



Facultad de
Psicología

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Trabajo final de grado

Ensayo académico

Entre el grito y el silencio: hablemos del suicidio.

Estudiante: Sofía Reyes
5.290.925-0

Tutora: Prof. Adj. Mag. Mariana Zapata
Revisora: Prof. Adj. Mag. Amparo Bazterrica

Montevideo

"El ser humano no se adapta a la realidad sino que adapta la realidad a él"

Jacques Lacan

Índice

1. Introducción.....	5
2. La dimension historica del suicidio.....	6
3. La sociedad como productora de patologías.....	8
3.1. El estigma del suicidio.....	10
3.2. Consideraciones sobre datos significativos	13
4. Experiencias vinculantes con el suicidio.....	15
4.1 Abusos sexuales.....	15
4.2 Depresión.....	17
4.3 Intentos de autoeliminación.....	19
5. El sujeto y sus pulsiones.....	20
5.1 Pulsión de muerte.....	20
6. Suicidio.....	22
7. De la teoría a la práctica.....	26
7.1 Annabella.....	26
7.2 Patricia.....	27
7.3 Karina.....	28
8. Consideraciones finales.....	30
9. Referencias bibliográficas.....	32

Agradecimientos:

Primero que nada quiero agradecer a mi tutora, Mariana Zapata, por este proceso compartido, quien se tomó el tiempo y el trabajo de guiarme y acompañarme en la escritura, de recomendar textos y autores, y de ayudarme con la lectura.

Agradecer también a mi familia y amigas, quienes siempre me dieron la confianza de que podía llegar hasta acá. Quienes siempre que tenían la oportunidad me decían lo orgullosos que estaban de mí y eso me reconfortaba.

A Andi, quien me acompañó gran parte de la carrera, apoyándome en cada paso que daba sin soltarme la mano.

Por último agradecer a la Universidad de la República, y a la Facultad de Psicología, por brindarme los conocimientos necesarios para lograr hacer este trabajo final de grado y por brindar el espacio y las oportunidades para permitirme crecer profesionalmente.

1. Introducción

El presente trabajo se enmarca dentro de la Tesis Final de Grado de la Facultad de Psicología, UDELAR. El mismo surge a partir de mi participación en la práctica anual de la Clínica Psicoanalítica de la Unión, en la cual participé como estudiante de ciclo integral en el año 2023 y como estudiante de graduación en el 2024.

El objetivo de la Clínica es brindar asistencia psicológica a las personas del barrio. Dicha clínica psicoanalítica de la Unión se inscribe en el programa “Psicoanálisis en la Universidad” que según, Singer, F., Zapata (2018) los objetivos del programa son, entre otros, promover el intercambio con la comunidad de la Unión y recoger las demandas que de allí derivan y a la vez poder co-resolver dichas demandas con los actores comunitarios concernidos. También promover el relacionamiento e intercambio universitario a nivel de Facultad de Psicología o a nivel interinstitucional para fortalecer la red de docencia-investigación-extensión, y sin dudas, promover la práctica clínica.

Me acerqué al tema del suicidio al observar en la práctica la recurrencia de personas que consultan a la clínica en situaciones de riesgo vital ante un sufrimiento que los lleva a idear intentar interrumpir su vida, además, por una pérdida de un ser querido.

En este ensayo se comenzará con una visión macro del suicidio en la historia de la humanidad, lo social, la cultura, hasta llegar al sujeto y su entorno más micro. Se trabajarán conceptos como el de la pulsión de muerte, la depresión, eventos traumáticos como los abusos sexuales en la infancia como vasos comunicantes con los intentos de autoeliminación. Se abordará al sujeto vinculándolo al suicidio como acto, pudiendo finalmente mostrar recortes de la vida real; entre otras cuestiones y reflexiones que van surgiendo en este recorrido. Se consideran referentes psicoanalíticos como por ejemplo Freud, Bleichmar, Winnicot, Le Breton, Janin y aportes de otros autores que, sin inscribirse estrictamente en el psicoanálisis, enriquecen el abordaje de la temática.

Considerando la alta incidencia de los suicidios y los intentos de autoeliminación (IAE) en Uruguay, las políticas públicas lo ubican en el centro de la salud mental, por lo que se debe hacer énfasis en buscar alternativas de prevención.

El propósito de este ensayo es contribuir a la sensibilización de las personas frente a esta temática, y compartir interrogantes que contribuyan a posibles investigaciones.

Pensando en las personas que llevan a cabo el suicidio, insistieron en mi ciertas preguntas como: ¿certainamente querían quitarse la vida ? y si fuera así ¿por qué no fueron vistas las señales por el entorno más próximo o el personal de salud? Sin querer responderlas, pretendo al menos acercarme al tema y dar visibilidad a cuestiones que se reiteran en estos límites entre vivir y morir.

2. La dimensión histórica del suicidio.

El suicidio no es un hecho novedoso, ni algo que surge recientemente. Comenzaremos este ensayo hablando de cómo surge en la historia.

La cultura de la Grecia Antigua es una de las primeras en donde se puede apreciar al suicidio como una realidad social de la época

...esta conducta implicaba una forma de supervivencia de la aldea, en la cual el anciano, el deforme o el enfermo debían abandonar la aldea hacia la intemperie, sin comida, ni agua para garantizar mayores cantidades de alimento que serían utilizadas por los otros miembros de la comunidad (Amador 2015, p. 92).

Gonzalo H. Amador (2015) hace hincapié en que en la antigua Grecia, el suicidio era un delito contra el Estado y los castigos para los suicidas era la mutilación del cadáver, los entierros aislados e incluso la deshonra familiar del suicida.

Platón (427-347 AC), el gran filósofo, pensaba que el suicidio era un delito para la sociedad “pero podían reconocerse excepciones posibles en función de la ley civil o la respuesta a eventos adversos graves” (Amador, G. 2015, p. 92). Siendo considerado por Platón un delito en la mayoría de los casos, había excepciones como el caso de que fuera por amor.

Por su lado, Aristóteles (384-322 AC), según dice Amador (2015) condena tácitamente el suicidio como un acto de cobardía y atentado contra el Estado. La cobardía es un sustantivo que se mantiene vigente en la actualidad, dando lugar a controversias.

En la época del Imperio Romano hubo dos etapas de reflexión acerca del suicidio: La primera, representada por Cicerón, “que si bien condenaba el suicidio, avalaba el mismo si era una forma de heroísmo, amor, abnegación o la defensa del honor” (Amador, G. 2015, p. 93), siguiendo la línea de parte del pensamiento de Platón. Luego, en una segunda etapa Amador menciona a Constantino, quien penalizó el suicidio y como medida preventiva se confiscaba de los bienes de la familia después del suicidio para compensar al Estado por la pérdida de un ciudadano.

La Edad Media carece de reportes de suicidios debido a la prevalencia de la religión, dado que dictaba las costumbres y las normas e imponía la penalización del suicidio.

Ya llegando a la Edad Moderna y contemporánea, se empieza a despenalizar el suicidio y a cambiar ciertas concepciones acerca del mismo, sobre todo luego de la Revolución Francesa. Además, “nacen estudios estadísticos y revisiones de lo que implica esta conducta, siendo los más importantes los sociológicos y médicos. Este cambio de paradigma, más iluminista, adquiere más adelante en Émile Durkheim y su libro “Le Suicide” su máxima expresión” (Amador, G. 2015, p. 94).

Durkheim intenta demostrar algo revolucionario para su época, que el suicidio no es solo un problema individual o psicológico, sino que también es un hecho social. Para probarlo él analiza estadísticas de diversos países, las religiones, las crisis económicas, entre otras cosas, quien resultó ser un innovador en el año 1897. Según él, el suicidio es “todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, a sabiendas del resultado. La tentativa sería el mismo acto cuando no llega a término y no arroja como resultado la muerte.” (Durkheim, E. 1897. p.13)

3. La sociedad como productora de patologías.

La sociedad como productora de patologías ya lo planteaba Freud en el “Malestar en la cultura”. Freud (1930) habla de que el ser humano busca la felicidad, principio del placer, pero la cultura impone límites a esa búsqueda, teniendo en cuenta además, que para él la felicidad “corresponde a la satisfacción más bien repentina de necesidades retenidas, con alto grado de estasis, y por su propia naturaleza sólo es posible como un fenómeno episódico” (p.76). Una de las cosas que imposibilita la felicidad plena son las relaciones con otros seres humanos, y comenta que, al ser esa la fuente, puede ser aún más doloroso el sufrimiento que con cualquier otra amenaza.

Es así que el individuo, según Freud (1930), permanece en un constante conflicto entre las exigencias pulsionales y las restricciones que impone la cultura. Esta se funda en la renuncia pulsional: los sujetos deben limitar la satisfacción directa de sus impulsos, especialmente los sexuales y agresivos, para vivir con otros. Por ende esa renuncia es la que luego produce malestar psíquico, angustia o sufrimiento. En este sentido, el malestar no es algo externo a la cultura, sino que es producido por ella misma.

Yago Franco, tomando como referencia el texto *El malestar en la cultura* de Sigmund Freud, también aborda el malestar que la cultura produce en los sujetos. A diferencia de Freud, desplaza el foco hacia los modos actuales del lazo social. En la actualidad el uso desmedido de las redes sociales puede tener un impacto negativo en la salud mental, especialmente cuando en estos espacios se da lugar a la violencia digital como lo es el cyberbullying. Este tipo de violencia puede provocar aislamiento y riesgos suicidas. Como lo plantea Arab, E. (2015) el abuso de redes sociales ha mostrado una asociación con depresión, síndrome de déficit atencional con hiperactividad, insomnio, disminución de horas total de sueño, disminución del rendimiento académico, repitencia y abandono escolar (p. 10). Según Van Dijck (2013) es válido entender a las redes sociales como sistemas que facilitan o potencian, dentro de la web, redes humanas; es decir, entramados de personas que promueven la interconexión como un valor social (p. 18).

Yago Franco (2011) va a decir que el malestar se manifiesta en dos situaciones fundamentalmente, una cuando el lazo con los semejantes se ve debilitado y otra, cuando el

mundo exterior se presenta como hostil. Es en ese contexto que emergen las instituciones, llamadas a ofrecer una forma de resguardo frente a aquello que la sociedad no logra garantizar. Sin embargo, cuando dichas instituciones operan mediante la coacción, también se constituyen como generadoras de nuevos malestares. Surge entonces el interrogante acerca de quién protege y quién brinda las condiciones de un bienestar posible en la cultura. “Una cultura no puede sobrevivir si lo único que produce es malestar”. (Yago Franco, 2011, p.43)

El autor va a decir que la cultura se configura como un subrogado de los objetos paternos mediante una compleja elaboración psíquica y social, en la que participan el proceso identificador y la sublimación, asumiendo así una función de amparo hacia los sujetos. Esta concepción ubica a la cultura en un lugar idealizado de cuidado y protección. No obstante, la experiencia social evidencia que dicho amparo resulta insuficiente, ya que ni la cultura ni la sociedad alcanzan a responder de manera efectiva a las necesidades de seguridad y bienestar del individuo. “El cuerpo, la hostilidad del mundo exterior, y la insatisfacción presente en el lazo con los semejantes son así fuentes de malestar.” (Yago Franco, 2011, p. 41).

Janin (2019) menciona que “Desconocer la incidencia de la sociedad y de las posibilidades psíquicas que se van construyendo en los vínculos con otros, en la estructuración subjetiva, nos puede llevar a esos callejones sin salida” (p. 13)

En el contexto actual, el neoliberalismo se ha consolidado como un modelo que media las dinámicas económicas, sociales y políticas de la sociedad, bajo esta lógica, las decisiones económicas priorizan el mercado por encima del bienestar colectivo, lo que ha generado profundas desigualdades. Imelda Manzo (2005) nos habla de cómo el neoliberalismo ocasionó una fuerte inestabilidad económica ya que la riqueza no es distribuida equitativamente. Retomando el pensamiento Freudiano “uno no puede apartar de sí la impresión de que los seres humanos suelen aplicar falsos raseros; poder, éxito y riqueza es lo que pretenden para sí y lo que admiran en otros, menospreciando los verdaderos valores de la vida” (Freud, S. p. 65)

Desde un enfoque sociológico se plantea que; aunque el suicidio es un acto meramente personal, también es directamente social, ya que con base en la teoría sociológica estructural funcionalista...el suicidio es el resultado de la autopercepción del sujeto de acuerdo con el contexto en que se desenvuelve (Manzo, 2005 p. 153)

Le Breton (2011) le atribuye un gran peso a la mirada del otro, comenta que cuando el medio social en el que vive no le concede su reconocimiento, el joven lo busca por sí mismo, poniéndose en peligro o provocando a los demás. Al enfrentarse a la muerte, prueba su propio valor, el que no podía leer en los ojos de los demás (p. 80).

En la actualidad, la irrupción de la pandemia por COVID-19 constituyó un acontecimiento de alcance global que produjo transformaciones significativas en las condiciones de vida de la población, así como en los modos de vinculación y acceso a recursos sociales. Curtin, S.C., et al (2022) hablan de este evento y nos dicen que generó nuevos factores de riesgo, por ejemplo, mayor aislamiento que lleva a la pérdida del apoyo social y de estrategias de afrontamiento como jugar deporte o actividades recreativas. Otros factores de riesgo por causa de la pandemia incluyen menos acceso a los servicios de atención médica y recursos comunitarios, pérdidas traumáticas y aumento de factores estresantes en el hogar.

3.1 El estigma del suicidio

El estigma de la salud mental se refiere a actitudes o creencias negativas que llevan a “desvalorizar, desacreditar y desfavorecer por parte del público en general a las personas con enfermedades mentales” (Huizen, J. 2021, p. 2). Esto puede producir que las personas duden a la hora de consultar, por temor a que minimicen su sentir y vivan como un estigma su existencia.

Jennifer Huizen (2021) hace un estudio social sobre el estigma en Latinoamérica, mencionando tres tipos de estigma. Uno de ellos es precisamente el estigma social que se refiere a las creencias o actitudes discriminatorias negativas sobre las afecciones de salud mental promovidas en el grupo cultural de uno o en la sociedad en general. Luego el autoestigma, este ocurre cuando una persona internaliza las actitudes sociales negativas sobre las afecciones de salud mental. Por último el estigma institucional se refiere a las políticas

institucionales gubernamentales y privadas que discriminan voluntaria o involuntariamente a las personas con afecciones de salud mental (p. 3).

Para reducir el estigma relacionado con la mala salud mental, la Alianza Nacional sobre Enfermedades Mentales, también recomienda: hablar abiertamente sobre la salud mental, educarse a sí mismo y a los demás sobre la salud mental, promover la idea de que la mala salud física y mental son iguales, conocer el lenguaje que puede ser estigmatizante, como los términos “loco”, “demente” o “psicótico”, informar a los medios cuando están promoviendo un estigma negativo (Huizen, 2021, p. 11)

El estigma vinculado al suicidio se considera como un obstáculo más entre otras variables que dificultan el tratamiento y la prevención de la conducta suicida. Aun hoy en el 2026, son muchos los lugares en los que hablar de suicidio sigue siendo un tabú.

Las variables que parecen estar relacionadas con el hecho de la dificultad en el diagnóstico de la depresión y por tanto la prevención del intento de autolisis suelen ser: la clase social, el sexo, el carácter de la persona, siendo más difícil de diagnosticar en personas de clase social media o de sexo masculino o de carácter alegre (Ferré-Grau et al., 2011, p. 4)

Desde el año 2003, la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio, en colaboración con la Organización Mundial de la Salud, promueve el 10 de septiembre de cada año el Día Mundial para la prevención del suicidio. El suicidio afecta a nivel global en distintos estratos de la sociedad, la familia, los amigos/as y distintos grupos de influencia. El lema propuesto para el trienio 2024-2026 es: “Cambiar la narrativa”, dejando atrás un supuesto estigmatizante sobre el suicidio, cambiando a una narrativa de prevención, comprensión, contención y apoyo. Ferré-Grau et al., (2011) cuestionan que en las narrativas aparece con frecuencia una bivalencia entre la representación del suicidio como un acto de cobardía o un acto de valentía tanto por parte del enfermo como de la familia. (p. 4)

El estigma, no es algo que existe en la cabeza de la gente sino que se construye a partir de las relaciones interpersonales con una dinámica propia, en un contexto y una realidad determinada convirtiéndose en un producto social. Así, el estigma del suicidio afecta no solamente a la persona que lo

vive, sino a también a su familia y a los profesionales sanitarios. (Ferré-Grau et al., 2011, p. 2)

El enfoque sugerido para la prevención, apunta a desestigmatizar, desestructurar supuestos, derribar muros, evitar prejuicios y preconceptos, e intentar tener una mirada más amplia que busca aproximarse a la problemática. Se podría inferir que toda narrativa que procure respuestas corre el riesgo de caer en suposiciones y estereotipos carentes de fundamentos.

Mehta, N., Clement, S., et al. (2018) realizaron una investigación para reducir el estigma público hacia las personas con enfermedades graves, con 62 ensayos controlados aleatorios de intervenciones de contacto (diseñada para cambiar una situación), intervenciones educativas, contacto mixto y educación, programas de psicoeducación familiar y de estados alucinatorios. De las intervenciones educativas y de contacto se valoró que condujeron a reducciones pequeñas y medianas en las actitudes estigmatizantes, siendo la psicoeducación familiar la que mostró una mayor reducción en el estigma luego de la intervención. Parecería que el trabajo psicoeducativo con el entorno familiar es un factor predictor de peso.

La posición de la religión en relación al suicidio también tiene un lugar estigmatizante.

“En la escritura hebrea, el suicidio es condenado implícitamente en el mandamiento de no cometer homicidio y tanto los judíos como los cristianos generalmente han visto que el suicidio está prohibido por este mandamiento.” (Peralta, J. 2018, p. 2).

Según Edgardo Flores (2023) en el Catecismo de la Iglesia Católica, del número 2280 al 2283 está contenido un apartado que aborda el tema del suicidio, desde la óptica del quinto mandamiento: “no matarás”.

2281: El suicidio contradice la inclinación natural del ser humano a conservar y perpetuar su vida. Es gravemente contrario al justo amor de sí mismo. Ofende también al amor del prójimo porque rompe injustamente los lazos de solidaridad con las sociedades familiar, nacional y humana con las cuales estamos obligados. El suicidio es contrario al amor del Dios vivo (Flores, 2023, párr. 20)

Por otro lado, la religión y las creencias pueden actuar como prevención y protección ante la angustia y la desesperanza. En los creyentes surgen relatos en los cuales la religión y la fé

salvaron su vida, cuando sentían que ya nada tenía sentido y lo encuentran en Dios y en la esperanza de que un ser superior los puede sacar adelante.

Más recientemente, se ha observado que el suicidio no está explícitamente condenado en la escritura judeocristiana y las actitudes han sido más comprensivas con el sufrimiento de aquellos que consideran quitarse la vida, tendiendo a enfatizar más la importancia de lo divino y compasión humana (Peralta, 2018, p. 2)

3.2 Consideraciones sobre datos significativos del suicidio

En Uruguay, como en la mayoría de los países del mundo, el suicidio es una urgencia social, que ha ido en aumento.

El área del Ministerio de Salud Pública (MSP) que se encarga de la atención en salud mental informa que de los 4.723 intentos de autoeliminación (IAE) registrados en 2023, en 2.392 registros se informó antecedente de IAE previos. Esto significa que el 50,63% de los intentos registrados fueron llevados a cabo por personas que ya habían intentado autoeliminarse (Tauber, 2025, párr. 3)

Según Magallanes (2025) las cifras de 2024 arrojan que la tasa de suicidios fue de 21,35 cada 100.000 habitantes, con mayor incidencia en hombres (33,3) que en mujeres (10,1).

También siguiendo con los datos del Ministerio de Salud Pública que comenta Tauber, N. (2025), se halló que en un 50% de los adolescentes aparecen síntomas de depresión y ansiedad. Los datos más recientes revelan que las tasas más altas de suicidio se registraron en personas mayores: el grupo de 85 a 89 años presentó una tasa de 38,2 por 100.000 habitantes, seguido por los mayores de 90 años (37,6). El tercer lugar lo ocupó el grupo de 20 a 24 años, con una tasa de 33,2, la más alta registrada históricamente para esta franja etaria (Ministerio de Salud Pública, 2025, párr. 4). Estos datos plantean interrogantes relevantes: ¿la elevada expectativa de vida y los procesos de deterioro físico, la soledad o la dependencia incidirían en el aumento de la tasa de suicidio en adultos mayores? Por otro lado, ¿por qué en 2025 se observa un mayor índice en jóvenes?, ¿podría vincularse con efectos persistentes del período post pandemia? Momento en que los encuentros entre pares se redujeron, y como lo señala Arab (2015) en la adolescencia el grupo de pares pasa a ser muy relevante en la construcción

de la identidad y se transforma en un referente para ir modulando ciertos aspectos personales, dependiendo de la retroalimentación que se reciba.

Existen también diferencias entre el hombre y la mujer que llegan a quitarse la vida. “En las últimas décadas se ha verificado un significativo aumento en las tasas de intentos de suicidios adolescentes femeninas; entre los varones son mayores las tasas de suicidios logrados.” (Casullo, M. 2004, p. 178). Estas diferencias no solo responden a cuestiones biológicas o más individuales, sino que aquí entra en juego las cuestiones de construcción de género tanto sociales como culturales.

La exministra de Salud Pública Karina Rando, en el marco del Día Nacional para la Prevención del Suicidio, dejó en claro que “la situación de Uruguay es muy comprometida respecto a lo que es América Latina; la tasa de suicidio es de 23 cada 100.000 habitantes cuando en América Latina el promedio es de nueve” (Tauber, N. 2025, párr. 17).

Otro dato relevante está dado por las vías elegidas en los IAE:

El método de ingesta de medicamentos es la principal forma de IAE. Por debajo de ese método se encuentran las lesiones autoinflingidas, el ahorcamiento o asfixia y el uso de armas de fuego. Según datos del MSP, gran parte de los suicidios en adolescentes se relacionan con el consumo problemático de sustancias (Tauber, N. 2025, párr. 13 y 14).

Estos datos también abren nuevas interrogantes: ¿por qué aparecen formas más agresivas de autoeliminación?, ¿responderá esto a un mayor nivel de sufrimiento psíquico, a la disponibilidad de medios letales o a cambios socioculturales más amplios? Asimismo, cabe preguntarse si estamos ante una sociedad más violenta o si la violencia, tanto estructural como simbólica, está incidiendo de manera más directa en las conductas de riesgo y en la forma en que se expresa el malestar en adolescentes y jóvenes.

Según Casullo (2004) los varones emplean más frecuentemente armas de fuego lo que supone mayor certeza de muerte, en tanto que las mujeres suelen recurrir a las píldoras o al gas, cuyos efectos letales son menores. Por esto es que se dice que las mujeres cometen mas intentos de autoeliminacion pero fallecen menos, en tanto que los hombres tienen una tasa de suicidio consumado mucho mayor. (p. 178)

Casullo (2004) habla de que el varón muestra un patrón diferente en los recursos de apoyo: busca ayuda en la familia cuando se trata de resolver problemas familiares y no así cuando se trata de problemas personales y con amigos. En el caso de las mujeres, el apoyo de las amigas siguió en importancia al apoyo familiar en casi todos los tipos de problemas, en tanto que los varones tienden a preferir no buscar ayuda ni consejos. No sólo el apoyo familiar o de las amigas, sino que las mujeres suelen animarse más a pedir ayuda a profesionales de la salud y seguir un trabajo psicológico. (p. 178) En base a estos hallazgos, cabe preguntarse si en la actualidad se han modificado las dinámicas de intercambio interpersonal y búsqueda de apoyo, particularmente en contextos atravesados por el uso intensivo de redes sociales, y si estas podrían estar incidiendo en la calidad, profundidad o frecuencia de los vínculos de sostén emocional.

4. Experiencias vinculantes con el suicidio

Más allá de lo estadístico o los diagnósticos clínicos que suelen analizarse en torno al suicidio, es necesario considerar la historia de vida y eventos determinantes en la subjetividad. En este apartado consideramos situaciones que pueden tener potencial traumático, como el abuso sexual, estados de ánimo como la depresión, y conductas autolesivas que no sólo afectan el bienestar emocional, sino que también inciden en la manera en que alguien se percibe a sí mismo, se vincula con los demás y enfrenta los problemas de la vida.

Con esto se busca dar cuenta de cómo determinados eventos, vividos como traumáticos, pueden convertirse en desencadenantes relevantes e indicadores a tomar en cuenta en el camino hacia el intento de suicidio

4.1 Abusos sexuales

El abuso sexual puede afectar cada aspecto de la personalidad, sobre todo si el mismo sucede en la infancia. “Las pruebas empíricas indican que el abuso sexual infantil (ASI) constituye un importante factor de riesgo para el desarrollo psicopatológico durante la etapa adulta.” (Arboleda, et al. 2011, p. 42). Estos autores consideran que hay varios efectos a largo plazo, como por ejemplo la baja autoestima, la ansiedad, la depresión, las ideas e intentos de suicidio, el trastorno de estrés postraumático, los problemas en las relaciones interpersonales, la vulnerabilidad a una nueva victimización, los trastornos alimentarios, los trastornos en el

funcionamiento sexual, el consumo de drogas y/o alcohol y los trastornos físicos. Todos estos efectos dependen de la frecuencia de los abusos y qué actos se realizaron en el mismo, siendo más graves los que se cronifican.

“Cuando hay abuso, la erotización del otro se realiza poniendo en juego exclusivamente los deseos sexuales del adulto, arrasando las posibilidades psíquicas del niño. La consecuencia no es entonces la instauración del deseo en el niño, sino su anulación.” (Janin, B. 2019, p. 102).

De acuerdo a los autores citados, la mayoría coincide en que uno de los factores de riesgo más presente tanto en los IAE como en los suicidios consumados son los abusos sexuales sufridos en la infancia o en algún momento de su vida. “El suicidio se encuentra presente en un gran número de víctimas de abuso sexual infantil, por lo que consideramos que la relación entre abuso sexual infantil e ideación y conducta suicida es relevante.” (Pérez y Pereda. 2015, p. 153)

Según Scott (2023)

El abuso sexual infantil intrafamiliar se refiere al abuso sexual infantil que ocurre en el entorno familiar. El abuso puede involucrar a familiares u otras personas (como familias de acogida o la pareja de uno de los padres) que se sienten como familia desde la perspectiva del niño. (Scott, 2023, párr. 10).

El abuso sexual intrafamiliar resulta particularmente devastador debido a que se produce en el interior del vínculo primario de cuidado, generando un profundo estado de indefensión psíquica. La dependencia respecto del agresor y el silenciamiento del entorno dificultan la elaboración de la experiencia traumática y favorecen su cronificación. En este sentido, Bettina Calvi (2004) describe que tales dinámicas dejan a la víctima en un estado de soledad e impotencia absoluta, pudiendo incluso producir efectos estructurales sobre la constitución subjetiva. En los casos más graves, la autora señala que deviene desubjetivación, es decir, pérdida de libidinización del Yo, lo que da cuenta del alcance profundo del daño psíquico implicado. La familia que debería garantizar seguridad, se convierte en el escenario del trauma.

Un estudio identificó que algunos padres intentan influir en la percepción de sus hijos sobre los actos sexuales al definir el abuso como una expresión

saludable de amor y crianza, como una experiencia alegre o como un castigo que el niño merece (Scott, 2023, párr. 20).

Con respecto a las consecuencias, resultado de un abuso sexual intrafamiliar, y siguiendo con Sara Scott (2023), está fuertemente asociado con consecuencias adversas para la salud física y mental, dificultades en las relaciones, impactos socioeconómicos y mayor victimización. Sin embargo, no todos los niños que sufren abuso sexual sufren consecuencias graves. De eso depende la duración de la misma, si existió otro tipo de violencia, si hay más de un abusador, entre otras cosas.

4.2 Depresión

La depresión constituye un factor estrechamente asociado a la ideación suicida y a las conductas de autoeliminación, en tanto produce sentimientos persistentes de desesperanza y una pérdida significativa del sentido de la vida. Asimismo, la exposición a condiciones adversas incrementa la vulnerabilidad a su desarrollo, entre las que se incluyen la pobreza, la discapacidad, las experiencias de violencia y el fallecimiento de personas significativas.

En este caso, la depresión se refiere, según Bleichmar, H. (1988), al cuadro clínico caracterizado por la presencia de elementos diversos: tristeza, inhibición psicomotriz, autorreproches, visión pesimista de la vida, como al estado afectivo de la tristeza.

Las mayores causas de depresión, pero no las únicas son: la historia familiar, es decir, que algún familiar tenga antecedentes de depresión; la bioquímica del cerebro (ciertas moléculas del sistema nervioso central pueden sufrir alteraciones); eventos vitales y sociales desagradables; el consumo de alcohol o alguna otra droga; y por último (aunque hay más causas) es la personalidad del individuo. (Suarez, Pujol, 2009, p. 7)

Por otro lado, el duelo no puede comprenderse únicamente como un proceso intrapsíquico, sino como un fenómeno profundamente condicionado por el entramado vincular del sujeto. En este sentido, Bleichmar (1997) sostiene que

Tanto el duelo normal como el patológico no son un proceso exclusivamente intrapsíquico sino que dependen del contexto de los objetos significativos que acompañen al sujeto en esas circunstancias, objetos que podrán facilitar la

aceptación y superación de la pérdida o, por el contrario, convertirse en el factor que refuerza la fijación patológica al objeto perdido (Bleichmar, 1997, pág. 320).

Esta concepción relacional del duelo puede articularse con su formulación sobre la estructura del estado depresivo, en la cual se identifican como condiciones necesarias la presencia de un deseo central en la economía libidinal, junto con sentimientos de impotencia y desesperanza frente a su realización. Así, el autor afirma que “en todos los casos comprobamos la presencia del sentimiento de impotencia y desesperanza para la realización de un deseo al que se está intensamente fijado” (Bleichmar, 1997, pág. 38). Desde esta perspectiva, el duelo patológico puede entenderse como una situación en que la pérdida del objeto deseado no sólo genera sufrimiento por ausencia, sino que reactiva una fijación libidinal cuya imposibilidad de resolución instala un estado depresivo caracterizado por impotencia, desesperanza y bloqueo motivacional.

Suarez y Pujol (2009) también hacen una distinción entre el duelo y la depresión, comentan que estar triste no es lo mismo que tener depresión.

Donald Winnicott (1965), aunque no se refiere directamente a la depresión, sí aporta elementos fundamentales para entender la configuración subjetiva de los cuadros depresivos. Habla de un falso self y un holding materno, el cual se refiere a que el ambiente primario, generalmente la figura materna, cuando es negativo puede llevar al infante a desarrollar un “falso self” el cual su función es adaptarse a las exigencias del entorno. Ese falso self genera componentes depresivos como por ejemplo una profunda desconexión con los deseos propios, incluso una desconexión con los afectos. A diferencia de Freud quien piensa que se trata únicamente de una pérdida posterior del objeto primario, Winnicott habla de una ausencia temprana de ese objeto.

Algo que debemos de tener en cuenta, es que muchas veces, la percepción que se tiene del estado emocional de una persona, puede diferir del estado emocional interno real. La tendencia a asociar ciertas conductas, como el ir a trabajar, salir con amigos, o algo tan simple como sonreír, puede llevar a caminos erróneos. Debemos ser cautelosos a la hora de hacer un juicio sobre el estado emocional de alguien, ya que es posible que la persona demuestre bienestar mientras atraviesa un malestar interno. Las personas con depresión

pueden seguir cumpliendo con sus responsabilidades cotidianas, sin que ello represente necesariamente una ausencia de sufrimiento.

4.3 Intentos de autoeliminación

Baader T. M et.al (2011) diferencian las conductas suicidas.

Llaman **riesgo de suicidio** a la suma de todas las formas de pensamiento y comportamiento, que cognitivamente, a través del comportamiento activo, o dejándose estar, buscan con anhelo la propia muerte. El **suicidio** es la conducta o acto autodestructivo, que tiene como meta alcanzar la muerte, con un elevado deseo de morir y buscan métodos para llegar a dicho fin. El **intento de suicidio** se diferencia del suicidio en que el resultado no fue la muerte. Por último, la **ideación suicida** se usa a menudo en la bibliografía técnica y se refiere a pensamientos acerca de suicidarse, con diversos grados de intensidad y elaboración.

Le Breton (2017) habla del dolor, del dolor físico, del sufrimiento, de lo que sucede en las personas cuando sufren. Menciona las heridas en la piel, los cortes, los actos de riesgo como formas sustitutas ante el dolor.

Este autor diferencia el dolor del sufrimiento, diciendo que el dolor es propio de un organismo, de un proceso neurofisiológico, el sufrimiento es la resonancia íntima en el plano de la existencia. Y comenta que si dolor es un concepto médico, sufrimiento es el concepto del sujeto que lo siente.

Le Breton (2017) distingue las autolesiones de los intentos de autoeliminación a partir del sentido que el sujeto atribuye al acto y de su vínculo con la muerte. Mientras que las autolesiones no implican un deseo de morir, sino que funcionan como una estrategia para regular un sufrimiento psíquico intenso y recuperar momentáneamente el sentimiento de existencia, los intentos de autoeliminación se inscriben en una lógica de ruptura con la vida, donde la muerte aparece como una salida posible frente a la desesperanza. “Otra figura antropológica ofrece la paradoja de recurrir al dolor autoinfligido y controlado para desactivar un sufrimiento que escapa a todo control porque se lo encuentra inevitablemente en los hechos de la vida personal” (Le Breton, 2017, p. 15) La sangre de las autolesiones representa un dolor intolerable, pero que se supone está bajo control.

En el relato clínico de adolescentes que se autolesionan expresan que los cortes les permite aflojar el dolor interno que los atormenta, o manejar situaciones que están fuera de su control.

El autor mencionado habla de esa opresión del malestar de vivir, que lleva a descuidar toda protección de sí mismo y recurren al dolor en su cuerpo para aferrarse a una realidad que parece desvanecerse y con la cual tiene que luchar.

Le Breton (2017) habla de conductas de riesgo y se lo atribuye específicamente a los jóvenes. Son esas conductas dispares que ponen real o simbólicamente la existencia en peligro. El rasgo común de estas conductas juveniles consiste en la exposición deliberada al riesgo de lesionarse o de morir, de alterar su porvenir personal o de poner su salud en peligro: desafíos, juegos peligrosos, intentos de suicidio, escapadas, vagabundeos, embriaguez, toxicomanías, trastornos alimenticios, etc. Todos estos son intentos de forzar el pasaje para existir. “El juego con la muerte es una manera de poseer su vida y de sentirse intensamente presente en el mundo. La prueba es un corte de realidad dentro de la existencia, una interrupción de la concreción del mundo.” (Le Breton, 2017, p. 44)

Las autolesiones duran cierto tiempo o pueden ser puntuales, hasta que el gusto por vivir sea restaurado o decidan frenar con ellas mediante métodos controlados para mejorar el bienestar. Le Breton (2017) considera que son salidas, por lo menos provisorias, ante la angustia sentida frente al posible colapso; construyen una contención en el sentido social, para no perderse frente al acontecimiento, y en el sentido psíquico, en tanto constituyen una envoltura de sentido que restaura un límite. (p. 79)

5. El sujeto y sus pulsiones.

Tras la exposición sobre los indicadores generales y las diferencias de edad y género trabajadas, nos centramos en analizar el sujeto que se quita la vida. Se presenta una visión que permita pensar al suicidio como un acto que compromete al sujeto frente a su deseo y sus pulsiones.

5.1 Pulsión de muerte

Pensamos en un sujeto que llega a un punto en el que no puede sostener su vida. Freud (1920/1979) nos habla y va a trabajar el concepto de pulsión de muerte. Este término da

cuenta de que existe una tendencia psíquica fundamental que está presente en todos los sujetos, ya que hay repeticiones compulsivas de situaciones dolorosas y autodestructivas en la vida cotidiana. Freud, introduce este concepto que no está relacionado con la vida, sino al contrario, con la muerte, con lo inorgánico.

Por nuestra parte, no hemos abordado la sustancia viva sino las fuerzas que actúan en ella, y nos vimos llevados a distinguir dos clases de pulsiones: las que pretenden conducir la vida a la muerte, y las otras, las pulsiones sexuales, que de continuo aspiran a la renovación de la vida, y la realizan. (Freud, 1920, p. 45).

La pulsión de muerte (en la mitología griega Thanatos) coexiste con la pulsión de vida (Eros), habitan de lado a lado dentro nuestro.

La traducción es una modalidad de ligadura que está al servicio de Eros y esto tiene que ver con un modelo de la psique que tiende a la complejización y se produce contra una tendencia básica de la misma que es la tendencia a cero, al nirvana, tarea de la pulsión de muerte. (Franco, Y. 2017, p. 107)

La pulsión de muerte está desde los comienzos, pero sucede que la pulsión de vida, la de autoconservación, está tirando con más fuerza y ayuda a disminuir o disfrazar la pulsión de muerte. Freud lo expresa diciendo que las fuerzas pulsionales que quieren transportar la vida a la muerte podrían actuar también en ellos desde el comienzo, y no obstante, su efecto podría encontrarse tan oculto por las fuerzas de la conservación de la vida que su demostración directa se volviera muy difícil.

Así se engendra la paradoja de que el organismo vivo lucha con la máxima energía contra influencias (peligros) que podrían ayudarlo a alcanzar su meta vital por el camino más corto...; pero esta conducta es justamente lo característico de un bregar puramente pulsional, a diferencia de un bregar inteligente. (Freud, 1920, p. 39)

Las personas luchan contra las influencias negativas, que pueden llevarte más rápido a la muerte, y según Freud, cuando lo Tanático le gana al Eros. Cuando la pulsión de muerte quiere hacerse notar, y ésta predomina, es cuando aparecen las tendencias de autoagresión y de autoeliminación.

Yago Franco menciona una serie de eventos en los que se hace presente la pulsión de muerte. Alguno de estos eventos (o acciones) son las compulsiones adictivas, el juego, la anorexia, la bulimia, la reacción terapéutica negativa, lo borderline y el ataque de pánico, la vuelta de la pulsión contra el sujeto, el pasaje al acto, etcétera. “En todas estas figuras de la clínica se observa la autodestructividad, la destrucción del otro [...] pero también la permanencia del sujeto en un estado de permanente sufrimiento” (Franco, Y. 2017) Estos eventos suceden cuando Eros y Thanatos, que deben estar entrelazados, “mezclados” dijera Yago Franco, se desmezclan y produce que la pulsión de muerte quede libre.

Yago Frango se pregunta si la pulsión de muerte es una antipulsión y responde que no pulsa, qué es un anti impulso. Con esto se refiere a que opera en contra de la lógica de Eros y de las demás pulsiones descritas por Freud; es una fuerza que atenta contra el propio funcionamiento pulsional. Mientras que la pulsión de vida, por ejemplo, lo que busca es ligar, la pulsión de muerte busca lo contrario, desligar. (p. 91)

Vivimos siempre con miedo a la muerte, tratamos de eliminarla de nuestros pensamientos, como queriendo que no exista. Sin embargo sabemos que habita en nosotros acompañando la vida. Inevitablemente es un hecho más, pero al ser un hecho que rompe con los esquemas, pone en tela de juicio todo lo que pensamos, nos hace pensar en el sentido que tiene nuestra vida y cómo llevarla adelante.

6. Suicidio

Llegamos a uno de los últimos puntos de este ensayo, donde el sujeto luego de estar por un tiempo decidiendo entre la vida o la muerte, se inclina por quitarse la vida.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el fenómeno del suicidio es responsable de más muertes al año que las producidas anualmente por el conjunto de todos los conflictos bélicos que asolan el planeta, constituyéndose en una de las principales causas de muerte en el mundo. (Citado por De Bedout, A. 2008).

Diversas teorías buscan explicar el fenómeno del suicidio, De Bedout (2008) las separa en teorías psicológicas, sociológicas y psicoanalíticas.

De acuerdo a la teoría sociológica, Durkheim (1897/1971) define al suicidio como todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma sabiendo ella que debía producir este resultado y lo clasifica según la relación del individuo con el grupo social. Este autor considera que el suicidio no se explica sólo por factores individuales, sino también por condiciones sociales y colectivas que influyen mucho en las conductas suicidas. (Citado por De Bedout, 2008, p. 54) Además, divide al suicidio en: suicidio egoísta (la persona no tiene tanta integración con la sociedad), el suicidio altruista (la persona está integrada en exceso a la sociedad), el suicidio anónimo “los individuos presentan una alteración o distorsión de su integración al grupo” (De Bedout, A. 2008, p. 54) y por último el suicidio fatalista (el futuro del individuo está sumamente controlado, hay un exceso de regulación).

En relación a la teoría psicológica, plantea que “La personalidad del sujeto suicida es una con problemas de salud mental en tanto que no posee un adecuado nivel de expresión de sus capacidades, intereses y cualidades acordes con los valores sociales de referencia en su entorno” (De Bedout, A. 2008, p. 56). Es importante resaltar que los suicidas tienen rasgos característicos en la personalidad que aumentan la vulnerabilidad como agresividad, irritabilidad, baja tolerancia a la frustración, aislamiento social, desesperanza e impotencia y un concepto pobre de sí mismos con escasa capacidad para resolver problemas, resentimiento y necesidad de control externo. Estas son las predominantes pero no excluyentes para que se produzca el suicidio.

En sujetos vulnerables, algunas experiencias pueden ser vividas como catastróficas y desencadenar el proceso suicida, especialmente cuando existe dependencia de alcohol y de otras drogas, antecedentes de abusos físicos o sexuales en la infancia, de aislamiento social, de enfermedades somáticas dolorosas o discapacitantes y, particularmente, de trastornos como la depresión o la esquizofrenia. Además, trae una interrelación entre los trastornos afectivos y la propensión a causar daño a sí mismo deliberadamente, aparentemente con el objetivo de encontrar algún alivio al aniquilarse o escapar.

Por otro lado,

El modelo psicoanalítico postula que la depresión se debe a la pérdida real o imaginaria del ser o del objeto amado, dando como respuesta comportamientos de agresividad, rabia y culpa. En el suicidio, la agresión se dirige hacia la propia persona y hacia afuera como en el caso del homicidio. Se trata de un acto humano de cesación auto-infligida, intencional. (De Bedout, 2008, p. 57)

“Freud define al suicida como aquel en el que “la pulsión de vivir”, pulsión extraordinariamente intensa, es vencida” (De Bedout, 2008, p. 54). Dentro del análisis psicoanalítico, el comportamiento social del suicida está asociado a la falta de elaboración de conflictos no resueltos que se unen a sucesos o experiencias relacionadas con la estructura de personalidad y situaciones estresantes. Tiene que ver con una intención de descarga de una emoción reprimida o con su dirección consciente, la cual busca destruir o culpar de su muerte a otra persona o imaginario social.

Siguiendo con el pensamiento de Sigmund Freud, el mecanismo psíquico del suicidio en la neurosis consiste en que, el sujeto ha vuelto sobre sí mismo el impulso de matar a otro, contra el que está prohibida la agresión. Al ser inconfesable el odio al objeto amado, la pulsión de muerte se vuelca sobre el sujeto, como autorreproche, autodesvalorización y autodestrucción. (Citado por De Bedout, 2008, p. 58) Por ejemplo aparece luego de una decepción amorosa, o en una pelea con uno de sus progenitores (padre/madre). Ese odio generado por el otro, se vuelca sobre uno mismo haciendo que el deseo de lastimar al otro, se dirija hacia el propio sujeto, como una forma de liberar la tensión que no pudo ser resuelta.

El suicidio no adquiere el mismo impacto cuando se produce en la adolescencia que cuando ocurre en la vejez. Esta diferencia no supone relativizar la gravedad del acto en ninguno de los casos, sino reconocer que cada momento del ciclo vital se halla atravesado por configuraciones psíquicas, modalidades de lazo con el otro y posiciones frente al deseo y a la pérdida profundamente distintas.

Si bien el suicidio se produce fundamentalmente en las edades medias de la vida, hay actualmente dos picos crecientes en las cifras obtenidas: la adolescencia/juventud (el 25% del total de suicidios consumados) y la vejez. A

medida que avanza la edad, la ratio entre las tentativas de suicidio y el suicidio consumado es menor, lo que implica que en las personas adultas una gran parte de las tentativas suicidas acaba por consumarse (Echeburúa, 2015, párr. 10)

Si nos situamos en las personas jóvenes y los adolescentes y siguiendo a el autor Echeburua (2015), se pueden ver desencadenantes de la tentativa de suicidio, a nivel clínico, como el consumo de alcohol, drogas y depresión. A nivel ambiental, plantea un ambiente familiar desfavorable, ruptura amorosa, engaños, orientación sexual no asumida o fracaso escolar. Y a nivel psicológico la presencia de algunas características de personalidad como las que ya hemos mencionado.

Lo que ocurre con los adolescentes es que utilizan métodos menos efectivos como la ingesta de psicofármacos o las autolesiones superficiales en la piel, lo que podría ser de alguna manera un pedido de ayuda, o la demostración de que hay algo que no anda bien, pero que de otra manera no hubiera sido escuchado.

Las personas adultas, al tener otras exigencias en la vida, pueden sentirse fracasadas a nivel personal, laboral y familiar, lo que les produce una seria desesperanza. Si además de esa situación, la persona se encuentra sola, una red escasa de apoyo social y presenta también un trastorno mental o una enfermedad crónica, estas personas planifican el acto, lo realizan aisladamente y pueden usar métodos rápidos y efectivos, tales como la precipitación, el ahorcamiento o el recurso a un arma de fuego.

El suicidio es más frecuente en personas ancianas, que viven en soledad, deprimidas, no siempre diagnosticadas adecuadamente, atribuyendo su estado de animo al deterioro cognitivo, también es más frecuentes cuando esta presente una enfermedad incapacitante. Los ancianos pueden no dar señales, ni haber manifestado tentativas previas de suicidio, por lo que es mas difícil prevenirlo. Las razones de suicidio en la ancianidad se asocia a soledad, la pérdida de seres queridos, sentirse como una carga para sus familiares.

Cuando un paciente consulta directamente por ideación suicida, la escucha empática contribuye a aliviar el malestar emocional. El clínico debe favorecer el control, la autoestima y la capacidad de hacer frente a los problemas, así

como promover una mayor participación e integración en el entorno familiar y social. (Echeburúa, 2015, párr. 50).

Hay que tener en cuenta que si un paciente ya ha tenido intentos de suicidio, el riesgo de que lo vuelva a hacer en las semanas próximas es altísimo, lo que significa que hay que estar atentos a esa persona y ayudarlo en las semanas posteriores para evitar que lo haga nuevamente.

7. De la teoría a la práctica.

A modo de ilustrar lo planteado teóricamente se hace una integración de la teoría y la práctica con la presentación de tres recortes clínicos que dan cuenta de situaciones de riesgo suicida.

7.1 Annabella

“Annabella” de 24 años relata: “Cuando era chica tuve varios intentos de suicidio con morfina, mi madre no me acompañó, no le interesaba. El último fue a los 15. La gente me preguntaba cómo hice, de dónde la saqué”. Luego cuenta que le quedó grabado en la mente el hecho de que su propia madre no estuvo presente ni la apoyó en esa situación y recuerda una frase en particular “si te querés matar colgate, así no me haces pasar por esto y perder el tiempo”. Esto pone en evidencia no solo la ausencia de sostén frente a una situación de gravedad, sino también una respuesta hostil que intensifica el desamparo psíquico. Si volvemos a Winnicot, la falta del holding materno dificulta la posibilidad de integrar la experiencia emocional y de desarrollar recursos para tramitarla. Es decir, la ausencia de un ambiente suficientemente bueno y la irrupción de experiencias traumáticas en el seno del vínculo de cuidado pueden obstaculizar el desarrollo de recursos internos para la regulación afectiva. En este contexto, las conductas autodestructivas pueden entenderse como intentos de descarga de un sufrimiento que no ha encontrado vías simbólicas de elaboración.

A esta falta de sostén se suma la presencia de violencia física ejercida desde la infancia, lo que configura un escenario de maltrato sostenido en el vínculo primario. La combinación de abandono y agresión corporal compromete la constitución de un entorno protector.

A pesar de su historia, Anabella decidió ejercer la maternidad. En su relato señala que su deseo de vivir fluctúa, “a veces tengo ganas de vivir y a veces no”, pero sostiene que “debe vivir” por su hija. Esta afirmación sugiere que la función materna opera para ella como un organizador de sentido, posibilitando una ligadura con la vida aun en contextos de intensa fragilidad. Presa de la ambivalencia entre las pulsiones de vida y de muerte, parecería intentar no reproducir las experiencias de desamparo y violencia padecidas en su infancia con su propia hija.

En este marco, el tratamiento psicoanalítico puede adquirir una función reparatoria al ofrecer un espacio donde lo traumático pueda ser simbolizado y ligado psíquicamente, favoreciendo la elaboración de las experiencias de desamparo y la reconstrucción del narcisismo. La posibilidad de poner en palabras aquello que no ha podido ser tramitado permite así transformar modalidades de sufrimiento que tendían a expresarse a través del cuerpo o de la autodestructividad, habilitando nuevas formas de relación consigo misma y con los otros.

Este caso pone de manifiesto los efectos perjudiciales que la violencia ejercida por un miembro de la familia puede producir en la constitución psíquica y en la trayectoria vital, incidiendo en su salud mental. También, evidencia el papel central del sostén familiar en el desarrollo de una autoestima estable y en la construcción de recursos para afrontar situaciones de crisis, estrés o angustia. La ausencia de dicho apoyo no solo incrementa la vulnerabilidad subjetiva, sino que también limita las posibilidades de elaboración del sufrimiento, lo que es un factor de riesgo en relación al acto suicida.

7.2 Patricia

El segundo caso corresponde a Patricia, de 42 años, quien refiere atravesar un cuadro depresivo vinculado a una relación de pareja vivida como restrictiva, al punto de percibir que había perdido toda posibilidad de disfrute y que su único deseo era dormir. Relata: “Un día me tomé un blister de Plidex con un vaso de whisky; mis hermanas me hicieron darme cuenta de que me había podido matar, pero yo no lo hice pensando suicidarme, solo quería dormirme por tres días, que me despertara y todo se haya resuelto”. Este episodio puede comprenderse como una conducta autolesiva de riesgo menor, dado que ella verbaliza su no deseo de morir, sino de salir momentáneamente de la situación actual. El acto produjo una movilización inmediata del entorno familiar, lo que parece haber sido la vía encontrada para ser objeto de

atención, configurando una demanda dirigida al otro que se expresa a través del acto más que de la palabra. La reacción de sus hermanas, quienes le señalan la gravedad del episodio, muestra cómo el acto logra instalar una demanda de cuidado y reconocimiento que no había podido formularse de otro modo.

En comparación con el caso anterior en el que la ausencia de sostén y la violencia materna constituyen un factor central en la configuración del sufrimiento psíquico, el relato de Patricia permite observar una dinámica distinta en relación con el apoyo familiar. Mientras que Anabella crece en un entorno donde la figura materna no solo falla en su función protectora sino que además ejerce maltrato y abandono, Patricia cuenta con hermanas que intervienen activamente ante la situación de riesgo, funcionando como sostén externo frente al acto autolesivo, siendo un factor de mejor pronóstico en relación a la recurrencia de estas conductas.

7.3 Karina

El “Caso de Karina” trata de una adolescente de 18 años la cual se autolesionaba reiteradamente, los cortes empezaron cuando falleció su abuelo, evento que la desestabilizó. En ese momento cuenta que se le ocurrió desarmar un sacapuntas y “desquitarse con su brazo”.

Karina expresa la autolesión como un modo de dirigir hacia sí misma afectos que, de otro modo, podrían volcarse hacia los demás: “Me desquito conmigo para no desquitarme con otras personas. Necesito sacar lo que tengo adentro y me lastimo. Es algo que me libera. Igual después siempre me arrepiento de hacerlo.” Este testimonio permite pensar la conducta autolesiva como una vía de descarga pulsional que transforma la agresividad dirigida al objeto en agresión hacia el propio cuerpo, evitando así dañar al otro.

Desde una perspectiva psicoanalítica, el acto aparece ligado a la imposibilidad de tramitar psíquicamente estados de intensa tensión afectiva, especialmente en situaciones percibidas como incontrolables, como ocurre por ejemplo cuando Karina no puede intervenir para ayudar a su mejor amiga depresiva. En este sentido, el dolor físico autoinfligido introduce

una dimensión de control allí donde el sufrimiento psíquico resulta intolerable. Tal como lo señala Le Bretón, D (2011) “Otra figura antropológica ofrece la paradoja de recurrir al dolor autoinfligido y controlado para desactivar un sufrimiento que escapa a todo control porque se encuentra inevitablemente en los hechos de la vida personal.” (p. 15)

En el contexto familiar de Karina se observan respuestas poco elaboradas frente a su malestar emocional. Su madre recurre principalmente a rituales religiosos como forma de aliviar la angustia, lo que no necesariamente favorece la expresión y comprensión de lo que la adolescente siente. El padre, por su parte, ha sido una figura poco presente desde lo afectivo, con antecedentes de consumo problemático durante la infancia de Karina y en tratamiento de rehabilitación al momento de la consulta. Resulta significativo que la paciente describa sus autolesiones como una “recaída”, término que escuchó reiteradamente en relación con su padre, lo que sugiere una identificación con esta modalidad de atravesar el sufrimiento. De este modo, la autolesión puede entenderse no sólo como una forma de aliviar la tensión interna, sino también como la repetición de un patrón familiar en el que el malestar se expresa a través del cuerpo y la pérdida de control. Asimismo, sus relaciones de pareja se caracterizan por inestabilidad, inseguridad y rupturas frecuentes, lo que indica dificultades para sostener vínculos estables y confiar en el otro.

En relación al suicidio decía: “creo que son cobardes los que se matan, aunque algunos dicen que es un acto de valentía. Pero sos cobarde por no querer afrontar los problemas que tenés, se que igual tenés que ser valiente para hacerlo porque lo preparan mucho tiempo antes, dejan cartas y esas cosas”.

Presentaba un patrón conductual marcado por la impulsividad y una escasa percepción de los riesgos asociados a sus acciones. Refería conductas tales como el consumo excesivo de alcohol, la combinación de sustancias y la concurrencia a espacios nocturnos potencialmente peligrosos. Asimismo, en actividades como el entrenamiento físico manifestaba una tendencia a exigirse hasta el límite del dolor. En conjunto, estas prácticas evidencian una modalidad de relación con el propio cuerpo caracterizada por la desatención de sus límites y por la reiteración de conductas potencialmente dañinas para su integridad física y psíquica.

El análisis de los tres casos presentados permite observar cómo los desarrollos teóricos expuestos a lo largo de este trabajo encuentran expresión en la práctica clínica, adquiriendo

formas singulares según la historia y las condiciones subjetivas individuales. Asimismo, el recorrido de cada situación pone de relieve que los intentos de autoeliminación no responden a un único modelo explicativo ni se producen en contextos homogéneos, sino que se inscriben en configuraciones familiares, vinculares y personales diversas.

En este sentido, los casos analizados subrayan la necesidad de una aproximación clínica que contemple la complejidad del fenómeno, privilegiando una escucha atenta a la singularidad y evitando lecturas reduccionistas. De este modo, se reafirma la importancia de intervenciones sensibles a las particularidades de cada sujeto y a su trayectoria vital, entendiendo que el sufrimiento psíquico y sus manifestaciones requieren ser abordados desde una perspectiva integral.

8. Consideraciones finales

El recorrido histórico permitió entender que el suicidio no ha sido interpretado de manera uniforme a lo largo del tiempo, sino que su significado ha estado condicionado por las concepciones morales, religiosas y políticas de cada época. La vida era entendida como perteneciente a la comunidad o a Dios, por tanto las sanciones no recaían únicamente sobre la persona que se suicidaba, sino también sobre su entorno familiar. La muerte por suicidio era concebida como una ruptura del orden colectivo más que como una tragedia individual.

Por otro lado, la sociedad también es productora de patologías en la medida que el sufrimiento aparece ligado a las exigencias, normas y tensiones propias de la vida en comunidad. En la actualidad las redes sociales pueden actuar negativamente sobre las subjetividades contemporáneas, generando aislamiento, sentimientos de depresión y ansiedad, que en su insistencia producen anclajes desfavorables para la vida.

De los datos nacionales referidos en este ensayo, en el 2025 las tasas más altas se registran en adultos mayores y en jóvenes, tocando etapas vitales muy distintas pero atravesadas por formas específicas de vulnerabilidad referidas a crisis vitales y circunstancias coyunturales mundiales, como el efecto pos-pandemia, y el creciente aumento de la expectativa de vida.

Las diferencias en los métodos utilizados para quitarse la vida entre mujeres y hombres muestran condiciones de género y culturales que se mantienen hasta el día de hoy.

La prevención del suicidio fue una inquietud presente en todo el trabajo, encontrando como una constante, la búsqueda de indicadores personales, familiares, contextuales y de personalidad que puedan evitar la muerte por mano propia. Si bien el suicidio no siempre es previsible, en muchos casos se encuentra precedido por señales que, de ser advertidas, deben habilitar intervenciones. De lo trabajado se plantean como indicadores posibles la expresión de desesperanza, las verbalizaciones explicitadas o no sobre el deseo de morir, el aislamiento progresivo y los cambios conductuales significativos. La vivencia de situaciones posiblemente traumáticas puede también constituir un antecedente significativo, así como la no elaboración de los duelos.

La prevención involucra un nuevo paradigma, donde la responsabilidad sea colectiva e interdisciplinaria. Supone comprender el fenómeno suicida como una problemática compleja y multidimensional, que requiere miradas complementarias y acciones articuladas.

Tal vez no sólo se trata de identificar factores de riesgo, sino también poner el foco en los factores protectores. Acompañar un proceso tan complejo requiere de un trabajo en conjunto con las familias, las instituciones educativas, los profesionales de la salud y la comunidad en su conjunto.

Por tanto, no basta con que haya información acerca del suicidio, todavía queda mucho trabajo por hacer en temas como la empatía, la comprensión, la construcción de vínculos de apoyo y sostén. Debemos cambiar la mirada y apostar a una vida compartida, donde las personas no tengan miedo de hablar sobre lo que les pasa, que puedan pedir ayuda.

Las marcas provocadas por autolesiones o los intentos de autoeliminación no pueden comprenderse como respuestas impulsivas ante una realidad objetiva, sino como modos singulares de responder a aquello que desborda, hiere o amenaza la estabilidad psíquica.

Tal vez el desafío clínico no consiste en forzar al sujeto a adaptarse a una realidad que le resulta insoportable, sino en acompañarlo en la construcción de nuevos sentidos que le permitan habitarla sin que ello implique su propia anulación.

Referencias:

- Amador Rivera, G. H. (2015). *Suicidio: consideraciones históricas*. Revista Médica La Paz, 21(2), 91-98. Recuperado de http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v21n2/v21n2_a12.pdf
- Arboleda, M. R. C., Cantón-Cortés, D., & Duarte, J. C (2011). Consecuencias a largo plazo del abuso sexual infantil: papel de la naturaleza y continuidad del abuso y del ambiente familiar. *Psicología Conductual, Vol. 19, N° 1, 2011, pp. 41-56*
- Arab L. E., Diaz G. A (2015). Impacto de las redes sociales e internet en la adolescencia: aspectos positivos y negativos. *Revista Médica Clínica Las Condes. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2014.12.001>*
- Baader T. M., Urra EP., Millán R. A., y Yáñez L. M (2011) "Algunas consideraciones sobre el intento de suicidio y su enfrentamiento". *Revista Médica Clínica Las Condes, 22(3), 303-309. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(11\)70430-8](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(11)70430-8)*
- Bleichmar, H. (1988). La depresión: Un estudio psicoanalítico. *Paidós*.
- Bleichmar, H. (1997). Avances en psicoterapia psicoanalítica. *Paidós*.
- Calvi, B. (2004). *Efectos psíquicos del abuso sexual en la infancia* (Tesis doctoral). Universidad Nacional de Rosario, Facultad de Psicología.
- Casullo, M. (2004). Ideaciones y comportamientos suicidas en adolescentes: una urgencia social. Facultad de Psicología - UBA. <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139941017.pdf>
- Curtin, S.C., Matthew F. Garnett, Farida B. Ahmad. Provisional Numbers and Rates of Suicide by Month and Demographic Characteristics: United States, 2021. Vital Statistics Rapid Release Report No. 24, September 2022. <https://www.cdc.gov/nchs/data/vsrr/vsrr024.pdf>
- De Bedout Hoyos, A., (2008). Panorama actual del suicidio: Analisis psicológico y psicoanalítico. *International Journal of Psychological Research, 1(2), 53-63*.

- Durkheim, É. (1897). *Le suicide: Étude de sociologie* (Ed. digital disponible en PDF). Recuperado de <https://circulosemiotico.wordpress.com/wp-content/uploads/2018/08/durkheim-c3a9mile-el-suicidio.pdf>
- Echeburúa, Enrique. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia psicológica*, 33(2), 117-126. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082015000200006>
- Ferré-Grau., Berenguer-Codina, G., Garcia-Martin, M., Roca-Ferrer, J., y Aradilla-Herrero, A. (2011). El estigma del suicidio: vivencias de pacientes y familiares con intentos de autolisis. *Index de Enfermería*, 20(3), 155-159.
- Flores, E. (2023). Suicidio y religión. <https://www.edgardoflores.com.mx/post/suicidio-y-religion>
- Freud, S. (1930). El malestar en la cultura. En *Obras completas (1927–1931, Vol. XXI)*. Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1979). Más allá del principio del placer. En *Obras Completas (Vol. XVIII)* Buenos Aires: Amorrortu Editores. (Trabajo Original publicado en 1920).
- Janín, B. (2019). Infancias y adolescencias patologizadas. La clínica psicoanalítica frente al arrasamiento de la subjetividad. *Noveduc*.
- Jennifer Huizen (2021). El estigma de la salud mental en América Latina. <https://www.medicalnewstoday.com/articles/es/salud-mental-estigma-latinoamerica>
- Le Breton, D. (2011). *El cuerpo herido: Identidades, consumos y malestares corporales*. Nueva Visión.
- Magallanes, A. (17 de julio de 2025). *Suicidio en Uruguay: 764 personas se quitaron la vida en 2024 y hubo 910 intentos más que en 2023*. El País Uruguay. Recuperado de <https://www.elpais.com.uy/informacion/salud/suicidio-en-uruguay-764-personas-se-quitaron-la-vida-en-2024-y-hubo-910-intentos-mas-que-en-2023>

- Mehta, N., Clement, S., et al. (2018). Interventions to reduce stigma towards people with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29843003/>
- Ministerio de Salud Pública. (2025, 17 de julio). *Suicidios en Uruguay. Nueva orientación de las políticas públicas ante evolución negativa*. Gobierno de Uruguay.
<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/suicidios-uruguay-nueva-orientacion-politicas-publicas-ante-evolucion>
- Muñiz Ferrer, M. C., Jiménez García, Y., Ferrer Marrero, D., & González Pérez, J. (1998). La violencia familiar, ¿un problema de salud? *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 14(6), 538–541.
- Pérez-González, A. & Pereda, N. (2015). Revisión sistemática de la prevalencia de ideación y conducta suicida en menores víctimas de abuso sexual. *Actas Españolas de Psiquiatría*.
- Scott, S, (2023). Mensajes clave de la investigación sobre el abuso sexual infantil intrafamiliar.
<https://www.csacentre.org.uk/research-resources/key-messages/intra-familial-csa/#download-links>
- Suárez, M., & Pujol, S. (2009). La depresión en la práctica clínica. Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría
- Tauber, N. (2025). Un intento de suicidio cada tres horas en Uruguay: reflejo de una crisis en la salud pública. *La Diaria*.
<https://ladiaria.com.uy/opinion/articulo/2025/3/un-intento-de-suicidio-cada-tres-horas-en-uruguay-reflejo-de-una-crisis-en-la-salud-publica/>
- Van Dijck, J. (2013). Cultura de la conectividad: una historia crítica de las redes sociales. *Siglo veintiuno editores*.
- Winnicott, D. (1965). Los procesos de maduración y el ambiente facilitador: estudios para una teoría del desarrollo emocional. *Paidós*.
- Yago Franco (2011). Más allá del malestar en la cultura. *Biblos*.

Yago Franco (2017). Paradigma Borderline. De la afanisis al ataque de pánico. Lugar Editorial.

Singer, F., Zapata, M. comp. (2018) Psicoanálisis en la Universidad. La experiencia de la clínica Psicoanalítica de la Unión. *Montevideo: Facultad de Psicología/Universidad de la República.*