción negativa que el sujeto crea para disculpar sus intenciones suicidas. Menninger plantea tres elementos de la conducta suicida:

- *El deseo de matar*: surge como respuesta a una frustración que tiene como origen a un ser querido introyectado. Entendiéndose que detrás del deseo de matarse se esconde el deseo de matar al Otro.
- *El deseo de ser matado*: se expresa como la búsqueda de castigo que se debe sufrir y/o que el sujeto mismo se produce, provocado por la culpa accionada por el Superyó.
- *El deseo de morir*: siguiendo el concepto de pulsión de muerte, aquí el sujeto buscaría el reposo, alivio de las tensiones y el deseo de pasividad. Este punto determinará para el autor la consumación del suicidio, que se produce en la suma del deseo inconsciente y la intención consciente de morir.

Conjuntamente con la agresión vuelta hacia la propia persona, Menninger plantea que en la conducta suicida existe el deseo de provocar cambios en los sentimientos de los otros, y en el caso de muerte que la misma los afecte.

Otra es la perspectiva de Bowlby (en Clemente & González, 1996), quién entiende el suicidio como una reacción a la frustración exteriorizada con hostilidad que puede no tener que ver con la acción de la pulsión de muerte.

Lewin (en Clemente & González, 1996), en sus investigaciones con drogadictos, maníacos y psicópatas, encuentra puntos en común entre las ideas de muerte y el sueño, donde plantea una relación de ideas suicidas de estos sujetos con la idea de renacer y volver a la madre. Teoría que sigue Rado (en Clemente & González, 1996), al plantear que los depresivos dependientes de fármacos buscan substituir la tristeza por un estado de alegría eterno, donde en vez de buscar matarse, se busca la inmortalidad que se cree encontrar luego de la muerte.

Glover (en Clemente & González, 1996), también retoma la cuestión del exceso o desequilibrio de energía psíquica planteada por Freud, siendo este exceso inhabilitante, encontrando como única vía de escape el suicidio.

Jung (en Clemente & González, 1996), expone seis tipos de suicidios:

- El suicidio del héroe/mártir, provocado por un ideal.
- Suicidio planteado como una liberación encontrada en la muerte, en respuesta a un dolor o angustia muy grande, donde se ve la vida como insoportable.
- Como reacción contrafóbica a la muerte, el sujeto le teme tanto a la muerte que se mata para no soportar más el temor hacia la misma.
- Como una búsqueda de libertad.
- Como una reunión con la persona amada.
- Como deseo de reclusión se busca el suicidio con la intención de poner un broche a la vida.

En cuanto al proceso clínico del suicidio Yampey (en Barrionuevo, s/f.) presenta tres etapas:

- 1) *Etapa de consideración*, se define el suicidio como única posibilidad para resolver los problemas.
- 2) *Etapa de ambivalencia*, momento de indecisión, donde se da la lucha entre las pulsiones de vida y muerte, en esta etapa se dan las señales de la intención de llevar a cabo un intento de autoeliminación.
- 3) *Etapa de decisión*, el sujeto ha decidido llevar a cabo el acto suicida. Al tomar la decisión se dan cambios bruscos en la actitud del sujeto, quien pasa de la angustia o estado depresivo a una aparente tranquilidad y/o buen ánimo, esto se debe a que la toma de decisión permitió al sujeto liberarse de la angustia provocada por la batalla entre la pulsión de vida y la pulsión de muerte dada en la etapa anterior.

Yampey también establece una tipología suicida, que toca varios puntos de la expuesta por Jung, donde se puede ver el suicidio como: 1) Deseo de evasión; 2) deseo de venganza; 3) deseo de castigo; 4) deseo de unión con el objeto amado; 5) deseo de conmover a otro; 6) deseo de renacer; 7) deseo de liberación o de felicidad eterna; 8) deseo de reconquista o rehabilitación de prestigio/honor/gloria; 9) deseo de desintegración del Yo.

Rolla (en Barrionuevo, s/f.), entiende como característica central del intento suicida la desesperanza, viendo estos casos como desesperados llamados de ayuda o auxilio, que a pesar de la depresión, habría suficiente esperanza para no devenir en muerte consumada.

Barrionuevo (s/f.), revela la existencia de tres tipos de intento suicida:

- Como un llamado al Otro, con cierto grado de dramatismo e impacto estético.
- Con base en la desesperanza o intensa desilusión, pudiendo existir en estos sujetos una gran dificultad en el procesamiento de un duelo o una melancolía.
- Como reacción ante un intenso pánico, un estado afectivo que impide la toda posibilidad de pensar y mantener algo de esperanza.

Barrionuevo presenta la importancia en escuchar al sujeto tras un intento de suicidio, dado que la intención no es la misma en todos los casos. Plantea que lo que está presente en todo intento de suicidio es lo que el sujeto supone que conseguiría al morir, por lo tanto es muy importante indagar en la clínica qué significa para ese sujeto la muerte.

Kelly (en Rodríguez, Rivera, Gracia, & Montes, 1990), concuerda con Barrionuevo en cuanto a indagar las ideas de muerte del sujeto, buscar que es lo que la persona está tratando de validar mediante su acción. Propone algunos puntos para explicar el suicidio:

- La canalización psicológica del sujeto, por medio de la cuál anticipa los acontecimientos, es decir, la tendencia a elegir alternativas que proporcionen mayor validez a su sistema conceptual.
- Cuando una persona abarca más y más / menos y menos cosas a fin de encontrar mayor sentido a los acontecimientos.
- La angustia
- La amenaza, de encontrarse ante un cambio significativo.
- La hostilidad, en consecuencia de la validación de concepciones personales.
- La culpa, el sentimiento que queda en la persona cuando percibe las demandas que le hacen los demás como invalidas y siente que no tiene ningún papel a desempeñar.

Otra perspectiva interesante para la reflexión de este trabajo, en torno al familiar suicida como objeto de convivencia, es el suicidio como conducta de imitación como propone Rojas (1978). El mismo propone la imitación como un estadio de desarrollo posterior a la identificación; mientras la identificación tendría más que ver con el contenido psicológico; la imitación que propone el autor estaría ubicada en tanto a lo exterior, gestos, movimientos, posturas y aspectos formales (desprendiéndonos por un momento del autor, podríamos decir que la imitación e identificación que propone están correlacionadas, en tanto no creo haber una forma de actuar independiente del pensamiento). Volviendo al autor y aceptando dicha dicotomía por

un momento solo con fines didácticos, este nos alerta que nada es tan contagioso como la conducta, siendo que ante unas no reaccionamos ya que no nos impresionan, pero ante otras quedamos sorprendidos y sugestionados. Esto incurre en influencias decisivas para el desarrollo de la personalidad e ideal del Yo. Esta imitación puede ser consciente o inconsciente; en el caso de la imitación suicida se daría una imitación referida al plano motriz de forma profunda e intelectualizada, que se refiere no a los movimientos en sí mismos, sino al sentido y significado que estos alcanzan, se comprende lo que estos movimientos significan, es sugestionado, y su fantasía se encarga de emular esas conductas. El autor manifiesta que no somos impermeables a los acontecimientos humanos que nos rodean, se sirve de casos concretos para ilustrar esta teoría. Para finalizar Rojas plantea que la imitación suicida puede caer, aparte de los niños, sobre personalidades inmaduras, con pocas e inconsistentes relaciones sociales, despersonalizadas, que no han sabido otorgar a su vida un sentido y que por lo tanto no cuentan con un apoyo sólido, siendo sugestionables. Por este motivo, expresa Rojas, la psicoterapia debe ser un dispositivo que permita ayudar al sujeto a descubrir y darle un sentido a la vida cuando éste se ha disipado o perdido.

Abadi (1973), hace una declaración rigurosa entorno a la problemática suicida, aseveración que solo la experiencia clínica podría comprobar: para este psicoanalista todo acto suicida es una actuación psicótica. El autor plantea y sistematiza magistralmente ideas interesantes sobre el suicidio, por lo que me detendré un momento en sus planteos. Abadi, revela una relación causal del suicidio con las vivencias persecutorias y ansiedades paranoides. Esto según el autor muchas veces es desconocido o subestimado por los terapeutas en la relación suicidio-melancolía, en tanto lo depresivo según Abadi, es una manifestación sintomática, caparazón que encubre el verdadero sentido latente. A modo de introducción al contenido de su artículo sobre el suicidio desde un enfoque psicoanalítico el autor esclarece ciertos puntos en los cuáles a veces quiénes no están familiarizados con el psicoanálisis tienden a detenerse:

- *Sobre la conciencia del acto suicida:* el autor plantea que para el Psicoanálisis los suicidios llevados a cabo inconscientemente son tan voluntarios como los conscientes, esto es, la intencionalidad es independiente de su toma de conciencia.
- *Suicidios logrados y frustrados:* en la fantasía del paciente el suicidio deseado, imaginado o frustrado tiene las mismas relaciones y psicodinamismos que el realizado y consumado.
- *Los suicidios reales y fantaseados* tienen el mismo contenido según el autor.

Abadí (1973), plantea una serie de ideas para la dilucidación del suicidio:

- *Vivencias persecutorias y ansiedades paranoides*: en este punto se plantea que todo paciente con tendencias suicidas es un sujeto atemorizado, objeto de pánico, y poseedor de un importante delirio de persecución. Esto como dicho anteriormente se puede esconder sintomatológicamente en la depresión, pero siempre se trata de un sujeto perseguido. Eso nos da a entender que el suicidio sería una defensa que está basada en la fantasía inconsciente de escapar mágicamente al perseguidor.
- *Suicidio como mecanismo de defensa del Yo*: todo suicidio se puede considerar como un mecanismo defensivo del Yo frente a angustias paranoides, al tratar de huir mágicamente a la persecución, enfrentarla maníacamente, fóbicamente, etc. En este punto Abadí señala que muchas veces se tiene erróneamente al suicidio como la culminación de un estado depresivo y que el sujeto se suicida bajo la influencia de una aguda depresión melancólica en un desinterés por la vida; el autor apunta que si esto muchas veces se presenta así es porque la persecución es tan fuerte que suele ser reprimida, negada o encubierta por una caparazón melancólica. Abadí manifiesta que todo suicida es una persona que se escapa mágica y maníacamente, defendiéndose así de la persecución vivenciada inconscientemente por una profunda regresión. El sentido latente de todo suicidio radica en el miedo y en que ese sujeto es un perseguido que tiene como fantasía el suicidio como escapatoria mágica para burlar al perseguidor.
- *Suicidio como actuación psicótica*: todo suicidio consta de un núcleo psicótico dado que representa una salida mágica frente a las ansiedades paranoides, por tratarse de ansiedades psicóticas y porque el Yo apela a los más regresivos y mágicos mecanismos de defensa.
- *El suicidio y su relación con el masoquismo*: el suicidio es un acto masoquista, pero su causa no es el masoquismo. Esto es se debe tener en cuenta la relación del suicidio con el fenómeno de convertirse el sujeto en el objeto de su propia agresión. El problema del masoquismo como vimos anteriormente resultó en la designación por parte de Freud de la pulsión de muerte, como respuesta a la conducta agresiva del sujeto consigo mismo que contradecía el principio de placer. Esto llevó a admitir la existencia de un masoquismo primario, que se vuelve hacia el exterior - sadismo (secundario)-, o permanece en el individuo contra sí mismo. Vuelto hacia el exterior puede ser combinado con los instintos de vida (tornándose menos sádica), o en su estado puro primario. Otra respuesta anterior para explicar la contradicción entre las conductas agresivas y el principio de placer (anterior al

concepto de pulsión de muerte), es lo agresivo visto como un patrón de conducta ocasionado por la vuelta del sadismo hacia sí mismo (masoquismo secundario); la diferencia con la primera respuesta está en su condición, como resultante de mecanismos defensivos del Yo, siendo por lo tanto un seudomasoquismo que evita el “mal mayor” obteniendo un “mal menor”, esto es, tal masoquismo secundario enmascara en forma de contenido manifiesto una realidad subyacente, lo cual permanece inconsciente para el sujeto autor de esa actuación. Desde ese punto de vista tenemos un sujeto que actúa contra sí mismo de forma masoquista no para satisfacer su instinto de destrucción, sino tal vez - pensándolo desde el principio de placer- en busca de un fin placentero. Dependiendo de la postura adoptada tenemos entonces al suicidio como resultante de la búsqueda de algo bueno o menos malo -un fin placentero- en lo que respecta al masoquismo secundario, o como la no elaboración de la pulsión de muerte (no se puede derivar hacia el exterior o combinar con la pulsión de vida).

- *Suicidio como acto de magia*: todo acto suicida contiene una fantasía de muerte mágica, donde el sujeto no busca su propia destrucción sino su supervivencia y resurrección. La forma de lograrlo es aplicar con sus propias manos la muerte que no lo mata de verdad, sino que le proporciona una forma invisible de escapar al perseguidor. Existe una idea de resurrección.
- *Regresión*: todo acto suicida involucra un profundo nivel de regresión donde se vuelve a los primeros meses de vida -posición esquizoparanoide de M. Klein- (ansiedades paranoides, pensamiento mágico, mecanismos de defensa primitivos, inmadurez del Yo), y además porque el suicidio como fantasía es una vía de regresión al vientre materno, ideal como refugio y protección ante la frustración y persecución.

Luego, Abadí (1973), se dedica a exhibir algunas de las fantasías inconscientes del suicidio:

- *El suicidio como fantasía de agresión*: frecuentemente, al igual que en el proceso melancólico, se puede ver al suicidio como la agresión contra un ser amado y odiado, vuelta hacia el sujeto mismo masoquísticamente. El sujeto desata su agresión contra sí mismo, sin embargo en su fantasía estaría agrediendo al objeto internalizado, de este modo el suicidio encubre y disimula un homicidio sea como venganza, celos, envidia, o como ataque defensivo frente a un perseguidor. Abadí marca que también son víctimas de la agresión del sujeto aquellos objetos del mundo externo en los cuáles este proyecta y transfiere su relación con los objetos internos a los que ataca en el suicidio.

- *El suicidio como fantasía de autocastigo:* la fantasía de culpa-castigo se manifiesta en todo suicidio. De esta forma el sujeto abrumado por el sentimiento de culpabilidad, surge la necesidad de castigo que se aplica a sí mismo. Pero los sentimientos de culpa no todas las veces hacen surgir la necesidad de castigo, sino a veces la necesidad de contener al perseguidor y aplacar su castigo.
- *Suicidio como fantasía de retorno al vientre materno y como fantasía de renacimiento:* suicidio visto como la fantasía de volver regresivamente a una forma de vida con menos frustraciones y persecuciones. También puede existir el deseo de volver a nacer diferente, de reencuentro con los objetos perdidos. Como si con el suicidio, al anular el mundo externo se orientara a vivir exclusivamente en el mundo interno. Un aspecto importante es que después de ocurrida la pérdida de un objeto libidinoso, el deseo del Yo por recuperar ese objeto apela al mecanismo de identificación con la persona muerta a través del suicidio.
- *Otras motivaciones:* Abadi enumera una serie de motivaciones que también podrían presentarse en la conducta suicida como la idea de omnipotencia que dispone de la vida y de la muerte; la burla del mundo; fantasía de adquirir un bien mayor (como ir al paraíso); como fuga de un problema sin salida; huida de la realidad perseguidora o frustrante; forma de negación o represión de la realidad externa o interna; un paroxismo masoquista (idea de culminación similar al orgasmo); reparación purificadora de toda culpa; promesa de renacimiento; venganza contra el mundo; estrategia para inquietar la persecución a través de una actuación maníaca; identificación con el perseguidor (como forma de adelantársele); un escapar al sentimiento de soledad; como reacción a la angustia de lo percedero de la vida y lo ineludible de la muerte, a veces respondiendo con estructura fóbica o hipocondriaca, que los lleva a anticipar la muerte como forma de terminar con la espera y tensión de una muerte inevitable, el vivir es sentido como una forma continua de estar muriéndose.

3 - INTERVENCIÓN: EL TRABAJO DE DUELO POR SUICIDIO DE UN FAMILIAR

Para empezar propongo pensar en las repercusiones que tiene la conducta suicida de una persona sobre lo familiar y como abordar la intervención. Se estima que por cada suicidio, aproximadamente 6 personas vinculadas quedan realmente afectadas, incluyendo familiares, amigos, compañeros, etc. (Larrobla et al., 2012). Esto significa, que si en Uruguay en el año 2012 hubo 554 casos de suicidio, pudiera haber un estimativo de 3324 personas afectadas solamente en ese año y sin contar los IAE. En definitiva, son muchas las personas afectadas en nuestro país por el suicidio, directa e indirectamente, componiendo una numerosa población de riesgo. Existe una alta probabilidad en que los familiares adopten un comportamiento similar - comportamientos suicidas-, entre otros mecanismos, fundamentalmente a través del papel de la imitación (Larrobla, et al., 2012). De acuerdo al MSP (2007), la sintomatología más frecuente en este grupo de personas es: estados de ansiedad, hiperemotividad, angustia, cuadros depresivos, abuso de sustancias psicoactivas, abuso de psicofármacos e IAE. Por este motivo se considera de gran importancia brindar apoyo y tratamiento a las personas allegadas de una persona que se ha suicidado, con fines preventivos.

Se utiliza el concepto *posvención* (Martínez, 2007), para hablar de intervenciones posteriores a un evento autodestructivo, las post-intervenciones:

Una vez producido el evento autodestructivo se puede pensar la posvención como la intervención orientada a brindar insumos para afrontar una pérdida inesperada, tomando conciencia de la crisis, logrando un mejor reconocimiento de los sentimientos de pesar y tristeza, identificando a los sujetos en riesgo y reduciendo los sentimientos de confusión y ansiedad. (Martínez, 2007, pág. 22)

En la intervención con una persona que ha perdido un familiar por suicidio, lo que se buscará de cierta forma además de brindar insumos para afrontar la pérdida, es tratar de prevenir posibles conductas suicidas transmitidas en una suerte de “aprendizaje de conductas”, de ahí lo preventivo. Podríamos decir que al presentar uno de los principales factores de riesgo de conducta suicida (la pérdida de un familiar por suicidio), la persona se encuentra en una situación particular, dónde además de encontrarse vulnerable por estar transitando una pérdida, también puede que manifieste conductas suicidas.

Sobre la intervención a realizar, se plantea entre uno a dos años de seguimiento, no obstante la duración del tratamiento y el tipo de intervención

pertinente se evaluará con el diagnóstico de cada caso en particular. Estas intervenciones pueden ser de seguimiento individual (psicológico y/o psiquiátrico), internación, trabajo grupal, trabajo familiar o grupos de auto-ayuda (MSP, 2007).

Según Larrobla et al. (2012), el trabajo con este grupo de personas debe estar principalmente enfocado a elaborar el duelo por la pérdida, asimismo recomienda trabajar sobre la contención emocional y la búsqueda de sistemas de apoyo. Lo traumático de la situación, el tabú del suicidio y el desprestigio cultural del acto suicida pueden aumentar significativamente el dolor por la pérdida.

El impacto del suicidio de una persona tiene consecuencias severas en los familiares y allegados, lo que supone en estos una mayor probabilidad a adquirir también conductas suicidas o de desarrollar un duelo patológico que las personas que han sufrido la pérdida de un familiar o allegado por muerte natural o esperada. Siendo que de pérdida hablamos, tratemos ahora de enfocarnos, a entender el porqué la muerte por suicidio deja más vulnerables a los familiares y allegados que si se tratara de una muerte natural o esperada, tratemos de identificar a la luz de la literatura y la reflexión, de qué forma el duelo por suicidio se diferencia de otros tipos de duelo, con el propósito de articular ese duelo por suicidio con todos los datos anteriormente sistematizados acerca de los estudios de la conducta suicida, para de esta forma tratar de contribuir a una intervención preventiva del suicidio en una población especialmente vulnerable a este, como dijimos ser los familiares y allegados de una persona que se ha suicidado.

Vimos que el duelo es una reacción emocional normal ante la pérdida de un ser querido. Comencemos hablando entonces de las fases del duelo, para diferentes autores existe en el duelo una etapa inicial, desarrollo y final (Lindemann; Engel; Kübler-Ross; Horowitz; Schulz; Davidson; Bowlby; Backer et al; Delisle-Lapierre; Clark; Martocchio y D'angelico, en Munera, 2013). Macías (en Munera, 2013), sintetiza lo descrito por los autores anteriormente mencionados en tres fases temporales de un duelo normal, sin embargo hay que tener en cuenta que no se trata de un proceso lineal, se trata de un proceso que cada persona puede vivir de forma particular, avanzando, retrocediendo, o percibir las etapas de forma simultánea:

- Fase de impacto o impasibilidad: duración de pocas horas a una semana, la principal característica de esta fase es la ansiedad, la persona no es consciente de lo sucedido, presenta conducta semiautomática, embotamiento, deliberación emocional intensa y ansiedad.

- Fase de depresión o repliegue: duración de un mes a un año, la persona se encuentra sola ante la pérdida, se inicia con síntomas depresivos, protesta, irritación y aislamiento, se exige una incorporación a la vida habitual.
- Fase de recuperación: sucede generalmente entre los seis meses al año del comienzo, la persona va retomando su nivel de funcionamiento previo, y la capacidad de establecer nuevos lazos afectivos.

Hemos visto en el apartado anterior *El suicidio desde el Psicoanálisis*, que ya desde Freud (1917), se admitía la existencia de un duelo normal y un duelo patológico (melancolía). En el duelo normal la persona ha perdido algo importante, pero luego de un proceso se adapta y se dispone a continuar viviendo si ello, estas personas pocas veces solicitan la asistencia profesional (Munera, 2013). Para Acinas (2012), las reacciones más frecuentes al duelo se agrupan en tres conjuntos:

- Shock: incredulidad, negación, inhibición, perplejidad, aturdimiento, incertidumbre, miedo.
- Dolor: llanto, angustia, agitación, irritabilidad, hiperactividad, fragilidad emocional.
- Resolución: aceptación, curiosidad.

Munera (2013), amplía lo descrito por Acinas, y nos revela las principales características del duelo normal:

- Sentimientos: tristeza y llanto que busca la comprensión y protección de los otros (impedir la expresión de esos sentimientos puede provocar un duelo mal elaborado, un duelo complicado), enfado (hacia el suicida o revertida hacia sí mismo, pudiendo esta persona adquirir también conductas suicidas), sentimientos de culpa y autoreproches (pensamientos de lo que se podría haber hecho para evitar la muerte), ansiedad (oscila entre la inseguridad a ataques de pánico), temor a no poder vivir sin el fallecido, aumento de consciencia de la propia mortalidad al ver la muerte de un ser cercano, soledad, fatiga (apatía o indiferencia), anhelo o deseo de reencuentro con el fallecido, alivio e insensibilidad (si se experimento una relación difícil con la persona fallecida).
- Sensaciones físicas: vacío en el estomago, opresión en el pecho y garganta, falta de aire, sensación de despersonalización, debilidad muscular, falta de energía, estrés.
- Pensamientos: incredulidad, confusión, evocación obsesiva de imágenes relacionadas al fallecido.

- Conductas: trastornos del sueño, trastornos alimenticios, aislamiento, pérdida de interés por el mundo externo, soñar con el fallecido o evitar recordarlo (en lugar o cosas que le recuerden), llanto, visitar lugares o llevar objetos que le recuerden al fallecido de forma obsesiva.

Worden (en Munera, 2013), menciona cuatro labores que se llevan a cabo en el proceso de duelo, para evitar un duelo complicado o patológico, no necesariamente en orden: aceptar la realidad de la pérdida, trabajar las emociones y el dolor de la pérdida, adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente, recolocar emocionalmente al fallecido y seguir viviendo.

Entre los factores protectores para el afrontamiento del duelo Acinas (2012) señala: tendencia al optimismo, buenos recursos familiares, establecer relaciones de confianza, apoyo afectivo del entorno, participación y cuidado del ser querido (aunque se sienta dolor, contribuye a la aceptación de la muerte), religiosidad (las personas religiosas poseen menor temor a la muerte y suelen encontrar un sentido a lo sucedido).

También como ya dijimos existe el duelo patológico o duelo complicado. Esto es justamente lo que en clínica del duelo por suicidio debemos tratar de evitar, que se transforme en un duelo patológico. De acuerdo a Munera (2013) este tipo de duelo es el que "...presenta alteraciones en su curso e intensidad, bien sea por exceso o por defecto..." (pág. 90). Para Acinas (2012) y Munera (2013), las personas que tienen mayor riesgo de sufrir un duelo patológico son las que sufren una pérdida repentina o por circunstancias catastróficas, como en el suicidio, los que están aislados socialmente, los que se sienten culpables por la muerte (realmente o imaginariamente), los que han tenido una historia de pérdidas traumáticas y/o acumuladas, relación fuertemente ambivalente con el fallecido, o relación de dependencia con este (cuando el fallecido era el sostén de la familia o de esa persona), antecedentes psiquiátricos, duelos no resueltos, cuando la red social y familiar de soporte no es adecuada o no ayuda.

Según Bourgeois (en Munera, 2013), se distinguen diferentes modos de duelos complicados:

- Duelo retardado: existe una negación de la muerte, por la esperanza fantasiosa de que el muerto retornará a la vida.
- Duelo inhibido: imposibilidad de expresar las manifestaciones de la pérdida.
- Duelo prolongado o crónico: se mantienen los síntomas depresivos pasado el año.

- Duelo no resuelto: igual al anterior pero la persona no logra retomar con su vida normal, por una fijación al fallecido y las condiciones de su muerte.

Dediquemos el próximo párrafo al duelo por suicidio, ¿es el duelo por suicidio diferente a otros duelos? Para diferentes autores (Acinas, 2012; Avalia-t, 2010/2012; Munera, 2013) la muerte por suicidio, así como las muertes inesperadas, tiene como consecuencia en los familiares y allegados una mayor dificultad en la elaboración del duelo que aquellas muertes esperadas y anticipadas. El duelo por suicidio se asocia a manifestaciones depresivas más intensas y duraderas, empeoramiento de enfermedades anteriores, nuevas enfermedades, y apareamiento de conductas de riesgo para la salud como los consumos excesivos de sustancias. (Pérez Barrero, en Munera 2013). Los sobrevivientes (cualquier persona vinculada directamente con el suicida) pueden estar expuestos en mayor grado que los sobrevivientes de otros tipos de muerte a trastornos de ansiedad, trastorno de estrés post-traumático, y episodios depresivos mayores. Además como plantea Munera (2013), estas personas tienen entre un 80% y un 300% más de probabilidades de suicidarse que la población general. Según Avalia-t (2010), el duelo por suicidio puede ser más prolongado que el duelo por otras muertes, así como el grado de shock, aislamiento y culpa puede ser mayor. El proceso se caracteriza por poner en cuestión aspectos relacionados con la persona fallecida, evocación insistente de imágenes del fallecido, la búsqueda de una explicación, y la culpa por preguntarse si podrían haber hecho algo. Para Avalia-t (2010), un aspecto sumamente importante que influye en el duelo de la muerte por suicidio es que el entorno social, en nuestra cultura, tiende a estigmatizar el suicidio presentando actitudes negativas y/o culpabilizadoras en torno al mismo. Causas de ese estigma social son las situaciones que experimentan los deudos de un suicida: preguntarse qué decirle a los otros acerca de la causa de la muerte, sentimientos de rechazo y abandono, preocupación por su propio suicidio, y aislamiento. A las reacciones Acinas (2012) y Munera (2013) agregan: vergüenza provocada por el estigma, enfado, desesperanza asociada al miedo de tener también conductas suicidas por identificación, pensamiento distorsionado acerca de la muerte generalmente pensándola como accidental (defensa), sentimientos de traición y abandono “¿Qué le hice para que me hiciera tanto daño?”, sentimiento de fracaso en el rol, sentimiento de alivio si se percibe el suicidio como cese de una vida problemática y difícil. Podríamos resumir entonces indicando que las muertes por suicidio conllevan “...mayor estigmatización que el resto, mayor sentimiento de culpa, menos deseos de discutir sobre la muerte, y mayor cuestionamiento sobre lo que se podría haber hecho” (Pérez Barrero, en Acinas, 2012, pág. 6).

Larrobla et al. (2012), entiende *la culpa* como una de las principales características del duelo por suicidio, planteando así, que en la intervención debemos poner énfasis en ayudar al familiar a comprender que el suicidio estuvo relacionado con una posible enfermedad del familiar y no con una falla de ellos, plantear que aunque el suicidio ocurrió en ese momento pudiera haber ocurrido antes si no fuera por los cuidados familiares y que tal vez nadie hubiera deseado que le sucediera lo que le sucedió, ni siquiera la persona mismo. Deberíamos procurar que la familia entienda al periodo de culpa como una fase normal de cierta duración luego que fallece un familiar, sea por la causa que sea; a no ser como dice Barrero (en Larrobla et al., 2012), que esta culpa esté fundada en hechos reales, como por ejemplo si otro familiar hubiera hecho un IAE antes, en esos casos intentar eliminar toda culpa sería imprudente dado que puede ser percibido como un engaño. Algunos de los aspectos a tener en cuenta en el abordaje de la familia de una persona que se ha suicidado, según Larrobla et al. (2012), son: el grado de shock y con qué recursos cuenta la familia para su apoyo emocional; detectar si existen sentimientos de culpa por lo ocurrido, detectar posibles pensamientos o conductas suicidas.

Aunque también debemos tener en cuenta, como indica el Lic. Pablo Fidacaro (2014) en una entrevista personal, que “No siempre se trata de culpa, se codifica muchas veces en términos de culpa al afecto que recae sobre el sujeto del duelo ¿qué tuve que ver en este desenlace? ¿Cómo no me di cuenta antes? ¿Podría haberlo evitado?” En ese sentido, el sujeto opera como una de las causas del acto trágico, victimizando muchas veces a quien llevó a cabo el suicidio. Pero la clínica en ese aspecto muchas veces sorprende, operando diversas respuestas que no necesariamente coinciden con una lógica del auto-reproche. El Lic. Fidacaro plantea que se pueden producir ciertas transformaciones en el decir del sujeto, si el dispositivo lo permite:

¿Cómo poder llevar una operación tal de que esa persona que queda no se sienta culpable?: La situación analítica es permeable y es permisiva a las emergencias del decir de un sujeto de la enunciación que dice más de lo que quiere sin ser juzgado o sancionado. En ese sentido se habilita una posibilidad de diálogo analítico que tal vez no sea posible en otros escenarios de su vida y ese es un punto de alivio para la persona que viene a hablar de ese suicida, que pueda poner en juego también una crítica hacia ese objeto perdido. La situación analítica es un escenario excepcional, donde va a poder emerger esa línea de reflexión y de diálogo, donde no necesariamente el que se suicida es una víctima, en donde se puede cuestionar o sancionar el acto suicida... Hay que tener cuidado con los prejuicios a la hora de escuchar el suicidio o el intento de suicidio, lo que dejó el suicidio en la familia, o en otros, porque los prejuicios conducen inexorablemente a una interpretación que exonera al muerto... ¿qué se puede criticar o desplegar en los términos de la ira o el

odio en relación a una persona que se quita la vida? La propia operación del suicidio inhibe toda posibilidad de sanción.... Hay que estar advertidos de estos obstáculos, con eso entiendo que tiene que ver una escucha permeable como propone el psicoanálisis, escuchar lo que en otros lugares no se puede escuchar, y por lo tanto no se va a poder decir. (Fidacaro, 2014)

Llegó el momento de plasmar todo el contenido visto anteriormente y las sugerencias de los autores mencionados. Es momento de hablar sobre las necesidades de las personas que experimentan un duelo por suicidio, elementos y líneas para trabajar en la clínica. Expongo como ilustración, fragmentos de una entrevista que realicé al Lic. Pablo Fidacaro. Lo siguiente no necesariamente sigue un orden establecido, el orden dependerá de cada situación clínica.

En primer lugar es importante escuchar atentamente acerca del motivo de consulta para saber desde donde intervenir, y estar atentos a nuestros prejuicios:

¿Por qué consulta? ¿Va a venir a hablar de la pena y el duelo en el que está? o ¿va a venir a recriminar a esa persona que se mató porqué se mató? ¿Va a venir a hablar sobre la culpa y el lugar que cree tener en relación a ese suicidio? o ¿va a venir a preguntarse simple y llanamente por qué lo hizo? Son varias puertas de entradas... muchas veces en ausencia de explicación que ese suicida deja, se le abre un agujero existencial al que queda... Siempre hay que tener la clave de no apresurarse, escuchar y leer ese significativo en el entorno y en el conjunto de otros de la vida de ese sujeto, que se van a recepcionar por el despliegue transferencial si es posible a partir de una demanda de saber dirigida al analista... (Fidacaro, 2014)

Debemos informar sobre el contenido del suicidio en nuestra cultura: brindar información sobre el suicidio y sus efectos, esto ayudará a la persona a entender y aceptar sus sentimientos, a ver que esas emociones son normales en tal situación. También le ayudará a entender y superar las reacciones de las otras personas sobre el suicidio, de esa forma se comenzará a trabajar el estigma, el tabú y su elaboración. Es muy importante en esta primera etapa evaluar el riesgo suicida, teniendo en cuenta los factores de riesgo suicida y los factores protectores, así como los signos de la conducta suicida.

Las consideraciones sobre el acto (acting out y pasaje al acto) nos muestra la importancia de ayudar a que la persona ponga en palabras los sentimientos ambivalentes, la culpa hacia uno mismo o hacia otros, la ira, el sentimiento de fracaso del rol, el miedo a lo hereditario, el estigma social. Remarcar la importancia de poder hablar del suicidio y contar con un lugar seguro para expresar sus sentimientos. Incentivar la expresión con otros o artísticamente. Incentivar el compartir su experiencia con quienes hayan pasado por lo mismo ya que a veces es la única forma

de compartir su dolor. Tendremos que prestar atención como exponen Medeiros & Guevara (2007) al trauma: las autoras plantean que la muerte por suicidio conforma un trauma, tiene una carga violenta e intrusiva que genera una demanda muy grande de procesamiento psíquico, donde la simbolización puede llegar a fallar. De tal forma, si falla la simbolización frente a la acción de lo traumático, existirá una ausencia de palabras provocada por lo irrepresentable, pudiendo llevar al sujeto al acto. La escucha analítica, la escucha de lo irrepresentable, de lo que escapa a la representación del sujeto, permitirá la palabra del sujeto, y por ende que la simbolización, desviándolo del acto.

Ayudar a respetar la elección del familiar que se suicidó ya que no se pudo elegir por este, el dolor que siente no es una enfermedad. Esta persona deberá aprender a vivir sin la persona que se suicidó y seguir adelante. Trabajar para que esa persona comunique lo que necesita. Trabajar para que esa persona reconozca que el suicidio fue un suicidio. Ayudar a corregir las negaciones del suicidio para ayudar a tomar conciencia de la realidad, si fueron testigos buscar si existen imágenes intrusivas irreales, y si no estuvieron presentes explorar la escena imaginada ya que puede ser peor que la de la realidad. También corregir distorsiones acerca de la imagen del fallecido acercándola a la realidad. En una perspectiva del duelo desarrollada por J. Lacan:

El duelo puede llevar a implicar un reposicionamiento subjetivo, un antes y un después. Esa persona luego de esa pérdida, si pone en juego cierta operación puede relanzarse en su deseo...hay una operación inédita, hay un objeto inédito a producirse a partir del duelo, esa es una lectura fuerte que implica una posibilidad de trabajo analítico... que tiene que ver con trascender, ir más allá de esa pérdida. Eso siempre y cuando haya un dispositivo clínico que ponga en primera instancia la noción de sujeto, porque el duelo no es un hecho natural, el duelo es una construcción histórica, social, simbólica, cultural. El duelo es un concepto... el duelo es teoría, y a partir de esa teoría se efectúa un dispositivo clínico de abordaje. (Fidacaro, 2014)

El trabajo de duelo, como explica Palacio (en Martínez, 2007), “demanda acatar el examen de realidad que exige retirar las catexis depositadas en el objeto de amor; de no suceder así, se estará frente a lo que clínicamente se designa bajo la denominación de duelo patológico y psicosis” (p. 165).

Confrontar con la culpabilidad: si no tuvo culpa y trato de ayudar a la persona tratar de hacer consciente de lo que hizo, en qué momento y cómo. Si pudo haber culpabilidad, se busca enfrentar esos sentimientos de culpa. Si se culpa a otros se busca confrontar con la realidad. Si aparecen chivos expiatorios se tratará de pautar encuentros familiares.

Explorar las fantasías de cómo les afectará ese suicidio en el futuro confrontándolas con la realidad. Confrontar la sensación de abandono con la realidad. Indagar acerca de qué significa el suicidio para este, sobre el concepto de muerte, el concepto de enfermedad mental, la culpa, el miedo a la carga genética o a la imitación de la conducta suicida. Para intervenir se deben indagar todos estos significados del sujeto, de no hacerlo estaríamos otorgando nuestros significados, los que tienen que ver con la figura del analista, y/o que no se aplican al sujeto de análisis.

Al hablar de “El suicidio” como una categoría universal, un saber positivo, un conocimiento que antecede a quien consulta, se pierde ese intento de búsqueda singular efectuada por un sujeto. “El suicidio” en ese sentido me parece que opera como un obstáculo epistemológico. En el contexto de la clínica psicoanalítica tenemos que poner en juego la escucha flotante y eso conlleva a no darle un valor a priori a lo que es el intento de suicidio o el suicidio en el caso de alguien que consulte a partir de la pérdida de un ser. (Fidacaro, 2014)

Una de las cosas más importantes es ayudar a evitar la identificación con la persona suicida, favoreciendo ver otras formas de resolver los problemas. También de acuerdo a Gazzano (en Abadi y otros, 1973), es de suma importancia vigilar e interpretar la relación terapéutica, ya que el paciente puede manifestar agresión al terapeuta con el fin de provocar rechazo; o idealización del terapeuta para realizar sus fantasías reparatorias. En cuanto a la transferencia:

No es el más estimable y entusiasmante el afecto de los que se ponen en la clínica, el de la pena, el dolor, la tristeza, la depresión...pero me parece que desde este lado, tenemos que estar causados por un deseo de saber, que eso va a significar entre otras cosas poner a pleno la interrogación acerca de los afectos de ese sujeto, las paradojas de su deseo y los conflictos vinculados al objeto perdido en una estrategia analítica que apunta al recupero del deseo y la verdad. La clínica del duelo supone una presencia significativa del objeto perdido en la transferencia, y la apuesta es a la emergencia del sujeto deseante, maniobra para la cual es imprescindible a priori un adecuado posicionamiento analítico, centrado principalmente en el deseo de saber y causar al sujeto en cuestión. En ese sentido, al estar el trabajo analítico ordenado por la interrogación y el deseo de saber, aquello que podría suponerse a priori en los términos de transferencias pesadas, tanáticas, mortíferas, puede tener otro destino en las maniobras transferenciales, las intervenciones y los actos a efectuar en la clínica bajo transferencia. Por el contrario, cuando estas cuestiones no se actualizan, los riesgos transferenciales y las dificultades para dirigir el tratamiento conllevan a maniobras que ponen en riesgo los alcances clínicos y éticos de un abordaje psicoanalítico. Por ejemplo, si el sujeto pone en juego una transferencia en donde uno como analista se vuelve un semblante del objeto perdido, la condición sine qua non será la prosecución del diálogo analítico. El no estar advertidos de tal posición transferencial, y entrar en una serie de actings que obstaculizan o hacen resistencia a la producción de un saber, pone en riesgo nuestra posición clínica. Pasamos de ocupar un lugar de muerto para ese sujeto a actuar un lugar de muerto que poco aportará en una clínica del duelo. En lugar de tratar el duelo, actuar un duelo. Ahí el riesgo de

quedar atrapados, mirando a la persona en duelo, dándole pañuelos, y ayudándola de un lugar de buena voluntad pero escasa interrogación analítica, no sé si puede conducir a una rectificación subjetiva para esa persona en duelo. Esto no quiere decir que en esos tiempos uno no apoye o contenga, pero estas maniobras no pueden ser sino sólo el principio del abordaje. (Fidacaro, 2014).

En el análisis debemos hacer un recorrido sobre la relación de ese familiar con el suicida, y estar atentos a los prejuicios. A través de la reconstrucción de esa relación podremos conocer junto con el sujeto los problemas familiares que tuvieron influencia sobre el suicidio. Abordar ese problema será una prioridad en la intervención, ese problema, o esos problemas, enferman el sistema familiar y causan reacciones, favoreciendo la imitación de la conducta suicida.

...cuando es un suicidio todos rápidamente lo quisieron, pero Freud hablaba de la ambivalencia respecto al objeto, que es un punto donde hay que sospechar respecto al lugar del otro en la vida de ese que viene a la consulta, donde no siempre es el más querido, a veces eso que sucedió coincidió con un deseo. Esta “cruda” indicación freudiana la tenemos que tomar en el sentido general de renunciar a una atribución de significados del duelo, sostener un tiempo de incertidumbre en el que de esa situación no se comprende nada en absoluto. (Fidacaro, 2014)

Es fundamental mejorar la sintomatología depresiva asociada a la pérdida y enseñar técnicas de afrontamiento al duelo para sentirse mejor con sí mismos, es decir, aceptar la pérdida. Eso implica reservarse un tiempo cada día para trabajar con el dolor y las emociones, y de lo posible motivar a escribir esas emociones y pensamientos, lo que va ayudar a tener un cierto control sobre esas emociones. A veces la persona necesita obtener consejos sobre situaciones prácticas. Se podrá también utilizar o enseñar técnicas de relajación que ayudan a reducir el estrés por la pérdida, escuchar música también es bueno para este fin. Incentivar el cuidado propio.

Debemos considerar y ayudar a mejorar las relaciones socio-laborales y familiares: incentivar actividades, explicar que esto nada tiene que ver con ser desleal. Es importante también incentivar el ejercicio, ya que ayuda a sentirse mejor y mejora el sueño.

Ayudar a ver el duelo como una situación de la que se puede salir: darse el tiempo de recuperarse, no abusar de fármacos o drogas. Si el duelo desemboca en duelo complicado o en una psicopatología grave lo recomendable es derivar al centro de salud. En estos casos el tratamiento farmacológico correspondiente es indispensable para complementar la psicoterapia. En el caso que se detecte riesgo suicida, nuestra intervención deberá estar acentuada en el abordaje de la conducta

suicida como descrito en el capítulo anterior, ya que muchas veces el suicidio viene a partir del duelo que no ha podido ser elaborado. Sobre la intervención en un paciente con conducta suicida o con intentos de autoeliminación:

El miedo puede llegar a hacer estragos en la clínica psicoanalítica del suicidio, porque por miedo puede llevar a que no se pregunte, por miedo puede llevar a que no se interrogue, a que no se confronte ese sujeto con lo que hizo, por el miedo a que se mate. Entonces eso puede hacer paralizar a un dispositivo que apunta a todo lo contrario, a vivificar, a relanzar... esto no va en dezmero de ser cautos, de atender a determinadas situaciones, de referenciar a un psiquiatra cuando lo corresponde, incluso propiciar una internación si lo es necesario, no se trata de una aventura de analizar irresponsablemente.... En ese sentido el Psicoanálisis es una apuesta al reposicionamiento, a la búsqueda y al cambio de ese sujeto. (Fidacaro, 2014)

Para finalizar, en base al contenido manifiesto en esta monografía, insisto en cuanto a la particularidad de cada situación. Pudimos ver que los suicidios tienen diversos efectos y significados, y seguramente muchos más por descubrir.

Lo que tenga que ver en clínica psicoanalítica tiene que ser abordado en su singularidad. El suicidio ahí yo creo pensarlo como un significante que como todo significante de por sí no vale nada, y requiere de otros términos en la constelación de ese sujeto como para que pueda producirse una cierta lectura. No hay universales del suicidio. (Fidacaro, 2014)

Es así que lo visto en este trabajo refleja una parte de la problemática, que podrá tener que ver con el sujeto en cuestión, o no... Estoy de acuerdo con Vallone (2014), en que la conducta suicida puede aparecer en diversos contextos y estructuras. No debemos adelantarnos al significado con pre-juicios, si lo hacemos corremos el riesgo de anular un dispositivo analítico cuyo objetivo es que el sujeto exprese y signifique. La experiencia clínica que se plasma en datos teóricos sistematizados, no pretende conformar una guía clínica que se debe seguir ciegamente paso a paso, sino más bien una forma de reforzar esas herramientas epistemológicas que nos permitirán pensar cada caso en su singularidad.

REFLEXIONES FINALES

Para finalizar dejo algunas reflexiones que se desprendieron del recorrido por la realización de este trabajo, aunque confieso, surgieron quizás más preguntas que respuestas.

¿Debemos suponer que siempre existe un duelo en los casos de los familiares y allegados que padecen de una pérdida por suicidio? Así como todo es un posicionamiento subjetivo, esta cuestión no escapa a la regla. Si entendemos que existe un duelo, automáticamente eso querría decir que hay una persona que está sufriendo la pérdida de ese objeto ambivalente, pero... ¿y si esa persona se muestra como si no estuviera sufriendo, como si estuviera normal, e incluso como si la muerte fuese deseada o fuese un alivio? Opino que por más que cambie el significante, no quita el poder operar desde el duelo. ¿Acaso negar los sentimientos que produce una pérdida no constituye una defensa? Considero que en nuestra cultura no es posible escapar al duelo. No hay una forma de escape del lenguaje como declaró Lacan. En tales casos es menester dejar salir a la luz tales sentimientos o representaciones. Para el sujeto, la posibilidad de expresar, pasa a ser la posibilidad de otorgar un significado a través de la palabra, y prevenir que esa búsqueda de significado se transforme en una compulsión a la repetición del acto, en este caso de la conducta suicida. Es así que pienso el duelo como una construcción basada en nuestra organización social. Entonces, motivados por la investigación, podríamos especular qué pasaría si se cambiaran determinados puntos de esa organización social, para luego tratar de utilizar esos hallazgos en la clínica: si se hablara más de la muerte, si la forma de vincularse con la muerte fuese diferente, si pudiéramos en práctica fácilmente la substitución del objeto, si nos permitiéramos una vida sexual plena y sin reproches, etc. A principio se me ocurre que quizás no tendríamos que apelar a los espíritus, esto es, a los fantasmas del duelo, quizás no existiría la posición del muerto-vivo de Baranger (1961-1962), quizás no se daría esa confusión entre el Yo y el objeto. Podemos buscar en estas figuraciones posibles indicios de operatividad clínica, que obviamente deberán estar sujetos a la realidad.

Desde el psicoanálisis no podemos dejar de asociar el suicidio a la sexualidad, la conducta suicida también tiene que ver con una formación sustitutiva a la satisfacción incompatible con el Yo (Paz, 2011). Aparentemente todos los seres humanos son portadores en cierta forma y medida de pensamientos y deseos que constituyen para muchos las “perversiones sexuales”, aquellos que reprimen dichos deseos “perversos” con el fin de bien adaptarse al concepto general resultan

neuróticos; aquellos que están en el otro extremo y sin filtros deciden satisfacer de algún modo esos deseos “perversos” son considerados psicóticos, personalidades psicopáticas, etc.; y por último están aquellos que satisfacen dichos deseos en el ámbito privado y/o que han tenido la suerte de no ser aún descubiertos, como es el caso de las personas “normales”. Está claro que la etiología de diversos problemas psicológicos, incluido el suicidio, remite a la sexualidad, dado que la prohibición del incesto forma un superyó que nos irá a pautar nuestra forma de relacionarnos y vivir. Creo que indagar sobre la sexualidad, sobre el concepto de muerte del individuo, así como la elucidación de las construcciones sociales que intervienen en el suicidio y en el duelo, puede potenciar las herramientas para que ese sujeto se encuentre, logre significar, se acepte a si mismo e intente depender independientemente de los otros.

Entiendo a los problemas que padece el ser humano en gran parte como consecuencia de su naturaleza, o mejor dicho de su naturaleza artificial, en tanto se reprimen sus instintos, deseos y fantasías, para que este se adapte al funcionamiento de una organización social que lo precede y que de este modo lo llena de padecimientos. Como psicólogos podríamos pensar que no es el sujeto mismo el que está enfermo, sino que es producto de la organización social. En ese sentido la intervención estaría dirigida a favorecer que el sujeto se “adapte a su nueva enfermedad”, la que lo hace formar parte de un colectivo, que lo despoja de toda individualidad y lo lanza a un mundo que “ya está listo”, o en otras palabras, a que el sujeto se adapte a tal organización social. La afirmación anterior no deja de lado el poder cuestionarnos y denunciar dichos procesos sociales, es de esa forma que la realidad “ya lista” está paulatinamente reconstruyéndose. Si no hay discusión, no hay construcción.

Podemos entender el suicidio como respuesta de una mala adaptación del individuo con la realidad social. Entonces, si hablamos de políticas públicas, para un plan de prevención del suicidio, en primer lugar, ¿no sería más válido apuntar a formar en las personas mejores recursos con las cuáles enfrentar los momentos difíciles? Dado que esto no sucede ¿podríamos entonces considerar al suicidio como un síntoma genocida de un sistema social corrupto, en decadencia y/o mal organizado? Esto es, ¿por qué no se prepara mejor a las personas para la vida que van a llevar en un sistema sociocultural determinado?

Pero volviendo a nuestra labor, parece ser, que a nosotros psicólogos nos toca ayudar a formar esas herramientas, resiliencia, factores protectores o como quiera llamarle, de los cuales el sistema dejó al sujeto carente en primer lugar; remendar un

agujero. En otras palabras, en nuestra intervención tenemos que tratar de optimizar esos recursos que la persona tiene y, o no se da cuenta o usa mal, o herramientas que simplemente la persona no posee. Cabe preguntarnos ¿Qué legitimidad tiene la intervención en los casos de conducta suicida? Concibo como legítima la decisión de morir... en ciertos casos. Sucede que en nosotros existen preconceptos que nos formamos debido a que no tenemos una representación de muerte, nuestra representación de muerte se construye en base a la muerte del otro, eso quiere decir que introyectamos al otro y a la vez proyectamos en el otro nuestro concepto de muerte que se acopla al suyo. De esa forma puede que lleguemos a negar la muerte del otro para así negar nuestra propia muerte. Y a la vez, que al proyectar tal negación de la muerte - que al final de uno mismo se trata -, terminemos inhibiendo con argumentos morales a la persona que ha decidido morir quizás por circunstancias legítimas para esta. Por tal motivo, en la clínica de la conducta suicida, deberíamos analizar nuestra implicación con esa situación que se nos presenta: lo que la situación nos provoque, contratransferencialmente va a afectar al paciente. A su vez, se me ocurre que la legitimidad del suicidio está atravesada por múltiples factores como las circunstancias de la muerte, y que las circunstancias de la muerte van determinar a la vez las circunstancias del duelo; es decir las dificultades para elaborar el duelo, o por lo contrario, la facilidad para su correcta elaboración. En Suiza por ejemplo, existe una legislación vigente en la cual bajo un estricto seguimiento y en situaciones que lo ameriten se puede acceder a un “suicidio digno”, a través de una empresa dedicada a tales fines. Esto en mi opinión cambia las circunstancias de la muerte, quizás en su grado de traumatismo. Creo que en Uruguay no estamos muy lejos de esa realidad: con la legalidad del aborto, ya tenemos la posibilidad de decidir legítimamente sobre el nacimiento, lo que entre otras cosas implica también tomar una decisión en cuanto a la vida de algo que ya se gestó. Quizás en un futuro no muy lejano podremos tener también la potestad de una decisión legítima sobre las condiciones de nuestra muerte. Considero que en algunos casos, un buen uso de estas herramientas favorece a la salud mental de los sujetos.

Por último, me gustaría plantear una breve reflexión epistemológica acerca de la intervención. Hendin y Leitman (en Rodríguez, Rivera, Gracia, & Montes, 1990), consideran la teoría Freudiana de pulsión de muerte más como un punto de vista filosófico que como un hipótesis científica, que Freud formuló ante la necesidad de una explicación para la tendencia autodestructiva de los seres humanos. Sin embargo, creo que desde el momento que el ser humano piensa algo, ese mismo hecho de pensarlo prueba su existencia. No podemos pensar algo que no existe, pensar en algo

lo hace existente, lo inventa. Podríamos concluir que los datos empíricos, se fuerzan a que encajen en las teorías, como es el caso de la pulsión de muerte, el duelo, las matemáticas, la ciencia. El ser humano necesita herramientas con las cuáles trabajar, podríamos martillar un clavo con un martillo o con una piedra, tal vez el proceso y el resultado sean diferentes. Parece inútil pensar si la teoría la creamos en base a la experiencia, o si por el contrario, la experiencia la creamos o modificamos en base a las teorías, creo que más bien es un bucle que se retroalimenta, y de repente ya no parece más en vano pensarlo porque así podremos optimizar nuestras herramientas. Creo que cada estructura psicológica está atravesada por muchos procesos. En este trabajo por ejemplo, así como pensamos en la intervención desde el duelo, bien podríamos tomar muchos otros caminos teóricos para intervenir. Entiendo que los grandes teóricos nos dejaron más que simplemente sus teorías. Quiero decir con esto, que más allá de sus teorías las cuales entiendo como una ilustración de algo que se encontró donde se pueden encontrar aún muchísimas cosas, los grandes pensadores nos han dejado justamente el legado de pensar. Permitirnos pensar que existen diversos caminos para obtener un resultado, que existen numerosos procesos en una estructura, que debemos pensar en las herramientas que mejor se ajusten a nuestra caja de herramientas, por tanto la que mejor resultado nos va dar. Así se organizará nuestra forma de trabajar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abadi, M., Garma, A., Garma, E., Gazzano, A., Rolla, E., & Yampey, N. (1973). *La fascinación de la muerte*. Buenos Aires: Paidós.
- Acinas, P. (2012). *Duelo en situaciones especiales: suicidio, desaparecidos, muerte traumática*. Obtenido de <http://www.psicociencias.com/revista/boletines/Duelo%20en%20situaciones%20especiales.pdf>
- Avaliat. (2010). *El día después del suicidio de un familiar o allegado. Información para familiares y allegados*. Obtenido de <https://www.sergas.es/docs/Avaliat-t/El%20Dia%20Despues%20del%20Suicidio.pdf>
- Avaliat. (2012). *Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida*. Obtenido de http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_vol1_compil.pdf
- Baranger, W. (1961-1962). *El muerto-vivo, estructura de los objetos en el duelo y los estados depresivos*. Obtenido de Asociación Psicoanalítica del Uruguay: <http://www.apuguay.org/apurevista/1960/1688724719611962040402.pdf>
- Barrionuevo, J. (s.f.). *Suicidio e intentos de suicidio*. Obtenido de Facultad de Psicología, UBA: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/055_adolescencia1/material/archivo/suicidio.pdf
- Brunhari, M., & Darriba, V. (2010). *Não te matarás: suicídio, prevenção e psicanálise*. Obtenido de <http://www.cbp.org.br/naotemataras.pdf>
- Clemente, M., & González, A. (1996). *Suicidio una alternativa social*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Coordinadora de Psicólogos del Uruguay. (1993). *La problemática del suicidio en el Uruguay de hoy* (Vol. I). Montevideo: Roca Viva.
- Coordinadora de Psicólogos del Uruguay. (1993). *La problemática del suicidio en el Uruguay de hoy* (Vol. II). Montevideo: Roca Viva.
- Durkheim, É. ([1897] 2009). *El Suicidio*. Buenos Aires: Ediciones Libertador.

- Fidacaro, P. (25 de Agosto de 2014). Entrevista personal. (M. Silvera, Entrevistador)
- Freud, S. (1910). *Contribuciones para un debate sobre suicidio*. Obtenido de Psikolibro:
<http://psikolibro.blogspot.com/search/label/Obras%20Completas%20S.%20Freud>
- Freud, S. (1914). *Recordar, repetir y reelaborar*. Obtenido de Psikolibro:
<http://psikolibro.blogspot.com/search/label/Obras%20Completas%20S.%20Freud>
- Freud, S. (1917 [1915]). *Duelo y Melancolía*. Obtenido de Psikolibro:
<http://psikolibro.blogspot.com/search/label/Obras%20Completas%20S.%20Freud>
- Freud, S. (1920). *Más allá del principio de placer*. Obras Completas, Tomo XVIII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1930). *El malestar en la cultura*. Obtenido de Psikolibro:
<http://psikolibro.blogspot.com/search/label/Obras%20Completas%20S.%20Freud>
- Instituto Nacional de Estadística. (s.f.). *Casos de suicidios registrados y tasa de mortalidad, según año. Período 1900 - al último dato disponible*. Obtenido de INE: <http://www.ine.gub.uy/socio-demograficos/salud2008.asp>
- Instituto Nacional de Estadística. (s.f.). *Casos de tentativas de suicidio, según año. Período 1928 - al último dato disponible*. Obtenido de INE: <http://www.ine.gub.uy/socio-demograficos/salud2008.asp>
- Laplanche, J., & Pontalis, J. (2005). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Larrobla, C., Canetti, A., Hein, P., Novoa, G., & Durán, M. (2012). *Prevención de la conducta suicida en adolescentes. Guía para los sectores Educación y Salud*. Montevideo: Udelar-CSIC.
- Martínez, C. (2007). *Introducción a la Suicidología: teoría, investigación e intervenciones*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

- Medeiros, M., & Guevara, B. (2007). *Trauma, dor e ato: o olhar da psicanálise sobre uma tentativa de suicídio*. Obtenido de Scielo: <http://www.scielo.br/pdf/agora/v10n1/a06v10n1.pdf>
- MSP. (2007). *Guías de prevención y detección de factores de riesgo de conductas suicidas*. Obtenido de MSP: <http://www2.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?3021,16946>
- MSP. (2014a). *Plan Nacional de Prevención del Suicidio para Uruguay 2011 - 2015 "Un compromiso con la vida"*. Obtenido de sitio web MSP: <http://www.msp.gub.uy/programa/prevenci%C3%B3n-de-suicidio>
- MSP. (2014b). *Presentación: Plan Nacional Prevención del Suicidio*. Obtenido de sitio web MSP: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/1%2017%20de%20Julio%202014%20Plan%20Nacional%20Prev%20Suicidio.pdf
- MSP. (2014c). *Valoración del riesgo suicida: 5 pasos para evaluación y triage*. Obtenido de MSP: <http://www.msp.gub.uy/programa/prevención-de-suicidio>
- Munera, P. (2013). *El duelo por suicidio. Análisis del discurso de familiares y de profesionales de salud mental*. Granada: Editorial de la Universidad de Granada. Obtenido de <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/29526/1/21876800.pdf>
- OMS. (2012). *Salud mental. Prevención del suicidio (SUPRE)*. Obtenido de OMS: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/
- Paz, A. L. (2011). *Aportaciones metapsicológicas para el análisis del intento de suicidio*. México, D.F.: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.
- Rodríguez, Rivera, Gracia, & Montes. (1990). *El suicidio y sus interpretaciones teóricas*. Obtenido de http://www.psicoter.es/_arts/90_A077_12.pdf
- Rojas, E. (1978). *Estudios sobre el suicidio*. Barcelona: Salvat.
- Tubert, S. (s.f.). *El suicidio: Una perspectiva psicoanalítica*. Obtenido de Átopos: http://www.atopos.es/pdf_04/sucidio-perspectiva-psicoanalitica.pdf
- Vallone, N. (2014). *Suicidio. Lecturas y abordajes*. Buenos Aires: Ricardo Vergara.