



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Tesis para optar al título de Magister en Psicología Clínica

“Narrativas sobre intentos de autoeliminación en sujetos hospitalizados por este motivo en una sala de internación psiquiátrica”

Brenda Acuña Mencione

Tutor de Tesis: Prof. Agda. Andrea Bielli

Montevideo, Uruguay

Mayo de 2019

Agradecimientos

A las autoridades y a todo equipo de la policlínica de Salud Mental donde se llevó a cabo este trabajo. Gracias por abrirme sus puertas y por el compañerismo que demostraron en el día a día.

A mi tutora de tesis, Andrea, quien me acompañó a lo largo de este arduo camino enseñándome algo nuevo a cada paso.

A mi familia y amigos, por su interés, su aliento y su impulso constantes.

A Rodrigo, por su apoyo incansable.

Índice

Resumen	6
Introducción	8
CAPÍTULO 1.- La problemática del suicidio y los IAE	10
1.1 La situación a nivel mundial	10
1.2 La situación a nivel nacional	11
1.2.1 Caracterización clínico-epidemiológica de los IAE y los suicidios en nuestro país	12
1.2.2 Las estrategias de prevención desarrolladas en nuestro país	15
1.3 Las narrativas sobre IAE	17
CAPÍTULO 2.- Fenómeno suicida: la pluralidad de perspectivas teóricas y la polisemia de su significado	20
2.1 Breve recorrido histórico en torno a los modos de entender el suicidio	20
2.2 Teorías y modelos explicativos del fenómeno suicida	22
2.2.1 Perspectiva sociológica	22
2.2.2 Perspectiva psiquiátrica	26
2.2.3 Perspectiva psicoanalítica	28
2.2.4 Perspectiva cognitiva	34
2.2.5 La perspectiva de la suicidología	35
2.2.6 La complejidad del fenómeno y la multiplicidad de modelos explicativos	36
2.3 Precisiones terminológicas	37
2.3.1 Sobre la noción de suicidio	37
2.3.2 Sobre la noción de intento de suicidio	41
2.4 Factores de riesgo y factores de protección	45
2.5 Experiencia de hospitalización e intentos de suicidio	47
CAPÍTULO 3.- Aproximación a las experiencias subjetivas de los sujetos con IAE desde un enfoque narrativo	49

3.1 Enfoque cualitativo	50
3.2 Entrevistas en profundidad	52
3.3 Técnica para el análisis de datos	52
3.4 Población	54
3.5 Descripción del trabajo de campo	55
3.6 Consideraciones éticas	58
CAPÍTULO 4.- Escuchando la voz de los protagonistas: qué nos dicen acerca de la experiencia del IAE	60
4.1 El porqué del IAE: motivos y circunstancias de vida	60
4.1.1 Experiencia de dolor psicológico insoportable o dolor psíquico irrepresentable	62
4.1.2 Malestar a nivel vincular	69
4.1.3 Experiencia de pérdida	74
4.1.4 El consumo de drogas como aspecto central en la vida previa al IAE	80
4.1.5 Ideación y/o comportamiento suicida previos	83
4.2 El para qué del IAE: multiplicidad y ambigüedad de las intenciones	88
4.2.1 Intención de morir	89
4.2.2 Intencionalidad ambigua	90
4.3 El después del IAE: la evaluación del episodio	95
4.3.1 Persistencia del malestar previo y posibilidad de realizar un nuevo IAE	95
4.3.2 La cuestión del arrepentimiento	97
4.3.3 Posiciones subjetivas singulares en relación al IAE	99
4.4 Experiencia de hospitalización y perspectivas a futuro	103
4.4.1 Predominio de una valoración positiva respecto a la experiencia de hospitalización	104
4.4.2 Predominio de una valoración negativa respecto a la experiencia de hospitalización	108

4.4.3 Experiencias respecto a la medicación que le indicaron tomar durante la internación	113
4.4.4 Dimensión prospectiva	116
CAPÍTULO 5.- Consideraciones finales	126
Referencias bibliográficas	135
Anexo 1: Documento de Consentimiento Informado	159
Anexo 2: Guión de entrevista	162

Resumen

El propósito de esta tesis es explorar, describir y analizar las narrativas que los sujetos con intentos de autoeliminación (IAE) construyen en relación a esta problemática. Se entiende por narrativas una forma de representar los eventos vitales, centrando su atención en la interpretación y comprensión de las experiencias y los significados que están presentes en las historias que se relatan.

La relevancia de este estudio se debe a la consideración actual del fenómeno suicida como un problema de salud pública, tanto a nivel mundial como nacional, cuya complejidad exige una mirada amplia y crítica por parte de los investigadores.

Este estudio, de carácter cualitativo, exploratorio y descriptivo, se centra en el análisis de doce entrevistas en profundidad realizadas a pacientes internados por IAE en la sala de psiquiatría de un hospital general. Se presta particular atención a las circunstancias que rodean y se asocian al IAE, buscando conocer lo sucedido antes y después del episodio, incluyendo la experiencia de hospitalización, y se intenta realizar una aproximación a la posición subjetiva que subyace en cada caso.

Los resultados de la investigación aportan conocimiento a la comprensión de la problemática de los IAE, contemplando el contexto de vida y la perspectiva de los sujetos implicados. Se considera que el conocimiento producido puede contribuir a mejorar las estrategias de prevención y el abordaje de la problemática, al señalar la importancia de algunos aspectos clave de las experiencias subjetivas en los sujetos con IAE, tales como las experiencias de pérdida y de dolor psicológico insoportable, el malestar a nivel vincular, el consumo de drogas como problemática vital y la ideación e intentos de suicidio previos. También son aspectos relevantes aquellos referidos a qué los ayuda a sentirse mejor y reponerse del episodio, destacándose la atención de calidad durante la hospitalización, el apoyo del entorno familiar y la posibilidad de proyectar a futuro (cuidar de sus hijos, trabajar, estudiar).

Tomar en cuenta estos aspectos que los propios sujetos destacan de sus experiencias en relación al IAE permite ampliar la comprensión del fenómeno, complejizando la lectura de los factores de riesgo y otorgándole un lugar central al significado que el sujeto le otorga a sus circunstancias de vida y a sus vivencias personales.

PALABRAS CLAVE: intentos de autoeliminación, experiencias subjetivas, narrativas

Abstract

The purpose of this thesis is to explore, describe and analyze the narratives that subjects with suicide attempts construct in relation to this problem. Narratives are understood as a way of representing vital events, focusing on the interpretation and understanding of the experiences and meanings that are present in the stories that are told.

The relevance of this study is due to the current consideration of suicide and suicide attempts as a public health problem, both at the global and national levels, whose complexity requires a broad and critical view from researchers.

This qualitative, exploratory and descriptive study focuses on the analysis of twelve in-depth interviews with patients hospitalized by suicide attempts in the psychiatric ward of a General Hospital. Particular attention is paid to the circumstances surrounding and associated with the suicide attempts, seeking to know what happened before and after the episode, including the experience of hospitalization. We also try to make an approach to the personal position that underlies in each case.

The results of this research provide knowledge to the understanding of the problem, taking into account the life context and the subjects' perspective in each case. It is considered that the knowledge reached may contribute to improve the prevention strategies and the problem's approach by pointing out the importance of some key aspects of the lived experiences in people with suicide attempt, such as the experience of loss, the feeling of an unbearable psychological pain, the importance of relationships' problems, the use of drugs as a vital problem and previous ideation or suicide attempts. They are also relevant those feelings referred to what helps them feel better and recover from the episode, highlighting the importance of the support received from family and friends, the quality of care received during hospitalization and the relevance of doing life projects (taking care of their children, working and studying).

Taking into account these aspects which the subjects themselves highlight from their experiences in relation to the suicide attempt allows us to widen the understanding of the phenomenon, making the interpretation of the risk factors more complex and giving a central place to the meaning that each subject gives to his/her life circumstances and their personal experiences

KEY WORDS: suicide attempt, personal experience, narratives

Introducción

La presente investigación tiene por objetivo explorar las narrativas de los sujetos que han realizado IAE. Se apunta a conocer sus experiencias subjetivas en base a la perspectiva de los protagonistas para profundizar en la comprensión del fenómeno. El interés recae en saber qué pasó antes del IAE, cómo es la experiencia de pasaje por el hospital y qué consideran que puede ayudarlos a salir adelante tras el episodio, teniendo en cuenta que esta información puede contribuir a mejorar las estrategias de prevención y abordaje de este tipo de situaciones.

En nuestro país las tasas de muerte por suicidio superan las de homicidios y accidentes de tránsito y se han mantenido estables a lo largo de los últimos años, observándose incluso un leve aumento de las mismas. Por este motivo se entiende pertinente avanzar en el conocimiento que concierne a la temática, profundizando en la comprensión de las experiencias subjetivas que han transitado los sujetos que han protagonizado estos episodios. Se considera que tomar en cuenta la voz de los protagonistas permitirá comprender más cabalmente qué ha sucedido en la vida de estas personas y cuáles son las particularidades que han dado lugar a la ocurrencia de este fenómeno.

El trabajo se divide en cinco capítulos, comenzado por la presentación de la problemática del suicidio y los IAE. En este primer capítulo se considera, por un lado, su importancia en tanto problema de salud pública, y por otro lado, se señala su complejidad y la necesidad de una mirada amplia con la participación de distintas disciplinas. También se muestran algunos antecedentes académicos significativos a nivel mundial y nacional.

En el segundo capítulo se expone una breve evolución histórica sobre las formas de entender el fenómeno suicida, así como distintas definiciones y clasificaciones que se han desarrollado a lo largo de los años sobre el suicidio y los IAE. A su vez, se presentan algunas de las principales perspectivas teóricas, incluyendo la sociológica, la psicoanalítica, la cognitiva y la perspectiva de la suicidología. También se describen los principales factores de riesgo y de protección, y se desarrollan algunos aspectos vinculados a la experiencia de hospitalización.

En el tercer capítulo se desarrolla el problema de investigación, incluyendo las preguntas que guiaron la construcción del problema y los objetivos que finalmente se plantearon. También se exponen aquí los aspectos metodológicos de la investigación y las consideraciones éticas.

En el cuarto capítulo se muestran los resultados de la investigación, su análisis y discusión, tomando en cuenta la literatura científica consultada así como algunos de los aportes teóricos desarrollados en el capítulo anterior.

Finalmente, en el quinto capítulo se presentan las conclusiones y consideraciones finales, incluyendo las limitaciones del estudio y algunas recomendaciones para futuras investigaciones. En general, se considera que la presente investigación aporta conocimiento de carácter cualitativo a la problemática del suicidio y de los IAE, a fin de comprender más cabalmente las vivencias subjetivas, tomando en cuenta el contexto de vida de los sujetos estudiados.

CAPÍTULO 1.- La problemática del suicidio y los IAE

1.1 La situación a nivel mundial

Según la Organización Mundial de la Salud, cada año se suicidan más de 800.000 personas. Esto supone un problema de salud pública a nivel mundial debido a las altas tasas de mortalidad y a los costos económicos que conlleva (OMS, 2004). Los países de ingresos bajos y medios sobrellevan la mayor parte de la carga mundial de suicidio, ya que en ellos se registra un 75% del total de los casos, siendo las personas mayores de 70 años y los jóvenes entre 15 y 29 años quienes se encuentran entre los más afectados (OMS, 2014).

La relación entre suicidio y pobreza aún requiere mayor estudio, dado que en los países de altos ingresos también existen altas tasas de mortalidad por esta causa. Sin embargo, se ha encontrado evidencia que permite correlacionar algunas dimensiones de la pobreza considerada a nivel individual, particularmente el desempleo y las pérdidas económicas abruptas, con el riesgo de suicidio. Esta relación no se puede extrapolar a nivel nacional o regional pues no existe evidencia concluyente respecto a los efectos de las variables económicas a nivel macro sobre el suicidio (Iemmi et al., 2016). Asimismo, se considera que las dificultades en el acceso a los servicios sanitarios y la falta de una red social de soporte, indispensable para lidiar con situaciones económicas estresantes, puede explicar la existencia de mayores tasas de suicidio en los países de bajos ingresos (Jacob, 2017).

Las tasas de suicidio según sexo indican que a nivel mundial los hombres se suicidan tres veces más que las mujeres, especialmente en países de ingresos altos, mientras que en los países de ingresos medios y bajos la razón hombre:mujer es mucho menor. En cuanto a los intentos de suicidio, las mujeres presentan mayores tasas que los hombres. Una de las razones que explica estas diferencias es que los hombres utilizan métodos más violentos y efectivos (OMS, 2014).

Para dar respuesta a este fenómeno la OMS propuso a través del *Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020* “aplicar estrategias de promoción y prevención en materia de salud mental”, incluyendo la prevención del suicidio como una de las prioridades más importantes. La meta es reducir la tasa de suicidio un 10% para el año 2020 (OMS, 2013, p. 17).

Si bien son pocos los países que han desarrollado sistemas de registro nacionales de los IAE tratados médicamente, lo que hace difícil integrar los datos de los hospitales con las tasas nacionales de suicidio, se cuenta con datos provenientes de cuatro

países de ingresos altos (Estados Unidos, Irlanda, Suecia y la región flamenca de Bélgica), de los cuales se desprende que el comportamiento suicida médicamente grave tiene más probabilidades de ser mortal en hombres que en mujeres, habiendo un claro aumento gradual de la letalidad de acuerdo a la edad (OMS, 2014, p. 27).

Respecto a los intentos de suicidio se estima que por cada suicidio hay alrededor de veinte intentos. Un intento previo es la principal variable predictiva individual de muerte por suicidio en la población general: “quienes ya hayan intentado el suicidio corren un riesgo mucho mayor de morir por suicidio que quienes no lo hayan intentado antes” (OMS, 2014, p. 25). Por este motivo, se considera un componente clave de las estrategias de prevención la identificación de los grupos de alto riesgo para proporcionarles seguimiento y apoyo.

La OMS (2014) entiende el comportamiento suicida como un fenómeno complejo afectado por varios factores interrelacionados: personales, sociales, psicológicos, culturales, biológicos y ambientales. Destaca los trastornos mentales como uno de los principales factores de riesgo pero sugiere evitar generalizaciones, y agrega que el contexto de la persona es fundamental para comprender el riesgo de suicidio. Entre los factores de riesgo también se encuentran las dificultades para hacer frente a situaciones de estrés; las situaciones de violencia de género y maltrato a menores; y pertenecer a un grupo minoritario objeto de discriminación. Por otra parte, señala que en muchos casos los suicidios se cometen de forma impulsiva, por lo que se recomienda limitar el acceso a medios como plaguicidas y armas de fuego. Asimismo alerta sobre el papel que juega la estigmatización, favoreciendo el aislamiento e incrementando las dificultades para buscar ayuda.

La OMS (2014) destaca que los aportes de las investigaciones científicas más recientes acerca del comportamiento suicida se refieren a la identificación de los factores de riesgo y de protección, y al reconocimiento de la multicausalidad y de las diferencias culturales, y señala que es fundamental darle continuidad a las investigaciones sobre la temática.

1.2 La situación a nivel nacional

Uruguay presenta una de las mayores tasas de suicidio a nivel de la región, con una tasa de 17.0 cada 100.000 habitantes para el año 2015, ubicándose en el cuarto lugar detrás de Guyana (29.0), Suriname (26.6) y Bolivia (18.7) (OMS, 2017). Por su parte, según datos del Ministerio de Salud Pública (MSP), la cifra de suicidios en 2016 ascendió a 709 casos, ubicándose en 20.37 muertes por cada 100.000 habitantes, lo

que significa que casi 2 personas por día mueren por esta causa en nuestro país (A. Muñoz, 2017). En los últimos años la tasa de suicidios ha presentado un aumento constante y se ubica actualmente en niveles similares a los de 2002 (20.62).

El suicidio ocupa el primer lugar dentro de las muertes violentas por causas externas, seguido por los accidentes de tránsito y los homicidios (Larrobla, Canetti, Hein, Novoa y Durán, 2013; Ministerio del Interior, 2017). Según el MSP (2016), las principales dificultades que se asocian al suicidio son la violencia basada en género y generaciones, las patologías de salud mental y el consumo problemático de sustancias psicoactivas.

La evolución de las tasas de suicidio en nuestro país indica que se trata de un problema estructural. Las tasas que más han crecido porcentualmente en comparación con otros grupos de edad son las de los adultos jóvenes, mientras que los adultos mayores presentan las tasas más estables y altas con un crecimiento leve (González y Hein, 2016).

En este sentido, nuestro país sigue la tendencia mundial, siendo los jóvenes entre 15 y 29 años y los mayores de 65 años las poblaciones de mayor riesgo. La prevalencia según sexo señala que el suicidio es más frecuente en hombres que en mujeres, con una relación hombre/mujer de 3:1. En cambio, los IAE son realizados en su mayoría por mujeres. Esta diferencia tiende a atenuarse hacia edades más avanzadas. En cuanto a la distribución territorial, hay un predominio en el interior del país (Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio, 2010).

Respecto a los IAE, se estima una relación de 5.6 por cada suicidio consumado en todas las franjas etarias, de acuerdo a datos proporcionados en 2014 por el MSP y el Instituto Nacional de Estadística (Heuguerot, Díaz, Lucero, Paris y Porto, 2017). En general, las cifras son significativamente mayores en adolescentes y en el sexo femenino, a diferencia del suicidio que es un fenómeno típicamente masculino (V. González y Hein, 2016).

1.2.1 Caracterización clínico-epidemiológica de los IAE y los suicidios en nuestro país

Diferentes estudios realizados en nuestro país en las últimas décadas advierten sobre el incremento sostenido de las tasas de suicidios para la población general y destacan algunas características clínico-epidemiológicas que se muestran a continuación.

En un estudio llevado a cabo por Dajas en 1990 se resalta la preponderancia del sexo masculino, de los mayores de 70 años, la concomitancia con trastornos psiquiátricos y la utilización de métodos violentos para el caso de los suicidios logrados. Respecto a los IAE se indica la preponderancia en mujeres jóvenes y la utilización de psicofármacos como método principal. En un estudio realizado en 2001 el mismo autor señala un aumento de la tasa de suicidio en hombres jóvenes (20 a 24 años) y en edad madura temprana (40 a 50 años), así como en mujeres adolescentes y maduras. Como factores causales indica la acción concomitante de la crisis socioeconómica y los trastornos depresivos sobre la base de una vulnerabilidad biológica.

En un estudio sociológico sobre el suicidio en Uruguay Robertt (1999) señala la masculinización del fenómeno, la tendencia a aumentar con la edad, el crecimiento de la tasa en Montevideo que se aproxima a la del resto del país, y la presencia de regiones y departamentos más suicidógenos que otros, especialmente en las regiones noreste y central.

En otro estudio de carácter sociológico Víctor González (2010) señala que la evolución de la tasa de suicidios en los adultos jóvenes masculinos se explica por el trasfondo de riesgo que supone la precariedad vital, referida principalmente a la falta de oportunidades, la inestabilidad laboral, los problemas económicos, las situaciones de pobreza y marginalidad.

En un estudio llevado a cabo en el año 2000 por Vignolo et al. (2009) respecto a las características epidemiológicas de las muertes por suicidio se indica que las tasas más elevadas corresponden al sexo masculino, mayores de 70 años, divorciados/as y viudos/as, desocupados, de nivel socio económico medio y bajo, mediante la utilización de arma de fuego.

Otro estudio correspondiente a la misma época es el de Lucero, Díaz y Villalba (2003), donde se presentan las características de los suicidios y los IAE en Montevideo en el período 2000-2001. Se indica que el suicidio fue más frecuente en hombres, entre 20 y 30 años y a partir de los 45-50 años, casados y con ingresos económicos estables. La mayoría de los casos se asocia a un trastorno psiquiátrico, principalmente depresión y alcoholismo, y la mitad tiene antecedentes de IAE. También se asocia a enfermedades crónicas, antecedentes familiares psiquiátricos y comunicación de la intención suicida a familiares. El grupo con IAE fue de menor edad, destacándose los diagnósticos de trastornos depresivos y trastornos de personalidad.

Larrobla y Pouy (2007) estudiaron la relación entre el consumo de sustancias psicoactivas y la posibilidad de realizar IAE, y observaron que los consumidores con

mayor riesgo son los hombres consumidores con diagnóstico de dependencia, entre los 20 y 29 años de edad, con un nivel de instrucción de secundaria y desempleados. También las mujeres consumidoras constituyen una población de riesgo y comparten las mismas características señaladas para los hombres aunque se diferencian por el rango de edad que estaría comprendido entre los 15 y 29 años.

Heuguerot, Lucero, Porto, Díaz y París (2015) realizaron una investigación sobre los IAE en adultos mayores en Uruguay, destacando el aislamiento social, las dificultades de relacionamiento, la asociación con trastorno depresivo y alcoholismo, la tendencia a una mayor ideación en mujeres, el uso de métodos más violentos en varones, y la vergüenza asociada al IAE y a la vejez.

Respecto al suicidio en la población infantil y adolescente, Rodríguez, García y Ciriacos (2005) destacan el predominio femenino en los menores de 15 años, la baja inserción en el sistema educativo o laboral, y la baja frecuencia de consulta psiquiátrica o psicológica a pesar de la elevada frecuencia de enfermedades psiquiátricas, avisos de intención suicida e intentos de suicidio previos. Otro aspecto relevante es la ocurrencia de múltiples eventos vitales estresantes en el mes previo al suicidio: problemas de pareja y con los padres, cambios de domicilio y problemas con la ley. Los métodos más usados son el arma de fuego y el ahorcamiento, mientras que la intoxicación es un método exclusivamente femenino.

En una investigación llevada a cabo por Viscardi, Hor y Dajas (1994) con estudiantes de 5° y 6° años de bachillerato de Montevideo y el interior del país, a quienes aplicaron la Escala de Desesperanza de Beck, se corroboró la incidencia de niveles altos de desesperanza en el comportamiento suicida, observándose que la desesperanza se correlaciona de forma significativa con las dificultades económicas, los problemas familiares y la soledad.

Algunos años más tarde Grunbaum et al. (2012) señalan las características de los adolescentes y jóvenes entre 10 y 24 años que cometieron suicidio en el año 2009, indicando que más de la mitad había consultado en un servicio de salud en el último año y la cuarta parte lo había hecho al menos en tres oportunidades. Los principales motivos de consulta fueron ansiedad, angustia, crisis de pánico y episodios de auto y heteroagresividad. Casi la mitad presentaba consumo de sustancias psicoactivas y tenía diagnóstico de trastorno psiquiátrico. Alrededor del 35% tenía una enfermedad crónica y más de la cuarta parte tenía IAE previos. A su vez, la gran mayoría presentaron situaciones vitales adversas que pueden haber favorecido la determinación de cometer suicidio.

Del conjunto de estos estudios se desprende que el suicidio en nuestro país es un fenómeno que predomina en los hombres y está asociado al uso de métodos violentos, a diferencia de las mujeres que usan métodos menos letales como la ingesta de psicofármacos. También es claro el predominio en dos franjas etarias: los jóvenes y las personas mayores de 70 años. A su vez, se observa que con frecuencia hay antecedentes de IAE y una concomitancia significativa con trastornos depresivos, alcoholismo y consumo de sustancias psicoactivas. Finalmente, se observa la tendencia a la comunicación de la intencionalidad suicida al entorno y las consultas en servicios de salud en los meses previos. Para el caso de los adolescentes se resalta la importancia de los eventos vitales adversos.

1.2.2 Las estrategias de prevención desarrolladas en nuestro país

Desde el año 2006 existe una legislación específica que regula las acciones a realizarse para fomentar la prevención del suicidio. La ley 18.097 establece que el 17 de julio de cada año es el Día Nacional de la Prevención del Suicidio y contempla las sugerencias de la OMS respecto a las estrategias de prevención: atención de patologías psiquiátricas que se asocian al comportamiento suicida; difusión adecuada en los medios masivos de comunicación de los teléfonos y lugares de atención especializada existentes; capacitación al personal de emergencia (médicos, policías, bomberos), al personal de la salud mental y a los miembros de la comunidad en general para la asistencia eficaz en situaciones de crisis.

La Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio crea en el año 2010 el *Plan Nacional de Prevención del Suicidio (2011-2015)*, el cual apunta a la prevención del suicidio en tanto problema mayor para la salud pública, en el entendido de que es un acto prevenible e implica la participación de todos los sectores de la comunidad. El Plan contiene una estrategia general que abarca a toda la población del país y propone acciones específicas para las poblaciones de riesgo: niños, adolescentes y jóvenes, adultos mayores, adultos hombres, interior del país y policías.

Es una iniciativa que da respuesta a un problema de salud pública complejo y multicausal, dejando en evidencia la necesidad de abordar el tema desde enfoques interdisciplinarios e intersectoriales que permitan comprender en profundidad el problema y aportar soluciones.

El Plan fomenta las investigaciones científicas con énfasis en la efectividad de las estrategias de prevención, y señala que una de las medidas preventivas que ha demostrado mayor efectividad es el seguimiento de las personas que han intentado el

suicidio: “la atención continuada a personas que intentaron suicidarse puede disminuir significativamente la mortalidad de ese grupo, además de tener un efecto importante sobre la aparición de futuros intentos” (Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio, 2010, p. 19).

Entre los objetivos específicos del Plan se encuentra el diseño de un manual para organizar la atención de los IAE “en una red de cuidados, de trabajo en equipos interdisciplinarios que asegure una atención integral a las personas y su núcleo familiar definiendo rutas de acciones regionales, departamentales, locales para operacionalizar la referencia y contrareferencia” (Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio, 2010, p. 19).

Por su parte, el Plan de Prestaciones en Salud Mental implementado por MSP a partir del año 2011 considera a las personas con IAE como una de sus poblaciones objetivo y establece que deben ser atendidas por un Comité de Recepción integrado por un equipo interdisciplinario (psiquiatra, psicólogo y trabajador social) en un plazo máximo de 48 horas, iniciándose la prestación sin previo tiempo de espera. Se les ofrece atención psicoterapéutica individual, de pareja, familiar o grupal con un máximo de 48 sesiones anuales (Modo 2 de las Prestaciones). También se procura brindar atención a las personas que hayan perdido un familiar por suicidio así como a los familiares y allegados de las personas con IAE. En este caso la atención es grupal, gratuita y sin listas de espera (Modo 1 de las Prestaciones).

En el año 2013 se implementa la Ficha de Registro Obligatorio de IAE, según Ordenanza Ministerial 801/12 del 26 de diciembre de 2012. Esta ficha debe ser completada por cualquier profesional que brinde asistencia a una persona con IAE y es de carácter obligatorio para todos los prestadores integrales del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). A su vez, en el año 2016 se crea el Protocolo de Atención y Seguimiento a las personas con IAE, según Ordenanza Ministerial 384/17 del 2 de mayo de 2017. Este documento brinda pautas a los prestadores de salud para la atención y seguimiento de las personas con IAE, incluyendo a las personas que a juicio del clínico interviniente presenten alto riesgo suicida. El objetivo principal es asegurar la accesibilidad a la atención en salud mental y la continuidad asistencial para estas personas. El Protocolo establece que el servicio de salud interviniente en primera instancia debe realizar una evaluación integral del usuario con IAE, procurando realizar una interconsulta con psiquiatra. Luego debe derivarlo a atención ambulatoria con equipo de Salud Mental, fijando día y hora para la consulta en un plazo máximo de siete días, lo cual supone la existencia de una agenda prioritaria para

las personas con IAE. Una vez iniciada la atención en el servicio de Salud Mental, debe realizarse un seguimiento activo del usuario durante un mínimo de seis meses.

Como parte de este conjunto de medidas la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) estableció la designación de un técnico referente en IAE en cada servicio de salud y elaboró un mapa de ruta para el abordaje de situaciones de riesgo suicida. Asimismo dispuso la realización una serie de jornadas de capacitación y sensibilización sobre la temática dirigidas a integrantes de servicios de emergencia y equipos de salud del primer nivel de atención y del sistema de atención integral a las personas privadas de libertad (PPL). ASSE también ha trabajado en la elaboración de herramientas técnicas como el Protocolo de abordaje en adolescentes con IAE y el Protocolo de abordaje a personas privadas de libertad con riesgo suicida.

A pesar de haberse tomado todas estas medidas las tasas de suicidio permanecen estables en los últimos años y las autoridades vinculadas al ámbito de la salud han manifestado que el problema es muy complejo y exige la participación de diferentes sectores, siendo insuficientes los esfuerzos realizados hasta el momento por el sector de la salud. se considera fundamental fortalecer la intersectorialidad en el abordaje de esta problemática así como lograr mayor participación de la comunidad en su conjunto. También se ha señalado que hacen falta planes dirigidos a grupos de riesgo como las víctimas de violencia doméstica y los policías. A su vez, se entiende que la implementación de la Ley de Salud Mental (N° 19.529) - que hasta el momento se ha reglamentado solo en parte - podría ayudar a mejorar el abordaje de esta problemática al disponer la presencia de psicólogos en todos los niveles de atención, formando parte de equipos interdisciplinarios y apuntando a atender las problemáticas psicosociales de los usuarios (Sartori y Prato, 2018).

1.3 Las narrativas sobre IAE

Tomando en cuenta la magnitud del problema del suicidio y los IAE a nivel mundial y nacional así como los esfuerzos que se vienen realizando para mejorar las estrategias de prevención, se lleva a cabo la presente investigación a fin de conocer las narrativas sobre IAE desde el punto de vista de sus protagonistas.

La investigación narrativa tiene como eje de su análisis a la experiencia humana, está dirigida al entendimiento y al hacer sentido de la experiencia (Blanco, 2011). Centra su atención en la interpretación y comprensión profunda de experiencias y significados que están presentes en las historias que se cuentan. Las narrativas proporcionan una

organización de sentido en una situación de pérdida emocional o física ocasionada por un acontecimiento traumático; permiten comprender cambios y permanencias en la identidad narrativa antes, durante y después de ese acontecimiento y, a su vez, el intercambio lingüístico con otros impulsa a reeditar los significados sobre momentos de pérdidas. Desde las historias de vida se recogen las subjetividades que revelan los dilemas y preocupaciones de personas que afrontan adversidades, pero también señalan los desafíos que se imponen para subsistir y salir adelante; esto posibilita una construcción emocional y social en las personas que con el arte de lenguajear logran dar sentido a sus vidas (Domínguez y Herrera, 2013).

En este estudio se presta particular atención a las circunstancias que rodean y se asocian al IAE, buscando conocer lo sucedido antes y después del intento, incluyendo la experiencia de hospitalización. Lo que interesa es conocer la verdad singular que porta cada sujeto y el significado que cada uno le otorga a su experiencia.

Se entiende que el suicidio puede tener diversos significados según cada persona (Feijó de Mello, 2000), y que el testimonio de aquellos que han intentado quitarse la vida es una oportunidad de escuchar su verdad subjetiva en relación a los motivos que los impulsaron a realizar el intento (L. López, 2010). Incorporar en los planes de prevención el conocimiento que los sujetos tienen sobre sus propias experiencias es fundamental (Pavulans, Bolmsjö, Edberg y Öjehagen, 2012), especialmente en lo que respecta a derribar algunos preconceptos que muchas veces los profesionales de la salud tienen respecto a las personas que consultan por IAE. Por ejemplo en relación a la idea de que es un llamado de atención o un intento de manipulación, lo que lleva a subestimar el problema y fomentar el rechazo de estos pacientes: “los significados que subyacen al método elegido en un IAE son particulares, únicos y subjetivos y no siempre descifrables” (Larrobla, Canetti, Hein y Novoa, 2017, p. 26). Es fundamental fomentar un trato respetuoso y desprejuiciado hacia estos pacientes, dado que la estigmatización aumenta significativamente el sufrimiento, y dificulta la búsqueda de ayuda y el uso oportuno de los servicios de salud (Ferré et al., 2011).

Respecto al estudio de las narrativas sobre IAE es importante señalar que se trata de un tipo de conocimiento que los profesionales del ámbito psi usualmente poseen debido a su experiencia de trabajo con esta población en diferentes contextos, ya sean policlínicas barriales, hospitales generales, mutualistas, consultorio particular, etc. Sin embargo, la sistematización en torno a estos conocimientos es escasa. Por este motivo, se considera relevante llevar a cabo investigaciones de estas características a fin de contribuir a la sistematización del conocimiento, generar nuevos aportes a la

comprensión de la temática y crear nuevas y más efectivas formas de abordaje dirigidas a una población heterogénea y vulnerable.

CAPÍTULO 2.- Fenómeno suicida: la pluralidad de perspectivas teóricas y la polisemia de su significado

A continuación se desarrolla un breve recorrido histórico respecto a los modos de entender la problemática del suicidio, para dar lugar luego a la descripción de algunas de las más importantes perspectivas teóricas y modelos explicativos que se han desarrollado sobre la temática. La multiplicidad de perspectivas da cuenta de la multidimensionalidad del fenómeno así como de la dificultad para abordarlo.

2.1 Breve recorrido histórico en torno a los modos de entender el suicido

La problemática del suicidio es un fenómeno universal que ha estado presente en todas las culturas y a lo largo de toda la historia de la humanidad. Han habido siempre diversas formas de entenderlo que están atravesadas por principios religiosos y filosóficos. Mientras unos sostienen una postura más tolerante y lo aceptan como un hecho humano más; otros lo elogian como un acto de valor y libertad; y otros lo rechazan y condenan como un pecado, un delito o una enfermedad.

En la Grecia clásica el suicidio era considerado algo vergonzoso e indigno aunque se establecían algunas excepciones, por ejemplo si existía una enfermedad incurable. El cadáver del suicida era castigado amputándole partes del cuerpo e impidiéndole ser enterrado en el cementerio. Filósofos como Pitágoras y Platón se manifestaron en contra del suicidio por considerarlo una ofensa a los dioses y un atentado contra la comunidad. También Aristóteles lo condenaba por considerarlo un acto de cobardía que dañaba a toda la comunidad (Legido, 2012).

Más adelante, durante el período helenístico, se fundaron una serie de escuelas filosóficas como el estoicismo, el cinismo y el epicureísmo, que entendían la muerte voluntaria como parte del problema de la libertad humana y la justificaban como huida al sufrimiento físico o mental (Daray, Grendas y Rebok, 2016).

Para la civilización romana la muerte voluntaria era aceptada e incluso recomendada en algunos casos. Existían tribunales encargados de evaluar y autorizar el acto, y lugares públicos destinados a la consumación del mismo. Estas reglas regían sólo para los ciudadanos, no para los esclavos y los soldados, quienes tenían prohibido quitarse la vida (Legido, 2012). Séneca entendía el suicidio como la puesta en práctica de la libertad del ser humano, considerando valiosa la posibilidad de elegir abandonar una vida indigna (Vicente y Ochoa, 2007).

Con la llegada del cristianismo, en el año 348 D.C. el Concilio de Cartago condenó por primera vez la muerte voluntaria, y en el año 452 D.C. en el Concilio de Arles se declaró el suicidio como acto demoníaco y se establecieron procedimientos como la confiscación de los bienes del suicida (Legido, 2012).

Durante la Edad Media la iglesia cristiana mantuvo una actitud intransigente, considerando a los suicidas como criminales y propagándose los castigos religiosos como la excomunión y la negativa a enterrarlos en los cementerios. Esta idea estuvo muy influenciada por el pensamiento de San Agustín y Santo Tomás de Aquino, quienes consideraban el suicidio como un pecado similar al homicidio. En el siglo V la Iglesia condenó oficialmente el suicidio, imponiéndose la idea de que el hombre no puede disponer de sí mismo, sino que es Dios quien decide sobre la vida y la muerte (Daray, Grendas y Rebok, 2016).

Con la aparición del racionalismo en el siglo XVII disminuyó notoriamente la condena social al suicidio y comenzó a imperar una actitud más compasiva con el suicida. Posteriormente, con la Revolución Francesa, cobraron cada vez más importancia la ciencia y la moral laica, influyendo en una nueva concepción del suicidio, que dejó de considerarse un crimen. En el siglo XVIII las ideas de Hume y Voltaire a favor de los derechos individuales y la libertad humana se expandieron con fuerza, y fue este predominio de los valores de la libertad y la razón los que favorecieron una concepción del suicidio como acto que forma parte de la voluntad individual (Daray, Grendas y Rebok, 2016).

En el siglo XIX se produjo una transición en la concepción del suicidio desde una visión teocrática que lo criminalizaba hacia un modelo científico-médico que comenzó a considerarlo una enfermedad mental, dando lugar así al proceso de medicalización del suicidio. Los psiquiatras franceses Pinel y Esquirol fueron los precursores de este enfoque psicopatológico del suicidio. En 1838 Esquirol planteó que el suicidio era un síntoma de alienación mental que podía estar presente en distintos cuadros psiquiátricos (Daray, Grendas y Rebok, 2016).

El Romanticismo desempeñó un papel importante durante el siglo XIX, resaltando valores como la libertad y el individualismo. Una de las figuras más destacadas de esta época fue Schopenhauer, quien sostenía que el suicida buscaba liberarse del sufrimiento antes que acabar con su vida, por lo que aceptaría su vida si no hubiera sufrimiento. Este autor afirmaba el derecho a elegir sobre la propia vida que tiene cada persona (Vicente y Ochoa, 2007).

Se mantuvo durante esta época un debate entre quienes sostenían una visión materialista y atea del suicidio, considerándolo como una enfermedad mental con un sustrato orgánico, y aquellos que otorgaron mayor importancia a los factores sociales, especialmente a la pérdida de los valores religiosos (Daray, Grendas y Rebok, 2016).

Paralelamente al desarrollo de la psiquiatría, cobró fuerza en este período una lectura sociológica del suicidio, con Durkheim y su obra -“*El suicidio*”- como hito histórico en el estudio de la temática. Este autor enfatizaba el papel de la disgregación social y la falta de integración del individuo a los grupos sociales. Estas dos grandes corrientes, psiquiatría por un lado y sociología por otro, dieron lugar a una doble orientación en la reflexión sobre la conducta suicida que es responsable de los avatares en su definición: “el suicidio como síntoma o consecuencia de la enfermedad mental, o como producto de condiciones sociales desgraciadas” (Legido, 2012, p. 18).

Este recorrido histórico en torno a las diferentes visiones que se han tenido sobre suicidio desde la antigua Grecia hasta el presente nos permite visualizar cómo cada época histórica y cada cultura inciden en la concepción que se tiene de este fenómeno. Al día de hoy predomina una visión que tiende a patologizar el suicidio con su consecuente medicalización, pero al mismo tiempo ha cobrado fuerza otra perspectiva, la de la suicidología crítica, que pone énfasis en las prácticas culturales que dan sentido al suicidio, contemplando aspectos vinculados al poder, la política, el género y los medios de comunicación.

En consonancia con esta última perspectiva en esta tesis interesa remarcar la idea de que no hay un perfil de suicida sino múltiples perfiles, lo cual exige contemplar cada caso en su singularidad. A su vez, interesa resaltar la importancia de los modos de vivir y de morir que tienen las personas, pues es justamente la concepción que cada uno tiene de su vida - en términos de una buena o una mala vida - lo que puede ayudarnos a entender la búsqueda de la muerte por mano propia.

2.2 Teorías y modelos explicativos del fenómeno suicida

2.2.1 Perspectiva sociológica

El suicidio, publicado por Durkheim en 1897, es un referente para toda la investigación sociológica posterior sobre este tema. Uno de sus principales aportes tiene que ver con el hecho de haber ido más allá de la cuantificación estadística, tal como lo habían hecho sus predecesores, para intentar dar una explicación sociológica exhaustiva sobre este fenómeno.

Para Durkheim el suicidio es un hecho social que no puede ser explicado por factores individuales, y que resulta del control que ejerce la sociedad sobre el individuo.

Propone tomar en cuenta dos variables fundamentales para entender este fenómeno: el grado de *integración social* del individuo al grupo, que puede darse a través de la familia, la religión, la vida política, etc., y el grado de *regulación social*, referida a los requisitos normativos o morales exigidos al individuo para pertenecer al grupo.

Durkheim distingue tres tipos de suicidio de acuerdo a estas variables:

1) El *suicidio egoísta*: aparece cuando hay un bajo nivel de integración del individuo a la sociedad.

Cuanto más debilitados son los grupos a que pertenece, menos depende de ellos, más se exalta a sí mismo para no reconocer otras reglas de conducta que las fundadas en sus intereses privados. Así, pues, si se conviene en llamar egoísmo a ese estado en que el yo individual se afirma con exceso frente al yo social y a expensas de este último, podremos dar el nombre de egoísta al tipo particular de suicidio que resulta de una individuación desintegrada. (Durkheim, 1897/2004, p. 203)

En una sociedad fuertemente integrada los individuos no disponen plenamente de sí mismos y no pueden eludir sus obligaciones a través de la muerte. Cuando son solidarios de un grupo al que aprecian y respetan, pueden tolerar con mayor facilidad las miserias de la vida, ya que la existencia de un objetivo más elevado le resta importancia a los intereses privados. En el suicidio egoísta el individuo se siente sin razón de ser, queda desligado de la vida porque no encuentra ningún fin al que pueda dedicarse. Un ejemplo de suicidio egoísta sería el del sujeto deprimido.

2) El *suicidio altruista*: sucede cuando la conciencia colectiva se impone fuertemente sobre el individuo y éste asume que su muerte favorecerá el bienestar o los intereses de la comunidad. Así como “un individualismo excesivo conduce al suicidio, un individualismo insuficiente produce los mismos efectos” (Durkheim, 1897/2004, p. 211). El altruismo en estado agudo es la impersonalidad llevada a su máxima expresión; es el estado en el que el individuo se despoja de su ser personal y se confunde con otra cosa que considera superior. Según Durkheim, las sociedades primitivas son por excelencia el terreno de los suicidios altruistas. Otros ejemplos son los mártires cristianos y los soldados que prefieren la muerte a la humillación de la derrota.

3) El *suicidio anómico*: se produce por una baja regulación social sobre el individuo. La anomia procede de la ausencia de normas, esto es, la falta de fuerzas colectivas que reglamentan la vida social. El orden social es entendido como una autoridad necesaria, un poder al cual se obedece por respeto y que otorga una

reglamentación capaz de contener las pasiones individuales. Cuando la sociedad está perturbada, por ejemplo por grandes crisis económicas, es incapaz de ejercer esta acción. También las crisis que producen el divorcio y la viudez dan lugar a la anomia conyugal o doméstica, tal como las denomina Durkheim.

El autor menciona un cuarto tipo, el *suicidio fatalista*, pero no lo desarrolla en profundidad como lo hace con los anteriores sino que tan sólo lo menciona en una nota a pie de página al final del capítulo sobre el suicidio anómico, y le resta importancia aludiendo que sólo sucede en casos excepcionales. Este tipo de suicidio resulta de un exceso de reglamentación social. Son individuos que tienen la vida fuertemente limitada por una disciplina opresiva, debiendo someterse a distintas formas de despotismo material o moral, como en el caso de los esclavos (Durkheim, 1897/2004, p. 278).

Dado que las diferentes causas sociales del suicidio pueden actuar simultáneamente sobre un mismo individuo, los diferentes tipos de suicidio suelen combinarse entre sí. Esto sucede especialmente con el egoísmo y la anomia, que usualmente se presentan como dos aspectos de un mismo estado social, siendo habitual encontrarlos de forma simultánea en un mismo individuo.

Si bien la perspectiva sociológica clásica sobre el suicidio representada por Durkheim ha tenido mucho peso dentro de esta disciplina, hay otros autores que también han realizado aportes importantes a la comprensión de este fenómeno.

Uno de ellos es Gabriel Tarde, contemporáneo de Durkheim, quien resalta el papel de la imitación como una de las leyes que gobierna la sociedad. Señala que los individuos tienden a imitar los comportamientos a los que están expuestos en su entorno social, y esto explicaría el fenómeno de contagio en los casos de suicidio. Si bien esta teoría fue desestimada por Durkheim, estudios posteriores demostraron su validez. Uno de sus principales seguidores es el sociólogo David Phillips, quien en 1974 acuña la expresión efecto Werther, inspirado en la novela *Las penas del joven Werther* de Goethe. Esta obra, cuyo protagonista es un joven que tras un desengaño amoroso se quita la vida, desencadenó tras su publicación en 1774 un significativo aumento de suicidios en varios países europeos, presumiblemente por el efecto de imitación que produjo en los lectores. Al día de hoy la teoría de la imitación desarrollada por Tarde mantiene vigencia. Se sabe que este fenómeno de contagio es más habitual en adolescentes y cuando se trata de la muerte de una celebridad. A su vez, en esta teoría se basan las sugerencias a la prensa que realizan los programas de prevención respecto a evitar la difusión de noticias vinculadas a suicidios, especialmente datos específicos como el método utilizado (Phillips, 2015).

Otro de los autores que realizó aportes significativos a la teorización del suicidio fue Maurice Halbwachs en la década de 1930, mostrando cómo los diferentes modos de vida en zonas rurales y urbanas inciden en las tasas de suicidio. Los fenómenos de urbanización y modernización que se observan en las ciudades generan mayor aislamiento social, lo cual explicaría el aumento en las tasas de suicidio. Para Halbwachs el aislamiento social es producto del interjuego entre factores sociales y psicológicos, y por lo tanto, el suicidio no puede reducirse a un hecho social, siendo ésta la principal diferencia con Durkheim (Khan, Naz & Khan, 2017).

En 1954 Henry y Short proponen una teoría sobre la incidencia de los factores económicos en el suicidio. Se basan en la hipótesis de la frustración-agresión creada en 1939 por el grupo de Yale (Dollard, Miller, Doob, Mowrer y Sears) para explicar que los suicidios y homicidios son reacciones agresivas ante las frustraciones que provoca el impacto de las fuerzas económicas. Según estos autores, las personas de estatus social alto pierden más que las de estatus social bajo durante los períodos de recesión económica, y por lo tanto, son más propensas al suicidio (Maskill, Hodges, McClellan y Collings, 2005).

En 1958 Powell plantea que el suicidio anómico sucede cuando ciertos ideales que tienen las personas en relación a su estatus social se ven frustrados. En esta misma época Porterfield y Gibbs plantean que la movilidad social puede asociarse al suicidio, ya sea por un cambio de estatus ascendente, pues aumenta la ansiedad, o por un cambio de estatus descendente, pues genera sentimientos de fracaso y frustración. En ambos casos los lazos sociales se ven deteriorados y se pierde apoyo social (Maskill, Hodges, McClellan y Collings, 2005).

En 1964 Gibbs y Martin amplían la noción durkheimiana de integración social, proponiendo la teoría de la integración del estatus. Plantean que cada persona se rige por su estatus o rol social, el cual acarrea una serie de expectativas y exigencias, y aclaran que cada individuo ocupa múltiples roles sociales dentro de la familia, el trabajo, etc. De esta manera, la integración del estatus estaría determinada por el grado de acuerdo o concordancia entre las demandas asociadas a diferentes roles sociales. Así, cuando las personas se enfrentan a un conflicto entre roles y presentan una baja integración del estatus, las tasas de suicidio aumentan (Phillips, 2015).

Finalmente, cabe mencionar un enfoque sociológico alternativo para la comprensión del suicidio, que comienza a desarrollarse con el trabajo de 1967 de Jack Douglas, *El significado social del suicidio*. Este enfoque cuestiona los postulados positivistas que sostienen Durkheim y otros sociólogos anteriores. Douglas desestima el valor de los abordajes cuantitativos, señalando que el registro de los casos de suicidio sufre

alteraciones debido al componente subjetivo que inevitablemente incide en quienes se encargan de catalogar las defunciones ya sea como suicidio, muerte accidental, etc. Esta falta de objetividad impide que los datos estadísticos sean precisos. Por otra parte, Douglas realiza una crítica a los postulados durkheimianos señalando que el suicidio es un fenómeno complejo y multidimensional, al cual entiende como una acción social con significado. Se interesa por entender los significados subjetivos que las personas otorgan a sus actos y asume que todo suicidio tiene un carácter comunicativo. Las metodologías cualitativas, tales como el análisis de diarios y notas suicidas, forman parte esencial de las investigaciones que se desarrollan desde este enfoque (Varty, 2000; Maskill, Hodges, McClellan y Collings, 2005; Phillips, 2015).

2.2.2 Perspectiva psiquiátrica

A partir del siglo XIX tuvo lugar una transición en la concepción del suicidio desde el debate moral y la visión teocrática que lo consideraba un pecado hacia un modelo científico-médico que empezó a considerarlo como hecho psicopatológico. En este cambio conceptual jugó un papel fundamental la consolidación de la psiquiatría como especialidad médica (Plumed y Rojo, 2012).

Los principales desarrollos teóricos se produjeron en Francia de la mano de reconocidos psiquiatras como Pinel, quien consideraba al suicidio como una forma de conducta mórbida, y Esquirol -discípulo del anterior- quien hacia 1838 afirmaba que el suicidio presenta todas las características de la alienación mental, de la cual es sólo un síntoma (González, 1995; Daray, Grendas y Rebok, 2016).

El desarrollo de un cuerpo teórico y una nosología que definían el suicidio como enfermedad mental dio paso a la medicalización de este fenómeno, que se fue instalando paulatinamente y continúa hasta nuestros días. Sin embargo, ya hacia fines del siglo XIX el debate psiquiátrico respecto a si el suicidio se debía siempre a una enfermedad mental se fue inclinando a favor de la idea de que no todos los suicidios obedecen a esta causa (Plumed y Rojo, 2012). Se produjo en esta época un consenso entre la mayoría de los psiquiatras europeos respecto a la imposibilidad de definir el suicidio como una entidad patológica en sí misma, constatándose que puede aparecer en distintos estados mentales, incluso en sujetos mentalmente sanos (Barrionuevo, Brito y Wolfenson, 2011).

Resulta interesante observar cómo en la psiquiatría actual continúa vigente la polémica en torno a si el suicidio ocurre siempre en presencia de patología mental o no. Por un lado están quienes afirman que el suicidio ocurre casi exclusivamente en

sujetos con patología mental, estimándose que el 90% de los suicidas presentan un trastorno psiquiátrico al momento de su muerte (Barrionuevo, Brito y Wolfenson, 2011). El desarrollo de la psiquiatría biologicista y de la psicofarmacología a lo largo del siglo XX contribuyeron a expandir esta idea de que el 90% de los casos de suicidio se asocian a patología psiquiátrica (Fernández de Sanmamed et al., 2018).

Los diagnósticos que con mayor frecuencia se asocian a la conducta suicida son la depresión, el trastorno bipolar, los trastornos de ansiedad, el trastorno por estrés postraumático, los trastornos por abuso y/o dependencia de sustancias, los trastornos de personalidad (especialmente el trastorno borderline), la esquizofrenia y los trastornos alimentarios (Bedoya y Montaña, 2016; Klonsky, May y Saffer, 2016; Bachmann, 2018).

La psiquiatra uruguaya Alicia Canetti (2017) afirma que desde la psiquiatría se entiende la conducta suicida como síntoma de una enfermedad mental estrechamente vinculada con los problemas de la vida cotidiana. Según la autora, si bien la psiquiatría se ha dedicado al estudio de los aspectos psicopatológicos del fenómeno y sus sustratos neurobiológicos, al tratarse de un hecho complejo no puede eludirse su carácter multidimensional y el papel de sus determinantes sociales.

Algunos autores como Baca-García (2015) sostienen que la conducta suicida debería considerarse como una entidad psicopatológica en sí misma, dado que encaja perfectamente en la definición de trastorno mental, entendido éste como un síndrome caracterizado por alteraciones clínicamente significativas en la cognición, la conducta y la regulación de las emociones, y asociado a problemas o incapacidad en el ámbito social y ocupacional. El autor plantea que la inclusión de la conducta suicida dentro de los trastornos psiquiátricos como una entidad nosológica podría facilitar su detección y manejo por parte de los clínicos, y mejorar su tratamiento y prevención.

Por otro lado están quienes sostienen la idea de que la mayoría de los pacientes psiquiátricos no se suicidan, por lo que la psicopatología es un factor necesario pero no suficiente para cometer suicidio. Esto implica considerar el suicidio como un fenómeno humano no reductible a la enfermedad mental (Barrionuevo, Brito y Wolfenson, 2011).

En esta línea, Hjelmeland y Knizek (2017) advierten que la idea ampliamente difundida de que la mayoría de los suicidios ocurre en sujetos con patología mental conduce a creer que la detección precoz y el tratamiento adecuado de los trastornos mentales es la forma más efectiva de prevenir el suicidio, perdiéndose de vista la multiplicidad inherente a este fenómeno, que abarca aspectos vinculados al contexto y a las

relaciones interpersonales. Consideran que la prevención del suicidio no debería quedar exclusivamente en manos de psiquiatras, sino que en tanto fenómeno complejo su prevención debería estar en manos de distintos agentes de la sociedad.

2.2.3 Perspectiva psicoanalítica

En *Contribuciones para un debate sobre el suicidio* (1910/1986) Freud se interroga “cómo es posible que llegue a superarse la pulsión de vivir” (p. 232), y deja planteado que una mejor comprensión del estado de la melancolía y el duelo permitirá responder a este interrogante.

En *Duelo y Melancolía* (1917/1984) explica los procesos psicodinámicos que tienen lugar en los cuadros depresivos graves y que están asociados a la autodestrucción, señalando que el retorno sobre sí mismo del sadismo inicialmente dirigido al objeto es el origen de las tendencias suicidas que caracterizan a la melancolía.

En este texto quedan planteadas tres premisas básicas: la pérdida (real o imaginaria) del objeto de amor, la ambivalencia y la regresión de la libido al yo por identificación narcisista con el objeto perdido. Los autorreproches y autodenigraciones que se observan con frecuencia en la melancolía provienen de la identificación del yo con el objeto: “la sombra del objeto cayó sobre el yo, quien, en lo sucesivo, pudo ser juzgado (...) como un objeto” (Freud, 1917/1984, p. 246). De esta manera, la pérdida del objeto se convierte en una pérdida del yo, pudiendo dar lugar al suicidio cuando en virtud del retroceso de la investidura de objeto el yo dirige contra sí mismo la hostilidad que antes recaía sobre el objeto.

El yo sólo puede darse muerte si en virtud del retroceso de la investidura de objeto puede tratarse a sí mismo como un objeto, si le es permitido dirigir contra sí mismo esa hostilidad que recae sobre un objeto y subroga la reacción originaria del yo hacia objetos del mundo exterior. (Freud, 1915/1984, p. 249)

En *Más allá del principio de placer* (1920/1984) Freud plantea por primera vez la dicotomía entre pulsión de vida y pulsión de muerte, describiendo la compulsión a la repetición como una “compulsión demoníaca” (p. 36), una fuerza que se impone en la vida anímica de la persona y que va más allá del principio de placer. La compulsión a la repetición es una manifestación de la pulsión de muerte y se relaciona con una tendencia inherente a la naturaleza conservadora de los seres vivos de regresar a un estado anterior, esto es, a lo inanimado. Así, la pulsión de muerte tiende a la desintegración y empuja al ser vivo al estado inerte (principio de Nirvana), mientras que la pulsión de vida busca la unión de la sustancia viva a fin de conservarla.

Si se parte del postulado de que todo organismo vivo tiende a suprimir la tensión producida por los estímulos y las exigencias pulsionales, puede entenderse la búsqueda de la muerte como una forma radical de poner fin al sufrimiento, pues supone un sufrimiento menor del que conllevan ciertas experiencias vitales (Castillo, 1995).

En palabras de Massotta (1990), lo que está en juego en este texto de 1920 es:

la tendencia del sujeto al sufrimiento, el dolor, el autocastigo, el sadismo vuelto hacia la propia persona, el autodesprecio, la persistencia en el fracaso, el rechazo del éxito, la evocación melancólica de los desastres del pasado, el gusto por la decepción, la fascinación por el suicidio, en resumen, la insistencia de la repetición de lo displacentero (p. 77).

Freud deja planteada la relación entre pulsión de muerte y masoquismo, al cual define como “la pulsión parcial complementaria del sadismo”, señalando que debe ser entendido como la vuelta de la pulsión sádica hacia el yo (p. 53). Algunos años más tarde, en *El problema económico del masoquismo* (1924/1984) Freud se expresa en la explicación de este fenómeno, distinguiendo tres tipos de masoquismo: erógeno, femenino y moral. Respecto de este último remarca su relación con la conciencia moral, el sentimiento de culpa y la necesidad de castigo. En el masoquismo moral se observa la imbricación de las pulsiones, dado que desciende de la pulsión de muerte al mismo tiempo que cuenta con un componente erótico, dando por resultado la paradoja del placer en el displacer: “ni aun la autodestrucción de la persona puede producirse sin satisfacción libidinosa” (Freud, 1924/1984, p. 176).

En *El Yo y el Ello* (1923/1984) Freud retoma la dicotomía entre pulsiones de vida y pulsiones de muerte, señalando que éstas difícilmente se encuentran en estado puro, siendo justamente su ligazón la que permite neutralizar la pulsión de muerte.

Las peligrosas pulsiones de muerte son tratadas de diversa manera en el individuo: en parte se las torna inofensivas por mezcla con componentes eróticos, en parte se desvían hacia afuera como agresión, pero en buena parte prosiguen su trabajo interior sin ser obstaculizadas. (Freud, 1923/1984, p. 54)

A la luz de sus nuevas teorizaciones sobre las instancias psíquicas -ello, yo y superyó- plantea que cuando se produce una desmezcla de las pulsiones, como sucede en los estados melancólicos, la pulsión de muerte cobra fuerza, haciendo que el superyó se torne cada vez más severo en su ataque contra el yo:

como si se hubiera apoderado de todo el sadismo disponible en el individuo. (...) Lo que ahora gobierna en el superyó es como un cultivo puro de la pulsión de muerte, que a menudo logra efectivamente empujar al yo a la muerte (Freud, 1923/1984, pp. 53 y 54)

La articulación entre repetición, pulsión de muerte y goce

Tomando como punto de partida los postulados freudianos sobre la pulsión de muerte y la compulsión a la repetición, Lacan introduce la noción de goce y la articula a los conceptos anteriores. De esta manera explica algunos fenómenos humanos donde los sujetos contrarían su propio bienestar, repitiendo experiencias que al mismo tiempo que implican sufrimiento producen una cierta satisfacción, pudiendo llegar en casos extremos a la autodestrucción del sujeto, hasta su muerte.

Lacan propone el concepto de goce para referirse a ese más allá del principio de placer que plantea Freud en 1920. Siguiendo lo propuesto por Freud sobre la teoría del trauma, el goce puede ser entendido como un exceso de excitación que rebasa el sistema amortiguador de las representaciones; un exceso traumático que deja un agujero en lo simbólico y marca el lugar de lo real insoportable (Braunstein, 2006).

El goce en tanto exigencia siempre insatisfecha de la pulsión de muerte se contrapone a la homeostasis propia de la pulsión de vida. Lo que le pone freno es la prohibición -la interdicción de la ley- que funda el deseo y que se juega del lado del placer (Soler, 1988; Braunstein, 2013).

Cabe señalar que Lacan no habla de un dualismo pulsional como lo hacía Freud sino de *la* pulsión, estrechamente ligada al fenómeno de la repetición traumática, y es en este sentido que puede decirse que toda pulsión es pulsión de muerte (Rabinovich, 2014).

En cuanto a la repetición, ese “displacer paradójico que el sujeto no abandona, al cual parece apegado”, puede ser entendida como el intento persistente de recuperar el goce perdido, quedando así ligada a la pulsión de muerte: “va contra la vida, lleva en su seno la muerte” (Soler, 2004, p. 123). Para Miller (1993) la afirmación desesperada del goce se pone de manifiesto en el acto suicida, es el triunfo de la pulsión de muerte.

Respecto al goce, debe señalarse su estrecha relación con el lenguaje. De hecho, el goce es propio del sujeto del lenguaje (hablanteser); no existe en los animales o en los organismos que no están atravesados por el significante. Braunstein (2013) señala que el lenguaje tiene como misión transformar el goce pulsional en discurso, y define el goce como el conjunto de modalidades en que el cuerpo es afectado por el lenguaje.

En la medida en que el sujeto está atravesado por el significante, está destinado a un goce incompleto, a una insatisfacción permanente. La pérdida de una mítica experiencia inicial de satisfacción total deja como huella una nostalgia por esa pérdida, un anhelo insaciable de recuperarla. Allí se ubica la Cosa (das Ding), ese real irreductible que permanece como no ligado, que escapa a la cadena significante al mismo tiempo que es producido por ella, y a la cual ingresa bajo la forma de la pérdida, como pérdida de goce. Es ese algo inaprensible del núcleo de nuestro ser que no se puede ligar a través de las palabras (Rabinovich, 1992).

Se observa así que el campo central del goce es lo real primordial donde se aloja la Cosa; un lugar opaco e inaccesible para el sujeto, que constituye al mismo tiempo el origen y la meta del goce. Si bien la Cosa se define como inaprensible, es posible aproximarse a ella, aunque la experiencia muestra que acercarse demasiado implica enfrentarse a un temor intenso ante eso que se percibe como peligroso, sin límites, loco (Rabinovich, 2014).

“La tendencia a la Cosa es la pulsión de muerte como destino final de todos los afanes vitales humanos”, es la búsqueda del estado de Nirvana, del reposo absoluto (Braunstein, 2006, p. 81). La pulsión se satisface en ese encuentro del sujeto con la Cosa, aunque por definición sea imposible; mientras que el principio de placer funciona como barrera para evitar que la pulsión alcance su satisfacción y que el sujeto se encuentre con lo real (Rabinovich, 2014).

Las nociones de acting out y pasaje al acto

Estas nociones son trabajadas por Lacan en el seminario X sobre la Angustia (1962-1963) y pueden considerarse como dos respuestas posibles ante el desborde pulsional que desde lo real puede irrumpir (Novas, 2016), y dan cuenta de dos órdenes distintos, dos maneras diferentes de ubicarse el sujeto en relación al objeto (Bettini, 2014).

Ambos términos derivan del *agieren* freudiano referido a los fenómenos de repetición que se dan dentro y fuera del análisis. La traducción hecha por Strachey del *agieren* freudiano se refiere al recordar en acto, y junto con el término *erinnern*, traducido como recordar, dan cuenta de dos formas de retorno del pasado en la transferencia (Cancina, 2010).

Dentro del acting out se ubican las actuaciones transferenciales y las actuaciones fuera de la transferencia que luego el paciente relata al analista; mientras que la ruptura del vínculo analítico en tanto supone una salida de la escena se considera como pasaje al acto (P. Muñoz, 2009). Además de su relación con la dinámica de la transferencia, el acting out también alude a un fenómeno clínico donde predomina el

actuar (Cancina, 2010). La partícula *out* indica un fuera de recuerdo, un fuera de lo que se dice, y refiere a la exteriorización de algo que está oculto (P. Muñoz, 2009).

Por su parte, Miller (1993) señala que la clínica del acto muestra hasta qué punto es posible cuestionar los postulados de la conducta racional y de que el sujeto quiere su propio bien, poniendo en evidencia la disyunción que puede existir entre el interés del sujeto por su bienestar -entendido como homeostasis- y la tendencia a la destrucción.

Lacan retoma el caso de la joven homosexual trabajado por Freud en *Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina* (1920) para mostrar a través de este caso un ejemplo de acting out. El acting out consiste en una mostración, donde lo que se muestra es un resto excluido de la cadena significativa, el objeto a, causa del deseo. El acting out implica el montaje de una escena que está dirigida al Otro, es un llamado a la interpretación, una demanda de simbolización. Dora y la joven homosexual serían ejemplos de sujetos en acting que reclaman un Otro a quien dirigir su transferencia. En este sentido el acting out ha sido entendido como un esbozo de la transferencia, a la que se ha dado el nombre de transferencia salvaje, debido a que aún no está regulada por la legalidad del trabajo analítico (P. Muñoz, 2009).

Son entendidos como acting out los intentos de suicidio donde el sujeto hace exhibición y reclamo, en un llamado que va dirigido al Otro y espera ser interpretado (Arango y Martínez, 2013). En este tipo de intentos el sujeto más que estar decidido a consumir el acto se preocupa por la presencia del Otro como testigo de la escena (Vargas, 2010).

El acting out es esencialmente algo, en la conducta del sujeto, que se muestra. El acento demostrativo de todo acting out, su orientación hacia el Otro, debe ser destacado (Lacan, 1962-63/2006, p. 136).

El acting out se presenta como un acto extraño e inexplicable para el sujeto, y por esta razón no se espera que se interrogue sobre su conducta y la ponga en palabras, sino que es tomada como un pedido de ayuda desesperado ante el riesgo de fuga de la escena (Abad, 2013).

A diferencia del acting out, en el pasaje al acto no hay llamado al Otro, el sujeto queda fuera de la escena sin dejar lugar a la interpretación. Hay una salida de la red simbólica, una huida respecto del Otro hacia la dimensión de lo real que deja al sujeto al margen de cualquier simbolización posible (Pascal, 2011; Arango y Martínez, 2013). En esta destitución subjetiva la persona queda reducida a la condición de puro objeto, se desengancha del Otro y se deja caer:

Este dejar caer es el correlato esencial del pasaje al acto (...) el momento del pasaje al acto es el de mayor embarazo para del sujeto, con el añadido

comportamental del desorden como movimiento. Es entonces cuando, desde allí donde se encuentra -a saber, desde el lugar de la escena en la que, como sujeto fundamentalmente historizado, puede únicamente mantenerse en su estatuto de sujeto- se precipita y bascula fuera de la escena (Lacan, 1962-63/2006, p. 128).

Lacan ofrece un ejemplo de pasaje al acto a través del caso de la joven homosexual trabajado por Freud en 1920, al cual retoma en la clase *La primacía del falo y la joven homosexual* del 9 de enero de 1957 (Seminario IV) para plantear que cuando Sidonie se arroja a las vías del tren lo hace en términos de pasaje al acto, quedando ella excluida de la escena (Pascal, 2011).

El pasaje al acto sería un corte que introduce lo real en la continuidad entre lo simbólico y lo imaginario, en un intento de liberarse de un goce intrusivo e intolerable que no puede ser metabolizado, produciéndose una ruptura en la continuidad del sujeto a través de la urgencia que se impone y se precipita como acción (Novas, 2016).

Además de estas dos formas de presentación del fenómeno suicida habría una tercera forma: el acto. Sería el caso del harakiri, donde el suicidio se realiza en el contexto de una decisión, en este caso, la decisión de realizar un acto honorable.

Para Lacan el acto suicida es el paradigma del acto propiamente dicho porque es sin después, es indiferente a su futuro y su significación sólo puede ser recuperada *après-coup*. Todo acto verdadero puede ser entendido como un suicidio del sujeto en la medida en que se produce una mutación subjetiva: el sujeto ya no es más el mismo después de dicho acto; hay un atravesamiento de un umbral significante (Miller, 1993). Sin embargo, en el caso del suicida no es posible verificar estos efectos a posteriori, siendo la muerte en sí misma la forma radical en que el sujeto se transforma (Vargas, 2010; Arango y Martínez, 2013).

Tal es el carácter de excepción que Lacan le otorga al suicidio que en *Psicoanálisis, radiofonía y televisión* (1977) dirá: "el suicidio es el único acto que tiene éxito sin fracaso" (p. 131), diferenciándolo del resto de los actos que en el intento de decir algo en lo real quedan destinados a la repetición y al fracaso. El suicidio, en cambio, anula toda posibilidad de intentar decir de nuevo, quedando por fuera del fracaso que dicho intento implica, y se constituye como acto auténtico porque cumple con su objetivo final: hacer desaparecer la barrera ante el goce (Vargas, 2010).

Si bien el suicidio es el único acto que puede considerarse exitoso, se realiza con un alto costo pues supone la sustracción definitiva del orden simbólico y de la dialéctica del reconocimiento (Miller, 1993).

2.2.4 Perspectiva cognitiva

El psiquiatra norteamericano Aaron Beck es el autor más influyente dentro de esta perspectiva de comprensión del suicidio. Junto a otros autores llevó adelante varias investigaciones y creó una serie de escalas de medición de la intención suicida en relación a la depresión y la desesperanza, entre ellos, el Inventario de Depresión de Beck (1961), la Escala de Desesperanza de Beck (1974) y la Escala de Ideación Suicida de Beck (1979).

Para este autor la intencionalidad suicida es un continuum: en un extremo se ubica una contundente intención de morir y en el otro la intención de seguir vivo. En este último caso, cuando los intentos de suicidio son menos graves, la conducta suicida apunta a obtener ayuda y lograr ciertos cambios en el entorno. Se asocia a motivos manipulativos y se presenta en sujetos con bajos niveles de depresión y desesperanza. Por el contrario, la conducta suicida grave corresponde a un intento de escape para liberarse de un estado emocional intolerable y se presenta en sujetos con elevados niveles de depresión y desesperanza (Villalobos, 2009).

Beck junto a otros investigadores proponen tres elementos fundamentales como sustrato psicológico de la depresión: la tríada cognitiva, los esquemas mentales y las distorsiones cognitivas. La tríada cognitiva se refiere a una visión excesivamente negativa de sí mismo, del mundo y del futuro: un yo imperfecto, un mundo hostil y un futuro desesperanzador. Está asociada a la desesperanza, esto es, la sensación de que el sufrimiento y los problemas actuales no tienen solución, por lo que el suicidio sería la única forma de lidiar con dichos problemas considerados irresolubles. Los esquemas mentales se definen como estructuras cognitivas relativamente estables que se forman en base a experiencias personales tempranas, y son activados ante situaciones similares a aquellas que les dieron origen. Cuando estos esquemas son disfuncionales generan distorsiones cognitivas que dan lugar a interpretaciones negativas de los acontecimientos. Entre las distorsiones cognitivas más frecuentes que se observan en las personas deprimidas y en los suicidas se destacan la inferencia arbitraria, la abstracción selectiva, la hipergeneralización, la magnificación, la minimización y el pensamiento dicotómico (Villalobos, 2009; Brás, 2013).

En resumen, desde esta perspectiva los aspectos centrales vinculados al suicidio son la desesperanza, la depresión y la tríada cognitiva negativa, referida ésta última a la visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro (Toro, Grajales y Sarmiento, 2016).

2.2.5 La perspectiva de la suicidología

Dentro de las explicaciones psicológicas del suicidio se destaca la perspectiva del psicólogo estadounidense Edwin Shneidman, considerado el padre de la suicidología, quien desarrolló grandes avances vinculados a la temática: la investigación en base a las notas suicidas y la autopsia psicológica; el desarrollo de aspectos teóricos y programáticos; la innovación en intervenciones clínicas y comunitarias; y el abordaje de la postvención, referido al trabajo con los allegados del suicida, también llamados sobrevivientes. Algunos de conceptos fueron introducidos por el autor -suicidología, *psychache*, autopsia psicológica y postvención- y luego retomados por otros investigadores, constituyéndose en elementos fundamentales para la comprensión y abordaje de la temática (Leenaars, 2010).

Desde esta perspectiva el suicidio no es una enfermedad ni algo inmoral. Es un fenómeno complejo y multidimensional que requiere de varias disciplinas para lograr explicarlo y abordarlo, incluyendo la psicología, la biología, la sociología, la epidemiología y la filosofía, entre otras (Leenaars, 2010).

Shneidman comenzó a estudiar las notas suicidas en 1949, siendo el puntapié inicial del amplio estudio sobre la temática realizó a lo largo de su vida. Para este autor el suicidio es un fenómeno de naturaleza psicológica, vinculado a un sufrimiento intolerable, que ocurre cuando el sujeto no encuentra otra salida y considera al suicidio como la mejor solución a sus problemas. La causa principal del suicidio es el dolor psicológico insoportable, al cual denominó *psychache*, que surge de necesidades psicológicas insatisfechas (Leenaars, 2010).

Los estados afectivos como la rabia, la hostilidad, la depresión, la vergüenza, la culpa, la desesperanza, el miedo, la angustia o la humillación, pueden facilitar el pasaje hacia el suicidio sólo si están relacionados a un dolor psicológico insoportable. Shneidman insiste en la idea de que no se trata del deseo de morir sino de la necesidad de calmar ese dolor insoportable, por lo que aliviar ese dolor puede marcar la diferencia entre vivir o morir (Leenaars, 2010).

Para este autor, una crisis suicida grave -con alto riesgo de letalidad- tiene una duración relativamente breve (horas o días), y se resuelve cuando el sujeto se calma por sí mismo, recibe ayuda, o bien termina quitándose la vida. En todos los casos se observa cierta ambivalencia, entendida en términos freudianos y por lo tanto de carácter inconsciente. Podría decirse que una persona al borde del suicidio quiere y no quiere quitarse la vida, planifica el suicidio al mismo tiempo que fantasea con ser rescatada. Por otra parte, el autor también señala que los comportamientos suicidas

son diádicos, surgen a partir de cierta tensión en el vínculo con personas cercanas: pareja, padres, hijos, etc. (Leenaars, 2010).

Shneidman plantea que las personas que intentan quitarse la vida tienen un umbral disminuido frente al dolor psicológico y creen que el cese de la conciencia les brindará el descanso anhelado. Postula diez características comunes a todo acto suicida: 1. El propósito es buscar una solución. 2. La meta principal es el cese de la conciencia. 3. El estímulo común es el dolor psicológico intolerable. 4. El estresor común son las necesidades psicológicas frustradas. 5. La emoción común es la desesperanza-impotencia. 6. El estado cognitivo común es la ambivalencia. 7. El estado perceptivo común es la constricción. 8. La acción común es buscar una salida. 9. El acto interpersonal común es la comunicación de una intención. 10. El acto suicida es coherente con los patrones de afrontamiento adoptados a lo largo de la vida (Villalobos, 2009; Leenaars, 2010).

Schneidman propone un modelo explicativo del suicidio representado por un cubo, compuesto por 125 cubiletes (5x5x5), donde un cursor puede aumentar o disminuir la fuerza de las tres variables intervinientes: 1) dolor psicológico, provocado por la frustración de necesidades psicológicas consideradas vitales, 2) perturbación, referida a distorsiones cognitivas como la constricción del pensamiento, cuya principal consecuencia es la reducción de las posibilidades de elección, y 3) presión ambiental, que comprende todos los aspectos ambientales que amenazan al individuo. El suicidio sería el resultado de la confluencia de estas tres variables cuando alcanzan su máximo nivel de expresión (Saraiva, 2010; Brás, 2013).

2.2.6 La complejidad del fenómeno y la multiplicidad de modelos explicativos

Hasta aquí se presentaron algunas de las perspectivas teóricas más importantes en torno al suicidio, pero existen muchos otros modelos explicativos, creados en las últimas décadas, que dan cuenta de la complejidad del fenómeno y de las dificultades para lograr un consenso respecto a su abordaje. Entre los modelos más conocidos se destacan el modelo diátesis-estrés de Mann y colaboradores, la teoría interpersonal del suicidio de Joiner, el modelo volitivo-motivacional de O'Connor, la teoría de la desregulación emocional de Lineham y el modelo multidimensional de Leenaars.

Parecería que algunos suicidios se explican mejor con una teoría y otros con otra, pero dada la complejidad del tema ninguna teoría ha logrado explicar todos los casos de

suicidio. A pesar de la multiplicidad de modelos teóricos propuestos y de las numerosas investigaciones que día a día se realizan en todo el mundo sobre la temática, no se han logrado disminuir las tasas de suicidio ni predecir su ocurrencia a nivel individual. Por este motivo algunos autores plantean la necesidad de organizar e integrar las microteorías desarrolladas hasta el momento en una macroteoría, y que al mismo tiempo ésta pueda articularse a una teoría general del comportamiento humano. En este sentido, los estudios vinculados a la suicidología podrían beneficiarse de las teorías del caos y la complejidad que se aplican al estudio de los sistemas dinámicos (Roger y Lester, 2010).

El suicidio es un fenómeno multifacético que requiere de un abordaje integral para evitar caer en reduccionismos, incluyendo la participación de disciplinas tan disímiles como la biología, la psicología, la psicopatología, la sociología y la filosofía (Leenaars, 1996). La incorporación de abordajes transdisciplinares que permitan una lectura desde la complejidad, reivindican la importancia de reconocer a los sujetos como protagonistas y facilitan una comprensión más amplia del fenómeno (Gómez, Cervantes y Arce, 2015).

2.3 Precisiones terminológicas

2.3.1 Sobre la noción de suicidio

La palabra suicidio proviene del latín *sui* (sí mismo) y *caedĕre* (matar). El *Diccionario de la Real Academia Española* lo define como la “acción y efecto de *suicidarse*”, esto es, “quitarse voluntariamente la vida”. Es un término de aparición relativamente reciente, introducido en la lengua anglosajona por Sir Thomas Browne en su obra *Religio Medici* en 1642. En Francia los primeros en utilizarlo fueron los abates Prévost y Desfontaines en la década de 1730; y en castellano fue utilizado por primera vez en 1772 por Fray Fernando de Ceballos en su obra *La falsa filosofía y el ateísmo*. En el *Diccionario de la Real Academia Española* aparece recién en 1817 (J. González, 1995; Legido, 2012).

La noción de suicidio es polisémica, por lo que es posible encontrar numerosas definiciones que se diferencian en pequeños detalles y poseen distintas valoraciones. La palabra *suicidium*, de origen latín, pone el acento sobre la idea de matar, mientras que la palabra *auto-kheiria*, de origen griego, enfatiza el concepto de acto deliberado, desligándolo del sentido de asesinato (J. González, 1995).

En 1897 Durkheim publica su obra *El suicidio*, en base a una fuerte impronta estadística, siendo éste el primer intento de sistematización del fenómeno desde un punto de vista sociológico. Según la definición del autor "se llama suicidio todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producirse este resultado" (pp. 11 y 12). Durkheim considera que tanto los actos positivos, donde la persona toma la iniciativa de quitarse la vida, como los negativos, aquellos actos indirectos de dejarse morir, son pueden considerarse como suicidio. De todas maneras, hay dos aspectos clave en esta definición, que luego serán retomados en definiciones posteriores, a saber: el propio sujeto como el agente del acto y la muerte como resultado final.

Desde esta definición de fines del siglo XIX hasta nuestros días se han propuesto numerosas definiciones sin lograr un consenso acerca de los aspectos que deben ser incluidos en la misma. Las diferencias se deben principalmente a las particularidades del enfoque teórico de cada autor. Así como para Durkheim el suicidio es entendido como un hecho sociológico, para Baechler es un fenómeno de carácter existencial y para Shneidman es un hecho de naturaleza esencialmente psicológica (De Leo, Burgis, Bertolote, Kerkhof y Bille-Brahe, 2006).

A continuación se mencionan las principales definiciones de suicidio propuestas en las últimas décadas, destacándose algunas similitudes y diferencias, y en el apartado siguiente se realiza un recorrido similar por las definiciones de intento de suicidio, que ha sido aún más controversial que la de suicidio.

La Sociedad Americana de Suicidología, creada en 1968 con la figura de Shneidman a la cabeza, definía el suicidio como el acto consciente de auto-aniquilación, mejor entendido como un malestar multidimensional en una persona vulnerable, que enfrentada a un problema considera el suicidio como la mejor solución, en un intento -aunque extremo e inapropiado- de poner fin a un dolor insoportable (Stranieri y Carabetta, 2012). Cabe destacar que el término suicidología fue utilizado por primera vez en 1929 por el holandés Bongers, y hasta el momento no aparece en el Diccionario de la Real Academia Española.

A principios de la década de 1970 el Centro de Estudios para la Prevención del Suicidio del Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos, en una comisión presidida por Aaron Beck, propuso una clasificación de las conductas suicidas que distinguía entre suicidio consumado, intento de suicidio e ideas suicidas, y éstos a su vez eran especificados en base a los criterios de letalidad, intención, circunstancias mitigantes y método suicida (Bedrosian y Beck, 1981; Brás, 2013).

Desde un enfoque existencial Baechler planteó en 1975 que para ciertas personas el suicidio resulta una solución a sus problemas, por lo que comprender cada caso específico supone identificar el problema subyacente. Propuso cuatro tipos de suicidio de acuerdo al objetivo del mismo: escapista (pretende huir de algo), agresivo (apunta a la venganza o al chantaje), oblativo (el suicidio entendido como sacrificio) y lúdico (el objetivo es jugar con los límites de la vida) (Giner, 2010; Brás, 2013).

En 1988 el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos estableció una serie de criterios operativos que fueron la base de la nomenclatura creada por O'Carroll y colaboradores en 1996, quienes definieron el suicidio como la muerte debida a lesiones, envenenamiento o asfixia, donde hay evidencia de que el daño fue auto-infligido y que la intención era morir (Villalobos, 2009). Distinguían, en primer lugar, entre las conductas de riesgo (fumar, practicar deportes de riesgo, etc.) y los pensamientos y conductas suicidas. Dentro de esta última categoría distinguían entre la conducta instrumental relacionada con el suicidio (amenaza suicida y otras conductas instrumentales) y el acto suicida (intento de suicidio y suicidio). La *conducta instrumental relacionada con el suicidio* se refiere a la conducta potencialmente autolesiva, para la cual hay evidencia de que la persona no tenía intención de matarse sino que buscaba algún otro fin, por ejemplo buscar ayuda, castigar a alguien, recibir atención, etc. (Villalobos, 2009; Legido, 2012).

La clasificación de O'Carroll y colaboradores fue retomada en 2007, manteniendo las dos grandes categorías "conductas de riesgo" y "pensamientos y conductas relacionadas con el suicidio", y agregaron dentro de esta última la distinción entre ideaciones, comunicaciones (amenaza suicida y plan suicida) y conductas relacionadas con el suicidio (autolesión, conducta suicida indeterminada, intento de suicidio y suicidio) (Legido, 2012).

En 2006 De Leo et al. propusieron la distinción entre comportamiento suicida fatal (suicidio) y comportamiento suicida no fatal, con o sin lesiones. El suicidio es definido como un acto con desenlace fatal que el sujeto realiza sabiendo sobre este potencial desenlace, mientras que el comportamiento suicida no fatal es conceptualizado como cualquier acto que el sujeto realiza esperando, o bien arriesgando, morir o infligirse daño físico. En ambos casos el propósito es lograr cambios deseados.

En el informe de la OMS *Prevención del suicidio: un imperativo global* (2014) se define el suicidio como "el acto de matarse deliberadamente" (p. 12). El resultado fatal y el propio sujeto como agente del acto son los aspectos centrales de esta definición. La OMS aclara que si bien la cuestión de la intencionalidad es importante no la incluye dentro de esta definición por considerarla problemática, debido a las dificultades

inherentes a su evaluación: “puede estar rodeada de ambivalencia o incluso encubrimiento” (p. 12). Más adelante con la definición de intento de suicidio se profundiza en este aspecto.

Centrándose en las condiciones sociales y afectivas Echeburúa (2015) define el suicidio como:

una urgencia vital ubicada no sólo en un contexto biográfico de pérdida de la salud de la persona, sino también de debilitamiento de sus redes afectivas y sociales. Así, en la toma de decisiones de una persona que se implica en una conducta suicida hay tres componentes básicos: a) a nivel emocional, un sufrimiento intenso; b) a nivel conductual, una carencia de recursos psicológicos para hacerle frente; y c) a nivel cognitivo, una desesperanza profunda ante el futuro, acompañada de la percepción de la muerte como única salida. (p. 118)

El carácter pluridimensional del término ha dado lugar a múltiples definiciones, algunas centradas en aspectos sociales, otras en aspectos psicológicos, existenciales o biológicos, no habiendo consenso al día de hoy sobre la definición de suicidio y conceptos afines como los de ideación suicida, intento de suicidio, parasuicidio, comportamiento autolesivo, etc. La falta de una nomenclatura estandarizada dificulta la comprensión del fenómeno, su prevención y tratamiento, así como la comparación de resultados de las diferentes investigaciones y la divulgación de la eficacia de las intervenciones clínicas (Silverman, 2006; Brás, 2013).

Silverman (2006) contabiliza un total de 15 definiciones que pueden encontrarse en la literatura científica actual, desde la definición de Durkheim en 1897 hasta nuestros días. Contemplando todas estas definiciones puede observarse que el suicidio es definido en alguna de estas tres formas: como acto deliberado de autodestrucción que resulta en la muerte; como acto consciente dirigido contra sí mismo con la intención de morir; como acto auto infligido y deliberado que pone en riesgo la vida y culmina en la muerte. Hay cuatro aspectos clave que comparten estas definiciones: el resultado del comportamiento es la muerte, el agente del acto es el propio sujeto, la intención de morir como forma de alcanzar un estado diferente, y la conciencia sobre el potencial resultado.

2.3.2 Sobre la noción de intento de suicidio

Como se señaló antes, la dificultad para establecer una nomenclatura clara respecto a las nociones de suicidio, intento de suicidio y otros conceptos afines ha sido señalada por numerosos autores. Respecto a la noción de intento de suicidio, algunos autores lo definen como un suicidio frustrado, mientras otros hacen énfasis en la intencionalidad como criterio diferencial, señalando que en muchos casos no existe intención de morir sino de vengarse, llamar la atención, escapar de una amenaza, etc. Se distinguen así dos corrientes: una que entiende el intento de suicidio como un suicidio de menor gravedad y otra que hace énfasis en la diferencia entre ambos conceptos. Los autores identificados dentro de la segunda corriente señalan que existen estudios epidemiológicos y clínicos que dejan en evidencia esta diferencia, determinada por la intencionalidad del acto. Sin embargo, evaluar la intencionalidad y establecer si se trata de un intento de suicidio con clara intención de morir o si se trata de otro tipo de conducta suicida muchas veces resulta difícil (Giner, 2010).

Esta corriente tiene especial fuerza en Europa, donde se acuñaron términos como pseudosuicidio (Kessel, 1965), parasuicidio (Kreitman, 1969) y autolesiones deliberadas (Morgan, 1979). En Estados Unidos, en cambio, ha sido más aceptado el término intento de suicidio, independientemente de la intencionalidad del acto (Giner, 2010; Butler y Malone, 2013).

A principios de la década de 1960 Stengel señalaba algunas diferencias socio-demográficas entre el perfil de las personas que realizan intentos de suicidio (principalmente mujeres y jóvenes) y el de aquellas que lo consuman (principalmente hombres y ancianos). También destacaba la intencionalidad de morir como un factor clave para diferenciar entre el intento de suicidio y otro tipo de conductas suicidas donde no hay una clara intención de morir sino que se busca pedir ayuda o modificar situaciones para lograr un beneficio secundario (Legido, 2012; Brás, 2013).

Kreitman y colaboradores (1969) introdujeron el término *parasuicidio* para referirse a un evento que simula el suicidio, siendo el sujeto el agente de un acto que potencialmente puede generar daño físico, aunque raramente tiene por objetivo la muerte. Puede tener funciones comunicativas y manipulativas, o bien cumplir con el objetivo de quitarse la vida. La noción de parasuicidio abarca intentos de suicidio y autolesiones con baja o nula intencionalidad suicida, incluyendo comportamientos usualmente catalogados como gestos suicidas de carácter manipulativo (Lineham, 1993). La noción de gesto suicida ha sido utilizada para referirse a los actos cuya intención no es morir sino pedir ayuda y expresar sentimientos de desesperación o

desesperanza, y ha sido fuertemente criticada por su uso inconsistente y su connotación peyorativa (Heilbron, Compton, Daniel y Goldston, 2010).

El término parasuicidio ha sido utilizado por diferentes autores para referirse a cualquier conducta autolesiva que no tiene un desenlace fatal, con independencia del grado de intencionalidad y letalidad (González, 1995). Debido a las dificultades inherentes a la evaluación de la intencionalidad muchos autores consideran que intento de suicidio y parasuicidio son términos equivalentes. Otros, en cambio, los consideran términos mutuamente excluyentes: en el primero la intención suicida es evidente, mientras que en el segundo el sujeto sabe que la acción iniciada lo puede llevar a lesiones pero no a la muerte, y su meta es comunicar algo o cambiar una situación, incluyéndose aquí los actos considerados manipulativos (Villalobos, 2009; Baader, Urra, Millán y Yáñez, 2011; Giner, 2012; Legido, 2012).

Con el correr del tiempo el término parasuicidio fue sustituido por el de autolesiones deliberadas y más tarde por el de autolesión no suicida, término que aparece hoy en día en el DSM 5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Estas categorías se distinguen del intento de suicidio genuino y han sido asociadas a distintos cuadros psicopatológicos, especialmente al trastorno de personalidad borderline (Lineham, 1993); aunque también se las asocia a los trastornos de ansiedad, los trastornos del estado de ánimo, los trastornos de la alimentación y el trastorno por estrés postraumático (Butler y Malone, 2013).

O'Carroll y colaboradores en 1996, más tarde Silverman en 2006, y recientemente Klonsky, May y Saffer en 2016, coinciden en definir el intento de suicidio como un comportamiento potencialmente autolesivo con un resultado no fatal, cuya intención es morir, pudiendo producirse o no lesiones (Silverman, 2006; Brás, 2013; Klonsky, May y Saffer, 2016). La presencia o ausencia de la intención de morir es el factor clave para diferenciar el comportamiento suicida del comportamiento no suicida. Sin embargo, la dificultad para evaluar la intencionalidad sigue siendo un problema para establecer esta diferencia (Silverman, 2016).

En el informe de la OMS "*Prevención del suicidio: un imperativo global*" (2014) se define el intento de suicidio como "todo comportamiento suicida que no causa la muerte, y se refiere a intoxicación autoinfligida, lesiones o autoagresiones intencionales que pueden o no tener una intención o resultado mortal" (p. 12). La OMS reconoce las implicaciones y complejidades de incluir las lesiones autoinfligidas no mortales y sin intención suicida en la definición de intento de suicidio, pero ya que la intencionalidad es difícil de evaluar por la ambivalencia que le es inherente, se decide dejar de lado este aspecto en la definición.

El intento de suicidio como forma de comunicación interpersonal

Entre 1960 y 1980 se popularizó la idea de que el intento de suicidio era una forma de comunicación denominada grito de auxilio (“cry for help”). Autores como Stengel, Kreitman y Maris hacen referencia al carácter comunicativo y manipulativo de las conductas suicidas, que suelen apuntar a la búsqueda de atención y ayuda. Maris plantea que la mayoría de quienes intentan quitarse la vida no quieren morir sino generar un cambio en su vida. Usualmente el primer intento es de carácter manipulativo, mientras que los siguientes dependen de las reacciones que hayan tenido los otros ante el intento previo. Si la persona se ha sentido aliviada de la carga que consideraba excesiva, la tendencia a repetir una conducta autodestructiva puede disminuir. En cambio, si los problemas son resueltos sólo temporalmente, la persona puede repetir el intento. La repetición de los intentos de suicidio puede convertirse en una reacción condicionada a través de la cual la persona aprende a afrontar el estrés y los eventos vitales (Villalobos, 2009).

Noción de continuum suicida

La idea de que el suicidio es parte de un continuum de conductas autodestructivas, que puede evolucionar desde las ideas de muerte, pasando por el plan suicida, hasta la consumación del acto, está presente hace varios años en la literatura científica sobre el tema. A principios de la década de 1970 Zubin propuso la idea de un proceso en las conductas suicidas, y algunos años más tarde Beck y colaboradores retomaron esta idea, señalando la continuidad entre las ideas suicidas y otras formas de conducta suicida, tratándose de un proceso que progresa de menor a mayor gravedad. La ideación suicida es entendida como el inicio de una trayectoria que puede conducir a un acto suicida, por lo que su sola presencia aumenta el riesgo, tanto más si las ideas suponen un plan suicida organizado (incluyendo cuándo, dónde y cómo) (Brás, 2013).

Este modelo de comprensión del fenómeno suicida ha sido de gran importancia en el diseño de estrategias de prevención. Sin embargo, algunos autores han señalado que no puede generalizarse la hipótesis de un continuum suicida, ya que aún no se comprende con claridad la transición entre una fase y otra, y no hay suficientes estudios longitudinales que permitan generalizar la evolución desde la ideación suicida hacia las siguientes etapas del continuum suicida. Hasta el momento solamente se ha podido comprobar su aplicación en ciertos casos (depresión crónica) que no son

representativos de la mayoría de los sujetos con comportamiento suicida (Sveticic y De Leo, 2012)

La cuestión de la intención en la definición de suicidio

De Leo et al. (2006) plantean que la cuestión de la intencionalidad es probablemente el aspecto más polémico del debate en torno a la definición del comportamiento suicida. Una de las principales dificultades que plantea es que no constituye un aspecto directamente observable, por lo que su evaluación requiere la interpretación externa de quien la evalúa. Es más, las intenciones pueden ser falsificadas, negadas, minimizadas o sobredimensionadas, y suelen estar impregnadas de ambivalencia. Sin embargo, estos autores sostienen que la intención suicida debe ser incluida en la definición de suicidio y que las dificultades en su medición pueden ser subsanadas con el uso de las diversas escalas de medición existentes.

La intención refiere al objetivo del sujeto, el resultado que pretende alcanzar, pero no es equivalente al resultado del acto suicida, ya que no todos los que sobreviven a un deseaban hacerlo, así como no todos los que mueren tenían dicha intención (De Leo et al., 2006).

Andriessen (2006), al igual que los autores anteriores, sostiene que la cuestión de la intención es fundamental en cualquier definición del comportamiento suicida porque permite diferenciarlo del comportamiento accidental. Cita los aportes de Shneidman, quien fuera uno de los primeros en abordar la cuestión de la intención al señalar que muchos actos autolesivos, incluidos dentro de la categoría de actos suicidas, no tienen como meta acabar con la propia vida. Entre las diez características comunes a todo acto suicida que este autor describe se destacan el propósito de buscar una solución y la meta de hacer cesar la conciencia. Al día de hoy se reconoce que las personas suelen ser ambivalentes respecto a sus intenciones, y al mismo tiempo, las intenciones pueden ser múltiples y pueden evolucionar durante el proceso suicida. La muerte puede ser una de las intenciones pero también puede ser el medio para alcanzar otras metas, por lo que no siempre es un fin en sí mismo.

Andriessen (2006) señala que las intenciones refieren a una dimensión prospectiva y los motivos a una dimensión retrospectiva, y hace énfasis en diferenciar ambas nociones. Toma los aportes de Hjelmeland y Knizek (1999) acerca de la diferencia entre los motivos y las intenciones: los primeros refieren al porqué, a las razones, mientras los segundos refieren al para qué, a los propósitos. Las intenciones se ubican en una dimensión teleológica, se busca en el futuro la explicación respecto a qué se

pretende lograr a través del acto. En cambio, los motivos se refieren a las explicaciones causales y se ubican en una dimensión retrospectiva, por lo que la explicación se busca en el pasado. La intención es la noción más apropiada para referirse a qué es lo que las personas buscan alcanzar por medio del acto suicida. Y para comprender las intenciones que subyacen al comportamiento suicida se debe apelar a la dimensión prospectiva: el para qué, las metas, los propósitos.

Entre las intenciones más importantes que subyacen a los intentos de suicidio se encuentran: la búsqueda de cuidado; comunicar algo; influir en los demás (hacer sentir culpable a alguien, hacerle cambiar su forma de pensar sobre algo importante, etc.); dejar de ser un estorbo y hacerle la vida más fácil a otros; descansar o evadir una realidad dolorosa; lograr una salida final a una situación vivida como insoportable (Villalobos, 2009).

Finalmente, cabe aclarar que en este trabajo se optó por utilizar la noción de intento de autoeliminación como sinónimo de intento de suicidio, y tomarla en un sentido amplio de tal forma que se pudieran incluir todos los comportamientos suicidas independientemente de su intencionalidad. Por lo tanto, la noción de intento de autoeliminación utilizada en esta investigación es equivalente a la noción de intento de suicidio que utiliza la OMS; y al igual que lo hace el organismo internacional aquí también se decide dejar de lado la cuestión de la intencionalidad por las dificultades en su evaluación, y se incluyen los actos sin intención suicida dentro de la categoría intento de autoeliminación.

2.4 Factores de riesgo y factores de protección

La OMS (s.f.) define *factor de riesgo* como cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumenta su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Respecto al suicidio, señala que no hay ninguna causa o situación estresante específica que resulte suficiente para explicar un acto suicida sino que generalmente hay varios factores de riesgo que actúan acumulativamente aumentando la vulnerabilidad.

Distingue cuatro grupos de factores de riesgo (OMS, 2014):

- Sistémicos y sociales: barreras en el acceso a la atención sanitaria; estigma asociado a la búsqueda de ayuda; acceso a métodos para suicidarse; difusión inapropiada en medios de comunicación y redes sociales.

- Comunitarios: desastres, guerras y conflictos; estrés por desplazamiento y aculturación; discriminación; traumas o abuso.
- Relacionales: sentido de aislamiento y falta de apoyo social; conflictos en las relaciones, disputas o pérdidas.
- Individuales: intento de suicidio previo; trastornos mentales; consumo nocivo de alcohol y otras sustancias; pérdidas de trabajo o financieras; desesperanza; dolor crónico; antecedentes familiares de suicidio; factores genéticos y biológicos.

A su vez, varios autores aluden a un conjunto de factores de riesgo sociodemográficos, tales como el sexo, la edad, el nivel socioeconómico y el estado civil. De acuerdo a estos factores las personas que presentan mayor riesgo son los hombres, los jóvenes entre 15 y 29 años y los adultos mayores, las personas desempleados, con dificultades económicas y con bajo nivel educativo, y el hecho de vivir solo, independientemente del estado civil (S. Gómez, 2013; Echávarri et al., 2015; Echeburúa, 2015).

Respecto a los *factores de protección*, referidos a aquellos aspectos que disminuyen la probabilidad de ocurrencia del comportamiento suicida mitigando el efecto de la exposición a los factores de riesgo (Brás, 2013), la OMS (2014) propone tres grandes grupos:

- Sólidas relaciones personales
- Creencias religiosas o espirituales: su valor protector se debe al acceso a una comunidad socialmente cohesiva con un conjunto compartido de valores. Sin embargo, muchas creencias religiosas pueden contribuir al estigma del suicidio desalentando la búsqueda de ayuda.
- Estrategias prácticas positivas de afrontamiento y bienestar como modo de vida: estabilidad emocional, optimismo, buena autoestima, capacidad de resolver problemas y buscar ayuda.

2.5 Experiencia de hospitalización e intentos de suicidio

Pascale y Ávila (2007) señalan que la experiencia de hospitalización es un fenómeno complejo que implica procesos médicos, psicológicos, emocionales y familiares, cuyos efectos exceden sus objetivos originales, es decir, el diagnóstico y el tratamiento del evento que aqueja al paciente.

La experiencia de hospitalización le exige al paciente enfrentarse a una serie de situaciones nuevas tales como la ruptura temporal de su cotidianidad (su casa, su familia, su trabajo); la pérdida de privacidad (debe compartir su habitación con

personas desconocidas, desnudarse ante otras personas, ser tocado por enfermeros y médicos); el cambio de hábitos alimenticios y de horarios; y el tener que escuchar un lenguaje técnico que generalmente desconoce. A estas situaciones suelen agregarse otras aún más estresantes como el aislamiento forzado, los exámenes médicos dolorosos y la despersonalización (ser considerado un número de cama o un ejemplo de una determinada patología). En este sentido, cuando no se respeten los límites y decisiones del paciente, la hospitalización puede dar lugar a situaciones invasivas o abusivas (Zas, 2016).

La doble condición de estar enfermo y haber sido hospitalizado aumenta la vulnerabilidad a los estímulos provenientes del entorno, especialmente a las relaciones que se establecen durante la internación. Es habitual que el sujeto vea afectada su autoestima, se produzcan cambios emocionales intensos y aparezcan manifestaciones de ansiedad, miedo, ira o depresión (Burgos y Paravic, 2003; Zas, 2016). A su vez, la pérdida de control sobre la propia vida y la exposición al dolor propio y de los otros muchas veces estimula reflexiones y balances personales (Parrello y Osorio, 2013).

El bienestar del paciente hospitalizado dependerá de la eficiencia de los procedimientos y de la calidad técnica, lo cual supone una atención individualizada, oportuna y competente, incluyendo la transmisión de información veraz y en términos comprensibles; así como también de la calidez del trato recibido por parte del personal, es decir, un trato amable, respetuoso y reconfortante, centrado en las necesidades del paciente (Moreno e Interrial, 2012).

Por su parte, la hospitalización psiquiátrica tiene la particularidad del encierro y el aislamiento, ya que por cuestiones de seguridad suele estar apartada del resto del hospital y se rige por normas muy estrictas. Todo esto conlleva una percepción negativa por parte de los pacientes, especialmente cuando sienten que la internación no tiene una justificación clara, lo cual sucede a menudo cuando hay escasa conciencia de enfermedad (Pascale y Ávila, 2007).

A su vez, la experiencia de internación psiquiátrica conlleva siempre algún nivel de estigmatización, y en este sentido se acompaña de estereotipos, prejuicios y actitudes discriminatorias que afectan la autoimagen y la forma en que la persona es vista por su entorno. De todas maneras, la estigmatización suele ser mucho menor cuando la internación tiene lugar en una unidad de psiquiatría de un hospital general, a diferencia de lo que sucede en las internaciones en hospitales psiquiátricos (Cazzaniga y Suso, 2015).

Respecto a los pacientes hospitalizados por IAE, Gutiérrez (2014) señala que es fundamental ofrecerles un ambiente cálido, confortable y seguro, ya que después de un intento de suicidio es habitual que se encuentren en un estado de extrema fragilidad. Una asistencia adecuada requerirá de un abordaje integral, visualizando al paciente como parte de un determinado contexto socio-familiar y atravesado por ciertas circunstancias vitales que le generan sufrimiento y lo llevan al deseo de quitarse la vida. En este sentido, deben contemplarse todos los aspectos - biológicos, emocionales, cognitivos, actitudinales y relacionales - que de una manera u otra hacen vulnerable al sujeto, siendo fundamental el trabajo en equipos multidisciplinarios y la educación continua de los profesionales de la salud mental en temáticas clave como el suicidio. La hospitalización es una instancia clave para apuntalar al paciente en la reconstrucción y resignificación de su modo de vivir, favoreciendo el logro de una mayor autonomía, y acompañándolo en la elaboración de un plan de cuidados a futuro que incluya la continuidad del tratamiento en otros servicios extrahospitalarios.

CAPÍTULO 3.- Aproximación a las experiencias subjetivas de los sujetos con IAE desde un enfoque narrativo

Una serie de preguntas sobre las experiencias subjetivas de los sujetos con IAE guiaron la presente investigación: ¿qué supone para el sujeto el IAE? ¿qué pasaba antes de realizarlo? ¿qué circunstancias de vida se asocian al IAE y cuáles son los motivos que lo llevaron a realizarlo? ¿el sujeto percibe algún cambio a partir de este episodio, y en ese caso, en qué consiste dicho cambio? Y finalmente, ¿cuál es la vivencia del sujeto respecto a la experiencia de hospitalización?

El objetivo principal de la presente investigación consiste en explorar las narrativas de los sujetos con IAE a partir de los relatos que ellos mismos construyen en relación a la problemática, apuntando a conocer los desencadenantes y las circunstancias que se asocian al episodio y el significado que éste adquiere para el sujeto en el contexto de su historia singular. Se intenta realizar una aproximación a la posición subjetiva que subyace en cada caso. También interesa conocer la percepción de cambio subjetivo a partir de esta experiencia y los efectos de la experiencia de internación hospitalaria.

Hjelmeland y Knizek (2010) señalan la importancia de comprender el significado que el comportamiento suicida tiene para el sujeto, haciendo énfasis en la importancia de comprender y no sólo de explicar el fenómeno como lo hacen los estudios cuantitativos. Éstos, en su mayoría, se centran en la búsqueda de las causas del comportamiento suicida en términos lineales causa-efecto, pudiendo resultar en un abordaje reduccionista respecto a una problemática muy compleja. Los enfoques cualitativos, en cambio, apuntan a entender el significado que el comportamiento suicida tiene para cada sujeto en su contexto singular, enriqueciendo la comprensión de la temática. A pesar de sus diferencias ambos enfoques se complementan y pueden enriquecerse mutuamente.

Tomando en cuenta que cada persona tiene su verdad y que ésta surge de su experiencia, la cual no puede ser verdadera o falsa sino que consiste en una experiencia genuina para esa persona, se entiende pertinente indagar acerca de las narrativas que los sujetos con IAE construyen en relación a esta problemática, rescatando su voz, su historia y su sufrimiento singular.

La pregunta sobre la posición subjetiva busca indagar sobre las posibilidades que cada sujeto tiene de dar cuenta sobre lo sucedido. Refiere a la posición que toma cada uno en relación al IAE. Las posiciones subjetivas se pueden aprehender a través de ciertos significantes en los enunciados de los entrevistados (Bentancur, 2013). Se

parte del decir sobre el padecer que los ha llevado a realizar el IAE para aproximarnos a la posición subjetiva respecto a ellos (Quesada, 2004).

Interesa observar la singularidad de cada caso, al mismo tiempo que se busca conocer si hay aspectos en común que puedan orientarnos sobre la existencia de un posicionamiento subjetivo característico en las personas que han realizado un IAE.

3.1 Enfoque cualitativo

Se trata de un estudio de tipo exploratorio y descriptivo en base a una metodología cualitativa. A partir de las interrogantes planteadas como preguntas-problema, así como de las dimensiones teóricas del objeto de estudio, se considera que una estrategia metodológica cualitativa es la más pertinente para dar cuenta de los objetivos propuestos.

Al decir de Whittemore, Chase y Mandle, citados por Vasilachis (2006), la investigación cualitativa es contextual y subjetiva, privilegia la profundidad sobre la extensión e intenta captar los matices sutiles de las experiencias. El interés recae en la forma en que el mundo es experimentado y comprendido, en el contexto, en la perspectiva de los participantes, sus significados, sus conocimientos y sus relatos. Se centra en la práctica real, situada, y se basa en un proceso interactivo entre el investigador y los participantes.

La investigación cualitativa se interesa por la vida de las personas, sus comportamientos, sus acciones e interacciones, sus perspectivas subjetivas, sus historias, narrativas y descripciones de las experiencias, a los cuales interpreta de acuerdo al contexto particular en el que tienen lugar (Vasilachis, 2006).

Según Maxwell (1996), la metodología cualitativa responde a cinco posibles finalidades a partir de las cuales podemos comprender su especificidad:

- La comprensión del significado presente en los propios sujetos del estudio, sus afectos, intenciones, cogniciones, perspectivas.
- La comprensión del contexto dentro del cual actúan los participantes.
- La comprensión de los procesos dentro de los cuales se desarrollan las acciones y acontecimientos que serán analizados.
- La posibilidad de generar explicaciones causales a partir de métodos orientados al caso de interés.
- La caracterización e indagación de dimensiones de análisis no contempladas previamente a la hora de construir el problema.

La metodología cualitativa adhiere a los postulados del paradigma interpretativo privilegiando “lo profundo sobre lo superficial, lo intenso sobre lo extenso, lo particular sobre las generalidades, la captación del significado y del sentido interno, subjetivo, antes que la observación exterior de presuntas regularidades objetivas” (Vasilachis, 2006, p. 49).

En los diseños narrativos son de interés las personas en sí mismas y su entorno. Se recolectan datos sobre experiencias para describirlas y analizarlas. Los datos pueden obtenerse de biografías, entrevistas y materiales personales, entre otros, y pueden referirse a toda la historia de vida, a un pasaje de dicha historia o a un episodio puntual. Los estudios narrativos pueden dividirse en: biográficos, autobiográficos y de tópicos (enfocados en una temática, suceso o fenómeno). El investigador describe y reconstruye la historia de la persona o los sucesos, e identifica categorías y temas que emergen de los datos narrativos (Salgado, 2007).

Según Flick (2007), la narración proporciona un marco en el que las experiencias se pueden localizar, presentar y evaluar. Esta manera cotidiana de interpretar y construir se utiliza, en la situación de entrevista, para transformar las experiencias en un mundo simbólico, a partir del cual éstas se reinterpretan. Así, el relato biográfico se transforma en una presentación mimética de las experiencias, que se construyen en forma de narración con este propósito, en la entrevista. La noción de mimesis se refiere a la transformación de los mundos en mundos simbólicos, pudiéndose identificar elementos miméticos en la transformación de la experiencia en narraciones.

La narrativa constituye la mejor forma de acceder a la experiencia del otro; es la forma a través de la cual la experiencia es representada, re-contada y comunicada. Los eventos vividos son provistos de significado y ordenados según el sentido que tienen para quien los narra (Recoder, 2011).

La investigación narrativa ofrece al campo de la Psicología una forma de representar y reproducir dramáticamente los eventos vitales, centrando su atención en la interpretación y comprensión profunda de experiencias y significados que están presentes en las historias que se cuentan.

La experiencia de narrar, a su vez, ayuda a comprender y contener las tensiones, sorpresas e incoherencias de la experiencia real; sin embargo, a pesar de que al narrar se puede lograr que una experiencia sea más manejable, la oportunidad para la ambigüedad es mantenida porque la narrativa permite, simultáneamente, la reinterpretación y el resurgimiento de la experiencia desde distintas perspectivas (Robinson & Hawpe, 1986). (Domínguez y Herrera, 2013, p. 634)

Respecto al enfoque cualitativo que se le da al presente estudio, cabe señalar los aportes de Hjelmeland y Knizek (2010), quienes abogan por el desarrollo de investigaciones cualitativas en el campo de la suicidología, señalando que en los últimos años la mayoría de las investigaciones se han centrado en las explicaciones y las relaciones causa-efecto, agrupándose en tres grandes corrientes: epidemiología, neurobiología y pruebas controladas aleatorias. Plantean que estos estudios podrían enriquecerse con aportes de investigaciones cualitativas, enfocadas en la comprensión del fenómeno, capaces de tomar al individuo en su totalidad y en relación a su contexto, “lo cual es necesario si queremos entender por qué esa persona en ese momento particular de su vida está considerando o de hecho ha realizado un acto suicida” (p. 77).

3.2 Entrevistas en profundidad

La técnica seleccionada para recabar información en este estudio fue la entrevista en profundidad. Con esta técnica se busca reconstruir los relatos vitales en relación a un episodio en particular, en este caso el IAE.

Según Taylor y Bogdan (1987), las entrevistas en profundidad permiten esclarecer la experiencia humana subjetiva, ver el mundo a través de los ojos del entrevistado e introducirse en sus experiencias (p. 106). Mediante las entrevistas el investigador logra aprehender lo que es importante para los informantes: de qué modo se ven a sí mismos y a su mundo. En el entendido de que no es posible acceder a la verdad *per se*, el interés recae en las perspectivas personales, intentando obtener una traducción más o menos honesta del modo en que los informantes se ven a sí mismos y a sus experiencias (p. 126). Se pretende descubrir la más amplia gama posible de perspectivas de las personas en las que se está interesado, hasta que se llega a un punto en el cual las entrevistas con nuevos informantes “no producen ninguna comprensión auténticamente nueva”, esto es, se cumple el criterio de saturación (p. 108).

3.3 Técnica para el análisis de datos

Los métodos de análisis de datos no son neutrales sino que reflejan cierta concepción acerca de los sujetos, así como ciertas suposiciones teóricas, epistemológicas y ontológicas (Vasilachis, 2006).

Taylor y Bogdan (1987) proponen un enfoque de análisis en etapas progresivas: una primera fase de descubrimiento donde se identifican temas y se desarrollan conceptos; una segunda fase de codificación de datos y refinamiento de la comprensión del tema; y una tercera fase de relativización de los datos donde se los interpreta en el contexto en que fueron recogidos, lo que implica tener en cuenta los preconceptos y la influencia del observador sobre el escenario estudiado.

Este estudio se realizó en base al *análisis de contenido categorial*, siguiendo los siguientes pasos: se tomaron los datos textuales de las entrevistas, se los descompuso en unidades (codificación) y se los agrupó en categorías de acuerdo al criterio de analogía, esto es, considerando las semejanzas en función de los objetivos de investigación.

Esta última etapa (categorización) permitió organizar las unidades obtenidas en la etapa de codificación con el fin de lograr una imagen condensada de los datos. Cabe destacar que el análisis de contenido categorial supone la realización de inferencias, es decir, interpretaciones a partir de los datos manifiestos a fin de obtener un significado que sobrepase esos datos (Vázquez, 1996).

Bardin (1986) establece que la categoría constituye una unidad de análisis, cuyo criterio es de naturaleza semántica. Clasificar la información en categorías tiene como objetivo simplificar los datos brutos. Al respecto, expresa lo siguiente:

La categorización es una operación de clasificación de elementos constitutivos de un conjunto por diferenciación, tras la agrupación por género (analogía), a partir de criterios previamente definidos. Las categorías son secciones o clases que reúnen un grupo de elementos (unidades de registro en el caso del análisis de contenido) bajo un título genérico, reunión efectuada en razón de los caracteres comunes de estos elementos (Bardin, 1986, p. 90).

Clasificar elementos en categorías, entonces, es buscar lo que éstos tienen en común. Se trata en definitiva, de organizarlos. La categorización es un proceso de naturaleza estructuralista el cual supone dos momentos: el inventario (aislar los elementos) y la clasificación, los cuales fueron contemplados y respetados en esta investigación en orden de realizar el análisis correspondiente.

Respecto a las categorías que se establecieron para el análisis de las entrevistas en la presente investigación fueron:

- 1) Percepción del entrevistado acerca de su vida antes del IAE, incluyendo los eventos vitales significativos -recientes y remotos- y los motivos para realizar el IAE.

- 2) Intencionalidad del IAE.
- 3) Evaluación del episodio.
- 4) Experiencia de hospitalización y dimensión prospectiva.

3.4 Población

Los participantes de la presente investigación fueron personas que por motivo de haber realizado un IAE estaban hospitalizados en la sala de psiquiatría de un Hospital General. La elección de este servicio de salud para el desarrollo de la investigación se debe a un factor de orden práctico, dada la accesibilidad al mismo por haber trabajado durante un año y medio en calidad de Residente de Psicología.

Se trata de un hospital público que funciona bajo la órbita de ASSE. Es un hospital general que cuenta con una sala de psiquiatría con capacidad para albergar hasta 10 pacientes (5 hombres y 5 mujeres). No cuenta con medidas de seguridad como en el caso del Hospital Vilardebó, por lo que sólo se internan pacientes que se considera no suponen peligro para sí mismos o para terceros. En esta sala son frecuentes las internaciones por IAE.

Para este estudio se entrevistó a un conjunto lo más heterogéneo posible de pacientes en términos de sexo, edad y diagnóstico psiquiátrico, teniendo en cuenta como criterios de exclusión aquellas condiciones que pudiesen impedir la realización de las entrevistas (presencia de confusión y de deficiencias intelectuales y neurológicas que suponen dificultades cognitivas o expresivas), así como pacientes menores de edad debido a que son un número mínimo de las internaciones que se realizan en esta sala. Se consideró de fundamental importancia antes de realizar las entrevistas que los pacientes estuvieran compensados según la evaluación del médico tratante.

Se entrevistaron un total de doce pacientes. Se consideró el criterio de saturación teórica, esto es, que los datos recabados en las nuevas entrevistas no aportarían información novedosa a los fines de la investigación. Al inicio del estudio se estimó que serían entrevistados entre 10 y 15 pacientes, por lo que se cumplió con el número estimado que estaba previsto.

Para acceder a los sujetos posibles de participar en la investigación se mantuvo contacto regular con el equipo de sala de psiquiatría, a fin de conocer si habían pacientes ingresados por IAE, si cumplían con los criterios de inclusión para el estudio y si se encontraban en situación de compensación clínica para participar de las entrevistas.

Se utilizó un guión de entrevista (ver Anexo 2). Las entrevistas fueron audio-grabadas con previa autorización de los informantes y luego fueron transcritas a texto.

3.5 Descripción del trabajo de campo

El trabajo de campo se llevó a cabo entre setiembre de 2016 y junio de 2017. Estaba previsto realizarlo antes pero debido a que la sala de psiquiatría estuvo cerrada por reformas el cronograma de trabajo debió ser modificado. Tal como estaba previsto, se mantuvo contacto telefónico con el personal de la sala para estar al tanto de los posibles ingresos por IAE. En más de una oportunidad se concurrió al centro sin poder llevar a cabo la entrevista por diferentes motivos, ya sea porque el paciente se negó a ser entrevistado o porque estaba imposibilitado desde el punto de vista médico. En todos los casos las entrevistas se llevaron a cabo en un ambiente de privacidad, estando presentes únicamente la investigadora y el entrevistado. En cada instancia se procedió de acuerdo a lo pautado, iniciando la entrevista con la lectura del consentimiento informado, donde se informaba al participante sobre la investigación y luego se encendía el grabador para dar inicio a la entrevista propiamente dicha. Cabe señalar que en todos los casos la investigadora tuvo acceso a información clínica de los pacientes a entrevistar, proporcionada por los médicos tratantes y autorizada por la jefa de sala.

PLANILLA ENTREVISTADOS (1ª PARTE)				
Pseudónimo	Edad	Ocupación	Nivel educativo	Tratamiento psicológico y/o psiquiátrico previo
1. Daniela	31	Desocupada	Secundaria incompleta	No
2. Valeria	36	Trabajo informal	Primaria incompleta	Ha iniciado tratamiento psicológico y psiquiátrico pero no logra sostenerlo
3. Rafael	18	Empleado	Ciclo básico aprobado	No
4. Delia	63	Empleada	Secundaria	No

			incompleta	
5. Mario	32	Desocupado. Recibe pensión	Primaria completa	Si
6. Roberto	74	Jubilado	Ciclo básico	No
7. Verónica	40	Desocupada	Secundaria completa	Ha estado en tratamiento psicológico y psiquiátrico aunque de forma irregular.
8. Camila	19	Estudiante	Estudiante universitaria	A los 14 años inicia tratamiento psicológico y psiquiátrico, que abandona al poco tiempo. Reciente-mente retoma tratamiento psicológico y psiquiátrico.
9. Hugo	72	Pensionado por enfermedad (ACV)	Ciclo básico incompleto	Hace 8 años, inició tratamiento psiquiátrico, que abandonó hace 2-3 años.
10. Noelia	21	Desocupada	Secundaria incompleta	IAE a los 14 años. Estuvo 10 días internada. Realizó tratamiento psicológico y psiquiátrico, que abandonó. Hace un año reinicia tratamiento psiquiátrico y psicológico.
11. Cecilia	20	Desocupada	Primaria completa	Derivada a psiquiatra en múltiples oportunidades por conducta autoagresiva pero nunca realizó tratamiento.
12. Sebastián	24	Trabajo informal	Secundaria incompleta	No

PLANILLA ENTREVISTADOS (2ª PARTE)

Pseudónimo	IAE previos	Características del	Observaciones y diagnóstico
-------------------	--------------------	----------------------------	------------------------------------

		IAE	psiquiátrico que recibe en la sala
1. Daniela	No	Ingesta de psicofármacos (5 comprimidos de diazepam y 3 de alprazolam). Avisa a su pareja, quien la asiste.	Humor en menos de 2 meses de evolución, desánimo, desgano, clinofilia, anhedonia. En los últimos días episodios de palpitaciones, temor a morir, disconfort torácico.
2. Valeria	IAE con psicofármacos a los 12 años	Ingesta de psicofármacos (aprox. 50 comprimidos de levomepromazina, valproato y quetiapina). Concomitantemente consumo de PBC.	Trastorno por dependencia de PBC. Estuvo internada para desintoxicación 13 días en esta sala, al día siguiente del alta realiza IAE.
3. Rafael	No	IAE con arma de fuego en contexto de intoxicación e impulsividad. Se traslada con ayuda de su padre a policlínica	Trastorno por dependencia de cocaína y marihuana, de 2 años de evolución, con aumento de consumo reciente. No ha logrado abstinencia.
4. Delia	IAE hace 3-4 años aprox.	Ingesta de soda cáustica. IAE sin desencadenante puntual, no toma precauciones, no rectifica.	Sintomatología depresiva de larga data, sentimientos de soledad, tristeza, anhedonia, clinofilia, hipersomnia, ideas de muerte. Diagnóstico: trastorno depresivo mayor.
5. Mario	Múltiples IAE previos	IAE por ahorcamiento, impulsivo	Esquizofrenia, trastorno por dependencia de PBC. Abandono de medicación habitual.
6. Roberto	No	Ingesta de medicación (20-30 comprimidos de Warfarina).	IAE en contexto de episodio depresivo mayor. Cursa duelo por fallecimiento de su esposa hace 1

			año.
7. Verónica	Múltiples IAE impulsivos con psicofármacos en los últimos 7 años. 3 internaciones psiquiátricas en el último año, todas por IAE.	IAE con psicofármacos (aproximadamente 80 comprimidos). Consulta en policlínica de su zona inmediatamente después. Ha tenido episodios similares en el último año.	Sintomatología depresiva de larga data. Baja tolerancia a la frustración y mal manejo de angustia y estresores. Inestabilidad afectiva. Diagnóstico: trastorno de personalidad borderline, trastorno depresivo recurrente.
8. Camila	Un IAE previo a los 14 años	Gesto suicida. Ingesta de psicofármacos (3 comprimidos de clonazepam). Toma 2 comprimidos por su cuenta para dormir y más tarde su madre le da un tercer comprimido que era el que estaba previsto que tomara según indicación médica.	Ataques de pánico Trastorno depresivo mayor. Gesto suicida.
9. Hugo	Hace 8 años IAE con psicofármacos Estuvo internado en hospital Vilardebó.	IAE con psicofármacos (60 comprimidos aprox.)	Desganado. Ideas de muerte crónicas. No rectifica IAE. Diagnóstico: episodio depresivo mayor. Rasgos acentuados grupo B (histriónicos y narcisistas).
10. Noelia	Múltiples IAE previos con psicofármacos Primer IAE a los 14 años. Múltiples gestos	IAE con cortes, impulsivo. Su madre la asiste y llama a la emergencia.	Trastorno por consumo de múltiples sustancias con patrón de dependencia (marihuana y cocaína) hace 3 años. Uso experimental de otras drogas (ketamina, LSD).

	suicidas (ingesta de psicofármacos y cortes).		Personalidad rasgos grupo B.
11. Cecilia	Múltiples gestos suicidas con fármacos y cortes.	IAE por ahorcamiento, en contexto de duelo por suicidio de su hermano hace un mes atrás. IAE grave (cae por rotura de cuerda). Pide ayuda a su padre, quien la acompaña a emergencia.	-----
12. Sebastián	No	IAE por ahorcamiento, impulsivo, en contexto de intoxicación alcohólica	Policonsumo (alcohol, marihuana, cocaína, PBC, éxtasis, cristales, LSD). Episodios de agresividad durante la intoxicación.

3.6 Consideraciones éticas

De acuerdo a lo establecido por el Decreto CM/515 de 04/08/2008 del Poder Ejecutivo referido a la Investigación con Seres Humanos, para la presente investigación se utilizaron los procedimientos para asegurar a los sujetos el anonimato y la confidencialidad, se utilizó el consentimiento libre e informado, y se ponderaron los riesgos y beneficios apuntando a evitar los daños previsibles.

Cada uno de los sujetos que participó en la investigación recibió por escrito los detalles del estudio en el cual se los invitó a participar. Esta nota consistió en un consentimiento libre e informado (ver Anexo 1), que cada sujeto debió firmar en caso de aceptar participar del estudio. En el mismo se aclaraba que se preveía la posibilidad de que el sujeto se negara a participar o desistiera de continuar

participando del estudio en cualquier momento del proceso en el que se encontrara, sin que esto implicase ningún tipo de desmedro en la atención que estaba recibiendo.

El documento de consentimiento libre e informado diseñado para la presente investigación fue aprobado por el Comité de Ética del hospital donde se llevó a cabo el trabajo de campo y por el Comité de Ética de la Facultad de Psicología (Udelar) en julio de 2015.

Fue prevista la realización de las entrevistas en un espacio que garantizara la privacidad de los pacientes. También se garantizó la confidencialidad de la información brindada en las entrevistas, para lo cual se utilizaron seudónimos y se modificaron datos relevantes que pudiesen develar la identidad del sujeto, incluyendo la identificación del Hospital General donde se llevó a cabo el trabajo de campo. Además, los datos recabados (audio y transcripción de las entrevistas) fueron archivados en una computadora personal a la que solamente la investigadora tiene acceso.

Respecto a la ponderación de riesgos, se trata de personas en situación de vulnerabilidad por las características del momento vital que atraviesan (IAE reciente y hospitalización psiquiátrica). Por lo tanto, fue previsto que pudiesen sentirse movilizadas por la situación de entrevista, en la cual se les solicitó hablar de un acontecimiento que términos generales se considera penoso.

Ante estas circunstancias se contempló la realización de las entrevistas cuando la evolución clínica así lo permitiera, lo que fue determinado por el médico tratante. Esto se propuso como una forma de garantizar la atención inmediata en caso de movilización ante las entrevistas realizadas. Al estar internados, los sujetos cuentan con el apoyo del equipo médico de la sala.

Por otra parte, se consideró como eventual beneficio para los pacientes, la posibilidad de recibir contención y ser escuchados, así como se aspiró a facilitar el proceso de elaboración respecto a la situación traumática. Esto se entiende como una forma de intervención psicológica, que brinda la posibilidad de exteriorizar y resignificar el dolor vivenciado. Además, se realizaron recomendaciones generales, tales como la importancia de adherir al tratamiento, y se ofreció a los participantes un espacio de escucha luego de realizada la entrevista si así lo solicitan, a cargo de un psicólogo integrante del equipo de sala.

CAPÍTULO 4.- Escuchando la voz de los protagonistas: qué nos dicen acerca de la experiencia del IAE

Para el análisis de las entrevistas se establecieron cuatro grandes categorías en función de dos criterios: responder a los objetivos de la investigación y contemplar los aspectos más relevantes que surgieron espontáneamente en las entrevistas. A su vez, cada una de estas cuatro categorías se compone de una serie de subcategorías que se detallarán más adelante y que permiten mostrar en forma clara y detallada los aspectos más relevantes del material recabado.

La categoría 1, “El porqué del IAE: motivos y circunstancias de vida”, refiere a la percepción del entrevistado acerca de su vida antes del IAE, incluyendo los eventos vitales significativos -recientes y remotos- y los motivos para realizar el IAE.

La categoría 2, “El para qué del IAE: multiplicidad y ambigüedad de las intenciones”, contempla aspectos significativos surgidos espontáneamente en las entrevistas referidos a la cuestión de la intencionalidad. La categoría 3, “El después del IAE: la evaluación del episodio”, responde a los objetivos de indagar acerca del significado que el IAE adquiere para el sujeto en el contexto de su historia singular y acerca de la percepción de cambio subjetivo que puede haber tenido lugar a partir de esta experiencia.

Finalmente, la categoría 4, “La experiencia de hospitalización y de cómo sigue la vida después de un IAE”, responde al objetivo de explorar los efectos de la experiencia de internación hospitalaria y contempla aspectos surgidos espontáneamente en las entrevistas respecto a los proyectos a futuro (dimensión prospectiva).

4.1 El porqué del IAE: motivos y circunstancias de vida

Comprende las circunstancias de vida y las vivencias que éstas generan en cada entrevistado. Se incluyen los eventos vitales significativos, es decir, los acontecimientos relevantes en la historia de vida del sujeto, tanto remotos como recientes, que inciden en la mirada que éste ha construido acerca de sí mismo y de cómo es su vida, convirtiéndose en el telón de fondo del escenario donde finalmente tiene lugar el IAE. En algunos casos los eventos vitales significativos aparecen además como motivos para realizar el IAE. Se distinguen las siguientes subcategorías:

- **Experiencia de dolor psicológico.** Abarca un conjunto de sensaciones y vivencias que impregnan la vida antes del IAE: sensación de tener una mala vida,

malestar de larga data, sensación de desborde, cansancio y/o frustración ante situaciones vitales estresantes, dificultad para resolver sus problemas, sensación de estar deprimido o angustiado, tendencia a aislarse, deseo de dormir o desaparecer para evadir la realidad. Estas sensaciones suelen estar asociadas a ciertas circunstancias de vida que se describen en las subcategorías siguientes: malestar a nivel vincular, experiencias de pérdida y el consumo de drogas como problemática vital.

- **Malestar a nivel vincular:** comprende narrativas sobre relaciones distantes y/o conflictivas con familiares cercanos, incluyendo dificultades en la convivencia y situaciones de violencia intrafamiliar; así como también la exposición de un conjunto de sentimientos como soledad, falta de soporte familiar, sensación de no ser importante para los demás o bien de ser una carga para ellos.

Cabe señalar que dentro de los vínculos significativos también aparecen referencias a relaciones gratificantes con al menos un familiar cercano, destacándose la relación con niños (hijos, sobrinos, etc.), quienes cumplen una función de sostén en momentos difíciles.

- **Experiencia de pérdida:** se destaca la pérdida de seres queridos (por muerte o distanciamiento) y la añoranza de vínculos afectivos importantes. En algunos casos se observa una historia de pérdidas significativas, incluyendo la pérdida de familiares por suicidio. También ocupan un lugar importante las pérdidas de orden económico con la consiguiente disminución del nivel de vida.

- **El consumo de drogas como problemática vital** y como aspecto directamente vinculado al IAE, observándose sentimientos de enojo, frustración e impotencia por no poder dejar de consumir y por haberse fallado a sí mismo y a otros respecto a la promesa de no volver a consumir.

- **Ideación y/o comportamiento suicida previo**, abarca desde ideas de muerte y gestos suicidas como heridas auto-infligidas e ingesta de medicación hasta IAE previos.

Otros aspectos que se destacan dentro de esta primera categoría y que no están comprendidos en las subcategorías anteriores son las limitaciones asociadas a la presencia de patología física o mental (ACV, esquizofrenia, depresión), las dificultades para sostener actividades laborales o académicas y la alusión a antecedentes de tratamiento psiquiátrico y/o psicológico.

4.1.1 Experiencia de dolor psicológico insoportable o dolor psíquico irrepresentable

Dentro de esta categoría se incluyen las referencias a un conjunto de vivencias dolorosas que reflejan un intenso malestar y ocupan un lugar importante en la vida previa al IAE, llegando a aparecer en algunos casos como el motivo principal para realizar el intento. Desde un punto de vista fenomenológico estas vivencias se asemejan a la noción de *psychache* que refiere Shneidman, mientras que desde el punto de vista del psicoanálisis pueden ser entendidas como un dolor psíquico irrepresentable al cual se intenta poner fin a través de la acción.

A continuación se muestran algunos extractos de las entrevistas referidos a este tipo de vivencias, que se expresan principalmente en términos de vacío, soledad, cansancio, encierro, opresión, desborde y desesperación.

- *“No sé, no sé qué más hacer, llega un momento que no... No sé, no sé qué hacer... y siento que... no sé, que voy a explotar, hay veces que me siento encerrada. (...) es como que me quedo oprimida y no sé cómo... qué hacer, no sé... (...) El tema es que se junta todo, yo entre que no consigo trabajo, que no sé cómo pagar las cuentas, que no sé cómo hacer para hacer todo lo que tengo que hacer... (...) No sé qué hacer, no sé cómo solucionar mis problemas, no sé hacer un montón de cosas que no... Yo fui madre muy joven, mi abuela me ayudó a criarlo un montón hasta que falleció, yo sé que se me complica ahora para cuidarlo, se me complica también si hoy o mañana consigo trabajo dejarlo solo y ver qué es lo que pueda pasar, lo que... No sé... Es demasiado para mí. (...) Yo sé que tengo 31 años, que tengo todo una vida por delante, lo entiendo, pero también tengo 31 años y viví tanta cosa que ya llega un momento que estoy cansada. (...) Llegan estos momentos que me desbordan y no sé qué hacer, y lo único que quiero es desaparecer, apagarme por completo. (...) Es como un cúmulo de cosas que... me están por explotar.”*
(Daniela, 31 años)
- *“Me cansó, me aburrí, de todo, de todo, ya no daba más. Ya no daba más, me cansé de trabajar para él (ex pareja). (...) Yo venía trabajando, trabajo en servicio de acompañante, también, no tenía horario de salida, no tenía horario de entrada, no tenía horario para descansar, no tenía un día de descanso, nada, trabajaba continuamente. Y me cansé, también me cansé. (...) Es horrible donde vivo, vos no sabés lo que es. (...) Y ahí fue toda la hecatombe, todo lo que pasó. (...) Es una habitación, un ambiente con un baño, el baño, y al lado está la cocina, la mesada y la canilla. Ahí no pasa agua. (...) Y así estoy. O sea que no sé, mucho dinero para nada. Porque está muy mal, no estoy nada bien. (...) el trabajo continuo, tenía demasiado trabajo, viajaba al interior, venía en el bus y ya me pasaban otro trabajo, otro servicio, todavía no había llegado a Montevideo... Y yo aceptaba todo, todo aceptaba. No sabía*

decir que no. Y bueno, y eso me empezó a agobiar, agobiar, agobiar, y realmente... (...) Ya no sentía, mi cuerpo se resistía, ya me estaba diciendo que estaba muy cansado. (...) La desesperación, la soledad, el cansancio de vivir, ¿viste cuando uno se cansa de vivir, no tiene por qué...?” (Delia, 63 años)

- *“Yo ahí ya estaba molesta, o sea, era un día que estaba, que no daba para más. (...) Y no sé, ahí me empecé a poner mal porque me empezó a pasar muchas cosas por la cabeza (¿?) Cosas como por ejemplo, no sé, cómo enfrentar la vida (...) Y es como que yo absorbo la angustia de todo el mundo, y no sé ayudarlos, y a su vez yo no sé cómo afrontar las cosas que vayan a pasar. (...) no sé, no entiendo, hay muchas cosas que no entiendo, es como que siento... ¿viste cuando sentís que te falta realmente el aire, que te caés a pedazos? Y ta, y me siento así. No quiero seguir así, por eso es que no quiero seguir, no quiero. No estoy, siento que no estoy preparada para enfrentar la vida, no me siento con fuerzas para enfrentar la vida, para enfrentar nada. No puedo.” (Camila, 19 años)*
- Respecto a su vida antes del IAE, Noelia relata: *“era todo un agobio, como si dijera totalmente estresante, dado que siempre estaba pensando en la idea de matarme, no me dejaba vivir esa idea, me costaba dormir aunque tomara la medicación, no sabía cómo responder socialmente, me costaba mucho crear vínculos”*. Cuando se le pregunta qué venía pensando desde hace un tiempo atrás en relación a la idea de quitarse la vida responde: *“que era un ente, que no hacía nada, que sólo estaba ahí para molestar según mis familiares, todo el mundo me reprochaba cosas, era como que no me dejaban vivir en paz, siempre tirándome la oreja digamos, entonces era como que ya basta, no quiero más esta vida, no quería salir a trabajar, no quería estudiar, tenía pánico social, pánico de salir a la calle, si salía a la calle era super dopada, y bueno, todo eso era como que no lo quería más.” (Noelia, 21 años)*

En estos relatos se observa un aspecto clave que caracteriza la vida antes del IAE: la sensación de desborde, también expresada en términos de cansancio, opresión, agobio o desesperación, ante una serie de problemas que no logran resolver. Este desborde se refleja en expresiones como “el cansancio de vivir”, “se junta todo”, “es un cúmulo de cosas que me están por explotar”, “es demasiado para mí”. Es interesante observar que estos problemas se remiten a dificultades inherentes a la vida cotidiana (la casa, el cuidado de los hijos, el trabajo), y sin embargo la vivencia es de absoluto desborde, llegando a pensar en el IAE como única salida. Aunque no siempre está en juego la intención de morir sino que a veces se busca evadir la realidad (apagarse, desaparecer) o se hace referencia a no querer más *esta* vida, expresiones que denotan el anhelo de cambiar de vida y no necesariamente de morir.

Prestar atención a estas vivencias subjetivas enriquece la comprensión de la problemática, pues el malestar que expresan las entrevistadas excede lo que podría

entenderse como su realidad objetiva. Quizás para un observador externo sus problemas no son tan graves, pero para ellas son intolerables. Todo esto nos lleva a pensar en la noción de dolor psicológico insoportable o *psychache* que plantea Shneidman (1993), haciendo énfasis en su carácter psicológico. Se trata de un dolor que habiendo llegado a cierto umbral, distinto para cada persona, se vuelve insoportable - como una suerte de agonía mental - pudiendo conducir al suicidio.

El *psychache* surge frente a necesidades psicológicas frustradas que la persona considera esenciales para seguir viviendo, siendo el suicidio la única salida posible frente a esa tensión. En el caso de los sujetos entrevistados algunas de estas necesidades insatisfechas podrían ser: sentirse acompañado y contenido, resolver ciertos problemas, realizar cambios deseados, encontrarle un sentido a la vida, entre otras. La constricción mental, referida a una visión restringida de las alternativas posibles para hacer frente al dolor, ocupa un lugar central en este modelo de comprensión del suicidio, y aparece en estos relatos expresado en términos de no saber qué más hacer, no encontrar otra solución a los problemas.

La sensación de desborde, de estar atrapado por las circunstancias y de no tener salida, así como la sensación de estar viviendo una situación insoportable que no se puede tolerar más y que lleva al sujeto a pensar en el suicidio como única alternativa, son aspectos que ya han sido señalados en estudios previos (Chantler, Burman, Batsleer y Bashir, 2001; Hjelmeland et al., 2002; Marulanda, Román y Arbeláez, 2011).

La vivencia de desborde y búsqueda desesperada de alivio también aparece en los relatos de Cecilia y Sebastián. En el primer caso la vida previa al IAE está marcada por un intenso dolor tras el suicidio de uno de sus hermanos, de 16 años de edad, hace un mes atrás; y en el otro caso el malestar se asocia al consumo de drogas y a la vivencia de tener una vida miserable y vacía.

- *“De repente me entré a poner nerviosa y quise fumar porque, o sea, yo me pongo muy nerviosa y necesito fumar un cigarro porque soy, estoy viciosa, demasiado. (...) Me senté un rato para ver si me calmaba, me tomé un vaso de agua, me senté para ver si me calmaba. Y entré a pensar muchas cosas, o sea, en el sentido de pensar en las cosas de mi hermano, empecé a pensar en lo que pasó cuando era chica, empecé a pensar cuando yo estaba en la calle, empecé a pensar muchas cosas, ¿viste cuando se te junta todo? Se me juntó todo. Me temblaba todo el cuerpo y sentía que mi corazón latía de una tal manera, y después de repente empecé a pensar en empastillarme...”* (Cecilia, 20 años)
- *“Estuve mamándome y llorando, tomando y llorando, tomando y llorando... porque me sentía solo. (¿?) Porque llamo a un amigo para hablar y no estaba nadie, llamo a otro amigo, no había nadie (...) Yo estaba re mamado, no sabía*

qué hacer. Mi abuelo me abrazó y yo estaba llorando. Después entró en mi cuarto y lo eché, lo eché y rompí todo mi cuarto, '¡salí de acá!'. Rompí todo mi cuarto. Si siempre estuve solo, siempre estuve solo (...) me siento solo, me siento vacío. (...) una vida miserable, que todo el día me drogo. Una vida vacía.” (Sebastián, 24 años)

El malestar en el relato de Valeria se asocia a la experiencia de pérdida y en el caso de Sebastián a un malestar de orden vincular y al consumo de drogas como problemática vital, aspectos que se desarrollan más adelante.

Sin embargo, antes de continuar, cabe hacer algunas apreciaciones sobre la cuestión del dolor desde el punto de vista psicoanalítico, especialmente en relación a la noción de un dolor psíquico irrepresentable que precipita a la acción.

En términos generales, Freud habla del dolor como una experiencia del origen que es inherente al humano, y en un sentido similar Lacan habla del dolor de existir, que es estructural y se articula a la imposibilidad de satisfacción plena del deseo: “a lo que nos confina pura y sencillamente el deseo (...) es a ese dolor de existir (Lacan, 1957-1958, p. 346)” (Fernández, 2012, p. 92).

En la teorización freudiana el dolor aparece asociado a una gran acumulación de energía en el aparato psíquico que produce una suerte de hemorragia interna, destacándose el carácter imperativo del dolor. A su vez, el dolor anímico podría ser equiparado al dolor físico, dado que la investidura traumática del objeto ausente crea las mismas condiciones económicas que la investidura de dolor del lugar lastimado del cuerpo (Migdalek, 2010).

Por su parte, Lacan habla de lo real del dolor, un dolor en estado puro, articulado al goce y sin símbolo que lo nombre. En la conferencia *Psicoanálisis y medicina* del 16 de febrero de 1966 señala:

Pues lo que yo llamo el goce, en el sentido en el que el cuerpo se experimenta, es siempre del orden de la tensión, del forzamiento, del gasto, incluso de la hazaña. Incontestablemente, hay goce en el nivel donde comienza a aparecer el dolor, y sabemos que es sólo a ese nivel del dolor que puede experimentarse toda una dimensión del organismo que de otro modo permanece velada (Assandri, 2007, p. 153).

Por otra parte, uno de los aportes más valiosos en relación a la noción de dolor psíquico proviene del psicoanalista argentino David Nasio (1996), quien trabaja en profundidad acerca de este concepto apuntando a darle el estatuto de concepto psicoanalítico. Destaca que el dolor es siempre un fenómeno límite, ya sea entre el cuerpo y la psique, entre el yo y el otro, o entre el funcionamiento regulado del

psiquismo y sus desarreglos (p. 23). El dolor psíquico está relacionado a la percepción de una tensión descontrolada, inmanejable, en un psiquismo perturbado. El displacer refleja el aumento de la tensión pulsional, el dolor representa un enloquecimiento de la cadencia pulsional, y da cuenta así de “un desarreglo profundo de la vida psíquica que escapa al principio de placer” (p. 27).

En cuanto a la relación entre dolor y suicidio, los autores brasileiros Cremasco y Brunhari (2009) plantean que en los sujetos que han intentado matarse es habitual la alusión a algo que causa sufrimiento, que muchas veces se manifiesta como tristeza o rabia aunque no se lo puede definir con precisión, no puede ser descrito con palabras, dejando en evidencia un desconocimiento en relación a dicho sufrimiento. Es un sufrimiento que alcanza tal magnitud que la propia muerte se convierte en la mejor solución: cuando el sufrimiento alcanza un auge, la acción surge como un basta. El sufrimiento no es cuestionado, es resuelto (pp. 805 y 806).

Como se observa, Cremasco y Brunhari no hablan de dolor sino de sufrimiento. Y efectivamente se trata de dos conceptos que varios autores se esfuerzan en distinguir. Por ejemplo, el filósofo argentino Kovadloff (2008) adjudica al dolor la cualidad de algo que avasalla al sujeto, mientras el sufrimiento sería la capacidad de hacer algo con ese dolor. Describe al dolor como un intruso, una presencia extraña y hostil que irrumpe en el sujeto. El sufrimiento, en cambio, es la aceptación de lo ineludible, el efecto del dolor asumido como propio, y tiene lugar cuando sobreviene una reinterpretación del dolor, cuando éste alcanza a tener significado y deja de ser pura realidad. Mientras que el dolor se impone con la prepotencia de la fatalidad, al sufrimiento se accede.

En esta misma línea, Isidoro Vegh señala que mientras el dolor toca algo de lo real, el sufrimiento supone un enlace con lo simbólico. Habría así un pasaje “de un dolor desamarrado a un dolor ya subjetivado, un dolor del que el sujeto se apropia dándole sentido” (Fernández, 2012, p. 90).

Nasio (1998) también hace referencia a la importancia de la capacidad de metaforizar, de otorgarle significado al dolor sin nombre. El dolor no tiene en sí mismo ningún valor de significación sino que es señal del impacto de un traumatismo. “Para aliviarlo debemos tomarlo como expresión de otra cosa, desprenderlo de lo real y transformarlo en símbolo, atribuir un valor simbólico a un dolor que, en sí mismo, es pura realidad, emoción brutal, hostil y extraña” (p. 21). Se trata del pasaje de un dolor inasimilable a un dolor simbolizado, pasaje que habilita el espacio analítico.

Tomando en cuenta estas diferencias, podemos decir que en los fragmentos de las entrevistas vistos más arriba lo que se observa es la presencia de un dolor no metabolizado, que avasalla al sujeto y lo empuja a la acción. Un dolor que lo desborda, que excede su capacidad de representación.

Ahora bien, aún queda por mencionar el relato de Valeria, que muestra la presencia de un malestar psicológico intenso que la desborda y que aparece como la antesala del IAE, y que además tiene la particularidad de mostrar los efectos mortíferos de las experiencias traumáticas.

La vida de Valeria está marcada por el consumo de drogas (pasta base) y el IAE aparece como respuesta ante el intento frustrado de dejar de consumir. A su vez, el consumo de drogas, que inicia a los 12 años, y también el primer IAE que realiza a esa edad, aparecen como respuesta al malestar que vivía por aquel entonces en relación a algunos episodios de violencia física y sexual, de los cuales responsabiliza a su madre, y que ubica como el inicio de su malestar actual:

- *“A veces la odio por las cosas que pasaron. (¿?) De esto fue el primer intento de suicidio mío. (¿?) Porque son dos. También con pastillas. Empieza de chiquita ya, el problema es de niño. (...) mi madre decidió quedarse con él, un tipo que tenía un carro con ruedas, una baranda y un caballo, que juntaba basura y comíamos basura. (...) Los mocos por acá, colchón pelado, olor a pichí, quinientos gurises durmiendo todos juntos. (...) El tipo se iba por ahí, dormíamos en un colchón en el piso con una pared rajada, un palo, y metíamos trapos así, y se llovía como afuera (...) el tipo se iba una, dos semanas por ahí, y nosotros comíamos hojitas de árbol, si no fuera por los vecinos... (...) Y de golpe llegaba la madrugada y el tipo tiraba todo, rompía todo, agarraba a mi madre de los pelos, le daba así, le destrozaba la cara. Yo me metía y decía ‘mi mamita no’, pero volaba contra las paredes. (...) Y ta, y un día estábamos... no había sido la primera vez, muchas veces hubo toqueteo, ¿viste?, muchas veces hubo toqueteo. (...) Entonces me acosté pa’ los pies como me acostaba. Y ahí me cinchó de un pie, y bueno, empezó a lamerme de los pies, de la punta de los pelos hasta la punta de los pies. Yo tenía nueve años, o sea, no tenía nada. (...) Yo quedé, imagínate, dolorida mal, triste, un dolor impresionante, destrozada, la vida mía se me destrozó total, ¡quería morir en ese momento! ¡Quería que viniera mi madre, quería salir corriendo, quería pero le tenía pánico! (...) No había lo que se ve ahora. Ahora se busca, se investiga. Ha cambiado, gracias a dios pa’ buenas. Lo mío quedó tapú. Quedó tapado. Y a mí se me desgració toda la vida.” (Valeria, 36 años)*

En este relato se observa la presencia de un exceso traumático que excede las posibilidades de procesamiento psíquico. Según plantea Freud en *Inhibición, síntoma y angustia* (1926) una situación traumática es una vivencia de desvalimiento del yo frente a una acumulación de excitación.

Macedo y Werlang (2007) proponen que en los sujetos con intentos de suicidio puede observarse el efecto de las experiencias traumáticas y la carencia de recursos que permitan representar y contener el dolor psíquico. Desde el punto de vista de la economía psíquica, lo traumático se relaciona con un exceso que desborda al sujeto, quedando éste impedido de procesarlo psíquicamente y dejando secuelas que explican su poder destructivo. El acto aparece como una vía de descarga para este exceso en el psiquismo (p. 193). Los efectos destructivos de las experiencias traumáticas dejan al sujeto preso en un tiempo que no pasa. Lo traumático resulta en la imposibilidad de tramitar psíquicamente el exceso a fin de encontrar por medio de una atribución de sentido otra posibilidad de resolver los conflictos. El impacto del trauma deja al sujeto a merced de lo irrepresentable, cuya fuerza impone un circuito de dolor incesante vía repeticiones que aprisionan y empobrecen la vida psíquica.

La relación entre experiencias traumáticas y suicidio ha sido establecida a través de numerosas investigaciones, en las cuales se sugiere que las experiencias infantiles adversas, especialmente el abuso físico y sexual, constituyen factores de riesgo de conducta suicida en el adulto (Kokoulina y Fernández, 2014). Para algunos autores el abuso sexual es el factor de riesgo más importante para intentos de suicidio (Goldsmith, Pellmar, Kleinman y Bunney, 2002). Una historia de abuso sexual en la infancia usualmente conlleva sentimientos de culpa y vergüenza, y está asociada a un mayor riesgo de suicidio en la adultez (Brodsky et al., 2009).

Las experiencias traumáticas tempranas también incluyen las situaciones de negligencia y de separación prolongada de los padres o cuidadores. El abuso y la negligencia están asociados a la dificultad en la autorregulación de los estados afectivos así como también a la tendencia a agredirse a sí mismo y a los otros (van der Kolk, Perry y Herman, 1991). También se ha constatado mayor riesgo de suicidio en aquellas personas que han sufrido trastorno por estrés postraumático. En este sentido, se señala que la exposición a eventos traumáticos no necesariamente se asocia a comportamiento suicida, excepto cuando éstos dan lugar a un cuadro de trastorno por estrés postraumático (Wilcox, Storr y Breslau, 2009).

4.1.2 Malestar a nivel vincular

En esta subcategoría se incluyen las referencias a un malestar de orden interpersonal que los entrevistados destacan como aspecto central en su vida antes del IAE, y que en algunos casos aparece incluso como el motivo principal para realizar el IAE. Se destacan las relaciones distantes y/o conflictivas con familiares cercanos (padres,

hermanos, hijos), la sensación de soledad y de ser una carga para los demás, la tendencia a aislarse y la falta de soporte familiar.

Varias investigaciones basadas en el análisis de notas suicidas han constatado que los problemas en las relaciones interpersonales constituyen uno de los principales motivos que los sujetos aluden para cometer suicidio. Se incluyen los problemas amorosos y con la familia nuclear, la soledad y el deseo de unirse a una persona fallecida (Chávez, Macías y Luna, 2011). Meyer, Irani, Hermes y Yung (2017) incluyen también los casos de suicidio tras homicidio de la pareja o ex pareja.

En diversos estudios se ha constatado la asociación entre disfuncionalidad familiar y riesgo de suicidio. La mayoría de estos estudios se enfoca en la adolescencia, destacándose la importancia de las particularidades del contexto familiar en esta etapa de la vida (Aspaslan, 2003; Muñoz, Pinto, Callata, Napa y Perales, 2006). La alteración en la dinámica familiar incluye situaciones de violencia intrafamiliar, familias desintegradas o disfuncionales (Villa et al., 2009); familias con hostilidad entre sus miembros o atmósfera de rechazo familiar (Guibert y Alonso, 2001); comunicación conflictiva, bajos niveles de cercanía afectiva, estructura familiar inestable, historia familiar de desórdenes psiquiátricos, abuso de sustancias y conducta suicida (Pavez, Santander, Carranza y Vera, 2009).

Respecto al sentimiento de soledad frecuentemente aludido por los sujetos con intentos de suicidio, se trata de una vivencia subjetiva que no está determinada por la interacción social comprobable objetivamente sino por la sensación de estar solo aunque se esté rodeado de familiares y amigos, pues tales contactos no resultan satisfactorios o suficientes. La sensación de soledad y la tendencia al aislamiento van de la mano y son frecuentes en el período previo al IAE. Ante la ausencia de relaciones cálidas, estrechas y cooperativas en la familia se genera un malestar que puede favorecer la ideación y los intentos de suicidio. En varios estudios se plantea que la persona a través de su acto pretende enviar un mensaje a su entorno, ya sea en búsqueda de apoyo o con el objetivo de generar culpa en los otros (Guibert y Alonso, 2001).

La estabilidad de los vínculos afectivos y el apoyo socio-familiar son factores protectores contra el suicidio (Pérez, Ibáñez, Reyes, Atuesta y Suárez, 2008). Las separaciones tempranas y las dificultades en el vínculo con alguno de los padres durante la infancia -haber sido maltratado o abandonado- constituyen factores de riesgo predisponentes (de largo plazo), mientras que los problemas interpersonales actuales con la pareja y con familiares cercanos constituyen factores de riesgo precipitantes (recientes) (Morales, Echávarri, Barros, Zuloaga y Taylor, 2016).

En un estudio sobre el rol de los cuidados parentales tempranos en personas con ideación e intentos de suicidio Morales et al. (2014) plantean que los “estilos de crianza más afectuosos promueven conductas prosociales, la competencia interpersonal, la autorregulación emocional y protegen de la depresión” (p. 405).

Estos autores se basan en los estudios sobre la asociación entre patrones de apego (de acuerdo a la teoría del apego del psicoanalista John Bowlby) y la conducta suicida. El estilo de apego que se desarrolla en los primeros tiempos de vida condiciona la forma en que se establecerán vínculos en la adultez, influyendo en las relaciones interpersonales significativas, el bienestar individual y el ajuste socio-emocional.

Cuando el apego es seguro se puede afirmar que los cuidadores tempranos han presentado una alta capacidad reflexiva, es decir, han sido capaces de comprender y regular sus propios estados emocionales así como las relaciones con sus hijos. La capacidad de mentalización o función reflexiva señalada por Fonagy se refiere a la capacidad de atribuir estados mentales a sí mismo y a los demás, y cumple una función fundamental al permitir anticipar y darle sentido a las acciones de los otros (Morales et al., 2014).

En cambio, el predominio de un patrón de apego inseguro implica la presencia de una representación negativa de sí mismo y un sentimiento de no merecer ser querido por los demás. Los cuidadores tempranos que presentan baja capacidad reflexiva generan estilos de apego inseguro, pues presentan fallas en “la regulación de los afectos, en la sensibilidad ante el estrés y en la regulación de las emociones e impulsos, lo que se asocia con una grave fragilidad en la estructura de personalidad y con un mayor riesgo suicida” (Morales et al., 2014, p. 405). Esta falla en el vínculo de dependencia con el cuidador puede entenderse como un trauma relacional, ligado al reconocimiento temprano de la persona y a la formación de la identidad. El trauma relacional se refiere a una falla en el reconocimiento del otro y a una falta de sintonía empática hacia las necesidades de cuidado temprano.

Por otra parte, de acuerdo a la teoría del no lugar suicida propuesta por Ceballos-Espinoza (2015), en el discurso suicida se observa al sujeto apelar al reconocimiento de un Otro frente al cual ha dejado de existir. Ante la frustración por no tener un lugar dentro de la estructura familiar y social donde pueda representar algo importante para los demás, aparecen sentimientos de desesperanza, derrumbe, abatimiento y desesperación, que lo impulsan al deseo de morir como forma de evasión.

Según el autor, el sujeto suicida se encuentra en un no lugar que le resulta imposible de habitar. Se trata de un espacio no simbolizado donde no hay encuentro más que

con otra imagen de sí mismo, es decir, con su espejo; un lugar donde el sujeto transita sin dejar huella en los demás. Este no lugar resulta inhabitable porque no crea una identidad singular ni una relación con el Otro, sino similitud y soledad. A través del suicidio el sujeto busca dejar una huella en los demás, situación que adquiere un sentido paradójico: al mismo tiempo que intenta evadir la pérdida del Otro, busca inscribirse en él.

A continuación se verá a través de las palabras de los entrevistados la importancia que tienen ciertas vivencias de malestar de orden interpersonal. Se observa la presencia de un cierto sufrimiento que es inherente al posicionamiento del sujeto en relación a los otros. Al decir de Bettini (2014), para estos sujetos resulta fundamental contar con la presencia real de un otro que los sostenga, por lo que la existencia y disponibilidad de un referente puede resultar decisiva para frenar la acción. Dada su fragilidad narcisista, el sostenimiento cuerpo a cuerpo adquiere un valor fundamental para estos sujetos. El otro oficia de soporte para un yo que no logra sostenerse por sí mismo. En el trabajo analítico se apunta a lograr que el exceso, lo imposible de decir, deje de ser actuado y pueda ser puesto en palabras, lo cual supone para el sujeto realizar un movimiento simbólico que ha quedado obturado.

En los relatos de Daniela, Delia y Sebastián se observa hasta qué punto la sensación de soledad ocupa un lugar central en la experiencia subjetiva en relación al IAE. Esta sensación de soledad es una vivencia que cobra fuerza en la vida del sujeto más allá de la red de soporte socio-familiar que pueda existir a su alrededor, lo cual se aprecia especialmente en el caso de Sebastián. En los tres casos es fundamental el lugar que ocupan los otros para el sujeto, un lugar de sostén y validación, sin el cual el sujeto prefiere dejar de vivir. Podría hablarse en estos casos del no lugar suicida que plantea Ceballos-Espinoza (2015), ese lugar donde el sujeto se siente ignorado por los otros y que le resulta imposible de habitar. El IAE es la respuesta ante la falta de resonancia en los otros del reclamo que les dirige el sujeto.

- *“No cuento con la ayuda de nadie porque no tengo familia. (...) No quería salir, vivía acostada todo el tiempo, salía a entregar curriculum y lo único que llegaba era a acostarme a dormir. Si mi hijo se iba el fin de semana que juega al fútbol, si iba el fin de semana para afuera, trataba de estar todo el fin de semana en la cama, a no ser que me viniera a buscar este muchacho y me llevara a algún lado o algo. Pero sino no. (...) Estoy saliendo con una persona, que también, estos días han sido un poco complicados, él estudia y trabaja, y... también como que en estos momentos que yo capaz que lo necesité un poco más él tampoco podía estar pero por razones que lo entiendo, y ta... y llegó un momento que estaba sola y dije no aguanto más... (...) Prefiero callarme, soy una persona que se calla, yo no cuento mis problemas... todo el mundo piensa que yo estoy re bien, ¿me entendés? La única persona que sabe que no es*

esta persona que está saliendo conmigo, que yo le cuento todo, él sabe y me ayuda, pero después el resto piensa que está todo... muy bien. Porque no me gusta ni cargar a los demás con mis problemas y quiero solucionarlo yo en realidad.” (Daniela, 31 años)

- *“...No sé si tanto estar sola, porque antes estaba trabajando pero ahí ya no, ahí estaba en la casa. (¿?) En el mes de octubre me dicen que tengo que tomarme licencia. (...) Digo bueno, me lo voy a tomar, para descansar un poco y poner en orden mis ideas porque ya no daba más. Y ahí empezó todo. El quedarme sola, ahí empezó todo. Entonces me levantaba tipo al mediodía y me iba a las vías del tren que pasa por ahí y lo miraba. Yo miraba el tren y miraba la forma de poderme tirar, que no me fuera a tirar para un costado y que me dejara toda herida. Ahí fui como tres veces. Y... como no lo hice, digo bueno ¿qué puedo hacer? (...) Llegó el fin de semana, pasé encerrada continuamente, no salía para nada... Y ta, la soda cáustica. Entonces digo ta, voy a comprar. (...) Ya había comprado la soda pero no lo pensaba hacer. Todavía. Tomé unos mates, y digo ¿por qué yo estoy esperando? Estoy solita acá, nadie me llama, nadie llora por mí.” (Delia, 63 años)*
- *“Estuve mamándome y llorando, tomando y llorando, tomando y llorando... porque me sentía solo. (¿?) Porque llamo a un amigo para hablar y no estaba nadie, llamo a otro amigo, no había nadie (...) no sabía con quién hablar, no sabía con quién desahogarme, estaba llorando, rompí, me rompí las manos pegándole a la pared (...) lo llamé, llamé a él (amigo) y llamé como a ocho amigos más. Y rompí el teléfono; no me atendió nadie, exploté el teléfono contra la pared. (...) Sentís que tenés todo, familia, casa, plato de comida, frazada, papá, mamá, hermano, tenés todo, todo lo que una persona puede desear. Hay gente que no tiene ni la mitad de las cosas que tengo yo. Pero vacía. Me siento solo. Me levanto y... y me siento solo, me siento vacío.” (Sebastián, 24 años)*

Por otra parte, en los relatos de Daniela y Camila se refleja la sensación de ser una carga para los demás, una vivencia habitual en las personas que realizan intentos de suicidio (OMS, 2000), especialmente en las personas mayores (Pérez Barrero, 2012; Echeburúa, 2015). Según la teoría interpersonal del suicidio de Joiner, la sensación de ser una carga para los otros, en conjunto con la falta de sentido de pertenencia, son dos factores fundamentales que predisponen al suicidio. La sensación de ser una carga se asocia a sentimientos de culpa, baja autoestima y a la creencia de que los demás estarían mejor si ellos estuvieran muertos (Van Orden et al., 2010).

- *“(...) sin saber qué hacer, ¿entendés?, sin saber si salir y que me atropelle un auto y dejar de que se preocupen por mí, de alterar gente, porque yo sé que altero a mi hijo por su lado, sé que altero a muchas personas que me quieren*

cuando me ven mal, entonces en ese momento no sé qué hacer” (Daniela, 31 años)

- *“Es como que a veces me siento una molestia, muy molestia, demasiado molestia, demasiado pesimista, y no quiero vivir, que estén tan así, o sea, es todo un gasto. Y obviamente, por ejemplo, yo que estoy con una persona con demencia viviendo sé que la persona que está con esa persona a veces termina peor. Yo no quiero que mi familia termine peor por mí. Entonces prefiero morirme y que se termine para ellos y que se termine todo para mí.” (Camila, 19 años)*

Finalmente, dentro del malestar a nivel vincular se destacan las relaciones conflictivas con familiares cercanos, que tanto en el caso de Hugo como de Noelia tiene que ver con dificultades en la convivencia con familiares directos (hijo y hermano respectivamente). En ambos casos este malestar aparece directamente vinculado al IAE. Parecería que esta es la forma que encuentra el sujeto de resolver el problema, al mismo tiempo que de mostrarle al otro su malestar.

- *“El motivo de por qué llegué acá es que como yo no quería estar más en casa, y no quería participar a R (hija) en ningún problema, porque ella tiene muchos, tiene dos chicos adolescentes, uno de 18 y uno de 19, yo no le puedo cargar más cosas. (...) tampoco le puedo decir a R llámala a un lugar que están cobrando \$30.000. No se puede. Entonces no sé qué hacer. (...) No tengo vínculo ninguno con mi hijo. (...) tenemos una diferencia grande de convivencia. (¿?) No sé qué pasa... porque es como que él me está reprochando todo lo que perdí por un lado. No sé, no veo por qué, ¿qué culpa tengo yo que me haya enfermado? (...) Siempre es difícil con él. Ahora estoy esperando que venga, no sé si vendrá hoy (...) Yo le dije bueno, venite y hablamos. Porque yo en las condiciones que está no vivo más en casa. (...) el problema es ese, la convivencia, porque después lo demás me arreglo.” (Hugo, 72 años)*
- *“Yo a mi padre le tuve que hacer una denuncia, violencia doméstica, porque me pegó, y no nos dejaba dormir, porque él es alcohólico y toma psicofármacos descaradamente. Entonces llegó un punto en el que se volvió insoportable y tuve que llamar a la policía. Entonces ta, por eso empezó mi depresión, cuando él se mudó con nosotras, porque yo vivía sola con mi abuela. (...) Con mi hermano no me llevo muy bien, tenemos discusiones, es más, el intento que tuve fue porque él me rompió el celular y llegó un punto en el que dije basta, hasta acá llegué. (...) Él busca problemas conmigo en todo momento, siempre está tratando de discutirme, siempre llevarme la contra, o no sé, inventarle cosas a mi madre para que ella me trate de echar. Entonces es como que ya no soporté más la situación.” (Noelia, 21 años)*

4.1.3 Experiencia de pérdida

Dentro de los principales eventos que los sujetos destacan de su vida antes del IAE aparecen las referencias a distintas experiencias de pérdida, ya sea por muerte o distanciamiento de un ser querido o bien por pérdidas de orden económico que conllevan el menoscabo de una cierta posición social.

El relato de Cecilia refleja el impacto de una pérdida repentina ocurrida poco tiempo atrás, que aparece como un suceso traumático y que está directamente asociado al IAE.

- *“después de lo que le pasó a mi hermano corte que sentí que no, me mató. (¿?) Hoy hace un mes que mi hermano se ahorcó. (...) él era mi amigo, él a mí me contaba todo. Y de repente él lo hizo ahora y yo quedé... quedé mal (...) Porque, o sea, no... no lo esperaba, ahora no me lo esperaba, y todavía no lo creo, todavía no caigo, no lo creo, o sea, y... y me está pegando mal porque no lo creo, no caigo. (...) Después que yo me peleé con él (ex pareja) y él me echó de ahí corte que... ya está. (¿?) Ahí corte que ta, no lo sentí tanto porque ni me estresé, tenía mi casa pero... cuando llegué a mi casa y me di cuenta que mi hermano no estaba, o sea, me mató, porque mi hermano ya se había fallecido cuando pasó esto. (...) No lo entiendo. Todavía no caigo. No se lo quiero demostrar a mi padre porque yo sé que mi padre está mal. Yo sé que mi padre está mal, porque eran compañeros entre ellos también. No se lo quiero demostrar.” (Cecilia, 20 años)*

En relación a una pérdida de estas características, Nasio (1996) señala que ante la ruptura violenta y súbita con un ser querido se suscita un sufrimiento interior vivenciado como un “arrancamiento del alma”, “un grito mudo que emana de las entrañas” (p. 31). La pérdida súbita de un ser querido provoca un estado shock, donde se pierde la homeostasis del sistema psíquico y el sujeto se ve obligado a enfrentar una extrema tensión interna. Esta conmoción pulsional provocada por la ruptura súbita del lazo con el objeto genera un dolor intenso que, según Nasio, “no es dolor de la pérdida sino dolor del caos de las pulsiones enloquecidas” (p. 27).

Por otra parte cabe señalar las particularidades de un duelo por suicidio, donde son habituales los sentimientos de enojo, culpa y confusión. Se considera que los sobrevivientes tienen mayor riesgo de desarrollar un cuadro de depresión mayor, un trastorno por estrés postraumático y comportamientos suicidas. A su vez, en estos casos es habitual observar situaciones de duelo complicado (Tal Young et al., 2012). En otros casos, si bien la muerte no es imprevista y no genera los mismos efectos traumáticos que puede generar una experiencia como la vivida por Cecilia ante el suicidio de su hermano, se observa el dolor ante la pérdida de un otro significativo que

jugaba un papel importante en la vida libidinal del sujeto. En el caso de Daniela se trata de la pérdida de sus abuelos hace 3-4 años atrás, quienes le brindaban un sostén afectivo y económico importante, y que al morir la dejan en una suerte de desamparo del cual no logra reponerse.

- *“Fui criada con mis abuelos paternos, los cuales fallecieron hace ya unos años. (...) El tema es el siguiente, yo... a ver, pasé de tener todo, ¿entendés?, de tener una casa donde mi hijo tenía su cuarto, su espacio, sus comodidades, no nos faltaba nada, arriesgamos a irnos a otro país, volvimos sin nada. (...) En realidad empezó desde que yo vine de X (país extranjero) y me di cuenta que todo lo que tenía ya no lo tenía, porque no sólo se vendió mi casa, bah, la casa, sino que se vendió todo lo que a mí me pertenecía y era mío de adentro. Y terminé con un bolso de ropa en la casa de una amiga, ahora viviendo en una pensión... (...) para mí las cosas más importantes en mi vida, que tuve en mi vida, no que tengo ahora, que tuve, fueron mis abuelos, que fueron los que me criaron (...) antiguamente al tener a mis abuelos, por más que mi vida, mis padres se hayan separado o algo, mis abuelos eran un pilar para mí muy importante. Yo tenía un lugar en la casa, que yo sí quería hoy o mañana cambiar un trabajo mejor, aunque a los tres meses me sacaran, yo sabía que iba a estar segura, tenía una casa, tenía comida, iba a estar bien. Hoy no, hoy tengo que agarrar lo que pueda, manejarme con eso, y si cambio de trabajo tengo que ver que sea seguro para... entonces son cosas muy diferentes. (...) mis abuelos me ayudaron pero llegó un momento que ellos no estuvieron, perdí la casa, perdí todo, y es como empezar de cero. Es como empezar totalmente de cero.”* (Daniela, 31 años)

Para Daniela, el dolor por la pérdida de sus abuelos se debe a la sensación de haber pasado de tener todo a quedarse sin nada, quedándose sin soporte del cual agarrarse y viéndose obligada a enfrentar por sí misma las dificultades de la vida. Por momentos parece sostenerse en su hijo y en su pareja, pero cuando ellos no están, como veíamos más arriba, se queda sin fuerzas, se siente sola y desbordada, y termina recurriendo a la ingesta de psicofarmacos como forma de evadir la realidad.

De lo que se trata es de la pérdida de un otro que le otorgaba una cierta validación al sujeto, un lugar de reconocimiento que se pierde una vez que el objeto ya no está. La pérdida del lugar que se tenía en el otro produce perplejidad y dolor porque el sujeto ya no encuentra en qué sostenerse. Ante su falta y la imposibilidad de mediatización el sujeto queda expuesto a un goce enloquecedor, al cual busca ponerle fin a través del suicidio (Bettini, 2014).

En este sentido, los intentos de suicidio pueden ser entendidos como manifestación de las desataduras pulsionales que los sujetos padecen, aunque al mismo tiempo pueden ser vistos como un intento de ligadura, de búsqueda de intervención del otro. Ante la

desaparición o pérdida del objeto amado la posición en la que se sostenía el sujeto no podrá mantenerse, sufriendo una desorganización libidinal. La pérdida siempre conlleva una exigencia de simbolización de lo que se perdió, y en este sentido algunos sujetos encontrarán serias dificultades para realizar el duelo.

En el caso de Verónica se trata de la pérdida del vínculo con el hijo de su ex pareja, un niño de 6 años al cual prácticamente había criado y al cual dejó de ver después de separarse. Este distanciamiento le genera una sensación de cierto desarraigo, le quita su lugar de segunda madre y la posibilidad de sentirse importante para un otro significativo.

- *“Uno de los problemas más grandes que tuve fue la separación de ella, por el niño. (¿?) Yo tenía una pareja mujer, donde ella tenía un niño que yo lo crié con ella, tiene seis años, y fue uno de los temas que más me ha dolido separarme de él. (...) El no verlo, como que ahora me estoy acostumbrando. A veces necesito verlo mucho, lloro y eso, pero a veces no. Como que estoy... bloqueándome de una manera u otra.”* (Verónica, 40 años)

En el caso de Roberto se trata de la pérdida de su esposa tras más de cuarenta años de matrimonio; una pérdida de la cual le cuesta hablar pero que evidentemente lo deja sin ese lugar de pertenencia e identidad fundamental que le otorgaba un matrimonio de tantos años:

- *“yo desde que perdí a mi señora quedé mal, andaba... cuatro días, dos días, un día, que andaba bien y otros días peor. Estaba así, entonces no... Yo desde que perdí a mi señora me quedé mal, mal, mal...”* (Roberto, 74 años)

Finalmente, en el caso de Delia hay varias pérdidas significativas. En primer lugar, el suicidio de su padre y de uno de sus hermanos; en segundo lugar, la pérdida de su único embarazo cuando tenía 40 años, que había logrado a través de un tratamiento de fertilización, que la deja sin posibilidad de ser madre y de ocupar así un lugar significativo para otro.

- *“mi padre murió cuando yo tenía 11 meses. Un accidente también de... se pegó un tiro. (...) Mi hermano, tenía dos hermanos mayores que yo, de los cuales uno de ellos se mató también. El que me sigue a mí se mató también. Y yo no estaba en el país, estaba en XX (país al que emigró) cuando sucedió todo eso. (...) No tengo a nadie pero no importa. No tengo hijos. Perdí un embarazo a los 40 años, fue el único en mi vida y nada más. Es todo lo que tuve. (...) Sufrí muchísimo por el tema del embarazo ese, porque había hecho ilusión. Y después tuve que esperar la expulsión espontánea, entonces todo un parto. Sufrí muchísimo y cuando me volvieron a llamar del Z (institución), le dije que no volvía. Y asumí que no podía tener. (...) Ocho semanas y dos días vivió el feto.”*

Y finalmente, la pérdida de una cierta posición económica que había logrado viviendo en el exterior y de la cual responsabiliza a su ex marido. Durante más de treinta años vivieron en el extranjero, donde Delia se sentía a gusto trabajando y había logrado comprar un apartamento. Según su relato, tras la pérdida de un empleo su ex marido hipotecó el apartamento para comprar un taxi y a partir de allí la situación económica fue empeorando progresivamente, así como también la relación de pareja. Finalmente se separaron y Delia volvió a Uruguay, intensificándose la añoranza por el tiempo vivido años atrás, que contrasta con el malestar laboral, las dificultades económicas y la soledad que Delia experimenta en la actualidad.

- *“Mi ex marido no andaba bien de trabajo, ya no andaba bien entre nosotros, dice ‘yo me voy’. (...) Yo continuaba trabajando, él se vino del todo. (...) Y no, que venite, que acá hace una ciudad muy bien, que tenemos todo para hablar español, que esto, que lo otro, que no hay problema. (...) Y ahí me convenció. ¡Maldita la hora! Ahora ya está.”*
- *“El vivo de mi marido... resulta que pierde el trabajo. No me acuerdo qué fue qué pasó, si cerró la fábrica... que él no estaba para ser más empleado, tenía que ser patrón, entonces tenía que comprarse un taxi. Me hipotecó el apartamento y se compró el taxi, y el resto se lo dio al hijo. (...) Me quedó debiendo. Le pagué todo.”*

Al analizar las experiencias de pérdida y su impacto en el psiquismo de los sujetos resulta ineludible recurrir a algunos postulados que esboza Freud en *Duelo y melancolía* (1915/1992). Allí se define 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.” (p. 241), constituyendo un estado normal que no debe ser perturbado y que pasado cierto tiempo se lo superará. El trabajo de duelo va a consistir fundamentalmente en una liberación paulatina del enlace libidinal con el objeto.

Freud plantea que el duelo y la melancolía tienen manifestaciones similares, aunque ésta última se caracteriza por una considerable perturbación o rebaja del sentimiento de sí que se expresa en autorreproches y autodenigraciones., los cuales si bien aparecen dirigidos sobre sí mismo en verdad están dirigidos al objeto de amor, en base a una identificación del yo con el objeto resignado. Freud dirá “la sombra del objeto cayó sobre el yo” (p. 246), transformándose así la pérdida del objeto en una pérdida del yo.

Este desenlace está condicionado por una fuerte fijación al objeto de amor y por la elección de objeto sobre una base narcisista, lo que conlleva que ante la pérdida de

objeto se produzca una regresión desde la elección narcisista de objeto hasta el narcisismo. En la melancolía, además, suele tener lugar un reforzamiento de la ambivalencia preexistente.

La autopenalización en la melancolía supone la satisfacción de tendencias sádicas dirigidas a un objeto y volcadas sobre la propia persona. Aquí aparece una conexión directa con la cuestión del suicidio: uno de los destinos de la investidura de amor del melancólico en relación con su objeto se traslada hacia atrás, bajo la influencia del conflicto de ambivalencia, hacia la etapa del sadismo. "Sólo este sadismo nos revela el enigma de la inclinación al suicidio por la cual la melancolía se vuelve tan interesante y... peligrosa". El yo sólo puede darse muerte si en virtud del retroceso de la investidura de objeto puede dirigir contra sí mismo la hostilidad que recae sobre un objeto (Freud, 1915/1992, p. 249).

Por su parte, Lacan señala que el duelo surge ante la falta del Otro al cual el sujeto le hacía falta: "Sólo se lamenta la pérdida de aquello que se ama profundamente, con el cual se establece una relación de sostén del deseo" (Fernández, 2012, p. 90). Ante esa ausencia aparece el dolor como reacción y como efecto del retiro de las investiduras que lo anudaban al Otro. En el duelo el sujeto queda expuesto al vacío que deja la pérdida del ser amado, un real puro que sólo puede ser experimentado, sin posibilidad de adjudicarle palabras.

En algunas ocasiones no se logra discernir con precisión qué se perdió, el sujeto sabe qué o a quién perdió pero no lo que perdió con él. Cabe preguntarse entonces qué función cumplía lo perdido (objeto, logros, ilusiones) en la economía narcisista del sujeto, ya que, al decir de Lacan (1963/2007), "sólo estamos de duelo por alguien de quien podemos decir *Yo era su falta*" (p.155).

No se entra en duelo por cualquier objeto sino cuando éste revestía la falta, le daba soporte al sujeto, razón de ser. Las pérdidas significativas pueden referirse entonces a la muerte real de un objeto de amor o a la pérdida en relación al lugar libidinal ocupado. Siempre se trata de un otro que tiene la función de ser organizador del deseo y otorga estabilidad anímica al sujeto (Bettini, 2014). Además del ser amado, el objeto del deseo puede ser la propia imagen, que se nutre del reconocimiento del otro y otorga honor o una cierta posición social, o puede ser una cosa material (la tierra natal, la casa de los ancestros, etc.) (Nasio, 1996, p. 45).

El duelo que debe llevar a cabo el sujeto supone la difícil tarea de retirar la investidura de la representación del objeto amado. La posibilidad de reponerse ante el dolor le va a exigir estar dispuesto a hacer un cambio en su posición subjetiva, que le permita

salir de la inmovilidad, de la permanencia en el lugar doloroso, en un movimiento que implica la sanción de la pérdida (Fernández, 2012, p. 92).

En el duelo algo de la subjetividad queda modificado, desgarrado, roto. De ahí la importancia de la función de subjetivación del duelo, referida a la posibilidad de rearmar la trama significativa para que el sujeto pueda hacer frente a la embestida de lo real que la pérdida ocasionó y pueda reconstruir lo que de él quedó dañado. Esa función subjetivante del duelo permite pasar del campo de lo traumático (de la compulsión de repetición) a la reinscripción de la falta en la trama significativa. Se trata de encontrar una significación acerca de la pérdida que le permita al sujeto no objetalizarse, ya que cuando esto no se logra la desubjetivación puede dar lugar a un pasaje al acto (Elmiger, 2010).

La relación entre duelo y suicidio ha sido señalada en numerosas investigaciones, indicándose que el riesgo de suicidio aumenta debido a la sensación de extrema soledad y a la aparición de síntomas depresivos tras la pérdida (Stroebe, Stroebe y Abakoumkin, 2005). Algunos estudios indican que son los casos de duelo complicado los que tienen mayor incidencia en el aumento del riesgo de suicidio (Prigerson et al., 1999), y otros indican que el riesgo aumenta especialmente en hombres viudos durante el primer año tras la pérdida (Erlangsen, Jeune, Bille-Brahe y Vaupel, 2004). El impacto de las pérdidas en general, no sólo aquellas referidas a la muerte de un ser querido sino situaciones como la de los inmigrantes que dejan atrás su país de origen, es señalado como un factor que aumenta el riesgo de suicidio (Chantler, Burman, Batsleer y Bashir, 2001).

4.1.4 El consumo de drogas como aspecto central en la vida previa al IAE

Además de ser un aspecto central de la vida previa al IAE, que provoca malestar y se asocia a la idea de tener una mala vida, el consumo de drogas aparece en algunos casos como un aspecto directamente vinculado al IAE.

Mario hace referencia a un malestar de larga data asociado a su enfermedad (esquizofrenia) y que se agudiza en los últimos meses por el consumo de pasta base. En este contexto de deterioro de su vida y pérdida del apoyo de su familia (especialmente de su madre) Mario realiza un IAE:

- *“estaba consumiendo pasta base, eso fue hace un mes atrás, un mes y pico atrás, un mes y medio atrás, dos o tres capaz (...) que fue lo que dije ya que*

no consumo más, ya nunca más tampoco voy a consumir porque esto llevó a que no vea a mis sobrinos; llevó a que mi madre, a ver llorar a mi madre; llevó a que yo me llevara las cosas de mi casa, mi heladera, mi ropero, mi mesa de luz, mi cómoda, todo, vender todo para eso. Salía al hombro por la calle a vender las cosas para comprar esa porquería. (...) Imaginate con la enfermedad, tuve una esquizofrenia paranoide... de por vida, más la pasta, imaginate lo que me pudo haber hecho en la mente. (...) Después que yo agarré el consumo de la pasta base, dejé el tratamiento, dejé de darme el inyectable, dejé todo. Y me vine abajo.” (Mario, 32 años)

Por su parte, Sebastián relata respecto al IAE:

- *“simplemente se me ocurrió. (¿?) Fue del momento, no quería vivir más. Estaba angustiado, estaba deprimido, llevo una vida miserable, que todo el día me drogo, me levanto y antes de desayunar me drogo, antes de almorzar me drogo. Como a veces, a veces no como, o sea, estuve, después del ahorcamiento estuve cuatro días sin comer y eso para mí no es nada. Yo he estado días sin comer, drogándome, o sea, cuatro días sin comer para mí no era nada, ni hambre tenía.” (Sebastián, 24 años)*

En los relatos de Rafael y Valeria se destacan los sentimientos de enojo, frustración e impotencia por haberse fallado a sí mismo y a otros respecto a la promesa de abandonar el consumo, los cuales aparecen como desencadenantes del IAE.

En el caso de Valeria, consume pasta base desde hace 17 años y en el último tiempo ha intentado dejar de consumir. Ha pedido ayuda en varias instituciones e incluso estuvo internada para desintoxicación hace pocos días atrás en la misma sala donde ahora se encuentra ingresada por el IAE. Sin embargo, a las pocas horas del alta vuelve a consumir, y en este contexto realiza el IAE:

- *“ya estaba cansada, ¿viste? Estaba cansada, no quiero drogarme más. (...) Y yo lo decía en la escuela, digo ‘no lo quiero hacer pero no puedo parar’. Y lo decía en el CAIF, y lo decía en la policlínica, y lo decía en ETAF (...) el problema que tengo es la dependencia. ¡Yo ya no la quiero más! (...) Me voy de acá (se refiere a la sala de internación), llego a las cinco de la tarde, y mis hijos felices, ¡yo imagínate! Al otro día va la asistente social (...) Ella nunca me da plata pero ese día no tenía boletos y me dio plata... (...) No duré 24 horas. Y me dí rabia, impotencia... (...) Encuentro una carta: ‘mamita querida, que te vi tan linda, y otra vez...’ Y el dolor que te da, ¿viste? Te sentís nada, porque me vendí. Primero vendí las pastillas que tenía, las que habíamos ido, que eran tres, Parsidol, eran tres cajas de Parsidol, y una de diez no sé qué, las vendí en la boca. Los boletos los vendí en la boca. Me vendí yo, ¿entendés? (...) Consumí abundante, le fallé a todo el mundo, me fallé a mí misma, le fallé a mis hijos, digo ¡¿qué qué?! Digo no, o muero de a poquito o muero del todo y dejo... Ella me decía ‘la recaída, bueno, está dentro de las posibilidades la recaída’. Y yo ‘¡no, no, no!’ ¿Me entendés? La había defraudado a ella, a la escuela, a mis hijos. (...) Diecisiete años hace que fumo pasta base y desde*

los doce me drogo. No te vas a sacar la droga, ¿me entendés? Es que yo quiero sacarme la sustancia de encima, o sea, la cabeza me dice que no pero mi cuerpo ¿con qué lo voy a dejar? (Valeria, 36 años)

El relato de Rafael es similar al de Valeria en cuanto al énfasis puesto en la sensación de haber defraudado a alguien, haber fallado a su promesa de no volver a consumir.

- *“Era una mala vida la que llevaba, por más que tenía trabajo y todo, pero me patinaba toda la plata en lo mismo y nunca avanzaba, nunca avanzaba, pero era una mala vida, sí. Yo no lo sentía como mala, la vivía como plena pero en sí era mala vida. (...) cuando tenía dieciséis más o menos, que empecé a laburar fuerte, corte que empecé a fumar marihuana y probé cocaína, pero corte que consumía sólo por diversión nomás. (...) Y ta, y yo este último mes para mí ya me estaba ganando y ta, por eso hice eso. (...) el viernes pasado había ido a la peluquería ahí, había hablado con un negro re piola que corte que me había dicho que no me servía la merca y que pum, todo lo que generaba en el cuerpo y que estaba mal cómo se sentía en esos momentos, y yo corte que lo entendí. Y ta, fui y le conté a mi viejo, le dije que no iba a consumir más, ¿viste? Y mi viejo quedó re contento ahí. (...) Y ta, fui y consumí igual, corte que me ganó, ¿viste? Y ta, agarré una pistola, y si me ganó dije, si no puedo dejar de consumir me pego un tiro. (...) me sentía re culpable porque no podía dejar de consumir. Y me pegué un tiro (...) No pude cumplir con la palabra que le di a mi padre, que iba a dejar de tomar.” (Rafael, 18 años)*

Nuevamente a través de estos relatos se deja entrever el particular posicionamiento subjetivo que tienen estos sujetos en relación al Otro, donde el hecho de haber fallado a la promesa de abandonar el consumo los enfrenta a la posibilidad de perder el amor y la aprobación de un otro significativo; pérdida que les resulta intolerable porque ese otro les otorga sostén y validación.

Ahora bien, respecto a las adicciones en general cabe hacer algunas apreciaciones. En ellas se destaca un posicionamiento particular del sujeto en relación al goce, entendido éste como un exceso, una exacerbación de la satisfacción que confluye con la pulsión de muerte, evocando la búsqueda del tiempo mítico del suministro incondicional, sin falta alguna. En el goce toxicómano la droga aparece como un objeto que concierne menos al sujeto de la palabra que al sujeto del goce. Esto significa que el goce que se obtiene no pasa por el Otro. La droga se convierte en el verdadero partenaire del sujeto, lo cual le permite hacer un impasse con respecto al Otro, en particular con respecto al Otro social (Maidana y Capdevielle, 2010; Barrionuevo, 2017).

Esta idea de la toxicomanía como un goce que remite a un exceso y linda con la pulsión de muerte se observa en el relato de los entrevistados a través de expresiones

como la de Valeria: “o muero de a poquito o muero del todo”, y como la de Rafael: “consumí igual, corte que me ganó (...) y si me ganó dije, si no puedo dejar de consumir me pego un tiro”. También aparece en el relato de los entrevistados la idea de la droga como partenaire exclusivo del sujeto que lo conduce a un goce que no pasa por el Otro. A esto alude Sebastián cuando dice que lleva “una vida miserable” que parece estar centrada casi exclusivamente en el consumo: “todo el día me drogo, me levanto y antes de desayunar me drogo, antes de almorzar me drogo, como a veces, a veces no como...”

Por otra parte, algunos autores señalan que las toxicomanías se encuentran en la dimensión de las patologías del acto, las cuales refieren a la tendencia a actuar en cualquiera de sus dimensiones, incluyendo los comportamientos suicidas. A través del acto (en este caso el consumo de sustancias psicoactivas) el sujeto busca evadir la angustia que no ha podido tramitar por la vía simbólica (a través del síntoma o del pensar). Esta idea respecto al consumo de drogas como forma de evadir la angustia se basa en la propuesta que hiciera Freud en 1930 en *El malestar en la cultura* respecto a los “quitapenas” como uno de los recursos frente al dolor (Barrionuevo, 2017).

En la misma línea, Migdalek (2010) señala que las patologías actuales implican la puesta en juego de algo del orden de un exceso, que se presenta bajo una cierta modalidad de tramitación del padecimiento psíquico a nivel del cuerpo. La supresión tóxica del dolor muestra el desplazamiento de un dolor psíquico, sin sentido, innombrable, por un dolor físico, tangible, nombrable, en una zona del cuerpo. Esta idea de supresión tóxica tiene como base la noción de cancelación tóxica que planteó Freud en 1884 en relación a la cocaína como anestésico.

Finalmente, cabe destacar un aspecto ampliamente mencionado en la literatura actual sobre el tema, referido al consumo de sustancias psicoactivas como uno de los principales factores de riesgo para suicidio. Diversos estudios señalan que el consumo de alcohol y drogas es un factor de riesgo que aumenta las probabilidades de ocurrencia de un intento de suicidio hasta casi cuatro veces más que en las personas no consumidoras. Esto se debe a que aumentan la impulsividad, el deterioro de los mecanismos de control cognitivo y las alteraciones en la regulación emocional, lo que a su vez induce al uso de métodos suicidas más violentos (Jiménez et al., 2005; Sánchez y Ramos, 2013).

Varias investigaciones señalan que el alcohol es la sustancia que se asocia con mayor frecuencia al comportamiento suicida (Murphy y Wetzel, 1990; Pérez, 1999; Sher, 2006), dado que favorece la impulsividad, compromete la capacidad autocrítica,

agrava los estados depresivos y la comorbilidad psiquiátrica (Pérez et al., 2008). Sin embargo, otros estudios indican que el número de sustancias consumidas es un factor más potente en la predicción de la conducta suicida que el tipo de droga consumida, y en todos los casos lo que aumenta el riesgo de suicidio es el efecto de la desinhibición (Borges, Walters y Kessler, 2000; Ocampo, Bojorquez y Cortés, 2009).

En un estudio llevado a cabo en nuestro país por Larrobla y Pouy (2007) se determinó que el perfil de consumidores que presenta mayor riesgo de suicidio corresponde al de las personas con diagnóstico de dependencia, desempleados y con un nivel de instrucción medio (secundaria). En el caso de los varones el grupo más vulnerable es el de los jóvenes entre 20 y 29 años, mientras que las mujeres son más vulnerables a partir de edades más tempranas, entre los 15 y 29 años de edad. Los autores parten de la idea de que el consumo de sustancias psicoactivas y el IAE no se determinan mutuamente, sino que cada una responde a una serie de factores de diferente índole y se expresan en cada individuo de forma específica en estrecha relación con la historia singular del mismo. Sin embargo, afirman que habría una relación directa entre la magnitud del consumo y la posibilidad de realizar un IAE.

4.1.5 Ideación y/o comportamiento suicida previos

Varios entrevistados mencionan algún tipo de comportamiento suicida previo, desde ideas de muerte hasta la concreción de uno o más IAE. En algunos casos son referencias a episodios remotos, y en otros tiene relación con el IAE actual.

Daniela y Sebastián relatan ideación suicida previa, sin haber llegado a concretar un IAE hasta el episodio actual:

- *“El día de mi cumpleaños estuve pensando también en hacer lo mismo. Estuve pensando hacer lo mismo porque no... ya también fue un día que estaba demasiado saturada y no... Y no aguantaba más. (...) me pasé toda la tarde en el cementerio con ellos (abuelos) ahí, sin saber qué hacer, ¿entendés?, sin saber si salir y que me atropelle un auto y dejar de que se preocupen por mí (...) y no sé si es por cobardía que no hago las cosas o...”* (Daniela, 31 años)
- *“yo antes andaba armado y sé lo que es tener el sabor del metal en la boca. (¿?) No me dieron las pelotas. (¿Cuándo fue eso?) Hace como dos años. (...) Justo me tocaron la puerta. Me tocaron la puerta y era un amigo mío. Cuando entra mi amigo yo tenía el arma ahí al lado del sillón, y ahí me contuvo, me sacó las balas, todo...”* (Sebastián, 24 años)

Varios entrevistados hacen referencia a un único IAE previo, por lo general realizado hace varios años atrás. En el caso de Valeria realizó su primer IAE a los 12 años, asociado al abuso sexual padecido algunos años atrás, y del cual responsabiliza a su madre:

- *“A veces la odio por las cosas que pasaron (¿?) De esto fue el primer intento de suicidio mío. (¿?) Porque son dos. También con pastillas. Empieza de chiquita ya, el problema es de niño. (...) cuando me decían esas cosas feas, que las tetas, que tenía tetas tetas, y a mí me pasa esto porque no tengo padre, y a mí me pasa esto porque a mí me pasó esto, y tengo esta cantidad de tetas porque me pasó esto, empecé a tomarme mate con pastillas. (...) y yo tomando mate, a mí me pasa esto por esto. ¿Y a mí quién me defendía? Yo no tenía un papá como tenían las demás para venir a defenderme: ‘¿Qué le decís a mi hija?!’ ¿Me entendés? Entonces empecé a tomar, a tomar, a tomar... (¿?) estuve una semana internada en el Pereira” (Valeria, 36 años)*

Delia realizó su primer IAE hace 4 años aproximadamente, poco tiempo después de separarse de su pareja, con quien había compartido más de 30 años de su vida:

- *“ya lo había hecho, en X (país latinoamericano) había tenido un primer intento. (¿?) Casi en seguida que yo dejé a mi ex marido. Estaba en una pensión, ahí vivía, y ahí me tomé como doscientas pastillas. (...) Estuve tres días inconsciente, dormida. Y no fui a un hospital.” (Delia, 63 años)*

Hugo realizó su primer IAE hace 8 años, poco tiempo después de volver a vivir en Uruguay, asociado a la pérdida de un cierto nivel de vida que había alcanzado viviendo en el exterior:

- *“yo estuve una vuelta en el Vilardebó. (¿?) En el 2009. (¿?) Ahí también había tomado pastillas... pero así como tomé volví al médico, que estaba a media cuadra, y el médico me internó en el Vilardebó. Y ahí estuve 32 días. (¿?) Ahí fue porque pensaba en toda la plata que había perdido, en todo lo que perdí... (...) ese día me puse loco porque pensaba lo que había dejado allá.” (Hugo, 72 años)*

En los relatos de Mario y Verónica aparece la referencia a múltiples IAE previos, incluyendo algunos de gravedad, que los llevaron a estar internados en varias ocasiones:

- *“Y los intentos de autoeliminación ya he tenido, he tenido muchos intentos de autoeliminación. (¿?) Desde que era más joven porque... Una vuelta me tomé veinte carbamazepina, estuve internado cinco meses, cinco días en coma allá en el hospital de XX (mutualista). (...) también quise ahorcarme también una vuelta. (¿?) Me llevaron al Vilardebó y me internaron, sí. Estuve cuatro meses. (...) Una vuelta entró la policía en la casa mía porque yo estaba sentado en una... estaba sentado en el piso así en una mesada que había ahí con una cuchilla acá en el estómago, me quería matar, y llamaron a la policía y... entró*

la policía, me sacaron la cuchilla y me llevaron. Ese fue un intento, ahí fue que me internaron en el Vilardebó la otra vez.” (Mario, 32 años)

Respecto al primer IAE hace 8 años atrás Verónica relata:

- *“ahí tomé pastillas pero no fueron tanto ni nada. Tomé pastillas y fui a la policlínica. (...) Para... también, para... para salir de la realidad, como que no me gustaba la realidad y las tomé.”*

En el último año ha realizado múltiples IAE:

- *“fue todo el año pasado. No tan seguido pero todo el año pasado fue. El primero fue en febrero, y después... cada tanto ya, pero no tanto como ahora, de hacerlo todas las semanas. (...) El año pasado fue terrible porque fue... era una tras otra de tomar pastillas. No sé qué me pasó. No sé.”*

Algunos de estos múltiples IAE han sido de gravedad:

- *“He estado en CTI. (¿?) Cuando estuve en el Español y cuando estuve otra vez en el Pasteur. (¿?) Este año, sí. En el Español estuve este año, estuve en el CTI.” (Verónica, 40 años)*

En el caso de Camila, Noelia y Cecilia aparecen referencias a comportamiento suicida previo sin intencionalidad de morir, como los cortes y la ingesta de medicación en altas dosis. Estos episodios tienen lugar en un contexto de angustia y sensación de desborde, donde se intenta calmarlos a través de estos comportamientos que pueden considerarse -según las distintas definiciones- como gestos suicidas, parasuicidios o autolesiones no suicidas. Dentro de este amplio espectro de comportamientos suicidas en algunos casos también aparece la referencia a IAE previos.

Camila refiere ideas suicidas y autolesiones desde los 14 años:

- *“por ejemplo cuando trataba de estudiar también pensaba en formas de... (¿?) No sé, veía una cuerda pensaba en ahorcarme o sino pensaba en... pedir, no sé, venir a una emergencia y pedir que me dieran algo para dor***, para matarme. (¿?) esas cosas las pienso desde que me trataba hace años. (...) Cuando tenía el tratamiento que me cortaba los brazos y esas cosas, eso lo dejé de hacer pero ahora ponele, no sé, para aguantar la angustia o cuando no me sale, porque a veces no puedo llorar, es como que no me sale llorar y me empieza a faltar el aire, entonces me empiezo a morder. Y ta, ponele acá me mordí, acá me mordí, ayer, antes de ayer, no sé. (¿?) son momentos de angustia que me falta el aire y no puedo respirar.” (Camila, 19 años)*

Noelia relata un IAE previo a los 14 años y múltiples episodios de ingesta de medicación y autolesiones, además de las ideas de muerte que han estado presente desde hace tiempo:

- *“siempre tuve tendencia a cortarme. (¿?) Cortarme como para desahogarme. Esta es la primera vez que lo hago con la idea de quitarme la vida. (¿?) Lo hago desde que tengo 14 años. (...) He llegado a tomar 40 Parnox. (¿Y nunca eso te llevó a una internación?) No. A los 14 años nomás. (¿?) una amiga me dio muchos blíster de pastillas y los tomé con alcohol, el alcohol me hizo vomitar, por lo cual me salvó la vida, y me desperté en X (mutualista). Estuve 3 días en observación y 10 días en la clínica XX (clínica privada). (...) La idea del suicidio yo la venía trayendo hace más de 3 o 4 meses. (¿?) Siempre me levantaba sin ánimo, había semanas en las que no salía de casa, que ni siquiera salía de mi cuarto porque mi cuarto estaba en una azotea apartado de la casa, me empastillaba y no salía. (¿?) tomaba pastillas de más. En vez de seguir el tratamiento correcto del psiquiatra yo me empastillaba, tomaba más. Más el consumo de drogas. (...) Y bueno, y tuve varios intentos de los que nadie se enteró. (¿?) Yo me encerraba en mi cuarto, pasaba candado y me empastillaba fuertemente, y dormía 4, 5 días, en los que nadie se enteraba ni se preocupaba por mí. Y bueno, me despertaba, no había hecho efecto, medio mareada, y seguía con mi vida como si nada. Eso lo habré hecho unas 15, 20 veces. (...) Los intentos de suicidio no... no vienen, por lo general no son espontáneos, o sea, siempre vienen con una premeditación, no es que un día te levantas mal y decís hoy me suicido, siempre se viene con ideas desde antes, y bueno, hasta que llega la gota que rebasa el vaso, que ahí explotamos porque no vemos salida, vemos todo negro, necesitamos a alguien que nos rescate y que nos muestre, que nos dé verdaderamente la luz, porque no es fácil salir solo, no es como, ya te digo, como con el consumo, con el consumo puedo, pero contra la depresión no. Es eso.” (Noelia, 21 años)*

Cecilia refiere ideación suicida de larga data y varios episodios de ingesta de psicofármacos y autolesiones:

- *“Desde que yo era chica. (¿?) O sea, en el sentido, desde que mi padre cayó preso, yo ya desde chica ya venía planeando. (¿?) Antes lo que hacía era empastillarme, me empastillaba demasiado, me le escapaba a mi madre de la casa y me empastillaba, y aparecía toda drogada, empastillada, en la calle. (¿?) Me compraba diazepanes. (...) Después entré a cortarme los brazos, me cortaba los brazos como si nada, o sea, sentía que era... sentía que me podía descargar un poco.” (Cecilia, 20 años)*

Dentro de la literatura científica, hay un número considerable de estudios que indican que un intento de suicidio previo es una de las principales variables para predecir un eventual suicidio, especialmente en los primeros meses después del intento (Gómez et al., 2002; Mejía, Sanhueza y González, 2011). Según Gómez (2012), un intento previo puede elevar hasta cuarenta veces la probabilidad de consumir el suicidio y, eventualmente, el 10% se quitará la vida, así como alrededor de la tercera parte lo reiterará. La presencia de ideas suicidas es una señal temprana de vulnerabilidad al

suicidio y pueden adoptar una cualidad persistente, asociándose a diversas variables psicológicas como depresión, autoestima baja y percepción de escaso control de la propia vida. Entre los antecedentes tempranos asociados a recurrencia se incluyen la exposición a conducta suicida en la infancia, separación temprana y diversas formas de trauma o abuso infantil (p. 608).

En 1985 Adam propuso la noción de un continuum autodestructivo para referirse al comportamiento suicida, que se inicia con la ideación y el plan suicida, pasa por el intento de suicidio, y culmina con el suicidio (Martínez, 2017). Si bien la mayoría de los estudios plantean que el comportamiento suicida previo es el principal predictor clínico de un eventual suicidio, hay escaso conocimiento empírico para sustentar dicha hipótesis. Según Sveticic y De Leo (2012), la idea de un continuum suicida se aplicaría sólo en algunos casos (especialmente en las depresiones crónicas) pero no representa a la mayoría de los sujetos suicidas.

Por su parte, Klonsky, May y Saffer (2016) distinguen el desarrollo de la ideación suicida y la progresión desde la ideación hasta el intento suicida como dos procesos independientes. La ideación suicida surge a partir de la combinación de un dolor psicológico intenso y la desesperanza respecto a la posibilidad de sentirse mejor. Sin embargo, la mayoría de las personas que presentan ideación suicida no realizan un intento de suicidio, sólo lo hacen aquellas que logran sobreponerse al miedo a la muerte.

Desde la perspectiva psicoanalítica, el elemento común en los distintos relatos es la referencia a algo no procesado psíquicamente que se repite e insiste, un exceso pulsional que no se logra canalizar por la vía simbólica. Hay algo, entonces, del orden de un exceso, esto es, del goce. Según Braunstein (2006), el goce - en tanto exceso de excitación que rebasa el sistema amortiguador de las representaciones - es un exceso traumático que deja un agujero en lo simbólico y marca el lugar de lo real insoportable.

En algunos casos se observa que la agresión volcada sobre el propio cuerpo, como sucede con los cortes, es una forma de aliviar la angustia, una descarga frente a un exceso pulsional que desborda al sujeto. Al decir de Belçaguy (2012), se trata de un modo de funcionamiento muy primario, donde queda en evidencia un déficit en la disponibilidad de recursos psíquicos de mayor complejidad para hacer frente al conflicto y a la angustia. Ante la imposibilidad de tolerar estos estados, el dolor físico es utilizado para aliviar o anestesiar el sufrimiento psíquico.

Respecto a la reiteración de los IAE y otro tipo de comportamientos parasuicidas, como veíamos en varios de los relatos citados más arriba, Rojo et al. (2016) señalan que se trata de una “repetición de pseudosoluciones con el fin de tratar algo del goce por vía de lo real, no de lo simbólico” (p. 114). Es un intento de eliminar la angustia sin abordar lo que la causa, y por esto mismo vuelve a manifestarse. A nivel del abordaje terapéutico resulta importante en estos casos estimular alguna pregunta que permita el despliegue simbólico e inste al sujeto a salir de la repetición.

Al hablar de repetición nos estamos refiriendo al concepto introducido por Freud en 1914 en *Recordar, repetir y reelaborar* para dar cuenta de aquello que no puede ser recordado y en su lugar es actuado. La repetición se articula a la pulsión de muerte, excede los límites del principio del placer e implica la tendencia a retornar a lo inanimado. A su vez, la pulsión de muerte se liga al goce en su tendencia a la satisfacción y a la repetición. Al decir de Soler (2004), la repetición es un “displacer paradójico que el sujeto no abandona” (p. 123), poniéndose en juego allí el goce y la pulsión de muerte.

4.2 El para qué del IAE: multiplicidad y ambigüedad de las intenciones

La intencionalidad refiere a aquello que el sujeto buscaba al momento de realizar el IAE. Andriessen (2006) diferencia entre motivos e intenciones señalando que los primeros refieren a las causas o las razones y tienen un carácter retrospectivo, mientras que las segundas refieren al propósito, aquello que la persona pretendía conseguir a través del acto, y tienen un carácter prospectivo.

Hjelmeland et al. (2002) analizaron las intenciones de más de 1600 sujetos con intentos suicidas provenientes de 13 países europeos y plantearon cuatro grandes grupos de intenciones: búsqueda de ayuda o atención, intención de influenciar a otros (venganza, castigo, manipulación), escape temporal y salida final (intención de morir).

Como se verá a continuación, si bien los relatos de los entrevistados en relación a la intencionalidad del IAE son heterogéneos podrían quedar comprendidos dentro de los cuatro grupos descritos más arriba, siempre y cuando se contemple la ambigüedad y multiplicidad de intenciones en un mismo sujeto.

De hecho, la ambigüedad de las intenciones es el aspecto que más se destaca en los relatos de los sujetos entrevistados. Esto significa que suelen coexistir y superponerse diferentes intenciones, principalmente morir, evadir la realidad, llamar la atención y

pedir ayuda. A continuación se muestran los casos donde la intención de morir aparece como el propósito exclusivo o fundamental del IAE y luego los casos donde la intencionalidad es ambigua.

4.2.1 Intención de morir

En los relatos de Valeria, Rafael, Delia y Roberto la intención de morir es contundente.

En otros casos se superpone a otras intenciones, por lo que se los cita más adelante.

- *“Consumí abundante, le fallé a todo el mundo, me fallé a mí misma, le fallé a mis hijos, digo ¡¿qué qué?! Digo no, o muero de a poquito o muero del todo...”* (Valeria, 36 años)
- *“consumí igual, corte que me ganó, ¿viste? Y ta, agarré una pistola, y si me ganó dije, si no puedo dejar de consumir me pego un tiro. (...) Me pegué el tiro, caí pa' atrás así con los ojos abiertos cinco segundos, me senté de vuelta, agarré la pistola y quedé ahí corte esperando morirme (...) me acosté en el camino ahí esperando morirme, a ver si me moría, y salió el sol y yo seguía ahí. Digo la puta madre, me pegué un tiro y no me morí... (...) Me pegué un tiro para matarme.”* (Rafael, 18 años)
- *“El quedarme sola, ahí empezó todo. Entonces me levantaba tipo al mediodía y me iba a las vías del tren que pasa por ahí, y lo miraba. Yo miraba el tren y miraba la forma de poderme tirar, que no me fuera a tirar para un costado y que me dejara toda herida. Ahí fui como tres veces. Y... como no lo hice, digo bueno ¿qué puedo hacer? Un revólver, es fatal, me voy a armar. Un revólver, que no tengo, no tengo acceso a alguien que me lo pueda prestar, ni a comprar. Y... bueno, pensé, pensé, pensé, llegó el fin de semana, pasé encerrada continuamente, no salía para nada... Y ta, la soda cáustica. (...) Yo digo bueno, la soda cáustica va a perforar todos los órganos, digo va a perforar todo, en algún órgano se va a producir un derrame o algo que me va a tener que matar. (...) Yo sé que soy fuerte digo, pero no puedo creer que sea tan, tan fuerte, que no me mate esto.”* (Delia, 63 años)
- *“Yo en ese momento no... como que tomé como para suicidarme. Pero después que las tomé... (...) empecé a pensar qué macana que me mandé. Pero... no pensé en mis nietos, no pensé en mi hijo. Después no sé nada, la verdad que no me acuerdo, con el hijo, con mi nuera y con los niños no... como unos hijos para mí... pero en ese momento...”* (Roberto, 74 años)

4.2.2 Intencionalidad ambigua

Veamos en primer lugar los relatos de algunos entrevistados donde la intención de morir se combina con otro tipo de intenciones. Por ejemplo en el caso de Cecilia,

donde se combinan las intenciones de morir, calmarse e irse (cambiar la realidad en la que vive):

- *“Yo esa noche estaba fumando tres cigarros, fumé tres cigarros uno atrás del otro, fumaba como si no sé, me sentía nerviosa (...) ¿Viste cuando se te junta todo? Se me juntó todo. Me temblaba todo el cuerpo y sentía que mi corazón latía de una tal manera. Y después de repente empecé a pensar en empastillarme... locuras, locuras que son... son locuras, porque eso son locuras. (...) Le conté a mi padre que me quise matar. (¿?) En matarme nomás, en lo único que pienso, en matarme. Lo único que pienso es irme, irme de acá, del barrio, no quiero saber más nada acá. Es lo único que pienso... (...) siento que volví pero esta vez volví para irme del todo, o sea, no es que volví para hacer cosas, ¡volví para irme, yo me quiero ir! (...) yo quería calmarme, quería calmarme, que era lo que necesitaba, y nada más.”* (Cecilia, 20 años)

Hugo refiere la intención de morir pero al mismo tiempo se deja entrever la intención de pedir ayuda, llamar la atención y buscarle una solución al problema de convivencia con su hijo:

- *“El motivo de por qué llegué acá es que como yo no quería estar más en casa, y no quería participar a R (hija) en ningún problema (...) Yo no la quería participar en nada. Pero... Bueno dije, yo ya no veía ninguna posibilidad yo en ver qué hacer si me iba de ahí. (...) Entonces ahí me sentí como muy mal y decidí partir para otro mundo, entonces agarré todas las pastillas que tengo en casa, los remedios que tomo todos los días, y tomé seis tipos de pastillas distintas, todo lo que tenía, así que calculo que era 50, 60 pastillas.”* Cuando se le pregunta cuál era su intención al momento de tomar las pastillas responde: *“Morirme. (¿?) Y no sé si ahora no sigo con esa idea porque... si éste (hijo) no viene voy a tener que esperar que venga R y ver qué pasa, porque tampoco le puedo decir a R llámame a un lugar que están cobrando \$30.000. No se puede. Entonces no sé qué hacer. (...) Para no hacer problema a nadie, sería un dolor y chau. (...) Es como salir de un problema.”* (Hugo, 72 años)

Noelia hace referencia a la intención de dejar un mensaje y al mismo tiempo de quitarse la vida:

- *“me levanté, estaba todo bien, hasta que encontré mi celular roto, la pantalla toda quebrada, me encerré en el baño sin trancar la puerta, y me corté las... las partes del codo. Tengo puntos. Y bueno, dejé el charco de sangre para que lo vieran. Quería que lo viera mi hermano nomás, pero cuando vi que llegó mi madre lo intenté limpiar lo antes posible. (...) siempre tuve tendencia a cortarme. (¿?) Cortarme como para desahogarme. Esta es la primera vez que lo hago con la idea de quitarme la vida. (...) Yo soy una persona muy impulsiva, que si tiene una idea en mente no tardo en llevarla a cabo. Entonces agarré la cuchilla, una cuchilla de sacapuntas, y directamente fui al baño con la idea de matarme. No lo pensé dos veces, no titubeé al momento de decir bueno ta, mi madre, mi hermano, mi padre, ¿qué van a pensar, cómo los voy a*

dejar? Eso trato de evitarlo, si mi pensamiento es matarme, yo me voy a matar.” (Noelia, 21 años)

Del relato de Sebastián se desprende que su intención es morir, pero si prestamos atención al contexto en que realiza el IAE deja entrever que también está presente la intención de llamar la atención y pedir ayuda:

- *“Y dije sí, hasta acá llegué. Yo llegué directo a eso, llegué directo al suicidio, y ahí mi abuelo me agarró, me gritó, me... yo me puse a llorar, le dije salí, dejame solo. Me encerré en mi cuarto, vi la cuerda, la até, me ahorqué... y chau. (¿?) Simplemente se me ocurrió. (¿?) Fue del momento, no quería vivir más. (...) Fue en el momento, y yo pensé en los que estaban allá arriba y pensé muchachos, me voy con ustedes, si ustedes están bien allá arriba, yo quiero estar bien, acá estoy pasando mal.” (Sebastián, 24 años)*

En otros relatos donde también se observa la presencia de una intencionalidad ambigua aunque no aparece la intención de morir. Por ejemplo, en el caso de Daniela la intencionalidad explícita del IAE es dormir, aunque de su relato se desprende que también hay una intención de llamar la atención y buscar ayuda en un momento donde se siente desbordada, al mismo tiempo que refiere de manera indirecta la intención de quitarse la vida (“dormir y no despertar”):

- *“Yo me estaba mandando mensajes con esta persona y... y le decía que me estaba sintiendo muy mal. Él me decía que no podía estar conmigo en ese momento, que me tranquilizara, que no sé qué. Y yo le dije lo único que quiero es dormir, y me tomé... no sé si fueron cinco, seis Diazepam, más otro coso que es para calmar los nervios. Y como él leyó esos mensajes y no le agradó, fue hasta donde yo estaba, y en seguida agarró y llamó a un patrullero para que me trajera acá, para ver qué había ingerido con todas las pastillas que habían ahí arriba de la mesa. (¿?) La intención de tomar las pastillas no sé si era dormir sólo o si era dormir y no despertar. El tema es que yo sé que tengo un hijo, y ese es el tema mío, porque si yo estuviera sola capaz que ya no estaba acá. (...) Llegan estos momentos que me desbordan y no sé qué hacer y lo único que quiero es desaparecer, apagarme por completo.” (Daniela, 31 años)*

De manera similar al caso anterior, en el relato de Camila predomina la intención de dormir aunque por momentos deja entrever la intencionalidad de quitarse la vida, así como también la intención de resolver un problema para sí misma y para su entorno:

- *“llegué a casa directamente con ganas de dormirme. Y no le iba a pedir medicación a mamá para la noche porque era de tarde, eran las cuatro de la tarde, no le iba a pedir, entonces como sé que ella tenía empecé a buscarla yo la medicación, la encontré, y tomé dos pastillas y me acosté, y dije bueno, que pase lo que tenga que pasar. (...) Era como que estaba, mi cabeza estaba que no quería, no sabía nada, estaba re triste, no sabía, estaba triste y quería dormirme, y encontré, lo primero que se me cruzó por la cabeza fue buscar eso*

para dormir. Y si me pasaba algo no me importaba. (...) no me importaba si me pasaba algo o no, o sea, si me pasaba algo era mejor, para mí era mejor. Si me moría era mejor. (...) Es como liberar a los demás de mí, o sea, liberarlos de mis problemas, liberarme yo que soy un problema, liberarlos de mí.”
(Camila, 19 años)

En el caso de Verónica se observa, por un lado, la intencionalidad de evadir una realidad, y por otro, la intención de llamar la atención:

- *“Lo tomé como algo de salir de la realidad. (...) Cambiarme la realidad en la que vivo, de no tener trabajo, de no poder ver al niño, de... no sé de qué pienso que me podía hacer. (...) De evadirme, de llamar la atención. Siempre yo lo hago como evadiendo la realidad porque no la soporto (...) pensaba en salir, en dormirme, en no ver más la realidad de la vida que llevaba, que tampoco es tan mala”* (Verónica, 40 años)

Finalmente, en el caso de Mario se observa cierta dificultad para dar cuenta de qué buscaba al momento de realizar el IAE, ya que éste aparece como un acto impulsivo en respuesta a la sensación de haber perdido el apoyo de su madre, con quien mantiene un vínculo de fuerte dependencia, asociado a las limitaciones propias de su enfermedad (esquizofrenia):

- *“soy un hombre sí, pero tengo 32 años y la experiencia mía es siempre estar al lado de mi madre, así como un gurí chico. Soy grande sí pero soy un gurí chico. (...) Y mi madre es el brazo derecho mío, si me falta, yo siempre le digo a mamá, a veces le digo mirá viejita, el día que vos me faltés, yo nunca voy a poder superar eso. El día que ella me falte a mí, yo no voy a tener de dónde agarrarme. Me voy a caer en un precipicio, en un abismo, y no voy a terminar de caer nunca.”*

Respecto al episodio del IAE relata:

“Era de noche, había consumido... como decir dos cosas de esos de pasta base, y mi madre se enojó conmigo y me dijo que ella al otro día de mañana se iba. Ta, dijo que se iba, y yo agarré, cuando me desperté al otro día no la vi en la cama de ella. Y había una cortina finita así y larga colgada al marco de la puerta. Entonces agarré un balde de veinte litros, enrosqué bien la... la cosa, la hice un nudo allá arriba (...) Cuando saqué el balde quedé colgado, no tenía cómo apoyar los pies. Yo no quería morirme porque me dio miedo a lo que veía que me faltaba el aire, y cinchaba así para arriba, cinchaba y no podía. Y en ese entonces tuve la suerte de estar, tuve la suerte de estar acá porque Julio

(vecino) me salvó la vida. (...) ahora hoy por hoy estoy agradecido porque si no fuera por él yo ya estaría muerto.” (Mario, 32 años)

Prestando atención al relato de los entrevistados y tomando en cuenta el rico material que ofrece la cuestión de la intencionalidad, nuevamente observamos algunas particularidades que vale la pena señalar respecto al posicionamiento de cada sujeto en relación al Otro. A grandes rasgos se observan dos tipos de situaciones que, siguiendo los postulados lacanianos, pueden ser entendidas como pasaje al acto o bien como acting out.

Estamos frente a un acting out cuando el sujeto a través del IAE realiza una puesta en escena en un llamado al otro para que lo ayude a salir de la situación penosa en que se encuentra. En este tipo de escenas el otro ocupa un lugar fundamental, es el espectador sin el cual la escena no tendría sentido. El sujeto intenta captar la atención de ese otro significativo a través de un mensaje que no está cifrado por la palabra sino que se muestra a través del acto, siendo el carácter de mostración un aspecto fundamental. Además, a través del acting out como llamado al otro el sujeto pone en juego una demanda de simbolización respecto a ese malestar que lo desborda y lo empuja a la acción.

Si tomamos en cuenta los relatos presentados más arriba observamos que algunos IAE pueden ser entendidos como acting out. Por ejemplo el de Daniela, quien toma las pastillas al mismo tiempo que le avisa a su pareja sobre lo que está haciendo, en un claro llamado al otro para que la ayude a sobrellevar el momento que está viviendo. El pedido de ayuda que no puede realizar a través de la palabra, o que bien realiza pero sin éxito, sin encontrar resonancia en el otro, lo termina realizando a través de esta puesta en escena, donde finalmente consigue que el otro la mire, la escuche y la asista.

También el IAE que realiza Noelia podría catalogarse como acting out, dado que se corta un brazo con la intención explícita de que su hermano vea la sangre, constituyendo una clara puesta en escena de su malestar. A través de esta escena (el “charco de sangre”) busca mostrarle a su hermano el malestar por la relación conflictiva que últimamente mantiene con él; mensaje que indirectamente también va dirigido a su madre.

Otro caso que puede entenderse como acting out es el IAE que realiza Verónica, quien inmediatamente después de tomar las pastillas pide ayuda en la policlínica de su barrio. De hecho, ella misma alude a la intención de llamar la atención, y si bien no lo explícita es posible que ese llamado de atención esté dirigido a su ex pareja, de quien

se separó hace poco tiempo. Esta separación supuso la pérdida de un vínculo muy significativo para Verónica, pues al distanciarse de su ex pareja también perdió contacto con el hijo de ésta, un niño al que prácticamente había criado desde que nació. Sin embargo, todo este malestar es difícil de poner en palabras para ella, refiriendo en más de una oportunidad que no sabe por qué en los últimos meses ha realizado una “seguidilla” de IAE. Este malestar que no ha podido ser tramitado por la vía simbólica insiste y se muestra en escena a través de los sucesivos IAE, lo que constituye una demanda de simbolización (interpretación) desesperada.

Ahora bien, en los casos donde el IAE es entendido como pasaje al acto no interesa la escena ni el espectador. Aquí el sujeto prescinde del otro, se muestra indiferente a su presencia, produciéndose una salida de la escena, una caída de la red simbólica, que tiene por efecto la destitución subjetiva, quedando el sujeto reducido a la condición de puro objeto. El pasaje al acto constituye un intento de escape frente a un goce avasallante y enloquecedor que no logra metabolizarse. Se caracteriza por una ruptura en la continuidad del sujeto, donde “algo del orden de una urgencia que sobreviene, se impone y precipita como acción” (Novas, 2016, p. 51).

Algunos relatos que pueden dar cuenta del IAE como pasaje al acto son aquellos que se realizan a solas, sin pedir ayuda, y con métodos considerados de alta letalidad. Puede observarse en los casos de Valeria, Rafael y Delia. De todas maneras, la complejidad y singularidad de cada caso nos impide clasificarlos a todos ellos de forma clara. Algunas situaciones parecen ambiguas y no es posible determinar con claridad si se trata de un acting out o un pasaje al acto. Un ejemplo de este tipo es el de caso de Sebastián, que si bien por la gravedad del acto y por la rapidez en que se produce el paso a la acción podría pensarse como pasaje al acto, también hay algunos aspectos que hacen pensar en un acting out. Por ejemplo, el hecho de realizar el IAE en su habitación luego de una discusión con su abuelo y a sabiendas de que podrían asistirlo de inmediato, y luego de haber llamado a varios amigos en busca de contención sin haber podido contactarse con ninguno de ellos.

4.3 El después del IAE: la evaluación del episodio

La evaluación del episodio se refiere a la reflexión que el sujeto realiza al ser interrogado sobre la experiencia del IAE, contemplando el antes y el después del mismo. Se destacan las referencias al malestar previo y a la posibilidad de volver a realizar un IAE, y la cuestión del arrepentimiento, ya sea en términos de estar arrepentido como de no estarlo.

En este apartado se incluyen algunas observaciones respecto a la posición subjetiva que subyace en cada caso, referida a las posibilidades que tiene cada sujeto de dar cuenta sobre lo sucedido, en término de apropiarse (o no) del acontecimiento que acaba de protagonizar.

4.3.1 Persistencia del malestar previo y posibilidad de realizar un nuevo IAE

Al ser interrogados sobre su experiencia en relación al IAE varios entrevistados hacen referencia al malestar previo, que se asocia a la persistencia de los problemas que desencadenaron el IAE y que el sujeto sigue sin saber cómo enfrentar o resolver. A su vez, varios explicitan la intención de volver a realizar un intento, e incluso algunos se refieren a la posibilidad de usar métodos más letales para garantizar que se cumpla el objetivo de quitarse la vida.

- *“pienso que si lo tuviera que hacer de vuelta lo haría, pero pastillas no porque las pastillas no dan resultado. (¿?) De otra forma, buscaría la forma. Es que no sé, otra forma... yo qué sé. Ya le digo, tirarse abajo de un camión, un colectivo, es comprometer a un tipo sin tener nada que ver, aunque sí, está bien, pero es un dolor de cabeza al tipo. (¿?) Si no tengo solución, sí. Veré la forma, yo qué sé, encontraré la vuelta. Para la edad que tengo ya, ¿qué puedo hacer?”*
(Hugo, 72 años)

Delia es la única entrevistada que hace referencia a la sensación de fracaso por no haber logrado el cometido de quitarse la vida, y si bien no hace referencia a la intención de volver a realizar un IAE, hay claros indicios de que podría hacerlo:

- *“Un fracaso total. Para mí fracaso total, porque no com***, no llegué, no come***, no llegué a cometer lo que intentaba, que era justamente autoeliminarme. No pude.”* (Delia, 63 años)

En otros relatos se observa cierta ambivalencia. Tal es el caso de Cecilia, que por un lado hace referencia a la continuidad del malestar previo y a la posibilidad de volver a realizar un IAE, y por otro lado refiere preocupación por el daño que podría llegar a causarle a su hija si esto sucede.

- *“En matarme nomás, en lo único que pienso, en matarme. Lo único que pienso es irme, irme de acá, del barrio, no quiero saber más nada acá. Es lo único que pienso. Es lo único que tengo en la cabeza porque... (...) Yo no me controlo los nervios, la ansiedad, o sea, yo hoy lo hago. No, o sea, no... No me importó*

*nada. O sea, tenía a mi hija al lado... y no, no pensé. Si estaré mal. (¿?)
Porque mi hija estaba durmiendo, o sea... mirá si en un momento se levanta y
me ve así, o sea, yo no sé, que dios nunca pase, ¿no? ¿Pero y? Yo no sé
cómo lo iba a tomar ella. Capaz que después está igual que yo. Y no es así.”
(Cecilia, 20 años)*

En el caso de Sebastián también se observa cierta ambivalencia, ya que por un lado hace referencia al IAE como una experiencia única, y por otro refiere que podría volver a realizar un intento si su situación de vida permanece incambiada.

- *“Es una experiencia única, te pasa una vez en la vida (¿?) Sí... yo no sé si la voy a volver a repetir, no te puedo asegurar que no la voy a volver a repetir. Porque acá me tienen limpio, me tienen en desintoxicación, pero quién sabe que yo salgo a la calle mañana y me voy a drogar. Yo para mí va a ser así. Yo voy a salir de acá y me voy a drogar. Porque va a ser así, porque me conozco.”
(Sebastián, 24 años)*

Roberts (2016) señala que luego de un intento de suicidio es importante atender a las particularidades de cada situación en el contexto de vida singular de cada persona, pues la diversidad de respuestas es muy amplia y mientras algunas personas se aferran a la vida otras se sienten frustradas por haber sobrevivido e insisten en realizar un nuevo intento. En general, el estado de aflicción y angustia persiste luego del IAE, especialmente en los adultos mayores dado que existe una tendencia a ver el futuro como un tiempo desesperanzador que está marcado por las pérdidas.

Según Pérez et al. (2008), la persistencia de la ideación suicida se asocia a dos variables principales: la no resolución de los conflictos desencadenantes del intento y la conflictiva familiar, que a su vez se asocian a una red de apoyo social inexistente o débil y a la carencia de recursos para la resolución de conflictos.

Habitualmente el riesgo de suicidio aumenta en las semanas posteriores a un intento de suicidio, siendo la reacción emocional del sujeto un predictor fundamental respecto a la posibilidad de concretar un nuevo IAE. Las personas que presentan mayor riesgo son las que no manifiestan arrepentimiento o alivio por haber fallado, sienten que fracasaron por no consumar el suicidio y mantienen la intención de morir; a diferencia de aquellas que se sienten arrepentidas por lo sucedido, agradecidas con quienes las ayudaron, aliviadas o ambivalentes respecto a haber sobrevivido, y se muestran dispuestas a realizar tratamiento (Scocco, Corinto y Pavan, 2008; Echeburúa, 2015).

4.3.2 La cuestión del arrepentimiento

Ante las preguntas “¿cómo fue para Ud haber pasado por esta experiencia?” y “¿cómo se siente al respecto?” varios entrevistados hacen referencia a la cuestión del arrepentimiento, ya sea en términos de estar arrepentido como de no estarlo.

La sensación de estar arrepentido por haber realizado el IAE se asocia en la mayoría de los casos a la preocupación que generó en su entorno, y en algunas ocasiones al hecho de darse cuenta que haber realizado el IAE no es la mejor manera de resolver sus problemas.

- *“Todo error, todo error, todo error. Y sufro, sufro porque no... Me gustaría cambiar, porque viste ahora no puedo ver a mis hijos... Todo un error. (¿?) Tendría que haber parado, ¿me entendés? Tendría que haber dicho bueno ta, sí. Bueno ta, consumí. Ta, ya está, consumí. Como me decía mi asistente ‘ta, consumiste, está dentro... sos una consumidora, no te vas a sacar la droga del cuerpo’. (...) Y ta, y todo fue un error. (¿?) Tomado las pastillas, haber consumido, todo eso, todo eso, todo...” (Valeria, 36 años)*
- *“no pensé en nadie, no pensé en mi hijo ni en mi nuera, mis nietos, nada. Sino no lo hubiese hecho. (...) tomé como para suicidarme, pero después que las tomé... en el momento que me las había tomado empecé a pensar qué macana que me mandé.” (Roberto, 74 años)*
- *“Horrible. Horrible. No tengo... no tengo palabras porque no sé... quisiera que si en esta vida hubiera... hubiera algo que me pudiera ayudar, algo que me pudiera cambiar la vida, volver a hacer de vuelta, si se pudiera volver el tiempo atrás, cambiaría todo lo mal que hice para tener una vida nueva de nuevo, para empezar otra vez de nuevo, con los brazos en el alto, no pa' traerme pa' acá, sólo por el derecho de ser.” (Mario, 32 años)*
- *“no sé de qué pienso que me podía hacer, porque también cuando estoy internada también me canso de estar acá adentro y no poder... rehacer mi vida. Pero no la voy a rehacer de un día para otro, obviamente. Pero acá adentro tampoco. (...) es negativo porque canso a todo el mundo. Positivo porque la internación me ayuda pero después cuando salgo siempre hago lo mismo.” (Verónica, 40 años)*
- *“Yo sé, es una locura, lo que hice fue una locura. (...) No me importó nada. O sea, tenía a mi hija al lado... y no, no pensé. Si estaré mal.” (Cecilia, 20 años)*

Por otra parte, cuando algunos sujetos hacen referencia a la sensación de no estar arrepentidos esta sensación se asocia al hecho de haber sido capaces de cambiar de perspectiva, revalorizar la vida y proyectar cambios a partir de la experiencia vivida:

- *“En primer lugar, no es que esté arrepentida porque creo que la internación era lo que yo necesitaba para darme cuenta de lo valiosa que es la vida. (...) Yo no estoy arrepentida porque capaz si no me hubiese pasado esto, seguía acumulando, seguía acumulando, seguía acumulando, y llegaba, lograba intentar suicidarme, lograba el suicidio en sí.”* (Noelia, 21 años)
- *“¿Te digo la verdad? De pegarme el tiro no me arrepentí, porque me pegué el tiro porque no podía dejar de consumir. No me arrepentí, se lo digo a todo el mundo, no me arrepentí. Me pegué un tiro para matarme. Pero ya que no me dejaron que me fuera, ahora tengo que hacer las cosas bien. O sea, el pasado lo pisaste, y bueno, ta. Ya lo hice. Del tiro no me arrepiento, pero ta, no me morí. Ahora tengo que aprovechar. (...) el antes no lo voy a mirar porque ya está, lo hice, ya lo hice, ahora tengo que ponerme las pilas y encarar pa' adelante, dejar de consumir, y hacer las cosas bien, nada más.”* (Rafael, 18 años)

Vinculado a la cuestión del arrepentimiento aparece en el relato de Sebastián la referencia al sentimiento de vergüenza experimentado tras haber realizado el IAE, el cual se asocia a los efectos de la estigmatización del suicidio. Lo que queda dañado para el sujeto es su imagen frente a los demás, por eso se aísla y evita enfrentarse a la mirada de los otros, porque teme ser catalogado de loco en vez de recibir la contención afectiva que en verdad necesita.

- *“después de lo que me pasó que me quise ahorcar, yo quise estar solo en mi cuarto por un tema de vergüenza, ¿cómo miro a mi madre, cómo miro a mi abuelo, cómo los miro? Si mi abuelo me encontró ahorcado, ¿cómo lo miro después? Y no, quería que me dejaran solo (...) después de ese momento no hablé con nadie, quedé como en estado de shock. (...) Quería pensar, reflexionar sobre lo que había hecho, no quería hablar con nadie. (...) Capaz que la otra vez cuando yo me ahorqué, lo único que precisaba era un abrazo de mi padre, y que me diga 'no te preocupes, está todo bien.' Y lo único que me dijo fue 'la próxima vez que venga no voy a venir solo'. Y fue dicho y hecho, no vino solo, vino con hospital, vino con médicos y vino con la policía.”* (Sebastián, 24 años)

Varias investigaciones destacan los sentimientos de culpa, arrepentimiento y vergüenza como reacciones habituales luego de un intento de suicidio, especialmente por la preocupación y el daño generado en los demás (Scocco, Corinto y Pavan, 2008; Han, Chou, Liu, Rong y Shiau, 2014; Maryam, Ziba, Nooredin y Abouali, 2016), así como también por el estigma asociado al suicidio que provoca el temor a ser

catalogado como loco o enfermo, induciendo al aislamiento e impidiendo la búsqueda de ayuda (Graham, 2012).

Los sentimientos de enojo y decepción porque el intento de suicidio falló también son frecuentes, pero así como algunos sujetos insisten en volver a realizar un IAE otros sienten un renovado entusiasmo por la vida (Aspaslan, 2003; Scocco, Corinto y Pavan, 2008) y reconocen que el suicidio no era la solución a sus problemas. Durante la hospitalización es frecuente que los sujetos reflexionen sobre el impacto que el IAE generó en sus seres queridos e intentan reparar aquello que consideran haber hecho mal (Morales et al., 2016). De esta manera, al darse cuenta que su muerte puede dañar de forma irreparable a sus seres queridos la voluntad de vivir aumenta, incluso cuando el deseo de morir persista (Han et. al, 2014).

4.3.3 Posiciones subjetivas singulares en relación al IAE

Tomando en cuenta los aspectos analizados en los dos apartados anteriores referidos a la evaluación del episodio, aquí se harán algunas observaciones sobre la singularidad de las diferentes posiciones subjetivas que transmite cada entrevistado a través de su discurso.

En varios relatos se observa que los sujetos pasaron por un apremio, una situación que exigía resolver de forma rápida un malestar que resultaba insoportable, y ante la dificultad para encontrar un modo de respuesta más eficaz recurrieron a la inmediatez del acto - en cualquiera de sus modalidades: acting out o pasaje al acto - para aliviar la tensión.

Se observa en estos casos una seria dificultad para pensarse a sí mismos, manteniéndose en el registro de la inmediatez del acto. Se reitera la frase “no sé” en relación a cómo llegaron a la situación límite del IAE y persiste la vivencia de que es muy difícil (sino imposible) encontrar una solución alternativa para los problemas de los cuales se aquejan.

- *“no sé qué decir porque no... No sé qué hacer, no sé cómo solucionar mis problemas, no sé hacer un montón de cosas que no... (...) Es demasiado para mí.”* (Daniela, 31 años)
- *“Ahora te diría que me tomaría veinte blister más para no despertarme más. (¿?) No sé, no no... no aguanto, no sé. Siento que no puedo. No siento fuerzas, no sé, no puedo.”* (Camila, 19 años)
- *“Yo sé, es una locura, lo que hice fue una locura. (...) Pero igual, o sea, la ansiedad, los nervios míos, ¿cómo me los controlo? ¿Me entendés lo que te*

digo? Yo no me controlo los nervios, la ansiedad, o sea, yo hoy lo hago. No, o sea, no... No me importó nada. O sea, tenía a mi hija al lado... y no, no pensé. Si estaré mal.” (Cecilia, 20 años)

- *“Fue así de golpe que agarré y me las tomé pero... después que las tomé y eso... Es una macana terrible. Pero... después no sé, o sea, por qué las tomé, usted me lo pregunta pero no, no sabría decirle. (Roberto, 74 años)*

En estos casos el nivel de ajenidad subjetiva es alto y aún no se vislumbra posibilidad de cambio. No hay demanda que habilite a pensar sobre el IAE en el contexto de la vida y que permita responsabilizarse por la situación que están atravesando. Sin embargo, hay indicios de que una intervención oportuna podría ayudar a entablar una demanda donde cada uno a su tiempo pueda empezar a trabajar sobre su situación singular.

En otros casos se observa una mayor permeabilidad para pensar sobre la situación que están atravesando, donde el IAE ocupa un lugar central. Hay cierto nivel de cuestionamiento sobre el episodio y sus consecuencias, una mayor implicación en la situación de malestar por la que atraviesan y una intención manifiesta de cambio.

Los casos de Noelia y Rafael son los más contundentes en este sentido. Ambos hablan de una revalorización de la vida a partir del IAE y de la intención de hacer cambios en sus vidas (por ejemplo trabajar) para empezar a sentirse mejor.

- *“No me arrepentí, se lo digo a todo el mundo, no me arrepentí. Me pegué un tiro para matarme. Pero ya que no me dejaron que me fuera, ahora tengo que hacer las cosas bien.” (Rafael, 18 años)*
- *“En primer lugar, no es que esté arrepentida porque creo que la internación era lo que yo necesitaba para darme cuenta de lo valiosa que es la vida. Yo acá aprendí a que tengo valor, a que puedo funcionar como persona, que no soy inútil, que puedo salir adelante. (...) Y bueno, creo que ya estoy preparada para el alta porque me siento mucho más tranquila, con las ideas claras, tengo hasta una entrevista de trabajo. Y bueno, estoy preparada para enfrentar de nuevo lo que es la vida, antes me achicaba, me daba miedo” (Noelia, 21 años)*

En los relatos de Verónica y Valeria también aparecen referencias a la intención de cambiar para salir de la repetición constante, donde la compulsión a actuar es el único medio que encuentran para disminuir la tensión que el malestar subjetivo provoca.

Valeria hace referencia al deseo de cambiar cuando manifiesta que quisiera dejar de consumir pasta base:

- *“yo quiero sacarme la sustancia de encima (...) yo quiero curarme de esto a pesar que yo fui una sinvergüenza de que me metí a fumar pasta base...” (Valeria, 36 años)*

En el caso de Verónica, cuando se le pide que evalúe el episodio del IAE exclama:

- *“Horrible, que podría haberlo solucionado de otra manera, que no había necesidad. ¿Por qué vengo de nuevo a encerrarme? Vengo de nuevo a hacer lo mismo.”* (Verónica, 40 años)

Y no sólo logra preguntarse acerca de esa tendencia a repetir siempre lo mismo sino que ante la pregunta sobre cómo piensa que podría cambiar responde:

- *“Y no sé, pensarlo, hablarlo con alguien, quizás hablar con mi madre, con mis hermanos. No sé, pensarlo.”*

De esta manera empieza a hacerle lugar al pensamiento y a la palabra como forma de salir de la repetición mortífera de los sucesivos IAE.

También están los casos donde no hay lugar para interrogarse sobre la situación vital que atraviesan y sobre su participación en el malestar que los aflige, y al cual pretenden suprimir a través del suicidio. Los relatos de Hugo y Delia son representativos de este tipo de posicionamiento subjetivo. Delia habla de “fracaso” por no haber logrado quitarse la vida y elude cualquier tipo de cuestionamiento sobre su implicación subjetiva en relación al malestar que tanto la abruma. No parece haber indicios de responsabilidad subjetiva ni lugar para introducir cambios en su vida. El relato de Hugo es similar e introduce una variable importante: la edad.

- *“pienso que si lo tuviera que hacer de vuelta lo haría, pero pastillas no, porque las pastillas no dan resultado. (...) Para la edad que tengo ya, ¿qué puedo hacer?”* (Hugo, 72 años)

Es interesante detenerse en la cuestión de la edad porque son justamente los entrevistados de mayor edad quienes aluden a la sensación de que ya no hay nada para hacer, sintiéndose abrumados por el “cansancio de vivir”, tal como plantea Delia. En cambio, los entrevistados más jóvenes - como Noelia y Rafael - son quienes hacen referencia al deseo de cambiar y se muestran confiados en su capacidad de hacerlo. Es posible conjeturar que la capacidad de realizar proyectos como forma de catectizar el futuro resulta fundamental para mantenerse vivo, y naturalmente esto parece más difícil para las personas mayores.

Ahora bien, luego de este recorrido por las diferentes posiciones subjetivas observadas en los entrevistados vamos a detenernos en una noción que parece pertinente para avanzar en la comprensión de las situaciones que aquí se analizan.

La noción de *urgencias subjetivas* es utilizada por algunos autores para referirse a nuevas formas de presentación del malestar subjetivo en la contemporaneidad. El término urgencia hace referencia a la cualidad de urgente, aquello que urge, apremia o

requiere resolverse de forma inmediata, suponiendo un uso particular del tiempo donde la prisa exige las respuestas rápidas (Gómez, 2015).

Belaga (2005) aborda la urgencia subjetiva como nueva categoría clínica, emparentada al malvivir que plantea Milner, aquello que rebasa ampliamente los límites del trastorno o la enfermedad mental. Al mismo tiempo que se diferencia de la psicopatología clásica, la urgencia subjetiva tiene algo en común con la urgencia psiquiátrica tradicional, donde se debe hacer frente a un indecible.

Las urgencias subjetivas dan cuenta de situaciones donde un suceso irrumpe como desmedido, como imposible de soportar, provocando un quiebre en la cadena significativa. En estas situaciones el sujeto se ve excedido en sus posibilidades de responder y recurre al acto, ya sea bajo la modalidad del acting out o del pasaje al acto, dependiendo del posicionamiento subjetivo que se tenga. El sujeto puede aparecer como borrado, no pudiendo dar cuenta de su acto (pasaje al acto), o bien puede operar a través del acto para representarse ante el otro (acting out) (Gómez, 2015).

Seldes (2005) plantea que las urgencias subjetivas requieren de un dispositivo que intervenga rápido, en forma breve y en equipo. En ese momento de prisa donde el sujeto no puede sostener aún una demanda es importante hacer lugar a una pausa que permita abrir camino a la palabra, comenzar a armar una red ahí donde todo parecía desarticulado y lograr historizar el suceso que provocó la crisis. Esto permite crear un espacio donde la demanda pueda instalarse.

Bussolari (2009) propone que ante la ausencia de demanda o incluso de palabra es indispensable el trabajo previo con la familia para ubicar algunos parámetros importantes, tales como los sucesos inmediatamente anteriores, algunos datos históricos importantes, etc.

Teniendo en cuenta que en la urgencia el padecimiento irrumpe como algo ajeno, es importante intervenir para que el sujeto logre confrontarse a la causa de su padecimiento para subjetivar su sufrimiento y hacerse responsable de sus actos. En este sentido, Bettini (2014) plantea que el trabajo con estos sujetos pasa por propiciar, por medio de la palabra, un cambio de posición subjetiva. La posibilidad de enlace simbólico permitirá pasar de un déficit simbólico a un intento de ligadura. "Se tratará entonces de dar cuerpo a lo imposible de decir, buscando por medio de la implicación del sujeto motorizar un movimiento simbólico detenido" (p. 119).

4.4 Experiencia de hospitalización y perspectivas a futuro

La experiencia de hospitalización comprende aquellos aspectos referidos a la atención recibida tras el IAE, incluyendo el pasaje por la emergencia y otros servicios hospitalarios, con énfasis en la experiencia de internación en la sala de psiquiatría. Dentro de esta categoría se incluyen las valoraciones respecto a la experiencia de hospitalización, distinguiendo entre las valoraciones positivas y negativas, y la experiencia con la medicación.

Cabe señalar que al momento de la entrevista la mayoría de los sujetos llevaba menos de siete días de internación en la sala, y sólo dos estaban internados hace ocho días o más.

La dimensión prospectiva abarca las expectativas al alta de la internación y los proyectos a futuro en general, y se decide incluirla dentro de esta categoría porque en varios casos aparece vinculada a la experiencia de hospitalización. Por ejemplo, se observa que cuando un sujeto empieza a sentirse mejor a partir de la internación al mismo tiempo empieza a proyectar cambios al alta como conseguir un empleo, retomar los estudios, etc.

Se establecen así cuatro subcategorías, las tres primeras referidas a la experiencia de hospitalización, distinguiendo entre las valoraciones positivas y las valoraciones negativas, e incluyendo la experiencia con la medicación, y una cuarta subcategoría referida a la dimensión prospectiva.

4.4.1 Predominio de una valoración positiva respecto a la experiencia de hospitalización

La evaluación que los sujetos hacen sobre la ayuda recibida durante la internación es tan heterogénea como los sujetos mismos (Graham, 2012), por lo que suelen apreciarse percepciones tan disímiles como las siguientes: algunos consideran que la medicación les ayuda y otros que les hace peor; algunos se benefician de una internación más o menos prolongada mientras otros lamentan haber sido obligados a permanecer en el hospital; algunos aceptan el tratamiento de buena gana mientras otros se resisten a realizarlo.

Esta multiplicidad de posibles reacciones exige de parte de los profesionales de la salud estar atentos a las necesidades particulares de cada caso. Y respecto a los intentos de suicidio lo fundamental es ubicarlos en su contexto, entenderlos como

respuesta a una situación de vida dolorosa, y evitar considerarlos -al menos únicamente- como producto de una enfermedad mental o de una falla personal.

Dentro de los relatos referidos a la experiencia de hospitalización se destacan aquellos donde predomina una valoración positiva de la misma, y que se asocia principalmente a la sensación de estar contenido y cuidado así como a la posibilidad de tratarse y sentirse mejor. En este sentido, la hospitalización puede ayudar a aliviar el dolor psicológico insoportable (Shneidman, 1993) que constituye uno de los aspectos centrales de la vida previa al IAE (Courtet, Olié y Giner Jiménez, 2014).

En algunos casos se observa que tras un rechazo inicial a la internación - debido a diversos factores como no querer alejarse de los hijos, considerar que la internación no va a ser de ayuda y el temor al estigma de la locura que se asocia a la internación psiquiátrica - se produce un cambio en la percepción inicial que da lugar a una valoración positiva, destacándose la importancia del cuidado y la contención del equipo profesional y de llevar adelante un tratamiento que les permita sentirse mejor.

- *“Hubo un momento que me querían llevar, yo ‘¡no no! Yo me quiero ir pa’ mi casa, y me quiero ir pa’ mi casa’. Cuando me dijeron de volver acá otra vez sí, porque yo me quiero curar, ¿viste? Pero... Pero ta, ahí discutimos un poco, porque a su vez yo también quería estar con mis hijos.”* (Valeria, 36 años)
- *“Yo acá aprendí a que tengo valor, a que puedo funcionar como persona, que no soy inútil, que puedo salir adelante. Aprendí muchas cosas acá en esta semana. (...) Estar sola, estar sola y pensar, reflexionar, ver cómo salir de acá, no para mandarme más macanas sino como para que mi madre también, y yo, sentirme orgullosa de mí. Siento que a mi madre le debo mucho, y a mí también, no me he estado queriendo como debe ser. (...) Al principio estaba totalmente enojada, renegada, no veía la luz, como que estar encerrada acá me parecía al cuete, era como que... aparte los primeros días seguía con la idea de intentar suicidarme, hasta que bueno, me habló la psiquiatra, estuve en reunión con mi mamá, vi a mi mamá llorar, que eso también es algo que me duele mucho, entonces ahí fue como que recapacité, como para decir no, le estoy haciendo mal a gente que me quiere de verdad y que me quiere ayudar.”* (Noelia, 21 años)
- *“Fui a la psiquiatra y la psiquiatra agarró y me dijo 'no, vos tenés que estar internada'. Yo le dije que si ella me internaba que yo me iba a matar. (...) Y ella me dijo que me internara, me quería mandar con la ambulancia, mi padre agarró y le dijo que no porque yo me quería despedir de mi hija primero. Y aparte yo no me quería internar. Pero si veo que es lo único que me queda, y si veo que es la última... veo que no puedo, porque no puedo, me interno. Pero no lo quería yo, yo no quería estar internada. (...) Estoy tranquila. No estoy*

molestando a nadie, y nadie me está molestando. O sea, yo estoy bien acá.”
(Cecilia, 20 años)

- *“me llamaron a la X (emergencia médica), y el de la X no sé qué me dijo, yo no le hablé al de la X, no hablé con nadie, no quería hablar con nadie. Vino otra mujer de la X con otro señor, y yo escuchaba que hablaban de mí, y me venían a hablar a mí y yo no quería hablar con nadie. Y me llamaron a la policía. (...) Y me trataron de loco, tuve un encuentro con el médico, me dice 'dale loco, ponete las pilas'. Y ahí me saqué yo y me paré de mi cama y le dije 'me decís loco de vuelta, te rompo el hocico.' Porque a nadie le gusta, te están llamando, tratando un pase para el Vilardebó y viene otro que te dice loco. (...) Me siento un rey acá. Me siento de fiesta. No hay drogas, te cuidan, te preguntan cómo estás, te están a disposición. (...) Son unos capos. Son unos crack. Sí, no es el Vilardebó esto.”* (Sebastián, 24 años)

El rechazo inicial a la internación que plantea Sebastián alude a la cuestión de la estigmatización del suicidio, ya mencionada anteriormente, que funciona como barrera en el acceso a los servicios de salud mental y se relaciona con el estigma de las enfermedades mentales en general. En este sentido, juega un papel fundamental el cambio de paradigma ocurrido en el siglo XIX y que tiene vigencia hasta el día de hoy, donde el suicidio deja de ser entendido como crimen o pecado y pasa a ser considerado como enfermedad mental, quedando bajo la órbita de la psiquiatría.

El estigma se refiere a estereotipos y actitudes prejuiciosas o peyorativas que generan miedo, rechazo y distanciamiento de las personas con enfermedades mentales. Varios estudios han señalado que el estigma del suicidio impide a las personas buscar ayuda profesional, siendo uno de los principales obstáculos para su prevención (Goldsmith, Pellmar, Kleinman y Bunney, 2017). El estigma percibido por el propio sujeto funciona como barrera para acceder a los servicios de salud mental. A su vez, existe una relación recíproca entre estigma y suicidio. Así como el suicidio provoca actitudes estigmatizadoras, visualizando al sujeto suicida como egoísta, débil e incapaz de lidiar con sus problemas; el estigma en torno a las enfermedades mentales constituye un factor de riesgo para el suicidio. Para revertir esta situación se señala que cuanto mayor sea el conocimiento sobre la temática, menor será la estigmatización y mayor la tendencia a buscar ayuda (Carpiniello y Pinna, 2017).

Como se señalaba más arriba, la cuestión del trato cálido y cuidadoso y la posibilidad de tratarse y sentirse mejor son aspectos esenciales de una experiencia de hospitalización reconfortante, beneficiosa y positiva.

- *“(...) son muy buenos, muy buenos conmigo son, porque son excelentes personas. Yo la otra vuelta me quise ir, me... la seño*** una... una nurse que hay ahí me habló muy bien, se puso a hablar conmigo también, muy bien conmigo, me habló, estuvimos charlando, tomamos unos mates ahí, me sacó las ganas de irme, me sacó las ganas de irme realmente. O sea, yo si tuviera que quedarme toda mi vida acá, yo no tengo problema, me quedo pa' no quedarme en la calle. (...) La doctora que me atiende a mí acá en sala (...) es muy buena conmigo porque me da para adelante, habla muy bien, tiene buen carisma, excelente doctora, la verdad muy bien... pero digo, y... después los enfermeros también son impecables, los enfermeros son todos muy bien conmigo.” (Mario, 32 años)*
- *“La internación me ayuda (¿?) El hablar con los psiquiatras, la medicación me la reajustan, estar contenida. (...) Vengo sintiéndome como que vengo progresando, como que vengo saliendo adelante, porque antes tenía ganas de llorar, estaba triste, y ahora como que eso se me ha ido un poco. Voy caminando lento pero voy seguro.” (Verónica, 40 años)*
- *“me estoy esforzando para comer un poco, para seguir acá, para estar mejor y curarme, quiero curarme, quiero estar bien de verdad y que nada me afecte. (...) Estoy haciendo todo el esfuerzo que puedo, todas las ganas que puedo meter para, porque no me quiero ir, porque quiero salir adelante” (Camila, 19 años)*

El contacto empático con los otros es parte fundamental de la recuperación luego del IAE y se pone en juego también al tomar contacto con el sufrimiento de otras personas, lo cual permite darse cuenta que no se es el único que sufre o tiene problemas. En estos casos puede resultar fundamental para el sujeto sentirse capaz de ayudar en la recuperación de los otros (Graham, 2012; Morales et al., 2015; Kirkpatrick, Brasch, Chan y Singh Kang, 2017).

- *“Hay una viejita, hoy le lavé toda la cara, porque hablé con el enfermero, ella tiene pañales, ‘si querés yo te ayudo’. Me dice ‘no, quedate tranquila’, es un enfermero ¿no? Pero a mí me gusta hacerlo. (...) es una señora que tiene las piernitas así (hace gesto) y de ahí no se mueve. Era adicta al alcohol y al cigarro. Viste que... acá en los hospitales vos ves que no sos vos sola.” (Valeria, 36 años)*

Numerosos estudios han señalado la importancia de los aspectos relacionales como factor protector esencial en el proceso de recuperación tras un intento de suicidio. El apoyo que pueden brindar tanto la familia y los amigos como los profesionales es considerado por la mayoría de los sujetos como un aspecto clave para salir adelante;

lo fundamental es sentirse queridos, contenidos, escuchados, acompañados y no juzgados. La ayuda profesional a través de un trato cálido así como el compartir y dialogar con sus compañeros son aspectos centrales en el proceso de recuperación. Esta posibilidad de conexión empática con los otros tiene un efecto terapéutico, facilitando la expresión de sentimientos y una mejor comprensión de sí mismo, y permitiendo pensar en nuevas posibilidades para su vida (Samuelsson, Wiklander, Asberg y Saveman, 2000; Lakeman y FitzGerald, 2008; Marulanda, Román y Arbeláez, 2011; Ghio et al., 2011; Han et al., 2014; Morales et al., 2015).

La importancia de promover vínculos de calidad, relaciones estrechas y redes de apoyo ha sido resaltada por diversos autores, en la medida que ayudan en la regulación emocional, otorgan un sentido de pertenencia social y de efectividad personal, y alejan de la desesperanza, protegiendo así del riesgo suicida (Morales et al., 2015).

Según Graham (2012), lo que diferencia una experiencia positiva de hospitalización de una negativa es el predominio del respeto, la aceptación y la empatía así como el poder participar en la toma de decisiones, en contraste a las experiencias de denigración e indiferencia por parte de los técnicos. La mayoría de los sujetos concuerda en que el aspecto más relevante de su pasaje por los servicios de salud es la calidad del vínculo con los profesionales: ser tratados con respeto, sentirse escuchados, cuidados y tomados en cuenta respecto al tratamiento. En este sentido, se considera fundamental para lograr una atención de calidad que los profesionales cuenten con formación específica sobre la temática (Leal y Dias, 2013).

Por otra parte, se observa en algunos casos la referencia explícita al deseo de permanecer internado. En el caso de Mario porque no tiene donde vivir y el hospital aparece como un lugar transitorio donde estar, cumpliendo así una función de amparo y contención imprescindible para el sujeto; y en el caso de Camila porque la internación le da la posibilidad de alejarse de su entorno cotidiano y sentirse más tranquila.

- *“yo si tuviera que quedarme toda mi vida acá, yo no tengo problema, me quedo pa' no quedarme en la calle. Porque yo soy una persona que no estoy acostumbrado a estar en la calle, nunca estuve en la calle, no estuve ni revolviendo volquetas, no estuve durmiendo bajo un cartón, nada. Siempre estuve en la casa de mi madre. (...) y para no quedarme en la calle, si ustedes a mí me pudieran ayudar, porque el único lugar que yo puedo estar bien y no me faltaría nada, podría cumplir con mis inyectables, medicamentos y todo eso, es el Vilardebó. (...) hoy mismo igual me voy para el Vilardebó igual, no*

tengo problema, porque es el único hospital y la única manera de que yo pueda estar bien. Una excepción. Porque si yo, yo acá también estoy bien, pero yo sé que acá me van a dar el alta.” (Mario, 32 años)

- *“En realidad siento una liberación por una parte, porque estar en casa la verdad que ya me estaba agobiando. Es una liberación bastante importante. (...) ahora si me decís por ejemplo ¿querés volver a tu casa? No sé, prefiero quedarme aquí. (¿?) siento que me va a hacer mejor irme liberando de a poco y pensar tranquila, y no sé, estar, tener mi aire, mi espacio” (Camila, 19 años)*

La mayoría de los sujetos considera que la internación psiquiátrica luego de un intento de suicidio es útil porque brinda seguridad, soporte profesional, la posibilidad de recuperarse física y emocionalmente así como de involucrar a la familia en el proceso de recuperación. Ofrece la posibilidad de alejarse del estrés cotidiano y reflexionar con calma, así como aliviar la preocupación de sentirse una carga para los demás (Graham, 2012; Morales et al., 2015; Kirkpatrick, Brasch, Chan y Singh Kang, 2017).

4.4.2 Predominio de una valoración negativa respecto a la experiencia de hospitalización

a) Malestar respecto a estudios médicos invasivos

Delia describe su experiencia de hospitalización como “calvario” debido a los estudios médicos invasivos (endoscopia) que debió realizarse en la Emergencia.

- *“llegué a emergencia y fui ahí a... le dije lo que había hecho, que había tomado soda cáustica, que no podía, vine desesperada porque no puedo ni hablar le digo, necesito agua y no pasa nada. Y ahí empezó todo el calvario. (¿?) Sí, porque tuve todos los estudios, eso que te meten la camarita, qué te tragaste... Para mí era muy difícil hacerlo porque dolía. Por eso era calvario.” (Delia, 63 años)*

b) Sensación de encierro, aburrimiento y malestar respecto a las normas de la sala

Varios entrevistados hacen referencia a la disconformidad con algunas normas de la sala, especialmente respecto a las prohibiciones de fumar, usar celular, salir al patio y estar en la sala de lectura después de las 18 horas. La dificultad en la aceptación de estas normas parece estar relacionado a la dificultad para entender cuál es su función. A los ojos de algunos de los entrevistados parecen normas arbitrarias que van en

contra de sus derechos y coartan su libertad sin una justificación clara. El malestar se asocia al encierro, el aburrimiento, la falta de privacidad y de autonomía.

Para Valeria, Noelia y Cecilia el malestar principal proviene de la prohibición de fumar:

- *“Nosotros ta, nosotros somos internos. Sin embargo ellos (enfermeros) pueden tener teléfono, ellos pueden fumar, pueden hacer de todo, nosotros los internos no.”* (Valeria, 36 años)
- *“mi llegada acá fue obviamente a regañadientes porque yo no quería entrar, y menos que soy fumadora y acá no te permiten fumar.”* (Noelia, 21 años)
- *“me escapaba para salir a fumar, si no me dejan salir a fumar. Quiero fumar un cigarro por lo menos, yo fumo un cigarro por día, y después no fumo más en todo el día hasta el otro día. Y no me dejaban fumar, entonces me le escapaba. (...) lo que yo quiero fumar y nadie me deja salir a fumar acá adentro (...) y me dan ganas de escaparme para salir a fumar por lo menos un cigarro, y no me dejan salir, nada, o sea, y... y bueno, estoy aguantándomela...”* (Cecilia, 20 años)

Varios estudios indican que el hábito de fumar es común en personas con enfermedades mentales porque disminuye la ansiedad, el enojo, la depresión y la desconcentración, así como los efectos secundarios producidos por los neurolépticos en los pacientes con trastornos psicóticos. Al mismo tiempo, el deseo de fumar usualmente aumenta debido al excesivo tiempo de ocio durante las internaciones psiquiátricas (Ghisays, Gómez, Campo, Suárez y Bermúdez, 1996; Trebilcock, 2017).

La mayoría de los fumadores está de acuerdo en el establecimiento de áreas para fumadores y rechazan las normas que interfieren con su derecho a fumar en lugares públicos cerrados como hospitales (Scherer, Scherer, Azevedo y Durão, 2012). En esta línea, un estudio llevado a cabo en Brasil con pacientes hospitalizados en una sala de psiquiatría de un hospital general muestra que fumar ayuda a los pacientes a enfrentar el estrés y la ansiedad que genera la internación, especialmente debido a la falta de actividades y a la dificultad para socializar con otros pacientes. A su vez, aumenta el sentimiento de aceptación al sentir que pueden fumar al igual que lo hacen los profesionales e incluso hacerlo en compañía de ellos. Además, la habilitación de fumar es vista como una forma de respeto hacia sus necesidades y derechos (Oliveira y Furegato, 2014).

Por otra parte, algunos entrevistados expresan cierto malestar asociado a la cuestión del encierro, el control y la restricción de los espacios por los que pueden transitar dentro de la sala, especialmente debido a la prohibición de utilizar la sala de lectura después de las 18 horas. Esto es percibido negativamente porque se asocia a la falta

de privacidad así como a la sensación de estar vigilados y restringidos en sus movimientos. También hay manifestaciones de malestar por la imposibilidad de comunicarse con sus seres queridos (debido a la prohibición de usar celular), y por la falta de actividades de recreación.

- *“me siento muy encerrada acá adentro, yo estoy muy encerrada y no me hace bien estar encerrada. (...) Desde que llegué acá he intentado por lo menos hablar con mi hijo para decirle que estoy bien, yo en persona, y no me lo han dejado. Porque yo sé que no es lo mismo que una amiga le diga ‘mamá está bien’. No, quiero llamarlo y decirle ‘mirá, mamá tuvo un problemita de salud, está internada, cuando salga te aviso, está todo bien’. No me lo permitieron. Tampoco sé quién tiene mi celular, yo llegué acá con mi celular en la campera y nadie sabe quién lo tiene... Entonces por lo menos para decirle que estoy bien, que no se preocupe y más nada que eso, era lo único que quería...”* (Daniela, 31 años)
- *“Obviamente hay reglas que no entiendo, que me molestan un poquito, por ejemplo que no te dejen salir al patio, porque estás como en una cárcel acá, no te dejan salir y en realidad yo no me quiero escapar, yo vine para estar bien. No me voy a escapar. No es así. O por ejemplo que después de las seis de la tarde no nos dejen estar allá arriba, que allá arriba ves el cielo, ves las estrellas, y eso te conecta... (...) Después ponele el tema de la comida, la presión que me meten para comer, entiendo que es necesario, me dicen ‘si no comés te tenemos que dar el alta porque no te vamos a dejar morirte acá y no te pueden dar suero, con la medicación que te dan no te pueden dar suero’ me dijeron.”* (Camila, 19 años)
- *“Le pregunté acá si tenían alguna sala de ejercicio, y no puede ser que en un lugar de rehabilitación no tengan una sala de ejercicio. Ese es el defecto que tiene este lugar. Me encanta, estoy contento, estoy conforme, es el segundo día, capaz que ya el cuarto día me vuelvo loco. (...) Decí que mi vieja me trajo un libro... pero termino el libro ¿y después qué hago? (...) Y cuando vos precisás estar solo, a las seis de la tarde no se puede subir. Y yo necesito estar solo, a veces necesito estar solo pensando en qué quiero hacer, en qué metas me propongo, en qué tengo que dejar de hacer... Pero acá a veces te prohíben eso. Pedí un DVD y me dijeron que no, pndrive con películas para la tele y me dijeron que no; me dan el canal 12 que se ve todo mal.”* (Sebastián, 24 años)”

El malestar asociado a la sensación de encierro, la restricción en la comunicación con el mundo exterior y la falta de privacidad han sido señalados en estudios previos. La restricción de las zonas por las cuales pueden circular los pacientes y de las actividades que éstos pueden realizar deja en evidencia la diferencia entre éstos y el personal. A esto hace referencia Valeria cuando dice que los enfermeros pueden fumar

y usar celular mientras los internos no pueden hacerlo. También se ha observado en estudios previos que los pacientes refieren malestar por no poder tener libre acceso a sus pertenencias, en particular a sus teléfonos celulares, ya que esto disminuye la sensación de que es posible mantener una vida normal (Kuosmanen, Hätönen, Malkavaara, Kylmä y Välimäki, 2007).

Un estudio realizado en el Reino Unido destaca entre las necesidades principales de los pacientes la posibilidad de mantener el control de ciertas acciones como moverse dentro de la sala, acceder a un espacio privado donde estar a solas así como a áreas externas dentro del establecimiento, lo cual permite conservar una sensación de normalidad (Douglas y Douglas, 2004). A su vez, un estudio llevado a cabo en Estados Unidos con pacientes ingresados en una unidad de psiquiatría destaca el anhelo de sentirse libres, encontrar espacios donde evadir la vigilancia del personal y estar en contacto con la naturaleza -aunque sea a través de las ventanas- para escapar fugazmente del ambiente opresivo de la internación (Shattell, Andes y Thomas, 2008).

El hospital psiquiátrico aparece como un lugar de encierro y disciplinamiento caracterizado por la contención del cuerpo, el sometimiento a un cierto orden espacial, una constante vigilancia, la ausencia de intimidad y una pedagogía que orienta a los pacientes hacia el aprendizaje de conductas consideradas normales (Hernández y Sarquis, 2009). “Los cuerpos encerrados, limpios, alimentados y vigilados están impedidos de movimiento, de la expresión de sus deseos, de la preservación de la intimidad”, dando lugar a experiencias de fragilización y vulnerabilidad existencial. El encierro produce sufrimiento psicológico y social, dejando marcas en el cuerpo, en la imagen de sí y en la relación con otros (Correa, Castagno, Páez y Albrisi, 2014, p. 5). Si bien la hospitalización psiquiátrica en un hospital general tiene algunas diferencias en relación a la internación en un hospital psiquiátrico, especialmente en lo que hace a la disminución de la estigmatización de los pacientes, igualmente pueden observarse las características mencionadas más arriba (sensación de encierro, ausencia de intimidad, etc.).

Según Oliveira y Furegato (2014), el predominio de reglas y rutinas y la ausencia de actividades recreativas durante la hospitalización es vivida como privación, haciendo sentir a los pacientes que han perdido el control de sus acciones. La conexión entre recreación y salud mental es estrecha, ya que la recreación permite enfrentar el estrés de la internación, tiene efectos terapéuticos porque reduce el aburrimiento y el aislamiento social, contribuye a la autoestima y facilita las relaciones con los demás (Shank, 2000).

También aparecen expresiones de malestar que no están asociados a factores externos como lo son las normas de la sala sino a factores internos como la falta de motivación para realizar actividades y el deseo de estar a solas.

- *“no se me pasa más el tiempo. Porque no tengo voluntad, me canso terriblemente. (...) Porque no tengo voluntad de hacer nada. Yo soy muy de leer; ni leo. Quiero estar acostada. Demasiado.”* (Delia, 63 años)

c) Referencia al deseo de recibir el alta cuanto antes

Dentro de las experiencias de hospitalización valoradas negativamente se destacan los casos de Roberto y Noelia en los cuales se hace explícito el anhelo de recibir el alta a la brevedad, en un caso porque desde el inicio existió un rechazo a la internación y sólo se la aceptó con la condición de una estadía breve, y en otro caso por el deseo de volver a fumar.

- *“yo me quiero ir a mi casa. (...) (la doctora) me dijo tres cuatro días que iba a estar acá, yo le dije si son tres o cuatro días yo voy, más no porque es mucho tiempo internado y... si es así por cuatro días yo voy, tres días, cuatro, voy. Ayer ella me dijo... el viernes... el jueves me van a dar el alta. Ese no era el trato, me dijo una cosa y ahora me dice otra.”* (Roberto, 74 años)
- *“Fumar para mí era una gran distracción también, ¿entendés? Por eso estoy buscando el alta lo más rápido posible.”* (Noelia, 21 años)

d) Malestar respecto al trato recibido por parte de algún integrante del personal de la sala

Dentro de las experiencias de hospitalización valoradas negativamente cabe mencionar el malestar debido el trato recibido por parte de algún integrante del equipo tratante.

- *“Y después el que tuve conflicto fue con, con la... es muy pedante y a mí la gente... vos, estamos hablando yo y vos, ¿y qué estamos haciendo? Nos estamos mirando a la cara ¿no? Porque yo no soy una pared ni vos tampoco. Me peleé con la enfermera de la noche. (...) Como que sos un cero, como que viste.... que es muy presumida.”* (Valeria, 36 años)
- *“con todos bien, menos con... ¿cómo es? Con la que hace todos los turnos, yo no sé el nombre de ninguna pero es una gorda que anda de verde, es tremenda soreta. Pero después con todo el resto bien.”* (Rafael, 18 años)

Cuando el trato por parte de los técnicos durante la hospitalización es indiferente o despectivo aumentan los sentimientos de vergüenza, desvalorización y enojo en los pacientes, siendo esencial para la recuperación el trato respetuoso, donde se sientan escuchados y tomados con seriedad (Koivisto, Janhonen y Väisänen, 2004; Graham, 2012).

Al mismo tiempo, el ejercicio de cierta autonomía respecto al tratamiento es valorado positivamente por muchos pacientes, en contraposición a la experiencia de sentirse controlados o bien de que el tratamiento es una imposición de los técnicos. Cuando el conocimiento sobre sí mismo que tiene el sujeto es desestimado, la confianza en los profesionales disminuye notoriamente. En este sentido, son experiencias negativas la internación forzada, el tener que permanecer más tiempo del deseado o el tener que irse antes de lo esperado, así como la presión por tener que tomar la medicación (Graham, 2012).

4.4.3 Experiencias respecto a la medicación que le indicaron tomar durante la internación

a) Sensación de que la medicación le ayuda

Varios entrevistados refieren que la medicación les ayuda, especialmente por el efecto sedante que les permite estar más tranquilos, descansar y dormir mejor. En el caso de Sebastián la búsqueda del efecto sedante tiene la particularidad de estar asociado a la búsqueda de los efectos psicoactivos que producen ciertas drogas que él consume habitualmente como la marihuana y algunos psicofármacos (quetiapina). Por otra parte, la mejoría producto de la medicación también se debe a cambios en el estado de ánimo que facilitan la interacción con los demás como en el caso de Verónica.

- *“cuando ya reacciona mi cuerpo al efecto de la medicación ya me dormí, pero tengo que tomarlo porque sino no duermo en toda la noche.”* (Delia, 63 años)
- *“Capaz que para descansar”* (Roberto, 74 años)
- *“La internación me ayuda pero después cuando salgo siempre hago lo mismo. (¿Cómo te ayuda la internación?) Y... el hablar con los psiquiatras, la medicación me la reajustan. (...) De ánimo, como que ya no quiero pasar tanto tiempo acostada, comparto más.”* (Verónica, 40 años)
- *“me vengo sintiendo bien, siento que ahora realmente me está haciendo efecto. El antidepresivo, la risperidona que es para los cambios de humor, siento que estoy más tranquila, más enfocada, más... fuera de riesgo, ¿no?”* (Noelia, 21 años)

- *“Yo nunca en mi vida había estado internado, nunca en mi vida había tomado psicofármacos, ¿entendés?, nunca me habían dado un sedante, que me dejó peor que las drogas que consumo yo. Para mí eso estaba buenísimo, quería otro. A mí me gustan las drogas, ¿entendés?, por eso quiero tomar las pastillas ahora. No es que, también estoy alterado, pero a mí me gusta estar dopado, me gusta. Me gusta fumar faso y quedar así (hace gesto de estar ido) y reírme, y me gusta. Y me gustó, el inyectable también me gustó. (...) ayer no tenía sueño y tenía ganas de tomar cocaína, y fui, dije ‘¿te animás a sedarme?’ Y la doctora fue y me hizo (hace gesto de dar inyectable). Y me dormí al toque.”*
(Sebastián, 24 años)

Distintos estudios señalan que los principales efectos positivos de los psicofármacos son la disminución o remisión de la sintomatología, el aumento del control sobre la propia vida, la mejora en la organización del pensamiento, en el equilibrio emocional, en las relaciones interpersonales y en el desempeño laboral (Pinilla, 2007; Ferreira, Brusamarello, Capistrano, Marin y Maftum, 2017). El establecimiento de una buena alianza terapéutica con el médico tratante juega un rol fundamental en los sujetos que refieren una experiencia positiva con el uso de psicofármacos (Abdelhameeda, Kamala y Hemedá, 2013).

b) Sensación de que la medicación no surte efecto

Algunos entrevistados refieren que la medicación no les hace efecto, es decir, no produce el efecto esperado (dormir, tranquilizarse, etc.), y que podemos pensar se debe al hecho de haber comenzado a tomar la medicación hace poco tiempo o bien a que la medicación indicada no es la más efectiva para tratar los síntomas que presentan. En el caso de Sebastián se agrega el hecho de que el efecto buscado por la medicación que recibe (quetiapina) no sólo es el de tranquilizarse sino el de experimentar ciertos efectos psicoactivos similares a los experimentados con otras sustancias (marihuana, cocaína, pasta base). Se sabe que los efectos psicoactivos de los psicofármacos, referidos a la alteración de estados físicos y mentales, pueden producir efectos placenteros y disminuir algunos síntomas muy molestos, al punto que mucha gente los usa con fines recreativos (Moncrieff, Cohen y Porter, 2013).

- *“Me están dando... pregunté el otro día y me dijeron pero yo para los nombres no, sé que son para tranquilizar y para dormir, pero no... más de dejarme así como estoy no me hacen nada. No me da por dormirme y... la otra vuelta hasta un inyectable me dieron, y dos horas, y estaba con los ojos abiertos. No me están haciendo nada. (...) Ahora nomás, hace un rato me dieron tres pastillas para dormir y no pude dormir, anoche me dieron tres pastillas y un inyectable y*

no pude dormir, no estoy pudiendo dormir. Siento esa necesidad de sueño pero no puedo dormir” (Daniela, 31 años)

- *“(tomo) quetiapina, clonazepam y sertralina. Hoy ya tomé y no me hicieron efecto, no me dejaron así (hace gesto de estar sedado). (¿?) Me deja en cámara lenta. (¿?) El que tomé hoy no lo sentí para nada. Hoy, el que tomé hoy, no lo sentí. (...) Por eso quiero tomarlo ahora de vuelta porque ya estoy, siento que...” (Sebastián, 24 años)*

c) Malestar debido a efectos secundarios de la medicación

- *“Ahora éstas que me están, hay una que me la están dando mal, que me (balbucea), me hace...” (Valeria, 36 años)*
- *“me dijeron que me iban a dar para la abstinencia, para no tener abstinencia (¿?) Me da un poco de sueño, y ta. (...) A mí me dan poquito, porque yo veo la cantidad que le dan al resto y lo que me dan a mí, por suerte ta, pero igual a veces ando arrastrando la lengua también, y eso no me gusta.” (Rafael, 18 años)*
- *“lo que me molesta, ponele, es querer llorar, no sé, y por la medicación no poder, eso sí no me gusta mucho. Siento angustia, me falta el aire y no me gusta eso. Eso por un lado. Después ta, no me molesta. Si es lo que tengo que tomar, lo tomo porque ta, es parte del tratamiento, obviamente.” (Camila, 19 años)*

Entre las principales experiencias negativas vinculadas al uso de los psicofármacos se encuentran los efectos secundarios de la medicación, como el enlentecimiento psicomotor, los efectos extrapiramidales (por ejemplo el parkinsonismo), la somnolencia, los olvidos, el aumento de peso y las disfunciones sexuales (Ferreira et al., 2017). Tanto los efectos secundarios como la percepción de que la medicación es inefectiva son algunos de los principales factores que interfieren en la adherencia al tratamiento al tratamiento con psicofármacos (Sharif, Ogunbanjo y Maleté, 2003).

4.4.4 Dimensión prospectiva

a) Dificultad para proyectar a futuro, sensación de que sus problemas no tienen solución, referencia a la posibilidad de volver a realizar un IAE

Varios entrevistados manifiestan una visión pesimista respecto al futuro y a la posibilidad de mejorar, haciendo énfasis en la imposibilidad de solucionar los problemas que motivaron el IAE. Asimismo en varios casos se reitera la intención de volver a realizar un IAE.

- *“Yo no sé qué voy a hacer porque no... O sea, no encuentro una solución, ¿entendés? Y yo sé que tampoco puedo dejar a mi hijo, entonces no sé qué hacer... no sé qué hacer. (...) me cuesta tratar de buscar una solución para decir salgo de acá, trato de hacer esto y aquello, cuando he mandado más de cien curriculum a todo lo habido y por haber, desde limpiar un piso a moza, de lo que trabajo, restaurant, supermercado, a todo, ¿entendés? Yo sé que tengo 31 años, pero me da el cuerpo para seguir trabajando de muchas cosas, ¿me entendés? O sea, quiero trabajar y quiero estudiar enfermería, que es lo que a mí me gusta, quiero hacer un montón, ¡pero no me salen las cosas! (...) Entonces siempre que me... o sea, siempre que me... me pongo una meta, ¿entendés?, o algo que quiero lograr, siempre pasa algo, siempre. (...) es como que estoy continuamente esperando que pase algo malo. En vez de esperar, en vez de esperar que pase algo bueno, que es lo que debería ser, no, siempre sé que algo malo va a pasar.” (Daniela, 31 años)*
- *“ahora si hoy o mañana tuviera que salir para la calle, ya lo hice una vez, porque antes tomaba las pastillas como droga, me tomaba las pastillas y después tomaba vino, hacía cualquier relajo y no me acordaba de nada, entonces iba, porque tenía periodos que iba al psiquiatra yo por mí misma, nunca terminé los... Porque yo tengo una enfermedad, tengo una enfermedad, yo tengo una enfermedad en la cabeza, porque yo me doy cuenta que de repente estoy lo más bien pero si me hiciste enojar como que me viene una explosión de ira que no mido impulso ninguno... ¡Ay, soy capaz de matarme! ¿Entendés? Y una persona no puede ser así. Te nace como de adentro un bicho” (Valeria, 36 años)*
- *“cuando llegue el día que me vaya veré qué hago. (¿?) ¿Es que por qué me voy a hacer problema antes de tenerlo? (¿?) Sí, porque el apartamento, el monoambiente donde vivo, tiene un montón de problemas.” (Delia, 63 años)*
- *“Lo más lindo para mí sería volver a mi... volver con mi madre, pero es imposible porque la seño***, mi madre entregó donde estábamos, como yo le decía, ¿vio? Y ahí esa señora no me quiere, entonces mi madre me está buscando un lugar donde yo quedarme para no dejarme en la calle (...) Yo no me quiero quedar en la calle, yo de noche tengo miedo de andar en la calle. Aparte tengo poca ropa, tendría frío, estaría tirado abajo de un árbol con unos cartones, y yo no soy ese tipo de gente, no puedo, no... Me da miedo, sinceramente. (...) Es que en sí yo ya no considero que yo tengo una vida, yo sé que estoy vivo porque... no sé, porque mi madre me trajo al mundo, pero sabe qué es mirar, mirarla a usted que vaya caminando por la calle, que esté fumando un cigarro, con una carterita, y diga "mire esa señora, qué bien que anda, tiene trabajo, fuma un cigarrito", yo no puedo fumar, ¿qué clase de vida? Esas preguntas me hago ¿viste? ¿Qué clase de vida tendrá esa persona? Tiene auto, mirá qué lindo, mirá qué linda casa, ¿algún día voy a tener una casa así yo? Nunca, siempre voy a ser un pobre loco. Esas cosas siempre me las pregun***, me las planteo yo.” (Mario, 32 años)*

- *“Yo les decía a mis padres que quiero... curarme y estar bien, y que se me vayan, porque son años, viste que son años... y te cansás, y por más que uno intente y saque fuerzas y se esfuerce y todo, igual no se está bien nunca. (...) me pongo a pensar mucho en el futuro, en mis padres, mi padre como está, yo sé cómo se siente, o sea, perdió un hermano, perdió un amigo que era como un hermano hace poco también, perdió tías, y no le puede contar a mi abuela, y está llevando la situación de mi abuela, y yo lo veo muy angustiado. Y es como que yo absorbo la angustia de todo el mundo, y no sé ayudarlos, y a su vez yo no sé cómo afrontar las cosas que vayan a pasar. (...) ¿viste cuando sentís que te falta realmente el aire, que te caés a pedazos? Y ta, y me siento así. No quiero seguir así, por eso es que no quiero seguir, no quiero. No estoy, siento que no estoy preparada para enfrentar la vida, no me siento con fuerzas para enfrentar la vida, para enfrentar nada. No puedo. Y ta. Es eso. (...) Son años de cosas que pasaron y años de cosas que pensás que van a pasar, que no sabés cómo vas a afrontar. Es como una suma de todo eso. Es difícil.”* (Camila, 19 años)
- *“No sé, no pienso en nada. No tengo necesidad de hacer un análisis de lo que va a ser o cómo puede ser. (...) me gustaría no tener problemas, pero problemas van a haber siempre.”* (Hugo, 72 años)
- *“Todavía no me imagino nada. Mi mente está en blanco. Todavía no me imagino nada. No pienso.”* (Cecilia, 20 años)
- *“Tengo miedo, salir de acá y... no sé. (¿?) A volver a la misma de siempre. (...) Yo salgo de acá a la calle y tengo miedo de tocar la calle. (¿?) Y en la calle me puede recibir mi viejo y me puede llevar a su casa, así como no, así como que me puede recibir un amigo mío. (...) Yo soy consciente de decidir, pero yo decido, yo soy mi peor enemigo. (...) yo creo que si salgo de acá lo primero que voy a hacer es boxeo. Pero ta, es lo que pienso yo. Pero capaz que me encuentro con un demonio en el camino y... y se me perturba la mente (¿?) Un demonio, el que te dice 'dale negro, vamos pa' ahí, hace días que no nos vemos'. Y el otro te dice 'no le hagas caso, boludo, si vas bien.' Y el otro te dice 'dale gil, si es por hoy nomás, es por hoy, sólo por hoy, mañana hacé lo que quieras, hace tiempo que no te veo, dale, vámonos.' Y el otro te dice 'no le hagas caso, no le hagas caso'. (...) pero yo lo entiendo lo más bien, que sé que viene mi viejo y me dice 'vamos para casa que vas a estar bien'. Y viene el otro y te dice 'negro, vamos para la plaza a tomar un vino'. Y yo con mi viejo me aburro.”* (Sebastián, 24 años)

Algunos autores plantean que la atención recibida por parte del entorno tras un intento de suicidio puede tener un efecto paradójico, beneficiando a la persona a través del apoyo recibido y al mismo tiempo favoreciendo la tendencia a realizar nuevos intentos como forma de conseguir la atención deseada. Desde esta perspectiva la atención familiar y social recibida luego de un intento de suicidio tiene un doble efecto, por un

lado ayuda al individuo a recuperarse del episodio, y por otro lado puede reforzar el comportamiento suicida como único medio para conseguir ayuda del entorno, especialmente cuando pasado un tiempo el entorno ya no resulta contenedor y el individuo se ve impulsado a realizar un nuevo intento para recibir ayuda nuevamente (Figel, Menegatti y Pinheiro, 2013).

Numerosas investigaciones plantean que luego de un intento de suicidio aumenta significativamente el riesgo de volver a realizar un intento, especialmente durante los tres primeros meses (Lizardi y Stanley, 2010).

En esta línea, mediante una investigación llevada a cabo con adultos que habían intentado quitarse la vida Graham (2012) señala que la mayoría de los participantes en vez de experimentar una disminución de la ideación suicida mantuvieron el estado depresivo y el tormento emocional durante un lapso de varios días e incluso semanas.

Para esta autora la crisis suicida es la manifestación aguda de un estado que continúa por un tiempo. Es habitual observar sensaciones de pérdida de control, impotencia y desesperanza, así como estados de angustia y confusión luego de un intento de suicidio. También son comunes los sentimientos de vergüenza, culpa e impotencia después del intento, así como la sensación de estar paralizado sin poder resolver sus problemas. Por este motivo se entiende que recobrar el control sobre sí mismo es fundamental en el proceso de recuperación luego del intento.

b) Expectativas respecto a la posibilidad de mejorar

Varios entrevistados manifiestan deseos de curarse y cambiar de vida, incluyendo los proyectos de estudiar y trabajar, así como la intención de continuar el tratamiento para sentirse mejor y evitar una recaída. Se observa que una de las principales motivaciones para salir adelante es el deseo de hacerse cargo de sus hijos y reencontrarse con otros seres queridos, ayudarlos y apoyarse en ellos para salir adelante. El anhelo de cambiar de vida va de la mano de la intención de dejar atrás lo que consideran haber hecho mal, especialmente vinculado al consumo de drogas.

- *“El tema es que yo sé que tengo un hijo, y ese es el tema mío, porque si yo estuviera sola capaz que ya no estaba acá. (...) Estoy cansada y yo sé que tengo a mi hijo, lamentablemente que tiene un padre que no sirve como para decir bueno ta, sé que si hoy o mañana me pasa algo está bien cuidado, pero tampoco, entonces es una cosa que... es contradictorio.”* (Daniela, 31 años)
- *“me gustaría cambiar, porque viste ahora no puedo ver a mis hijos... (...) yo quiero curarme de esto. A pesar que yo fui una sinvergüenza de que me metí a fumar pasta base”* (Valeria, 36 años)

- *“Ahora quiero cambiar por eso mismo, yo tengo una hija. Y mi cabeza está que vuela. O sea, estoy tranquila ahora, estoy acá, estoy tranquila y... corte que me relajo, pero igual. (...) Irme con mi hija, lo único que voy a pensar. Lo único que voy a pensar es estar con mi hija, nada más. (...) Pienso en mi hija y en... mi hija, mi padre y mi hermano, lo único. Pero mi hermano corte que me lo estoy sacando, pero mi hija y mi padre son lo principal que yo tengo.”* (Cecilia, 20 años)

En una investigación llevada a cabo con pacientes hospitalizados por diversos motivos (ideación suicida, intento de suicidio y otros motivos distintos a la conducta suicida) se destaca que la preocupación y afecto por la familia y la importancia de tener personas que los quieren y ayudarían son considerados motivos de alta importancia para no suicidarse. Se resalta el rol crucial que juegan los vínculos cercanos, tanto en las circunstancias predisponentes y desencadenantes de la conducta suicida como en el proceso de recuperación posterior (Echávarri et al., 2015).

La responsabilidad con la familia y la preocupación por los hijos constituyen dos de los seis constructos del Inventario de Razones para Vivir creado por Lineham y colaboradores en 1983. Se ha observado que en el caso de las mujeres con hijos, especialmente cuando éstos son pequeños, es importante que luego de un intento de suicidio puedan recuperar la relación con ellos y protegerlos de las experiencias que ellas mismas sufrieron. Los hijos aparecen como un propósito en sí mismo para seguir viviendo y la responsabilidad de cuidarlos constituye un mecanismo protector fundamental contra el suicidio (Chantler, Burman, Batsleer y Bashir, 2001; Qin, Agerbo y Mortensen, 2003).

Los aspectos más importantes en la experiencia de recuperación tras un intento de suicidio son encontrarle un sentido a la vida, recuperar el sentido de pertenencia y la conexión con los otros, poder estudiar y trabajar, y acceder al apoyo terapéutico, son aspectos fundamentales en el proceso de recuperación (Roberts, 2016). En la misma línea Graham (2012) señala que el pasaje desde la sensación de desamparo y aislamiento hacia la sensación de empoderamiento y reparación de las relaciones interpersonales son aspectos cruciales del proceso de recuperación. Para muchos sujetos resulta beneficioso hablar con sus familiares sobre lo sucedido, muchas veces a través de la ayuda de un profesional, ya que el soporte, la comprensión y la aceptación del entorno más cercano son fundamentales en el proceso de recuperación. También es importante recobrar la capacidad de trabajar, estudiar, hacer deporte, participar en actividades artísticas o comunitarias, así como cualquier otra

forma de actividad que permita sentirse útil, valioso y devuelva la sensación de confianza en sí mismo.

Algunos autores entienden el intento de suicidio como un pedido de ayuda de carácter regresivo en donde el sujeto busca el cuidado de sus seres queridos en un intento de reparación de un vínculo dañado o de asuntos inconclusos del pasado. Así, el intento de suicidio se convierte en una estrategia para salir de las dificultades y en una forma de volver a la vida (Marulanda, Román y Arbeláez, 2011).

Otros señalan el efecto catártico que pueden tener los intentos de suicidio, referido a la disminución de la ideación suicida luego de un intento. Este efecto catártico se ha observado principalmente en personas menores de 60 años o que presentan diagnóstico de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (F20 y subsiguientes según la clasificación del CIE-10), en contraste a las personas mayores de 60 años o que presentan trastornos de ansiedad (F40 y subsiguientes según la clasificación del CIE-10) (Matsuishi et al., 2005).

A continuación, los relatos de Rafael y Noelia apuntan en ese sentido.

- *“yo quiero cambiar y quiero hacer las cosas bien. (...) Ya me consiguieron trabajo para cuando salga. (...) ya que no me dejaron que me fuera, ahora tengo que hacer las cosas bien. O sea, el pasado lo pisaste, y bueno, ta. Ya lo hice. Del tiro no me arrepiento, pero ta, no me morí. Ahora tengo que aprovechar. (...) el antes no lo voy a mirar porque ya está, lo hice, ya lo hice, ahora tengo que ponerme las pilas y encarar pa' adelante, dejar de consumir, y hacer las cosas bien, nada más. (...) quiero ir a ver cómo está ese laburo, y nada, laburar y poder, yo qué sé, poder progresar, de verdad poder progresar. (...) poder entrar a los fusileros navales, hacer el curso bien, irme un par de meses por ahí de misión o algo, poder comprarme una casa, corte pa' poder después tener una familia. Mi vieja corte que vive con mi padrastro pero esa casa no la compraron ni nada, se la prestaron como quien dice, mi padrastro está grande ya, y corte que mi vieja va a tener que vivir en algún lado (...) y de bobera quiero hacer una casa que si mi vieja se tiene que ir a vivir conmigo que se vaya. Siempre pensé eso igual, pero ahora corte que lo voy a poder hacer, porque antes con una vida de drogas no iba a hacer una casita, no iba a poder comprar más que una chocita así.” (Rafael, 18 años)*
- *“Y bueno, creo que ya estoy preparada para el alta porque me siento mucho más tranquila, con las ideas claras, tengo hasta una entrevista de trabajo. Y bueno, estoy preparada para enfrentar de nuevo lo que es la vida, antes me achicaba, me daba miedo. (...) Hace más de dos años que no estoy activa laboralmente, y bueno, es como que ganarme mi propio dinero, tener responsabilidades, levantarme temprano, tener hasta una motivación para bañarme porque llegaban semanas que ni siquiera me bañaba, ¿entendés? Hasta descuidaba mi imagen personal (...) Y bueno, yo pienso llegar a la casa*

de mi madre, darme un baño, acostarme, y levantarme con la cabeza enfocada en salir adelante. (...) apoyar a mi madre en todo lo que pueda, y apoyarme a mí. Es como que mi madre y yo somos el único apoyo que nos tenemos. (...) tengo 21 años, tengo que enfocar la mente en otra cosa, en trabajar, en estudiar. La meta para mi 2017 es independizarme. (...) no es fácil salir solo, no es como, ya te digo, como con el consumo, con el consumo puedo, pero contra la depresión no.” (Noelia, 21 años)

En otros casos la posibilidad de continuar el tratamiento luego del alta resulta un aspecto fundamental para sostener la mejoría lograda durante la internación.

- *“yo no quiero dejar el tratamiento, doctora. Si yo dejo el tratamiento yo me voy a descompensar, ¿no? (...) yo creo que mi enfermedad si yo no la llevo con una medicina común no voy a poder salir adelante. (...) yo quiero salir adelante (...) quisiera que si en esta vida hubiera... hubiera algo que me pudiera ayudar, algo que me pudiera cambiar la vida, volver a hacer de vuelta, si se pudiera volver el tiempo atrás, cambiaría todo lo mal que hice para tener una vida nueva de nuevo, para empezar otra vez de nuevo, con los brazos en el alto, no pa' traerme pa' acá, sólo por el derecho de ser.” (Mario, 32 años)*
- *“Ahora cuando salga voy a tener para ir a un grupo de ayuda mutua el jueves. (¿?) Mucha motivación, mucha expectativa. (¿?) Y que pueda motivarme para otras cosas, para... ver el mundo de otra manera, de ver y solucionar las cosas de otra manera. No sé... porque debe haber mucha gente que va a ser muy parecida a mí. Entonces ver la vida de otra manera, de solucionar los problemas de otra manera. (...) Yo estoy pensando en el alta en el grupo, nada más, y conseguirme un trabajo. Tengo muchas expectativas, mucha motivación por el grupo. (¿?) esta vez es diferente. Esto voy a algo fijo, algo que yo sé que va, que ahora lo tengo, que ya... Otras veces me voy sin nada. Voy, salgo de alta porque estoy bien pero no tengo motivaciones.” (Verónica, 40 años)*
- *“Yo les decía a mis padres que quiero... curarme y estar bien, y que se me vayan, porque son años, viste que son años... (...) me estoy esforzando para comer un poco, para seguir acá, para estar mejor, y curarme, quiero curarme, quiero estar bien de verdad y que nada me afecte. (...) Estoy haciendo todo el esfuerzo que puedo, todas las ganas que puedo meter para, porque no me quiero ir, porque quiero salir adelante” (Camila, 19 años)*

Algunos estudios señalan que las personas que han realizado intentos de suicidio tienden a reconocer con mayor facilidad la necesidad de tratamiento y se respaldan más en la ayuda profesional que las personas con ideación suicida sin intentos previos y las personas con enfermedades mentales que no presentan ningún tipo de comportamiento suicida. Las principales necesidades de tratamiento se refieren a la medicación, la psicoterapia y la información sobre las enfermedades mentales y su

tratamiento (Pirkis, Burgess, Meadows y Dunt, 2001; Pagura, Fotti, Katz y Sareen, 2009).

Sin embargo, se plantea que usualmente las personas con comportamiento suicida no buscan ayuda profesional y no adhieran al tratamiento, ya sea porque perciben que no necesitan ayuda, porque creen que pueden manejar el problema por sí mismos o bien porque piensan que el tratamiento no va a funcionar. La probabilidad de recibir tratamiento aumenta cuanto mayor es la gravedad del comportamiento suicida y menor el tiempo transcurrido desde el inicio de la ideación suicida (Bruffaerts et al., 2011).

Varios estudios sugieren realizar intervenciones más eficaces para captar a esta población dentro de los servicios de salud mental, destacando las consultas informativas breves o entrevistas motivacionales que se realizan durante la consulta en emergencia o durante la hospitalización, ayudando a esclarecer los objetivos del tratamiento, identificando los obstáculos para llevarlo adelante y haciendo énfasis en su importancia para la recuperación de la persona. También resaltan la importancia de las llamadas telefónicas, el envío de cartas y las visitas domiciliarias luego del alta hospitalaria durante un lapso de dos años aproximadamente, cuya función principal es ofrecer la posibilidad de sentirse mirado y escuchado por alguien y brindar una red de soporte social (Fleischmann et al., 2008; Lizardi y Stanley, 2010).

c) Percepción y expectativas respecto a la propuesta de rehabilitación

En aquellos entrevistados donde el consumo de drogas ocupa un lugar importante en sus vidas y aparece como problemática vital, ya sea para sí mismos o para terceros, desde el equipo tratante de sala se les propone realizar algún tipo de tratamiento de rehabilitación, ya sea en régimen de internación o ambulatorio. Ante esta propuesta algunos se muestran dispuestos a realizar este tipo de tratamiento y otros no.

En los casos de Valeria, Rafael y Mario, se proponen dejar de consumir y aceptan la propuesta de rehabilitación:

- *“yo quiero curarme de esto. A pesar que yo fui una sinvergüenza de que me metí a fumar pasta base... (...) La doctora de... la de Izcalí (...) me dijo que ella iba a seguir estando en contacto con Izcalí ¿viste? (¿O sea que hay una posibilidad de que vayas a Izcalí cuando te den el alta acá para que puedas hacer la rehabilitación?) ¡Sí, claro!” (Valeria, 36 años)*
- *“la psicóloga y las psiquiatras de acá, que estaban cuando fui a la otra salita de allá, me ofrecieron ir a Izcalí y no sé qué más... (¿?) a eso no voy a ir. Voy a ir derecho a trabajar y a venir a la -¿cómo es?- a la policlínica que hay un... no*

me acuerdo cómo fue, sé que un nombre raro ahí, algo de... sé que es para mí, a controlarme por el tema de la adicción y eso, y nada más. (...) Quiero dejar de consumir. Y ta... estaba pensando en lo de ir a Izcalí por eso mismo, porque capaz me ayudaban un poco más, pero no, con voluntad digo yo que... voy a poder dejar de consumir sin ir a Izcalí (...) el antes no lo voy a mirar porque ya está, lo hice, ya lo hice, ahora tengo que ponerme las pilas y encarar pa' adelante, dejar de consumir, y hacer las cosas bien, nada más. (...) quiero hacer una casa que si mi vieja se tiene que ir a vivir conmigo que se vaya. Siempre pensé eso igual, pero ahora corte que lo voy a poder hacer, porque antes con una vida de drogas no iba a hacer una casita, no iba a poder comprar más que una chocita así.” (Rafael, 18 años)

- *“ya hace dos meses casi que dejé de consumir lo que estaba consumiendo. Y ya no tengo deseos de seguir consumiendo (¿?) Pasta base, que fue lo que dije ya que no consumo más, ya nunca más tampoco voy a consumir porque esto llevó a que no vea a mis sobrinos; llevó a que mi madre, a ver llorar a mi madre; llevó a que yo me llevara las cosas de mi casa, mi heladera, mi ropero, mi mesa de luz, mi cómoda, todo, vender todo para eso. Salía al hombro por la calle a vender las cosas para comprar esa porquería. Y creo, y lo juro por dios, por mi vida y por mi madre, que amo mucho, que juraría nunca más tocar eso tampoco porque no quiero tocar eso. No, no... no está en mi mente ya. (...) Y yo creo que si salgo de acá tampoco la consumiría más tampoco, porque hizo mucho daño y lo comprendo, y me hizo mucho daño. (...) Un mes y medio estuve consumiendo. Ahora hace bastante que no la toco pero no la quiero tocar más tampoco.” (Mario, 32 años)*

En los casos de Noelia y Sebastián, refieren intención de continuar consumiendo, y rechazan propuesta de realizar tratamiento de rehabilitación:

- *“me entrevistaron la gente de Izcalí, que era la clínica de rehabilitación a la que yo iba a ir, pero yo no quiero ir. (¿?) Porque me tengo que sacar los piercing. (...) y los piercing son parte de mi identidad como persona, y no me los quiero sacar. Me los sacaría únicamente por un trabajo. (¿?) yo hace dos meses que no consumo cocaína, y no he tenido abstinencia, no he sentido las ganas de consumir, y creo que puedo seguir así por largo tiempo más. No le tengo miedo a las recaídas porque si no quiero consumir no consumo, han consumido adelante mío y yo he dicho que no. Entonces quiero llegar a mi casa nomás. (...) yo creo que no voy a consumir más, ya me trajo demasiados problemas, tengo 21 años, tengo que enfocar la mente en otra cosa, en trabajar, en estudiar. La meta para mi 2017 es independizarme. Entonces no puedo perder más tiempo yendo a clínicas. Aparte el tratamiento dura como 4, 6 meses. Entonces no quiero perder ese tiempo. (¿?) Para mí no es un problema, si quiero consumir consumo, si no quiero consumir no consumo. Aparte tengo una frase que es como... el consumo de drogas siempre tiene que ser por felicidad, no por necesidad, para pasar bien el momento y no por necesidad. Me junto con un amigo y me fumo un porro o me junto con un amigo a tomar,*

pero aunque lo he hecho sola, siempre... nunca deprimida, no creo que sea la cura a la depresión consumir drogas. (...) tengo otros problemas para solucionar antes que ese. (...) otros trastornos más importantes para solucionar antes que ponerme a pensar en una clínica para dejar de consumir drogas, que aparte me voy a encontrar con gente que consume pasta base, gente que es adicta totalmente a la cocaína, gente que... me voy a sentir como sapo de otro pozo, porque yo el consumo, como ya te dije, es esporádico, es cuando me pinta o... o sea, no es que estoy mal y voy corriendo a buscar un porro.” (Noelia, 21 años)

- *“yo salgo a la calle mañana y me voy a drogar. Yo para mí va a ser así. Yo voy a salir de acá y me voy a drogar. Porque va a ser así, porque me conozco. (...) (¿Acá te hablaron de la posibilidad de una rehabilitación por el tema del consumo?) Sí, pero son rehabilitaciones militares. Para eso poneme en un cuartel militar y dame un arma. Eso va a ser más divertido a que te despierten así (golpea las manos) 'muchachos, a desayunar. Y dale, hoy te toca cocinar a vos, y hoy te toca lavar los platos a vos.' Y a mí no me gusta eso. A mí si me van a hacer eso que me manden a un cuartel militar. (...) Yo soy consciente de decidir, pero yo decido, yo soy mi peor enemigo. (...) ¿Y vos te pensás que las drogas las voy a dejar de un día para otro? No, porque no voy a dejar las drogas, me van a dar otras drogas y voy a pasar medicado. Y yo antes de pasar medicado prefiero seguir consumiendo mis drogas. Esa es mi realidad. Porque para estar así como se llevaron al chico que se llevaron para el Vilardebó, que estaba así (hace gesto de estar sedado), porque estaba con exceso de medicación. Yo prefiero seguir tomando merca. Y seguir fumando pasta base.” (Sebastián, 24 años)*

Varios estudios han señalado que el tratamiento de las adicciones enfrenta el obstáculo de la falta de motivación de los sujetos para tratarse, tanto en la entrada al proceso terapéutico como en la adherencia al mismo. Sólo un pequeño porcentaje busca ayuda profesional, y cuando lo hacen frecuentemente es empujados por terceros (familiares, médicos, etc.). Sin embargo, se entiende que la entrada al tratamiento debe ser una decisión del sujeto y no una imposición de terceros que fuerzan la adaptación o el control social en desmedro de la libertad de elegir del sujeto (C. López, 2009; López, Bruzzone, Krebs y Castro, 2013). Lo cierto es que el acompañamiento familiar y el soporte social, ya sea como fuente de apoyo o como presión externa, predicen una mayor adherencia al tratamiento, especialmente cuando participan y se implican en el mismo (De Andrés, 2017).

Existen múltiples factores que influyen en la adherencia y en el abandono del tratamiento: la falta de conciencia de enfermedad, la calidad de vida percibida, la psicopatología asociada, y el balance que realiza el sujeto entre los efectos positivos

de tratarse (mejoría de la salud general) y los refuerzos positivos inmediatos del consumo (Roncero et al., 2012). Otro motivo para abandonar el tratamiento es la percepción de mejora al considerar que el problema que se tenía al momento de solicitar ayuda no es tan relevante como para continuar el tratamiento, ya sea por haber reducido o abandonado el consumo de drogas o por considerar que su relación con las drogas no es tan problemática (Calvo, Costa y Valero, 2016).

CAPÍTULO 5.- Consideraciones finales

La complejidad del fenómeno suicida

La amplitud de la expresión fenómeno suicida permite referirse al conjunto de ideas y comportamientos que se ubican dentro del llamado continuum suicida: desde la ideación suicida hasta el suicidio, pasando por los intentos de autoeliminación o intentos de suicidio, considerados como sinónimos en este trabajo.

Se trata de un fenómeno universal que trasciende las diferentes culturas y épocas históricas, siendo entendido de diversas formas según cada contexto. En la cultura occidental fue concebido como un pecado o un crimen durante mucho tiempo, y aún sigue siendo visto de esta forma en algunas culturas y religiones, tal como sucede en el catolicismo donde se lo sigue considerando un pecado contra Dios. Sin embargo, la concepción del suicidio como un síntoma o resultado de una enfermedad es la noción que mayor aceptación ha tenido en nuestra cultura hasta el día de hoy desde que la psiquiatría introdujo la temática dentro de su campo disciplinar. A pesar de su amplia aceptación muchos autores han cuestionado esta idea, planteando que el comportamiento suicida constituye un fenómeno complejo y requiere de una comprensión más amplia.

Entre la mayoría de los investigadores existe consenso respecto a la conceptualización del fenómeno suicida como un fenómeno complejo y multidimensional, determinado por la interacción de varios factores: antropológicos, socio-culturales, históricos, económicos, ambientales, biológicos, psicopatológicos y psicológicos, incluyendo aspectos referidos a la historia personal y familiar.

Es importante advertir que si bien esta diversidad de perspectivas corre el riesgo de convertirse en un eclecticismo infructuoso, al mismo tiempo permite enriquecer la comprensión del tema. Al día de hoy resulta imprescindible considerar esta multidimensionalidad para mejorar las estrategias de prevención, ya que el suicidio no es solo un problema de salud sino también social y cultural (Larrobla et al., 2017). Esto significa que no alcanza con el abordaje exclusivo desde el ámbito sanitario sino que se requiere un abordaje integral con la participación conjunta de otros sectores de la sociedad como los ámbitos educativo y comunitario.

Desde el extenso estudio realizado por Durkheim a fines del siglo XIX hasta la fecha se han llevado a cabo numerosas investigaciones sobre el suicidio y se han propuesto diferentes definiciones y clasificaciones sin lograr llegar a un acuerdo. Sin embargo, la

mayoría de los autores coinciden respecto a dos aspectos fundamentales de la definición de suicidio: el agente del acto es el propio sujeto y el resultado de dicho acto es la muerte. En cambio, hay un tercer componente de la definición mucho más controversial: la cuestión de la intencionalidad. Si bien muchos plantean que la intencionalidad de morir es fundamental para determinar si un comportamiento se puede catalogar como suicida, permitiendo diferenciar, por ejemplo, entre un intento de suicidio y una autolesión no suicida, las dificultades para evaluar este aspecto son tales que ha quedado excluida de la mayoría de las definiciones. La OMS (2014) excluye de forma explícita la cuestión de la intencionalidad de su definición de intento de suicidio por considerarla difícil de evaluar. En cambio, el DSM 5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) considera que la intención de morir es crucial para catalogar un comportamiento como intento de suicidio y diferenciarlo así de las autolesiones no suicidas.

Para sortear la dificultad que supone la evaluación de la intencionalidad y asumiendo que los comportamientos suicidas suelen estar cargados de ambivalencia, se han propuesto términos alternativos como el de parasuicidio (Kreitman, 1969) para referirse a cualquier comportamiento suicida sin desenlace fatal, independientemente de su intencionalidad. Esta expresión tuvo gran aceptación en Europa aunque actualmente está en desuso y fue sustituida por el de autolesiones deliberadas. En Estados Unidos se utilizó durante mucho tiempo la expresión intento de suicidio para referirse a cualquier comportamiento suicida sin importar la intencionalidad, aunque actualmente predomina la distinción entre intento de suicidio y autolesión no suicida propuesta por el DSM-5.

En este trabajo se optó por utilizar la noción de intento de autoeliminación como sinónimo de intento de suicidio, y tomarla en un sentido amplio de tal forma que se pudieran incluir todos los comportamientos suicidas independientemente de su intencionalidad. La elección de una noción amplia del término intento de autoeliminación apuntó a contemplar casos heterogéneos y enriquecer el estudio tomando en cuenta la singularidad de cada uno de ellos. Haber dejado de lado la cuestión de la intencionalidad y de la gravedad de los intentos no significa que estos aspectos se consideren irrelevantes. Muy por el contrario, estos aspectos juegan un rol fundamental en la comprensión del fenómeno.

Las distintas formas de comportamiento suicida representan mucho más que diferentes niveles de gravedad de un continuum suicida. Algunas investigaciones recientes han mostrado que las autolesiones no suicidas difieren del comportamiento suicida en la intencionalidad, la intención y la epidemiología. La principal distinción

entre el comportamiento suicida y el comportamiento autolesivo sin intención suicida es que el primero refleja el deseo de escapar y terminar con la propia vida, mientras el segundo se refiere a una forma inadecuada de enfrentar el malestar psicológico y regular estados emocionales abrumadores. A pesar de estas diferencias, ambos tipos de comportamiento suelen superponerse y su distinción sigue siendo problemática. Se considera que las autolesiones no suicidas incrementan el riesgo de suicidio aunque no necesariamente conducen a un intento de suicidio, y así como pueden tener lugar de forma aislada también pueden alternarse o coexistir con el comportamiento suicida (Butler y Malone, 2013).

Un abordaje cualitativo centrado en la perspectiva de los sujetos

Dada la complejidad del fenómeno suicida y la dificultad para diferenciar sus distintos componentes y manifestaciones, resulta crucial seguir investigando sobre la temática desde una mirada amplia, sin caer en reduccionismos, apuntando a lograr una comprensión más profunda del tema y mejorar así las estrategias de atención y prevención.

Cabe recordar, siguiendo a Hjelmeland y Knizek (2010), que los estudios centrados en la comprensión apuntan a conocer el significado que un determinado comportamiento tiene para el sujeto que lo protagoniza. En el caso del comportamiento suicida, el interés recae en conocer el significado que los sujetos involucrados en este tipo de comportamiento le otorgan al mismo, tomando en cuenta las particularidades del contexto en el que están insertos. El enfoque cualitativo permite, además, contemplar varios aspectos a la vez y relacionarlos entre sí, contemplando la complejidad del fenómeno. Esta perspectiva se diferencia del enfoque explicativo, comúnmente de carácter cuantitativo, que apunta a conocer las causas del fenómeno para dar una explicación del mismo, la mayoría de las veces en términos lineales causa-efecto. De todas maneras, así como los enfoques cuantitativo y cualitativo se complementan también lo hacen la explicación y la comprensión: las explicaciones causales se basan en la comprensión de una determinada temática, y a su vez, el primer paso tras desarrollar una cierta comprensión sobre determinado tema debería ser ofrecer una explicación causal del mismo.

Entrevistar a los sujetos que están directamente implicados en el fenómeno que se pretende estudiar constituye una fuente de información sumamente valiosa para enriquecer la comprensión del mismo.

La experiencia subjetiva en relación al IAE: principales aportes de la investigación

En la presente investigación se pudieron explorar junto con los entrevistados algunos aspectos clave que permitieron conocer sus vivencias respecto al IAE y a la experiencia de hospitalización. Se realizó una aproximación a los eventos vitales significativos, las circunstancias de vida y los motivos para realizar el IAE, destacándose las vivencias de dolor psíquico, las experiencias de pérdida, el malestar a nivel vincular, el consumo de drogas como problemática vital y los antecedentes de ideación y/o comportamiento suicida.

Desde un punto de vista fenomenológico, el aspecto más relevante de la experiencia relatada por los entrevistados es la vivencia de un dolor psicológico intolerable, expresada en términos de cansancio, desesperación y desborde, y que lleva a pensar en el IAE como única salida posible para aliviar el sufrimiento. Este malestar intenso surge ante la imposibilidad de solucionar ciertos problemas que desbordan al sujeto, y en su mayoría se refieren a dificultades y contratiempos habituales en la vida de cualquier persona (pagar las cuentas, conseguir empleo, el cuidado de la casa y los hijos, etc.).

En otros casos el malestar previo al IAE se relaciona a experiencias de pérdida que han dejado una marca en la vida de la persona, y que abarcan desde la pérdida de un ser querido por muerte o distanciamiento hasta las pérdidas económicas o de cierta posición social. Se observa la relación entre dolor psíquico, duelo y riesgo de suicidio. Los relatos dan cuenta de que junto con la pérdida del objeto se pierde algo propio, es decir, algo valioso del propio sujeto se va junto con esa pérdida, dejando en evidencia lo que Lacan (1963/2007) señala al decir que sólo se entra en duelo por alguien de quien el sujeto puede decir *yo era su falta*. Lo que está en juego, entonces, es el lugar que el sujeto ocupa en relación al objeto perdido.

Las particularidades de la posición del sujeto en relación al otro aparece como un aspecto relevante en la experiencia del IAE, y se observa no sólo a través de la experiencia de pérdida sino también del malestar a nivel vincular que predomina antes del IAE. Las relaciones conflictivas con familiares cercanos, la falta de soporte familiar, la sensación soledad y la percepción de ser una carga para los demás son algunas de las formas que toma este malestar, llamando la atención su intensidad, que no siempre se condice con las condiciones de vida relatadas por los sujetos. Esto hace pensar que entra en juego algo del orden del posicionamiento subjetivo en relación al otro.

Ante un pedido de ayuda o una demanda de reconocimiento que no encuentra resonancia en los otros, el sujeto recurre al IAE como forma de resolver el malestar. En términos lacanianos puede tratarse de un pasaje al acto o de un acting out, dependiendo de la posición que asume el sujeto en relación al otro. Cuando el sujeto más que estar decidido a consumir el acto realiza una puesta en escena donde hace exhibición y reclamo, destacándose su condición de llamado al otro, estamos frente a un intento de suicidio que puede ser entendido como acting out. En cambio, en el pasaje al acto el sujeto prescinde completamente del otro, se sale de la escena hacia la dimensión de lo real, constituye una salida de la red simbólica.

Además de la importancia que adquiere el posicionamiento subjetivo en estos casos, es interesante observar la insistencia del comportamiento suicida que aparece de forma reiterada en estos relatos, en referencia a eventos del pasado y a eventuales sucesos en el futuro, es decir, a la posibilidad de volver a realizar un IAE. Tiene que ver, por un lado, con la noción de continuum suicida, en tanto el IAE actual no aparece como un evento aislado sino como parte de un proceso, que si bien no siempre es lineal en el sentido de avanzar en etapas de menor a mayor gravedad, igualmente es importante tenerlo en cuenta dada su relevancia desde el punto de vista de la prevención (Sveticic y De Leo, 2012).

Por otra parte, la repetición de los IAE da cuenta de la incidencia de la pulsión de muerte, entendida como tendencia a regresar a lo inanimado, al reposo absoluto. La pulsión de muerte, la compulsión a la repetición y el goce están articulados. El goce remite es una exacerbación de la satisfacción, excede el principio de placer, y se entrecruza con la pulsión de muerte a través de la repetición. El goce es la manifestación de la exigencia siempre insatisfecha de la pulsión de muerte, por lo que su satisfacción supone la muerte del sujeto. En este sentido, el suicidio constituiría el triunfo de la pulsión de muerte (Miller, 1993).

Cabe destacar la tendencia a actuar como otro aspecto relevante que se desprende de las narrativas de los sujetos entrevistados, especialmente en relación al consumo de drogas y a la repetición de los IAE. Se refiere a la tendencia a recurrir a la acción como forma de descarga cuando se sienten desbordados, dejando en evidencia la imposibilidad de tramitar simbólicamente un malestar que se vive como intolerable. Al contar con pocas herramientas a nivel simbólico para lidiar con el exceso pulsional, el sujeto recurre a la acción (realiza un IAE) en un intento de solucionar por vía de lo real algo que no ha podido ser tramitado por vía de lo simbólico (Rojo et al., 2016).

Dada la tendencia a actuar y el déficit narcisista que muchas veces caracteriza a estos sujetos, impidiéndoles sostenerse por sí mismos, resulta imprescindible - al decir de

Bettini (2014) - que puedan contar con la presencia real de un otro que los sostenga, que oficie de soporte y los ayude a poner freno a la acción. Esta autora hace esta observación en relación a algunas personas quienes tras la pérdida de un otro significativo sufren un impacto a nivel de su estructuración narcisista, sobre la base de un déficit previo. Si bien no se trata de generalizar, estas apreciaciones respecto a cierta fragilidad que presentan algunos sujetos con IAE por la tendencia a actuar y la necesidad de contar con la presencia real de un otro, pueden enriquecer la comprensión del fenómeno, especialmente en relación a la posición subjetiva que subyace en muchos de estos casos.

Otro elemento que sobresale de la experiencia subjetiva en relación al IAE es la cuestión de la intencionalidad, referida al para qué del acto, destacándose su diversidad, ambigüedad y superposición. En los relatos de los sujetos entrevistados se distinguen las intenciones de evadir la realidad, llamar la atención, dejar un mensaje, evitar ser una carga para los demás y la intención contundente de morir. Si bien la intencionalidad es el componente más controversial de las definiciones de suicidio e intento de suicidio debido a su ambigüedad y dificultades en su evaluación, constituye un aspecto central de la experiencia subjetiva. Quizás lo más interesante sea observar la diversidad de las intenciones, siendo la muerte una más de ellas, aunque sin duda la más grave y peligrosa. Sin embargo, hay otras intenciones que son habituales y que muchas veces se superponen a la intención de morir, por ejemplo llamar la atención, dejar un mensaje o evadir la realidad. Este es uno de los aspectos más ricos de la experiencia subjetiva que debe ser tenido en cuenta si se piensa, por ejemplo, en un tratamiento psicoterapéutico tras un IAE, donde se pueda abordar junto con el sujeto el trasfondo de su malestar. La posibilidad de aliviar el dolor psicológico insoportable y poner en palabras el malestar que lo abrumba puede resultar de gran ayuda para el sujeto.

Finalmente, respecto a la experiencia de hospitalización se distinguieron, por un lado, valoraciones positivas, referidas principalmente a la sensación de estar contenido y a la posibilidad de tratarse y mejorar, y por otro lado, valoraciones negativas, relacionadas a estudios médicos invasivos, la rigidez de las normas de la sala, la falta de privacidad y las vivencias de encierro y aburrimiento. También se indagó acerca de la experiencia con la medicación, hallándose que algunos perciben que les ayuda, especialmente para tranquilizarse y dormir mejor, mientras otros perciben que no les hace efecto. El malestar principal se refiere a los efectos secundarios de la medicación, especialmente la sobredosificación.

Todos estos aspectos coinciden con los aportes de investigaciones previas, por ejemplo en relación a los beneficios de la hospitalización, siempre y cuando sea capaz de ofrecer un ambiente cálido, continente y reconfortante, así como un trato respetuoso que tome en cuenta las opiniones de los pacientes. La presente investigación también coincide con los aportes de estudios previos en relación a los aspectos negativos de la hospitalización. La experiencia de internación psiquiátrica, incluso cuando tiene lugar dentro de un hospital general, habitualmente conlleva sentimientos de encierro (similar al de estar en una cárcel), falta de privacidad, y malestar por tener que someterse a ciertas normas que se consideran rígidas: horarios para comer y dormir, limitación de los lugares por los que se puede transitar, la prohibición de fumar y usar celular, entre otras. Todos estos aspectos aumentan el malestar y el sentimiento de vulnerabilidad que el sujeto ya tiene por su condición de enfermo y por el distanciamiento obligado de su entorno cotidiano.

Limitaciones del estudio

Las principales limitaciones se deben a la metodología escogida, de carácter cualitativo, que no permite generalizar los resultados. Éstos remiten únicamente a la población estudiada y no pueden extrapolarse a otras poblaciones o contextos diferentes. Si bien no se busca generalizar los resultados obtenidos, dada la complejidad del fenómeno estudiado y la heterogeneidad de la población que formó parte del estudio (en términos de sexo, edad, diagnóstico psiquiátrico y gravedad del IAE) se considera que podría resultar beneficioso tomar en consideración una mayor cantidad de casos. De todas formas, cabe señalar que al momento de realizar la investigación se tuvo en cuenta el criterio de saturación, observándose que la información recaba en las últimas entrevistas comenzaba a repetirse en relación a varios de los aspectos más importantes observados en las entrevistas anteriores.

Por otra parte, dentro de las limitaciones también debe mencionarse la imposibilidad de abarcar en su totalidad el rico material aportado por las entrevistas. Esto supuso realizar una selección del material a ser incluido en el análisis, dejando afuera parte de la información recabada. Se priorizaron los elementos en común que compartían varias de las entrevistas, los cuales fueron incluidos dentro de las distintas categorías de análisis establecidas, y se dejaron de lado algunos aspectos de carácter único, irrepetible, que aparecían exclusivamente en alguno de los entrevistados.

Recomendaciones

En primer lugar, se considera pertinente repensar acerca de los dispositivos de intervención dirigidos a esta población a fin de contemplar el registro singular de lo que sucede en cada caso. A partir de ciertas convergencias observadas en los relatos de los entrevistados acerca de cómo llegaron a realizar el IAE, incluyendo eventos recientes (precipitantes) y remotos (de la historia de vida), se destaca una dimensión de sufrimiento subjetivo que es importante incorporar en el abordaje de estos casos.

Esto supone un desafío para el dispositivo de atención hospitalaria, de carácter asistencialista y con un funcionamiento fuertemente estandarizado, ya que supone hacerle lugar a otro tipo de abordajes que permitan dar respuesta a fenómenos emergentes singulares.

Entre los nuevos dispositivos y estrategias de abordaje podrían incorporarse espacios de atención psicológica que estén a disposición de los pacientes que ingresan al hospital por IAE desde su llegada a la institución. Espacios donde se priorice la escucha y se atienda a la singularidad de cada caso, se facilite la palabra como mediador para salir de la inmediatez del acto, se promueva la implicación del paciente en su tratamiento y se favorezca una mayor responsabilidad sobre la situación vital que atraviesan.

Por otra parte, teniendo en cuenta las observaciones realizadas respecto a la experiencia de hospitalización, se considera oportuno contemplar aquellos aspectos que resultan beneficiosos para los pacientes así como los que resultan desventajosos, en vistas a fortalecer los primeros y modificar los segundos. A grandes rasgos, los mayores beneficios que se obtienen de la hospitalización resultan de la experiencia de sentirse contenido en un ambiente cálido y confortable, donde la privacidad se respete y se reciba un trato digno por parte del personal. También resulta fundamental la experiencia de sentirse cuidado y atendido sin perder la sensación de libertad, es decir, conservando el derecho a tomar decisiones, como fumar y usar el celular. Asimismo resulta favorable contar con más actividades para realizar en durante la estadía en la sala para evitar la sensación de encierro, agobio y aburrimiento.

Finalmente, se recomienda realizar otros estudios de carácter cualitativo en el contexto local que permitan profundizar en la comprensión de la temática, apuntando a ampliar el conocimiento sobre las vivencias subjetivas en la población con IAE, contemplando especialmente las particularidades de nuestro país. Se considera que este conocimiento aportará al perfeccionamiento de las estrategias de prevención. Cuanto más se conozca acerca de las vivencias de los sujetos implicados en un determinado fenómeno que afecta su salud, más posibilidades habrá de ayudarlos.

Referencias bibliográficas

- Abad, G. (2013). El enigma del suicidio: intervenciones desde la institución pública. V *Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Argentina. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/272374193/Abad-Gabriela-2013-El-Enigma-Del-Suicidio-Intervenciones-Desde-La-Institucion-Publica>
- Abdelhameeda, M., Kamala, A. y Hemed, T. (2013). Subjective experience with psychotropic medications in patients with psychotic and mood disorders. *Egyptian Journal of Psychiatry*, 34, 191-198. Recuperado de http://www.psychiatry-research-eg.com/texts/EJP/2013/9-12/EgyptJPsychiatr343191-5697501_154935.pdf
- Andriessen, K. (2006). On "intention" in the definition of suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(5), 533-538. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17087632>
- Arango, R. y Martínez, J. (2013). Comprensión del suicidio desde la perspectiva del psicoanálisis de orientación lacaniana. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 4(1), 60-82. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5123810.pdf>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-5*. Buenos Aires, Argentina: Panamericana.
- Aspaslan, N. (2003). Reflections on the experiences and needs of adolescents who have attempted suicide: a qualitative study. *Social Work*, 39(3), 251-269. Recuperado de <http://socialwork.journals.ac.za/pub/article/view/361/345>
- Assandri, J. (2007). *Entre Bataille y Lacan: ensayo sobre el ojo, golosina caníbal*. Buenos Aires, Argentina: El cuenco de plata.
- Baader, T., Urra, E., Millán, R. y Yáñez, L. (2011). Algunas consideraciones sobre el intento de suicidio y su enfrentamiento. *Revista Médica Clínica Los Condes*, 22(3), 303-309. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864011704308>
- Baca-García, E. (2015). Riesgo de suicidio como eje diagnóstico. En J. Giner, A. Medina y L. Giner. (Comp.). *Repercusiones clínicas y sociales de la conducta suicida* (pp. 23-28). Madrid, España: Enfoque Editorial S. C.

- Bachmann, S. (2018). Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15, 1425. doi:10.3390/ijerph15071425
- Bardin, L. (1986). *Análisis de contenido*. Madrid, España: Akal.
- Barrionuevo, J. (2017). *Adicciones: drogadicción y alcoholismo en la adolescencia*. Cátedra Psicología Evolutiva Adolescencia. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Barrionuevo, C., Brito, R. y Wolfenson, A. (2011). El Suicidio: reflexiones ético-históricas. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, 7(1), 111-120. Recuperado de http://revistagpu.cl/2011/GPU_marzo_2011_PDF/ETI_el_suicidio.pdf
- Bedoya, E. y Montaña, L. (2016). Suicidio y Trastorno Mental. *CES Psicología*, 9(2), 179-201. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/4235/423548400012.pdf>
- Bedrosian, R. y Beck, A. (1981). Aspectos cognoscitivos de la conducta suicida. *Salud Mental*, 4(3), 23-27. Recuperado de http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/97/97
- Belaga, G. (2005). La urgencia generalizada: las respuestas del psicoanálisis en las instituciones. En I. Sotelo (comp.), *Tiempos de urgencia: estrategias del sujeto, estrategias del analista* (pp. 33-39). Buenos Aires, Argentina: JCE Ediciones.
- Belçaguy, M. (2012). Adolescentes que se autolesionan: ¿tramitación de la angustia? En J. Barrionuevo (Comp.). *La angustia en la clínica con adolescentes* (pp. 11-21). Buenos Aires, Argentina: Eudeba.
- Bentancur, D. (2013). *Adolescentes y saber: posiciones subjetivas, modalidades de vínculo y destinos posibles*. (Tesis de Maestría). Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Antioquia: Medellín. Recuperado de http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/4310/1/BetancurDiela_2013_adolescentessaberposicionessubjetivas.pdf
- Bettini, M. (2014). *La repetición de los intentos de suicidio y su relación con el duelo*. (Tesis de maestría). Facultad de Psicología, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.
- Blanco, M. (2011). Investigación narrativa: una forma de generación de conocimientos. *Argumentos (México)*, 24(67), 135-156. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/argu/v24n67/v24n67a7.pdf>

- Borges, G., Walters, E. y Kessler, R. (2000). Associations of substance use, abuse, and dependence with subsequent suicidal behavior. *American Journal of Epidemiology*, 151(8), 781-789. Recuperado de <https://msrc.fsu.edu/system/files/Associations%20of%20Substance%20Use,%20Abuse%20and%20Dependence%20with%20Subsequent%20Suicidal%20Behavior.pdf>
- Brás, M. (2013). *Conduitas suicidas: vulnerabilidade e prevenção em adolescentes*. (Tesis de Doctorado). Universidade do Algarve, Portugal.
- Braunstein, N. (2006). *El goce: un concepto lacaniano*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Braunstein, N. (7 de diciembre de 2013). El goce, en resumidas cuentas: contribuciones originales de los psicoanalistas argentinos. [Mensaje en un blog]. Recuperado de <http://nestorbraunstein.com/?p=198>
- Brodsky, B., Mann, J., Stanley, B., Tin, A., Oquendo, M., Birmaher, B., Greenhill, L., Kolko, D., Zelazny, J., Keller, A., Melhem, N. y Brent, D. (2008). Familial transmission of suicidal behavior: factors mediating the relationship between childhood abuse and offspring suicide attempts. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 69(4), 584-596. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2754138/>
- Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Hwang, I., Chiu, W., Sampson, N., Kessler, R., Alonso, J., Borges, G., de Girolamo, G., de Graaf, R., Florescu, S., Gureje, O., Hu, C., Karam, E., Kawakami, N., Kostyuchenko, S., Kovess-Masfety, V., Lee, S., Levinson, D., Matschinger, H., Posada-Villa, J., Sagar, R., Scott, K., Stein, D., Tomov, T., Viana, M. y Nock, M. (2011). Treatment of suicidal people around the world. *British Journal of Psychiatry*, 199(1), 64-70. doi: 10.1192/bjp.bp.110.084129.
- Burgos, M. y Paravic, T. (2003). Percepción de violencia de los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía de un hospital público. *Ciencia y Enfermería*, IX(2), 29-42. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v9n2/art04.pdf>
- Bussolari, H. (2009). *Urgencia y riesgo suicida en la clínica psicoanalítica*. Recuperado de http://www.psicocuestiones.com.ar/urgencia_y_riesgo_suicida.php
- Butler, A. y Malone, K. (2013). Attempted suicide v. non-suicidal self-injury: behaviour, syndrome or diagnosis? *The British Journal of Psychiatry*, 202, 324-325. doi: 10.1192/bjp.bp.112.113506

- Calvo, F., Costa, J. y Valero, R. (2016). Motivos de abandono temprano de pacientes en tratamiento ambulatorio de adicción a sustancias. *Revista Española de Drogodependencias*, 41(1), 41-55. Recuperado de <http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/54890/5577357.pdf?sequence=1>
- Cancina, P. (2010). Agieren. *Desde el Jardín de Freud*, 10, 185-194. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/jardin/article/view/19889/21020>
- Canetti, A. (2017). La conducta suicida desde la perspectiva psiquiátrica: una revisión de la situación en Uruguay. En Larrobla, C., Hein, P., Novoa, G., Canetti, A., Heuguerot, C., González, V., Torterolo, M. y Rodríguez, L. (Comp.), *70 años de Suicidio en Uruguay: 7 disciplinas, 7 entrevistas, 7 encuentros* (pp. 107-134). Montevideo: CSIC.
- Carpiniello, B. y Pinna, F. (2017). The reciprocal relationship between suicidality and stigma. *Frontiers in Psychiatry*, 8(35). doi: 10.3389/fpsy.2017.00035
- Castillo, J. (1995). El suicidio: punto de vista desde el psicoanálisis. *Renglones*, 31, 20-24. Recuperado de https://rei.iteso.mx/bitstream/handle/11117/1681/31_renglones31eltemajuandiegocastillo.pdf?sequence=2
- Cazzaniga, J. y Suso, A. (2015). *Salud mental e inclusión social: situación actual y recomendaciones contra el estigma*. Confederación Salud Mental España. Recuperado de <https://consaludmental.org/publicaciones/Salud-Mental-inclusion-social-estigma.pdf>
- Ceballos-Espinoza, F. (2015). Mensajes póstumos y discurso suicida: hacia la teoría del no lugar suicida. *Estudios Sociohumanísticos*, 1(1) 5-16. Recuperado de <https://www.aacademica.org/fceballose/10.pdf>
- Chantler, K., Burman, E., Batsleer, J. y Bashir, C. (2001). *Attempted suicide and self-harm (South Asian woman)*. Women's Studies Research Centre. The Manchester Metropolitan University. Recuperado de <https://e-space.mmu.ac.uk/74888/>
- Chávez, A., Macías, L. y Luna, M. (2011). Notas suicidas mexicanas. Un análisis cualitativo. *Pensamiento Psicológico*, 9(17), 33-42. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v9n17/v9n17a04.pdf>
- Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio (2010). *Plan Nacional de Prevención del Suicidio*. Recuperado de

<http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Plan%20Nacional%20de%20Prevenci%C3%B3n%20del%20Suicidio.pdf>

Correa, A., Castagno, M., Páez, J. y Albrisi, C. (2014). *Los sujetos en las instituciones*. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

Recuperado de <http://senaf.cba.gov.ar/wp-content/uploads/Los-sujetos-y-las-instituciones-Prof-Ana-Correa-y-Mariel-Castagno.pdf>

Courtet, P., Olié, E. y Giner, L. (2014). Actuación inmediata. Entrevista con el paciente suicida en urgencias. En J. Giner, A. Medina y L. Giner (Ed.). *Aspectos socioculturales del suicidio: medidas preventivas y crisis económica* (pp. 55-63). Madrid, España: Enfoque.

Cremsasco, M. y Brunhari, M. (2009). Da angústia ao suicidio. *Revista Mal-Estar e Subjetividade, IX*(3), 785-814. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482009000300003

Dajas, F. (1990). Alta tasa de suicidio en Uruguay: consideraciones a partir de un estudio epidemiológico. *Revista Médica del Uruguay, 6*(3), 203-215. Recuperado de <http://www.rmu.org.uy/revista/1990v3/art9.pdf>

Dajas, F. (2001). Alta tasa de suicidio en Uruguay, IV: la situación epidemiológica actual. *Revista Médica del Uruguay, 17*, 24-32. Recuperado de <http://www.smu.org.uy/publicaciones/rmu/2001v1/art5.pdf>

Daray, F., Grendas, L. y Rebok, F. (2016). Cambios en la conceptualización de la conducta suicida a lo largo de la historia: desde la antigüedad hasta el DSM-5. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas, 73*(3), 205-211. Recuperado de <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/med/article/view/12457>

De Andrés, S. (2017). Factores asociados con la adherencia al tratamiento en pacientes con drogodependencias. *Metas de Enfermería, 20*(2), 18-24. Recuperado de <http://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/81031/>

De Leo, D., Burgis, S., Bertolote, J., Kerkhof, A. y Bille-Brahe, U. (2006). Definitions of suicidal behavior. *Crisis, 27*(1), 4-15. DOI 10.1027/0227-5910.27.1.4

Domínguez, E y Herrera, J. (2013). La investigación narrativa en psicología: definición y funciones. *Psicología desde el Caribe, 30*(3), 620-641. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v30n3/v30n3a09>

- Douglas, C. y Douglas, M. (2004). Patient-friendly hospital environments: exploring the patients' perspective. *Health Expectations*, 7, 61–73. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1369-6513.2003.00251.x/epdf>
- Durkheim, E. (1897/2004). *El suicidio*. Buenos Aires: Libertador.
- Echávarri, O., Morales, S., Bedregal, P., Barros, J., Maino, M., Fischman, R., Peñaloza, F. y Moy, C. (2015). ¿Por qué no me suicidaría? Comparación entre pacientes hospitalizados en un servicio de psiquiatría con distinta conducta suicida. *Psykhé*, 24(1), 1-11. Doi:10.7764/psykhe.24.1.667
- Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia Psicológica*, 33(2), 117-126. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082015000200006>
- Elmiger, M. (2010). La subjetivación del duelo en Freud y Lacan. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 10(1), 13-33. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482010000100002&lng=pt&tlng=es.
- Erlangsen, A., Jeune, B., Bille-Brahe, U. y Vaupel, J. (2004). Loss of partner and suicide risks among oldest old: a population-based register study. *Age and Ageing*, 33(4), 378-383. DOI: 10.1093/ageing/afh128
- Feijó de Mello, M. (2000). O Suicídio e suas relações com a psicopatologia: análise qualitativa de seis casos de suicídio racional. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(1), 163-170. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000100017
- Fernández, A. (2012). *La función de la amistad ante el dolor psíquico y su relación con la intervención clínica*. (Tesis de maestría). Facultad de Psicología, Universidad de la República, Uruguay.
- Fernández de Sanmamed, M., García, J., Mazo, M., Mendive, J., Serrano, E. y Zapater, F. (2018). *Consideraciones para un abordaje social y sanitario del suicidio: a propósito del Código Riesgo de Suicidio*. Barcelona: Fòrum Català d'Atenció Primària. Recuperado de <https://focap.files.wordpress.com/2018/06/consideraciones-para-el-abordaje-suicidio.pdf>
- Ferré, C., Montescó, P., Mulet, M., Lleixà, M., Albacar, N. y Adell, B. (2011). El estigma del suicidio: vivencias de pacientes y familiares con intentos de autolisis. *Index*

de *Enfermería*, 20(3), 155-159. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962011000200004&script=sci_arttext

Ferreira, A., Brusamarello, T., Capistrano, F., Marin, M. y Maftum, M. (2017). The experience of mental disorder patients using psychotropic medication under the perspective of complex thinking. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 26(3). Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072017000300306&script=sci_arttext&lng=en

Figel, F., Menegatti, C. y Pinheiro, E. (2013). Tentativas de suicídio: uma análise de contingencias. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 30(2), 211-218. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2013000200007

Fleischmann, A., Bertolote, J., Wasserman, D., De Leo, D., Bolhari, J., Botega, N., De Silva, D., Phillips, M., Vijayakumar, L., Värnik, A., Schlebush, L. y Thanh, H. (2008). Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(9), 703-709. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18797646>

Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid, España: Morata.

Freud, S. (1910/1986). Contribuciones para un debate sobre el suicidio. En *Obras completas*. Tomo XI. (2ª ed.). (pp. 231-232). Buenos Aires: Amorrortu

Freud, S. (1914/1986). Recordar, repetir y reelaborar. En *Obras completas*. Tomo XII. (2ª ed.). (pp. 145-157). Buenos Aires: Amorrortu

Freud, S. (1917/1984). Duelo y melancolía. En *Obras completas*. Tomo XIV. (2ª ed.). (pp. 235-255). Buenos Aires: Amorrortu

Freud, S. (1920/1984). Más allá del principio de placer. En *Obras completas*. Tomo XVIII. (2ª ed.). (pp. 1-62). Buenos Aires: Amorrortu

Freud, S. (1923/1984). El yo y el ello. En *Obras completas*. Tomo XIX. (2ª ed.). (pp. 1-66). Buenos Aires: Amorrortu

Freud, S. (1924/1984). El problema económico del masoquismo. En *Obras completas*. Tomo XIX. (2ª ed.). (pp. 161-176). Buenos Aires: Amorrortu

García, H., Sahagún, J., Ruiz, A., Sánchez, G., Tirado, J. y González, J. (2010). Factores de riesgo, asociados a intento de suicidio, comparando factores de

alta y baja letalidad. *Revista Salud Pública*, 12(5), 713-721. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v12n5/v12n5a02.pdf>

- Ghio, L., Zanelli, E., Gotelli, S., Rossi, P., Natta, W. y Gabrielli, F. (2011). Involving patients who attempt suicide in suicide prevention: a focus groups study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18, 510-518. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21749557>
- Ghisays, R., Gómez, C., Campo, A., Suárez, M. y Bermúdez, A. (1996). Prevalencia de tabaquismo en pacientes de la consulta psiquiátrica. *Biomédica*, 16, 52-57. Recuperado de <https://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/download/891/1006>
- Giner, L. (2010). *Diferencias en la conducta suicida: estudio comparativo entre los intentos de suicidio y suicidio consumado*. (Tesis doctoral). Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid, España.
- Goldsmith, S., Pellmar, T., Kleinman, A. y Bunney, W. (2017). *Reducing suicide: a national imperative*. Washington D.C., USA: The National Academies Press.
- Gómez, A. (2012). Evaluación del riesgo de suicidio: enfoque actualizado. *Revista Médica Clínica Condes*, 23(5), 607-615. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70355-3](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70355-3)
- Gómez, S. (2013). *Interconsulta psiquiátrica en un hospital general: intentos de suicidio y factores relacionados (1997-2007)*. (Tesis doctoral). Universidad da Coruña, España.
- Gómez, C. (2015). *Implicaciones subjetivas de los pasajes al acto en adolescentes*. (Tesis de Maestría). Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Universidad de Antioquia: Medellín. Recuperado de http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/4311/1/GomezCruz_2015_implicacionessubjetivaspasajesactoadolescentes.pdf
- Gómez, E., Cervantes, S. y Arce, C. (2015). Una perspectiva transdisciplinar en el abordaje del suicidio: una mirada más allá del estigma y la exclusión. En T. Morfín y A. Ibarra. (Coomp.). *Fenómeno suicida: un acercamiento transdisciplinar* (pp. 71-89). Jalisco, México: Manual Moderno.
- Gómez, C., Rodríguez, N., Bohórquez A., Diazgranados, N., Ospina, M. y Fernández, C. (2002). Factores asociados al intento de suicidio en la población colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 31(4), 283-298. Recuperado de

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502002000400002

- González, J. (1995). *Tentativas de suicidio en la adolescencia*. (Tesis de doctorado). Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid, España.
- González, V. (2010). Suicidio y precariedad vital. *Encuentros Uruguayos*, IV(4). Recuperado de <http://encuru.fhuce.edu.uy/images/revistas/revista-encuentros-2011-diciembre.pdf>
- González, V. y Hein, P. (2016). La vida breve: suicidio, jóvenes y usuarios problemáticos de drogas. *Encuentros Uruguayos*, IX(2), 35-58. Recuperado de http://encuru.fhuce.edu.uy/images/revistas/numero09/3--la-vida-breve---suicidio-en-jvenes_hein_gonzlez.pdf
- Graham, A. (2012). *Experiences following a suicide attempt*. (Tesis de Doctorado). Victoria University, Melbourne, Australia. Recuperado de <http://vuir.vu.edu.au/25827/1/Anne%20Carolyn%20Graham.pdf>
- Grunbaum, S., Graña, S., Dogmanas, D., Paroli, G., Altier, V., Serra, A. y Misa, A. (2012). *Suicidio en adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años en Uruguay, 2009*. Programa Nacional de Salud de Adolescencia y Juventud, Ministerio de Salud Pública. Recuperado de http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Suicidio%20en%20Adolescentes%20y%20J%C3%B3venes%20de%2010%20a%2024%20a%C3%B1os.%20Uruguay%2C%202009.pdf
- Guibert, W. y Alonso, A. (2001). Factores epidemiológicos y psicosociales que inciden en los intentos suicidas. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(2), 155-163. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000200008&lng=es&tlng=es.
- Gutiérrez, B. (2014). Assistência hospitalar na tentativa de suicídio. *Psicologia USP*, 25(3), 262-269. <https://dx.doi.org/10.1590/0103-6564D20140002>
- Han, H., Chou, C., Liu, I., Rong, J. y Shiao, S. (2014). New start: the life experiences of recovering suicidal adolescents. *European Scientific Journal*, 10(6), 88-101. Recuperado de <http://eujournal.org/index.php/esj/article/view/2741>
- Heilbron, N., Compton, J., Daniel, S. y Goldston, D. (2010). The problematic label of suicide gesture: alternatives for clinical research and practice. *Professional Psychology, Research and Practice*, 41(3), 221-227. doi: 10.1037/a0018712

- Hernández, O. y Sarquis, Z. (2009). El encierro institucionalizado. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 12(1), 47-63. Recuperado de <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol12num1/Art4Vol12No1.pdf>
- Heuguerot, M., Lucero, R., Porto, V., Díaz, E. y París, M. (2015). Tentativa e ideación de suicidio en adultos mayores en Uruguay. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(6), 1693-1702. DOI: 10.1590/1413-81232015206.02252015
- Heuguerot, C., Díaz, E., Lucero, R., Paris, M. y Porto, V. (2017). Tentativa e ideación de suicidio en adultos mayores en Uruguay. En C. Larrobla, P. Hein, G. Novoa, A. Canetti, C. Heuguerot, V. González, M. Torterolo y L. Rodríguez. (Comp.) *70 años de Suicidio en Uruguay: 7 disciplinas, 7 entrevistas, 7 encuentros* (pp. 47-59). Montevideo: CSIC.
- Hjelmeland, H., Hawton, K., Nordvik, H., Bille-Brahe, U., De Leo, D., Fekete, S., Grad, O., Haring, C., Kerkhof, J., Lönnqvist, J., Michel, K., Renberg, E., Schmidtke, A., Van Heeringen, K. y Wasserman, A. (2002). Why people engage in parasuicide: a cross-cultural study of intentions. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32(4), 380-393. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12501963>
- Hjelmeland, H. y Knizek, B. (1999). Conceptual confusion about intentions and motives of nonfatal suicidal behavior: a discussion of terms employed in the literature of suicidology. *Archives of Suicide Research*, 5, 275-281. Recuperado de <http://psycnet.apa.org/record/1999-01356-004>
- Hjelmeland, H. y Knizek, B. (2010). Why we need qualitative research in suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 40(1), 74-80. Recuperado de <http://www.selvmordsforebyggelse.info/sf/images/pdf/2010hjelmeland.pdf>
- Hjelmeland, H. y Knizek, B. (2017). Suicide and mental disorders: a discourse of politics, power, and vested interests. *Death Studies*, 41(8), 481-492. DOI:10.1080/07481187.2017.1332905
- Iemmi, V., Bantjes, J., Coast, E., Channer, K., Leone, T., McDaid, D., Palfreyman, A., Stephens, B. y Lund, C. (2016). Suicide and poverty in low-income and middle-income countries: a systematic review. *The Lancet Psychiatry*, 3(8). pp. 774-783. Recuperado de http://eprints.lse.ac.uk/67387/1/Iemi_Suicide_and_poverty_manuscript.pdf

- Jacob, K. (2017). Suicide prevention in low-income and middle-income countries: Part perceptions, partial solutions. *The British Journal of Psychiatry*, 211(5), pp. 264-265. doi: 10.1192/bjp.bp.117.198150.
- Jiménez, N., Lozano, J., Rodríguez, L., Vargas, G., Rubio A. y López, I. (2005). Consumo de alcohol y drogas como factor de riesgo de intento suicida. *Medicina Interna de México*, 21, 183-187. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2005/mim053e.pdf>
- Khan, N., Naz, A. y Khan, W. (2017). An insight to the sociological explanation of suicide: a perspective based article. *Suicidology Online*, (8)27, pp. 1-7. Recuperado de <http://www.suicidology-online.com/pdf/SOL-2017-8-27.pdf>
- Kirkpatrick, H., Brasch, J., Chan, J. y Singh Kang, S. (2017). A narrative web-based study of reasons to go on living after a suicide attempt: positive impacts of the mental health system. *Mental Health and Addiction Nursing*, 1(1), 3-9. Recuperado de <http://jmhan.org/index.php/JMHAN/article/view/10/18>
- Klonsky, E., May, A. y Saffer, B. (2016). Suicide, suicide attempts, and suicidal ideation. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12, 307-330. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204.
- Koivisto, K., Janhonen, S. y Väisänen, L. (2004). Patients' experiences of being helped in an inpatient setting. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 268-275. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15149373>
- Kreitman, N., Philip, A., Greer, S. y Bagley, C. (1969). Parasuicide. *The British Journal of Psychiatry*, 115(523), 746-747. DOI: 10.1192/bjp.115.523.746-a
- Kokoulina, E. y Fernández, R. (2014). Maltrato físico y emocional en la infancia y conducta suicida en el adulto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 19(2), 93-103. DOI: <http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.19.num.2.2014.13060>
- Kovadloff, S. (2008). *El enigma del sufrimiento*. Buenos Aires, Argentina: Emecé.
- Kuosmanen, L., Hätönen, H., Malkavaara, H., Kylmä, J. y Välimäki, M. (2007). Deprivation of liberty in psychiatric hospital care: the patient's perspective. *Nursing Ethics*, 14(5), 597-607. <https://doi.org/10.1177/0969733007080205>
- Lacan, J. (1962-63/2006). *El seminario, libro 10: La angustia*. Buenos Aires, Argentina: Paidós
- Lacan, J. (1977). *Psicoanálisis, radiofonía y televisión*. Barcelona, España: Anagrama

- Lakeman, R. y FitzGerald, M. (2008). How people live with or get over being suicidal: a review of qualitative studies. *Journal of Advanced Nursing*, 64(2), 114-126. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04773.x
- Larrobla, C. y Pouy, A. (2007). Intento de autoeliminación y consumo de sustancias Psicoactivas. *Revista Médica del Uruguay*, 23(4), 339-350. Recuperado de <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rmu/v23n4/v23n4a02.pdf>
- Larrobla, C., Canetti, A., Hein, P., Novoa, G. y Durán, M. (2013). Prevención de la conducta suicida en adolescentes. *Guía para los sectores Educación y Salud*. Montevideo: CSIC.
- Larrobla, C., Canetti, A., Hein, P. y Novoa, G. (2017). Conducta suicida en adolescentes y jóvenes en Uruguay: características de los registros y recursos humanos en emergencias públicas. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 81(1), 10-29. Recuperado de http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2017/09/02_TO1.pdf
- Larrobla, C., Hein, P., Novoa, G., Canetti, A., Heuguerot, C., González, V., Torterolo, M. y Rodríguez, L. (Comp.) (2017). *70 años de Suicidio en Uruguay: 7 disciplinas, 7 entrevistas, 7 encuentros*. Montevideo: CSIC.
- Leal, C. y Dias, E. (2013). Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. *Cadernos Saúde Coletiva*, 21(2), 108-114. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v21n2/02.pdf>
- Leenaars, A. (1996). Suicide: a multidimensional malaise. *Suicide and life threatening behavior*, 26(3), 221-236. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8897662>
- Leenaars, A. (2010). Edwin S. Shneidman on Suicide. *Suicidology Online*, 1, 5-18. Recuperado de <http://www.suicidology-online.com/pdf/SOL-2010-1-5-18.pdf>
- Legido, T. (2012). *Clasificación de la conducta suicida utilizando cuestionarios psicométricos*. (Tesis de Doctorado). Facultad de Medicina, Universidad de Alcalá. Recuperado de https://dspace.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/17103/TESIS_2012_TER_ESA_LEGIDO.pdf?sequence=1
- Ley N° 18.097. Día Nacional para la Prevención del Suicidio. (2007). En Diario Oficial 19 ene/007 - N° 27164. Poder Legislativo de la República Oriental del Uruguay.
- Lineham, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, USA: Guilford Press.

- Lizardi, D. y Stanley, B. (2010). Treatment engagement: a neglected aspect in the psychiatric care of suicidal patients. *Psychiatric Services*, 61(12), 1183-1191. Recuperado de <https://ps.psychiatryonline.org/doi/10.1176/ps.2010.61.12.1183>
- López, C. (2009). La decisión de entrar a un tratamiento de adicciones: motivación propia e influencia de terceros. *Terapia psicológica*, 27(1), 119-127. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082009000100012&script=sci_arttext
- López, L. (2010). Aportes para una discusión de modelos de investigación aplicados al suicidio. El caso de intoxicaciones por plaguicidas: intención e intentos. *Revista Argentina de Psicología* 49, 43-59. Recuperado de https://www.academia.edu/7618340/L%C3%93PEZ_STEINMETZ_LORENA_CECILIA_MODELOS_DE_INVESTIGACION_APLICADOS_AL_SUICIDIO
- López, C., Bruzzone, C., Krebs, M. y Castro, X. (2013). La intervención motivacional y sus efectos sobre la entrada a tratamiento de adicción. *Revista de Psicología*, 22(1), 37-47. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/264/26429848006/>
- Lucero, R., Díaz, N. y Villalba, L. (2003). Caracterización clínica y epidemiológica de los suicidios en Montevideo y de los intentos de autoeliminación (IAE) en el Hospital de Clínicas en el período abril 2000-abril 2001. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 67(1), 5-20. Recuperado de http://www.mednet.org.uy/~spu/revista/ago2003/02_TO_1premio.pdf
- Macedo, M. y Werlang, B. (2007). Tentativa de suicidio: o traumático via ato-dor. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23(2), 185-194. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v23n2/a09v23n2.pdf>
- Maidana, M. y Capdevielle, J. (2010). El dolor (en)cubierto: clínica psicoanalítica de las adicciones. *II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Argentina. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-031/796.pdf>
- Martínez, C. (2017). *Suicidología Comunitaria para América Latina: teoría y experiencias*. ALFEPSI. Recuperado de <http://www.alfepsi.org/libro-suicidologia-comunitaria-para-america-latina-2/>
- Marulanda, N., Román, L. y Arbeláez, M. (2011). ¿Qué pasa con el sujeto y su familia después de un intento de suicidio? *Universidad Católica de Oriente*, 24(31), 85-106. Recuperado de <http://revistas.uco.edu.co/index.php/UCO/article/view/63>

- Maryam, A., Ziba, T., Nooredin, M. y Abouali, V. (2016). Rain of blame fall: the lived experience of Iranian attempted suicide women. *International Journal of Humanities and Cultural Studies*, 3(2), 1935-1947. Recuperado de <https://www.ijhcs.com/index.php/ijhcs/article/view/2909>
- Maskill, C., Hodges, I., McClellan, V. y Collings, S. (2005). *Explaining patterns of suicide: a selective review of studies examining social, economic, cultural and other population-level influences*. Wellington: Ministry of Health. Recuperado de <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/explainingpatternssof suicide.pdf>
- Matsuishi, K., Kitamura, N., Sato, M., Nagai, K., Huh, S.-Y., Ariyoshi, K., Sato, S. y Mita, T. (2005). Change of suicidal ideation induced by suicide attempt. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59, 599-604. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1440-1819.2005.01421.x/epdf>
- Maxwell, J. (1996). *Qualitative research design: an interactive approach*. California, USA: Sage.
- Mejía, M., Sanhueza, P. y González, J. (2011). Factores de riesgo y contexto del suicidio. *Memoriza.com*, 8. Recuperado de http://www.memoriza.com/documentos/revista/2011/Suicidi02011_8_15-25.pdf
- Meyer, C., Irani, T., Hermes, K. y Yung, B. (2017). *Explaining suicide: patterns, motivations, and what notes reveal*. Cambridge, Massachusetts: Academic Press.
- Migdalek, S. (2010). Del dolor corporal al dolor anímico. *II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Argentina. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-031/811>
- Miller, J.-A. (1993). Jacques Lacan: observaciones sobre su concepto de pasaje al acto. En G. Lombardi. (Comp.), *Infortunios del acto analítico* (pp. 39-55). Buenos Aires, Argentina: Atuel
- Ministerio de Salud Pública. (2011). *Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud*. Recuperado de <http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Plan%20Nacional%20de%20Prevenci%C3%B3n%20del%20Suicidio.pdf>

- Ministerio de Salud Pública. (2013). Instructivo de la Ficha de Registro Obligatorio de Intento de Autoeliminación (IAE). Recuperado de <http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Instructivo%20FICHA%20IAE.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (2016). Suicidio: es importante hablar del tema. Recuperado de <http://www.msp.gub.uy/noticia/suicidio-%E2%80%9Ces-importante-hablar-del-tema%E2%80%9D>
- Ministerio de Salud Pública. (2017). Protocolo de atención y seguimiento a las personas con intento de autoeliminación en el Sistema Nacional Integrado de Salud. Recuperado de <http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/PROTOCOLO%20IAE%20MSP%202016%20FINAL%2024.04.17%20%281%29.pdf>
- Ministerio del Interior. (2017). Observatorio Nacional sobre Violencia y Criminalidad. Informe semestral 2017. Recuperado de <https://www.minterior.gub.uy/index.php/78-noticias/ultimas-noticias/4847-observatorio-informe-semestral-primario>
- Moncrieff, J., Cohen, D. y Porter, S. (2013). The Psychoactive Effects of Psychiatric Medication: The Elephant in the Room. *Journal of Psychoactive Drugs*, 45(5), 409-415. <http://doi.org/10.1080/02791072.2013.845328>
- Morales, S., Armijo, I., Moya, C., Echávarri, O., Barros, J., Varela, C., Fischman, R., Peñaloza, F. y Sánchez, G. (2014). Percepción de cuidados parentales tempranos en consultantes a salud mental con intento e ideación suicida. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 32(3), 403-417. Doi: <dx.doi.org/10.12804/apl32.03.2014.06>
- Morales, S., Echávarri, O., Barros, J., Fischman, R., Zuloaga, F., Taylor, T. y Peñaloza, F. (2015). Pacientes Hospitalizados por Riesgo Suicida: ¿Cómo perciben la ayuda recibida? *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXIV(1), 67-78. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2819/281944843008.pdf>
- Morales, S., Echávarri, O., Barros, J., Zuloaga, J. y Taylor, F. (2016). Percepción del propio riesgo suicida: estudio cualitativo con pacientes hospitalizados por intento o ideación suicida. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXV(3), 245-258. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281948416004>
- Moreno, M. e Interrial, M. (2012). Percepción del paciente acerca de su bienestar durante la hospitalización. *Index de Enfermería*, 21(4), 185-189. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000300002>

- Muñoz, P. (2009). *La invención lacaniana del pasaje al acto: de la psiquiatría al psicoanálisis*. Buenos Aires, Argentina: Manantial
- Muñoz, A. (18 de julio de 2017). El número de suicidios en 2016 alcanzó cifras históricas; autoridades proponen medidas que hace tiempo están en agenda. la diaria. Recuperado de <https://ladiaria.com.uy/articulo/2017/7/el-numero-de-suicidios-en-2016-alcanzo-cifras-historicas-autoridades-proponen-medidas-que-hace-tiempo-estan-en-agenda/>
- Muñoz, J., Pinto, V., Callata, H., Napa N. y Perales, A. (2006). Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años, Lima 2005. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 23(4), 239-246. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v23n4/a02v23n4.pdf>
- Murphy, G. y Wetzel, R. (1990). The lifetime risk of suicide in alcoholism. *Archives of General Psychiatry*, 47(4), 383-392. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2181963>
- Nasio, D. (1996). *El libro del dolor y el amor*. Barcelona, España: Gedisa.
- Nasio, D. (1998). *El dolor de amar*. Barcelona, España: Gedisa.
- Novas, M. (2016). Dolor, escena, acto. En A. Hounie y A. Fernández. (Coord.), *Políticas del dolor: la subjetividad comprometida* (pp. 42-54). Montevideo, Uruguay: CSIC-Universidad de la República.
- Ocampo, R., Bojorquez, I. y Cortés, M. (2009). Consumo de sustancias y suicidios en México: resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, 1994-2006. *Salud Pública de México*, 51(4), 306-313. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/106/10620461007.pdf>
- Oliveira, R. y Furegato, A. (2014). Opinião dos portadores de transtorno mental sobre o fumo e sua proibição na internação psiquiátrica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(3), 500-505. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000300500&Ing=en&nrm=iso&tlng=pt
- Organización Mundial de la Salud. (2000). Prevención del suicidio: un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/media/primaryhealthcare_workers_spanish.pdf?ua=1

- Organización Mundial de la Salud. (2004). El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2014). Prevención del suicidio del suicidio: un imperativo global. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Tasas de suicidio cada 100.000 habitantes. Recuperado de http://www.who.int/gho/mental_health/suicide_rates_crude/en/#
- Organización Mundial de la Salud. (Sin fecha). Factores de riesgo. Recuperado de http://www.who.int/topics/risk_factors/es/
- Pagura, J., Fotti, S., Katz, L. y Sareen, J. (2009). Help seeking and perceived need for mental health care among individuals in Canada with suicidal behaviors. *Psychiatric Services*, 60(7), 943-949. <https://doi.org/10.1176/ps.2009.60.7.943>
- Parrello, S. y Osorio, M. (2013). Reconstrucción narrativa de una experiencia de hospitalización. *Revista Costarricense de Psicología*, 32(2), 177-192. Recuperado de <http://www.rcps-cr.org/openjournal/index.php/RCPs/article/view/26/25>
- Pascal, J. (2011). *Primeras puntualizaciones de una investigación psicoanalítica sobre intentos de suicidio en sujetos adultos*. 3er Congreso Internacional de Investigación, 15 al 17 de noviembre de 2011, La Plata. Recuperado de <http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/library?a=d&c=eventos&d=Jev1482>
- Pascale, P. y Ávila, N. (2007). Una experiencia de creatividad con adolescentes hospitalizados. *Arte, Individuo y Sociedad*, 19, 207-246. Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/ARIS/article/download/ARIS0707110207A/5791>
- Pavez, P., Santander, N., Carranza, J. y Vera, P. (2009). Factores de riesgo familiares asociados a la conducta suicida en adolescentes con trastorno depresivo. *Revista Médica de Chile*, 137(2), 226-233. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872009000200006&script=sci_arttext

- Pavulans, K., Bolmsjö, I., Edberg, A. y Öjehagen, A. (2012). Being in want of control: experiences of being on the road to, and making, a suicide attempt. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 7. doi: 10.3402/qhw.v7i0.16228
- Pérez Barrero, S. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(2). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21251999000200013&script=sci_arttext&lng=pt
- Pérez Barrero, S. (2012). Factores de riesgo suicida en el anciano. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(8), 2011-2016. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000800012>
- Pérez, I., Ibáñez, M., Reyes, J., Atuesta, J. y Suárez, M. (2008). Factores asociados al intento suicida e ideación suicida persistente en un Centro de Atención Primaria en Bogotá, 2004-2006. *Revista Salud Pública*, 10(3), 374-385. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/422/42210302.pdf>
- Phillips, J. (2015). Suicide, Sociology of. En J. Wright (ed.), *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (pp. 682–688). Oxford: Elsevier. Recuperado de http://www.rci.rutgers.edu/~japhill/Encyclopedia_2015_Sociology%20of%20Suicide.pdf
- Pinilla, M. (2007). Adhesión al tratamiento psicofarmacológico: consideraciones desde el cuidado de enfermería. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 9(1), 37-49. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145212858004>
- Pirkis, J., Burgess, P., Meadows, G. y Dunt, D. (2001). Self-reported needs for care among persons who have suicidal ideation or who have attempted suicide. *Psychiatric Services*, 52(3), 381-383. Recuperado de <https://ps.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ps.52.3.381>
- Plumed, J. y Rojo, L. (2012). La medicalización del suicidio en la España del siglo XIX: aspectos teóricos, profesionales y culturales. *Asclepio - Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, LXIV(1), 147-166. Recuperado de <http://asclepio.revistas.csic.es/index.php/asclepio/article/view/516>
- Prigerson, H., Shear, M., Jacobs, S., Reynolds, C., Maciejewski, P., Davidson, J., Rosenheck, R., Pilkonis, P., Wortman, C., Williams, J., Widiger, T., Frank, E.,

- Kupfer, D. y Zisook, S. (1999). Consensus criteria for traumatic grief: a preliminary empirical test. *The British Journal of Psychiatry*, 174, 67-73. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10211154>
- Qin, P., Agerbo, E. y Mortensen, P. (2003). Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: a national register-based study of all suicides in Denmark, 1981-1997. *The American Journal of Psychiatry*, 160(4), 765-772. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.4.765>
- Quesada, S. (2004). Estudio sobre los motivos de consulta psicológica en una población universitaria. *Universitas Psychologica*, 3(1), 7-16.
- Rabinovich, D. (1992). Topología de la Cosa y angustia: Seminarios VII y X. En J.C. Cosentino y D.S. Rabinovich. (Coomp.), *Puntuaciones Freudianas de Lacan: acerca de Más allá del principio de placer*. Buenos Aires, Argentina: Manantial
- Rabinovich, N. (2014). ¿Acotar el goce? *Imago Agenda*, 184. Recuperado de <http://www.imagoagenda.com/articulo.asp?idarticulo=2199>
- Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la lengua española*. 23 ed. Madrid, España: Espasa.
- Recoder, M. (2011). Experiencia de enfermedad y narrativa: notas etnográficas sobre vivir con VIH/Sida en una ciudad del nordeste brasileiro. *Papeles de Trabajo - Centro de Estudios Interdisciplinarios en Etnolingüística y Antropología Socio-Cultural* 21, 80-98. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-45082011000100005
- Roberts, A. (2016). *Life after surviving a suicide attempt*. (Tesis de doctorado). Canterbury Christ Church University, Reino Unido. Recuperado de <http://create.canterbury.ac.uk/15035/1/Aaron%20Roberts%20MRP%20with%20Corrections%20for%20CreaTE%202016.pdf>
- Robertt, P. (1999). El suicidio en Uruguay. *Salud Problema*, 4(6), 65-79. Recuperado de <http://suicidiopreencion.cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/2015/09/El-suicidio-en-Uruguay-Pedro-Robertt.pdf>
- Rodríguez, H., García, I. y Ciriacos, C. (2005). Resultados de la aplicación de la autopsia psicológica al estudio del suicidio de niños y adolescentes en Uruguay. *Revista Médica del Uruguay*, 21(2), 141-150. Recuperado de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902005000200006

- Roger, J. y Lester, D. (2010). *Understanding suicide: why we don't and how we might*. Cambridge, USA: Hogrefe.
- Rojo, C., Mondada, J., Diedrich, E., Adán, D., Wayar, S., Francesia, L., Calderón, M. y González, C. (2016). Urgencias subjetivas que ingresan como intentos de suicidio al Sistema de Emergencias 911 de Salta, República Argentina. *Cuadernos Universitarios*, 9, 101-119. Recuperado de <https://www.ucasal.edu.ar/htm/cuadernos-universitarios/cuaderno2017/cuaderno-9/Psicologia-2-Urgencias-Subjetivas-Rojo.pdf>
- Roncero, C., Rodríguez, L., Barral, C., Fuste, G., Daigre, C., Ramos, J. y Casas, M. (2012). Adherencia al tratamiento en drogodependientes remitidos desde urgencias de psiquiatría a tratamiento ambulatorio. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40(2), 63-69. Recuperado de <https://www.actapsiquiatria.es/repositorio/14/76/ESP/14-76-ESP-63-69-901133.pdf>
- Salgado, A. (2007). Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liberabit*, 13(13), 71-78. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=68601309>
- Samuelsson, M., Wiklander, M., Asberg, M. y Saveman, B. (2000). Psychiatric care as seen by the attempted suicide patient. *Journal of Advanced Nursing* 32(3), 635-643. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11012806>
- Sánchez L. y Ramos, J. (2013). Relación entre el comportamiento suicida y las adicciones. En A. González y E. Matute (Comp.). *Cerebro y Drogas*. México D.F.: Manual Moderno.
- Saraiva, C. (2010). Suicídio: de Durkheim a Shneidman, do determinismo social à dor psicológica individual. *Psiquiatria Clínica*, 31(3), 185-205. Recuperado de <http://www.spsuicidologia.pt/generalidades/biblioteca/artigos-cientificos>
- Sartori, M. y Prato, M. (2018, 17 al 23 de mayo). Salud Pública impulsa medidas para bajar los suicidios, pero advierte que “tardan” en concretarse y reclama la acción de otros sectores. *Búsqueda*, N° 1969. Recuperado de <https://www.búsqueda.com.uy/nota/salud-publica-impulsa-medidas-para-bajar-los-suicidios-pero-advierte-que-tardan-en-concretarse>

- Scocco, P., Corinto, B. y Pavan, L. (2008). The aftermath of a suicide attempt: the emotional impact on patient and psychiatrist. *Clinical neuropsychiatry*, 5(5), 240-244. Recuperado de http://www.clinicalneuropsychiatry.org/pdf/03_scocco.pdf
- Seldes, R. (2005). La urgencia subjetiva. En I. Sotelo (comp.), *Tiempos de urgencia: estrategias del sujeto, estrategias del analista* (pp. 85-88). Buenos Aires, Argentina: JCE Ediciones.
- Shank, J. (2000). Ocio y salud mental: el papel de la recreación en la rehabilitación psiquiátrica. En S. Gorbeña (Ed.). *Ocio y salud mental*. Documentos de Estudio de Ocio, 14 (pp. 13-37). Universidad de Deusto, Bilbao.
- Sharif, S., Ogunbanjo, G. y Malete, N. (2003). Reasons for non-compliance to treatment among patients with psychiatric illness: a qualitative study. *South African Family Practice*, 45(4), 10-13. Recuperado de <https://www.ajol.info/index.php/safp/article/view/13055>
- Shattell, M., Andes, M. y Thomas, S. (2008). How patients and nurses experience the acute care psychiatric environment. *Nursing Inquiry*, 15(3), 242-250. Recuperado de http://trace.tennessee.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1067&context=utk_nurspubs
- Sher, L. (2006). Alcohol consumption and suicide. *QJM: An International Journal of Medicine*, 99(1), 57-61. Recuperado de <https://doi.org/10.1093/qjmed/hci146>
- Scherer, E., Scherer, Z., Azevedo, H. y Durão, A. (2012). Opinião de pacientes psiquiátricos internados sobre o hábito de fumar. *Revista eletrônica saúde mental, álcool e drogas*, 8(1), 25-33. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762012000100005
- Shneidman, E. (1993). *Suicide as psychache: a clinical approach to self-destructive behavior*. New Jersey, USA: J. Aronson.
- Silverman, M. (2006). The language of suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(5), 519-532. Recuperado de <https://msrc.fsu.edu/system/files/Silverman%202006%20The%20language%20of%20suicidology.pdf>
- Silverman, M. (2016). Challenges to defining and classifying suicide and suicidal behaviors. En R. O'Connor y J. Pirakis (Ed.). *The International Handbook of Suicide Prevention* (pp. 9-35). DOI: 10.1002/9781118903223.ch1

- Soler, C. (1988). El cuerpo en la enseñanza de Jacques Lacan. *Traducciones*. Fundación Freudiana de Medellín, 1, 1-7. Recuperado de <https://agapepsicoanalitico.files.wordpress.com/2013/07/colettesoler-elcuerpoenlaensenanzadejacqueslacan.pdf>
- Soler, C. (2004). *La repetición en la experiencia analítica*. Buenos Aires: Manantial
- Stranieri, G. y Carabetta, C. (2012). Depression and suicidality in modern life. *Psiquiatría Danubina*, 24(1), 91-94. Recuperado de http://www.hdbp.org/psiquiatría_danubina/pdf/dnb_vol24_sup1/dnb_vol24_sup1_91.pdf
- Stroebe, M., Stroebe, W. y Abakoumkin, G. (2005). The broken heart: suicidal ideation in bereavement. *The American Journal of Psychiatry*, 162(11), 2178-2180. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.11.2178>
- Sveticic, J. y De Leo, D. (2012). The hypothesis of a continuum in suicidality: a discussion on its validity and practical implications *Mental Illness*, 4(2). doi: 10.4081/mi.2012.e15
- Tal Young, I., Iglewicz, A., Glorioso, D., Lanouette, N., Seay, K., Ilapakurti, M. y Zisook, S. (2012). Suicide bereavement and complicated grief. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(2), 177-186. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3384446/>
- Taylor, S. y Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona, España: Paidós.
- Toro, R., Grajales, F. y Sarmiento, J. (2016). Riesgo suicida según la tríada cognitiva negativa, ideación, desesperanza y depresión. *Aquichan*, 16(4), 473-486. Doi:10.5294/aqui.2016.16.4.6
- Trebilcock, J. (2017). Tabaquismo en pacientes con diagnóstico *psiquiátrico*. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 33, 232-235. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/rcher/v33n3/0717-7348-rcher-33-03-0232.pdf>
- Van der Kolk, B., Perry, J. y Herman, J. (1991). Childhood origins of self-destructive behavior. *The American Journal of Psychiatry*, 148(12), 1665-1671. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1957928>
- Van Orden, K., Witte, T., Cukrowicz, K., Braithwaite, S., Selby, E. y Joiner T. (2010). The Interpersonal Theory of Suicide. *Psychological Review*, 117(2), 575-600. doi: 10.1037/a0018697.

- Vargas, D. (2010). El suicidio, sus estatutos y ética del psicoanálisis. *Affectio Societatis*, 7(12). Recuperado de <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/affectiosocietatis/article/viewFile/6320/6522>
- Varty, J. (2000). Suicide, statistics and sociology: assessing Douglas' critique of Durkheim. En W. Pickering y G. Walford (ed.), *Durkheim's suicide: a century of research and debate* (pp. 53-65). London: Routledge.
- Vasilachis, I. (Coord.). (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona, España: Gedisa.
- Vázquez, F. (1996). El análisis de contenido temático: objetivos y medios en la investigación psicosocial. (Documento de trabajo). (pp. 47-70). Barcelona, España: Universidad Autónoma de Barcelona. Recuperado de <https://docslide.com.br/documents/felix-vazquez-ac.html>
- Vicente, N. y Ochoa, E. (2007). Consideraciones sobre el suicidio: una perspectiva histórica. *Psiquiatría.com*, 11(3). Recuperado de <https://psiquiatría.com/bibliopsiquis/consideraciones-sobre-el-suicidio-una-perspectiva-historica>
- Vignolo, J., Panparamborda, M., Murillo, N., Hernández, S., Pérez, C. y Méndez, A. (2009). Análisis epidemiológico de los fallecimientos por suicidio, Uruguay año 2000. *Revista de Salud Pública*, XIII(1), 6-17. Recuperado de <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/RSD/article/viewFile/7105/8179>
- Villa, A., Robles, M., Gutiérrez, E., Martínez, M., Valadez F. y Cabrera, C. (2009). Magnitud de la disfunción familiar y depresión como factores de riesgo para intento de suicidio. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 47(6), 643-646. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2009/im096j.pdf>
- Villalobos, F. (2009). *Ideación suicida en jóvenes: formulación y validación del modelo integrador explicativo en estudiantes de educación secundaria y superior*. (Tesis de Doctorado). Universidad de Granada, España.
- Viscardi, N., Hor, F. y Dajas, F. (1994). Alta tasa de suicidio en Uruguay: evaluación de la desesperanza en adolescentes. *Revista Médica del Uruguay*, 10(2), pp. 79-91. Recuperado de <http://www.rmu.org.uy/revista/1994v2/art1.pdf>

Wilcox, H., Storr, C. y Breslau, N. (2009). Posttraumatic stress disorder and suicide attempts in a community sample of urban american young adults. *Archives of General Psychiatry*, 66(3), 305-311. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2008.557.

Wray, M., Colen, C. y Pescosolido, B. (2011). The Sociology of Suicide. *Annual Review of Sociology*, 37, 505–528. DOI: 10.1146/annurev-soc-081309-150058

Zas, B. (2016). *Experiencias en psicología hospitalaria*. La Habana, Cuba: ALFEPSI.
Recuperado de <http://www.alfepsi.org/wp-content/uploads/2011/11/Psicologia-Hospitalaria-Barbara-Zas.pdf>

Anexo 1: Documento de Consentimiento Informado

Hoja de Información

En el marco de la investigación denominada “Exploración de narrativas sobre intentos de autoeliminación (IAE) en sujetos hospitalizados por este motivo en una sala de internación psiquiátrica”, se invita a pacientes internados por IAE en la sala de psiquiatría de este Hospital General a participar de dicha investigación, a cargo de la Lic. Brenda Acuña de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República.

Dado el número elevado de consultas e internaciones por IAE, y teniendo presente la multicausalidad de este fenómeno, con esta investigación se pretende explorar las narrativas de los sujetos que presentan esta problemática. Se busca conocer las experiencias de los pacientes al respecto.

Se entiende que su participación será de gran utilidad para el estudio ya que el relato de sus experiencias personales en relación al tema de investigación puede ayudar en la comprensión de la temática y contribuir en el mejoramiento de las estrategias de prevención del suicidio.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Tanto si elige participar o no, esto no tendrá ninguna consecuencia sobre la calidad de la atención que Ud. recibe en el servicio en el cual se encuentra internado, continuará recibiendo los cuidados necesarios acordes a sus necesidades y así evaluados por el equipo tratante.

Ud. puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes. Si le surgen dudas más adelante, puede escribir a la dirección de correo electrónico brenda.acuna@adinet.com.uy o bien llamar al teléfono celular 099007441.

La forma en que Ud. participará es teniendo entre una y dos entrevistas con la investigadora, en la que le hará algunas preguntas sobre el tema de investigación. Se indagará acerca del motivo de la internación y sus circunstancias, apuntando a conocer la situación singular en la cual se enmarca el IAE. Estas entrevistas durarán aproximadamente 60 minutos cada una. Las mismas tendrán lugar en la sala de psiquiatría de este Hospital. Sólo Ud. y la investigadora estarán presentes.

Durante la entrevista es posible que se sienta incómodo o movilizado por alguna pregunta. Recuerde que no tiene que responder a todas ellas si no lo desea, simplemente hágaselo saber a la investigadora, quien continuará con el siguiente tópico de la entrevista. En caso de sentirse movilizado y con necesidad de continuar hablando sobre lo sucedido, Ud. puede solicitar un espacio de escucha y orientación

con algún psicólogo integrante del equipo de sala. Esta es una forma de garantizar que Ud. se sienta atendido en sus necesidades si se siente movilizado durante o después de participar en la entrevista.

A su vez, puede ser beneficioso para Ud. hablar en la entrevista, dado que le permitirá exteriorizar lo que siente y reflexionar sobre lo que ha sucedido en el contexto de su vida en relación al IAE.

La entrevista será grabada y confidencial, y sólo tendrá acceso a ella la investigadora. No se compartirá la identidad de aquellos que participen en la investigación. Los nombres o datos personales que pudieran identificarlo serán suprimidos. Sus datos no figurarán con su nombre si no que serán identificados con un seudónimo. Toda la información acerca de Ud. que se recogerá durante la investigación será puesta fuera de alcance y sólo la investigadora tendrá acceso a ella.

Esta propuesta ha sido revisada por el Comité de Ética de la Facultad de Psicología, cuya tarea es asegurarse que se protege de daños a los participantes en la investigación, y fue aprobada en julio de 2015.

Certificado de Consentimiento Informado

He sido invitado a participar en la investigación “Exploración de narrativas sobre intentos de autoeliminación (IAE) en sujetos hospitalizados por este motivo en una sala de internación psiquiátrica”, a cargo de la Lic. Brenda Acuña de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República. He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la investigación y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Se me ha proporcionado el nombre de la investigadora y datos para contactarla. Entiendo que se realizarán entre una y dos entrevistas de aproximadamente 60 minutos cada una. Sé que mi identidad será preservada y los datos recabados serán confidenciales. He sido informado de que los riesgos de participar en este estudio serán contemplados a fin de garantizar su minimización. Sé que no recibiré dinero o gratificación alguna por participar. Sé que la investigación no interferirá en los cuidados recibidos en el servicio de salud en el que me encuentro siendo atendido. Consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento sin ninguna consecuencia sobre la calidad de la atención que recibo.

Nombre.....

Datos de la investigadora:

Firma.....

Lic. Psic. Brenda Acuña

Cl.....

Cel. 099007441

Fecha.....

E-mail: brenda.acuna@adinet.com.uy

Firma.....

He leído con exactitud el Documento de Consentimiento Informado para el potencial participante y ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente y se le ha dado una copia de este documento.

Nombre del investigador.....

Firma.....

Fecha.....

Anexo 2: Guión de entrevista

Presentación:

Presentación de la entrevistadora y del proyecto de investigación, indicando su marco institucional (Maestría en Psicología Clínica, Facultad de Psicología, Universidad de la República). Se señala la importancia de la investigación tanto para el hospital como para la Facultad, indicando que va a permitir mejorar el servicio que se brinda.

Consentimiento informado

Antes de comenzar la entrevista, la entrevistadora lee en voz alta el consentimiento informado, le entrega una copia al entrevistado, y luego le solicita su firma avalando el consentimiento. Se alienta al entrevistado a plantear sus dudas e inquietudes, explicitando que puede interrumpir la lectura del consentimiento informado cuando lo considere necesario.

Bloque 1: Datos de identificación personales:

- edad
- dónde vive y con quién
- núcleo familiar y otros vínculos familiares
- ocupación
- nivel educativo

Bloque 2: caldeamiento

Se profundiza en algunos aspectos de la vida cotidiana (familia, trabajo, etc.) que la persona haya mencionado en el bloque anterior.

Si en la historia clínica aparece algún dato relevante y poco movilizador se pregunta al respecto, habiendo mencionado previamente que se tuvo acceso a la historia clínica a través del psiquiatra tratante.

Bloque 3: actos (lo sucedido, el episodio de IAE) y motivos:

Se pregunta acerca del porqué de la internación y se pide al entrevistado que haga el intento de reconstruir lo que pasó, incluyendo todos los detalles que recuerde.

Se indaga acerca del porqué del IAE como respuesta a lo que le pasó, es decir, a la situación de vida por la que estaba atravesando.

Se plantean preguntas como: ¿cómo fue que sucedió? O bien ¿cómo fue que se le ocurrió hacer esto?

También se pregunta: ¿cómo fue para Ud haber pasado por esta experiencia? ¿Cómo se siente al respecto?

Bloque 4: Situación vital previa:

Se contextualiza la experiencia: ¿cómo era su vida antes de esto?

Se indaga acerca de aspectos relevantes de la historia de vida (dónde nació, qué estudió, dónde trabajó, con quién vivía antes, pareja, separaciones, hijos, etc.).

Bloque 5: experiencia de hospitalización:

Se pide al entrevistado que narre su recorrido en el hospital:

- ¿Cómo fue que llegó?
- ¿Quiénes lo han visto? ¿Cuánta gente lo entrevistó?
- ¿Qué cosas hace mientras está en la sala? (Rutina diaria)
- ¿Cómo se siente con el personal médico y de enfermería?
- ¿Sabe qué medicación está tomando? ¿Siente alguna diferencia por la medicación?

Cierre:

Se retoma algún elemento del inicio, por ejemplo algún tema de la vida cotidiana que haya mencionado.

Antes de finalizar se le pregunta: ¿Quiere agregar algo más? ¿Se le ocurre algo importante que yo le podría haber preguntado y que no lo hice?