

Suicidio: del riesgo a la urgencia. El desafío de alojar el acto.

Yegros, Camila y Feld, Nicole.

Cita:

Yegros, Camila y Feld, Nicole (2025). *Suicidio: del riesgo a la urgencia. El desafío de alojar el acto*. XVII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXXII Jornadas de Investigación XXI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. VII Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. VII Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-004/566>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eNDN/ckG>

SUICIDIO: DEL RIESGO A LA URGENCIA. EL DESAFÍO DE ALOJAR EL ACTO

Yegros, Camila; Feld, Nicole
Fundación Psico_LSA. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo la articulación teórica-práctica de los conceptos de riesgo, urgencia y acting out con dos casos clínicos vinculados a ideas o intentos de suicidio. Para ello, se plantearon los siguientes objetivos: en primer lugar, conceptualizar acerca del riesgo de suicidio y los factores que lo determinan, evaluando los mismos en cada caso clínico. En segundo lugar, diferenciar el concepto de riesgo de la idea de urgencia subjetiva, vinculando esta última con el concepto de Acting Out. Finalmente, se exponen las distintas posiciones en la que los profesionales de salud mental son llamados a responder en situaciones de posible peligro para el sujeto, como lo legal, ético y terapéutico, buscando comprender las coordenadas de los casos.

Palabras clave

Suicidio - Riesgo - Urgencia - Acting out

ABSTRACT

SUICIDE: FROM RISK TO URGENCY.

THE CHALLENGE OF ADDRESSING THE ACT

This paper aims to articulate the theoretical and practical concepts of risk, urgency, and acting out with two clinical cases linked to suicidal thoughts or attempts. To this end, the following objectives were set: first, to conceptualize the risk of suicide and the factors that determine it, evaluating them in each clinical case. Second, to differentiate the concept of risk from the idea of subjective urgency, linking the latter to the concept of acting out. Finally, the different positions from which mental health professionals are called upon to respond in situations of potential danger to the subject are presented, including legal, ethical, and therapeutic considerations, seeking to understand the coordinates of these cases.

Keywords

Suicide - Risk - Urgency - Acting out

“Si un paciente está perturbado emocionalmente, con pensamientos suicidas vagos, la oportunidad de ventilar sus pensamientos y sentimientos ante un médico que demuestre interés, puede ser suficiente”
(Ma et al. 2023)

INTRODUCCIÓN

El suicidio es una problemática que atraviesa a la sociedad actual, que afecta tanto al individuo, como a su familia y entorno. Según el diario digital La Mañana Neuquén en lo que respecta al año 2024 “en el país se registraron 4.249 casos de suicidio” (La Mañana, 2025). Es por este motivo que se considera un problema de actualidad y conlleva un desafío para los profesionales de salud mental, quienes deben poder repensarlo continuamente para poder alojar al sujeto que se presenta con esta problemática a la consulta.

El presente trabajo tiene como objetivo desarrollar la temática del suicidio. Para ello, se articularán los conceptos teóricos de riesgo de suicidio y de urgencia subjetiva, con dos casos clínicos llevados a cabo en el marco de la Fundación Psico_LSA1. Es importante aclarar que, si bien se tomarán dos casos de mujeres jóvenes sordas, la conflictiva que presentaban no tenía relación con su condición de persona sorda, sino con problemáticas vinculares. Como objetivos específicos, se busca conceptualizar acerca del riesgo de suicidio y los factores determinantes postulados por D. A. Brent, teniendo como base los casos clínicos expuestos. Por otro lado, siguiendo la idea de que el sufrimiento es subjetivo, se diferencia el concepto de riesgo de la idea de urgencia planteada por M.I. Sotelo, vinculando esta última con el concepto psicoanalítico de Acting Out desarrollado tomando como referencia la teoría de J. Lacan. Finalmente, se realiza un recorrido teórico acerca de las distintas posiciones que los profesionales de salud mental son convocados en casos de riesgo o urgencia, como por ejemplo, lo legal, ético y terapéutico, siempre teniendo en cuenta que el objetivo final es comprender las coordenadas de los casos clínicos expuestos para alojar al sujeto padeciente. Para ello, se tuvieron en cuenta los desarrollos de G.O. Gabbard, J. Bleger, S. Freud M. Favelukes y J. Lacan.

VIÑETAS CLÍNICAS

El primer caso clínico refiere a Ana, una paciente de 23 años, quien está en tratamiento con una psicóloga de la Fundación desde noviembre del 2024. La familia de la joven se contactó cuatro meses después de haber comenzado con la profesional tratante para informarle que Ana había afirmado “no querer vivir más”, idea que no había sido esbozada en su espacio terapéutico hasta el momento. La paciente refiere que esta idea surge

debido a la angustia por haberse separado de su pareja. Ante el pedido de la familia, en la siguiente sesión se les dio lugar junto a ella para que compartan sus preocupaciones, brindándoles pautas de alarma ante otra posible situación a futuro. A su vez, se le ofreció a Ana otro turno cercano para poder seguir trabajándolo, lo cual fue dando lugar a cambios en su actitud en pos de modificar determinados aspectos de su vida que no le gustaban tanto, particularmente respecto de la dinámica familiar. El segundo caso clínico consta de una entrevista de admisión a Laura, una mujer sorda de 35 años, con dos profesionales de la Fundación Psico_LSA. En la entrevista, angustiada, refirió tener ideas suicidas, con plan consumado, y un intento de suicidio la semana anterior, ubicando como precipitante la separación con su pareja ese mismo día. Ante esta situación, las profesionales evaluaron el riesgo de suicidio y decidieron llamar a su pareja (persona elegida por Laura) para que se retire acompañada, dándole turno para una segunda entrevista a los pocos días. A esta, acudió con una actitud completamente distinta, sin observarse angustia. Se ausentó a las siguientes consultas, debido a que afirmaba “ya estar bien, debido a haber vuelto con su pareja”.

EL RIESGO DE SUICIDIO

Como profesionales de salud mental, es necesario contar con herramientas específicas para poder evaluar a los pacientes cuando acuden a una sesión o entrevista con ideas o conductas suicidas para poder tomar las decisiones terapéuticas correspondientes y acordes a cada situación. Por ello, se considera importante poder dar cuenta de los principales factores que ayudarían a definir el nivel de riesgo o si una situación implicaría un riesgo cierto e inminente para el sujeto.

El riesgo de suicidio, según Brent (2011) se podría determinar a partir de una serie de factores, entre los que se encuentran la severidad, frecuencia e intensidad con que aparecen las ideas de muerte. También se tiene en cuenta la intención, vinculada al grado en que la persona desea morir y el grado de planificación del intento. Asociado a este último se analiza la letalidad del método, el cual no solamente se mide por el método elegido en sí, sino por la idea subjetiva que la persona tiene del mismo (qué tan letal la persona cree que es y cuánto conocimiento tiene de esta). Se evalúan también los precipitantes que llevaron a que una persona tenga ideas o intentos de suicidio. En cuanto a factor preventivo, se busca dar cuenta de las razones para vivir que reconoce el paciente. Por último, la motivación, es decir, el resultado que se busca conseguir a partir del intento de suicidio. En este punto, no se debe quitar importancia a las motivaciones que trae una persona vinculadas al intento de suicidio, y el peligro que conlleva que la resolución de problemas implique la puesta en acto, en lugar de poder ponerlo en palabras. Por último, se reconocen una serie de rasgos psicológicos que pueden predisponer a conductas suicidas, como por ejemplo la alta impulsividad, baja capacidad de resolución de problemas,

desregulación emocional, entre otros (Brent, 2011).

En esta línea, Brent (2011) plantea que, en cuanto al riesgo de suicidio, no es lo mismo estar frente a ideas pasivas de muerte o frente a casos más graves como un plan suicida o un previo intento de suicidio. Al respecto, define un espectro del riesgo de suicidio, en el cual, en un nivel de menor riesgo se encuentran las ideas pasivas de suicidio, que son las más comunes y las menos probables de derivar en conductas suicidas manifiestas. Seguidamente se encuentran los pensamientos suicidas sin plan o intención, por lo cual no condicionan su conducta. En los mayores niveles de riesgo, diferencia el intento de suicidio interrumpido y el abortado, siendo el primer caso un intento donde es la misma persona quien se frena, mientras que en el segundo caso, alguien más la detiene. Luego se hace referencia al intento de suicidio en sí, cuando el sujeto lleva a cabo el acto. Por último, el suicidio completado, es decir, cuando el resultado final es la muerte.

Volviendo a las viñetas clínicas, se podría observar como en el caso de Ana no habría un nivel alto de riesgo, debido a presentarse una idea aislada de “no querer seguir viviendo de esa manera”, lo cual implicaría una idea pasiva de muerte que no condicionaría su conducta. Asimismo, la intención y motivación de esta expresión no sería la de morir, sino que se encontraría más relacionada a un deseo de cambiar la situación en la que se encontraba. Siendo la primera vez que habría tenido este pensamiento, indicaría asimismo una baja frecuencia, intensidad y severidad. Por este motivo, se brindaron alarmas preventivas ante la preocupación manifestada por la familia en la sesión. También este hecho habilitó a trabajar en su espacio terapéutico sobre otros factores vinculados, como el precipitante y la motivación que dio lugar a esa idea.

Por otro lado, en el caso de Laura, se observó un mayor nivel de riesgo por haber expresado tener pensamientos suicidas frecuentes, amenazas de suicidio, intentos interrumpidos y el último intento abortado, debido a que fue su ex-pareja quien la encontró y la detuvo. En la entrevista se indagó sobre el precipitante y se buscó comprender la motivación detrás del último intento de suicidio. Al momento se evaluó que no habría un riesgo cierto e inminente, pero sí un riesgo sustancial por el cual se definió que la paciente se retire acompañada, dándole un nuevo turno a los dos días y comenzando el tratamiento a la brevedad. Sin embargo, la paciente interrumpió el espacio, no pudiendo continuar trabajando sobre este hecho.

Si bien como profesionales de salud mental es imperativo evaluar el nivel de riesgo de los pacientes, no hay que perder de vista que el hecho de que la acción se ponga en juego por sobre la palabra en estos casos, de por sí, implica un riesgo, ya que las consecuencias pueden ser igualmente fatales más allá de la motivación e intención del sujeto. Es por este motivo que, a continuación, se busca poder comprender el acto, alojarlo como una situación de sufrimiento subjetivo vivenciado por el sujeto y/o su entorno, vinculándolo con la idea de acting out y de urgencia.

DEL RIESGO AL ACTING OUT

Siguiendo la línea de lo anteriormente expuesto, es importante aclarar que en muchas ocasiones el fin último de una idea o intento de suicidio no es la muerte en sí, sino que podrían haber otras motivaciones por detrás, conscientes o inconscientes, como por ejemplo enviar un mensaje al entorno o a una persona en particular, querer controlar o mostrar algo que le está sucediendo, entre otros. Es en este sentido que se busca vincular la idea de suicidio con el concepto de acting out, puesto que Lacan refiere que el acting out es la manera en que, mediante una conducta, el sujeto muestra algo: “El acento demostrativo (...) su orientación hacia el Otro, debe ser destacado” (1963, p. 136). Se podría pensar que, en los ejemplos previamente mencionados, el mensaje estaría dirigido en ambas situaciones hacia sus parejas; esto luego se puso en escena frente a las profesionales. En el caso de Ana, el llamado al Otro habría sido hacia su pareja, escena que fue presentada y leída a posteriori por la profesional como un acting out. Siguiendo esta línea, en Laura, a partir de ciertas contradicciones entre sus actitudes y dichos, y de analizar la escena expuesta en la primera entrevista, es que en equipo se comenzó a hipotetizar que también implicaría un acting out mostrado a las profesionales. Se consideraría estas ideas y conductas suicidas como Acting Out ya que no hay caída de la escena, como sucedería en el pasaje al acto o en el suicidio consumado. Aquellos intentos de suicidio o frases expresadas por Laura y Ana en relación a la muerte podrían ser leídas como una forma de ser escuchadas a partir de haberse sentido abandonadas por sus parejas; al no haber podido poner en palabras la angustia que eso les generaba, esta se expresó en el acto. Esta idea del suicidio como un Acting Out, permite comprender entonces que los motivos subjetivos de las ideas y conductas suicidas varían en cada persona, por lo que también la idea de urgencia de cada sujeto podría cambiar. En el momento en el que esta aparece se debería a que “algún acontecimiento impensado (...) llega a su vida (...) un embarazo, la pérdida de un trabajo, un desencuentro amoroso pueden irrumpir en la vida de alguien conmoviéndola” (Sotelo, 2007, p. 24) lo que llevaría a preguntarse ¿Qué se entendería por la urgencia?

LA URGENCIA

Si bien, como se expresó anteriormente, en los casos planteados no se habría evaluado riesgo cierto e inminente, se podría afirmar que los mismos fueron presentados como situaciones de urgencia para los involucrados. Es por ello que se diferencia la idea de riesgo de la de urgencia, puesto que esta última se caracteriza por una dimensión subjetiva a partir de la cual cada sujeto interpreta las situaciones desde su perspectiva, debido a que la vivencia de la urgencia es singular de cada persona. Esto se debería a que “lo traumático no está dado por la dimensión fenoménica de un hecho que decide acerca de una vivencia, sino

por la cualidad de impactar sorpresivamente de manera singular en la subjetividad” (Sotelo, 2012a, p.21). A su vez, la urgencia puede encontrarse en cualquiera de los actores involucrados, por lo que se debe evaluar entonces “¿para quién, esa, es una situación insostenible que hay que resolver?” (Sotelo, 2007, p.21). Es interesante reconocer que, en estos casos, la urgencia no fue expresada en sí por las pacientes, sino por su entorno. En el caso de Ana, se ubicaría del lado de la familia y las amigas, por lo que en la sesión siguiente, quien tomó la palabra de preocupación fue más la familia que la paciente en sí. En la entrevista de Laura, se podría considerar que la urgencia quedó del lado de las profesionales, puesto que fueron ellas quienes leyeron la escena relatada por la paciente como tal, convocando entonces a su pareja. En este punto, es crucial tener en cuenta que la forma en que los profesionales de salud mental leen una situación como urgencia, puede tener impacto también en el paciente/consultante. En el caso de Ana, haber alojado la urgencia permitió que se desplegaran una serie de emociones y pensamientos que la paciente no había podido trabajar hasta el momento. Sin embargo, en el caso de Laura, se podría hipotetizar que, al haber leído la escena presentada por la paciente como urgencia y respondido convocando a su pareja, pudo haber influido en que la paciente dejara el tratamiento a la brevedad por haber solucionado el conflicto real, que era el conflicto vincular. Es por este motivo que hay que estar advertidos acerca de la posición en la que son convocados a intervenir los profesionales de salud mental ante estos hechos, para poder tomar la decisión que se adecúe mejor al bienestar del paciente y el progreso terapéutico.

LA MIRADA TERAPÉUTICA: ¿CÓMO ALOJAR LA URGENCIA?

Siguiendo lo anteriormente planteado, en el trabajo terapéutico, el profesional de salud mental puede ser llamado a responder desde distintas posiciones, no únicamente desde lo terapéutico, sino también desde lo ético, lo legal, etc. Por este motivo, se consideraría crucial poder comprender las coordenadas de los casos para poder atender estas demandas considerando siempre aquello que mejor ayude al paciente/consultante. En el caso de riesgo de suicidio o conductas suicidas, no hay que perder de vista aquellos conflictos internos que pueden despertarse en el profesional y que pueden llegar a intervenir con su trabajo terapéutico, como ciertos miedos o ansiedades vinculados a la responsabilidad ética y legal con el paciente. Al respecto, Gabbard (2002) expresa: “La consumación de un suicidio nos trae a la memoria las limitaciones propias de nuestra artesanía” (p.238) ya que “El suicidio del paciente es también la última herida narcisista para el terapeuta” (p. 241). En la misma línea, Bleger (1964) expresa que la ansiedad es un factor que el entrevistador tiene que poder tolerar e instrumentar pues, de lo contrario, podría recurrir a mecanismos defensivos que obstaculizarían su trabajo terapéutico. Estar frente a un posible riesgo de suicidio podría generar que el profesional actúe

precipitadamente o en exceso para prevenir el mismo, haciendo intervenir la Ley por sobre la escucha, por lo que, en palabras de Freud (1913), “habrá que proceder con cautela para no comunicar una solución de síntoma” (p. 141).

En los ejemplos trabajados, si bien fue necesario intervenir desde la Ley, también lo era poder leer las coordenadas de los casos, entendiendo el nivel de riesgo y urgencia, pudiendo sostener una actitud terapéutica. En ambos casos, las psicólogas actuaron desde dos posiciones: por un lado, respondiendo ante el pedido de ayuda que cada paciente trajo, evaluando el riesgo en cada uno, interpretando estas escenas como Acting Out y como situaciones de urgencia subjetiva. Por otro lado, desde una posición ética y legal, brindando pautas de alarma y herramientas de prevención.

Si bien el profesional debería intentar no actuar precipitadamente, para poder comprender las coordenadas del caso, Mónica Favelukes (2012) afirma que “es preferible hacer alguna intervención que ninguna, (...) porque el peligro es que el paciente se vaya con su creencia de que nadie comprende (...) y que se pierda esa oportunidad” (s.n.). En esta línea, Lacan (1976) menciona que lo importante de la intervención no es la convicción con la cual el profesional la realiza, debido a que “se reconocerá más bien su criterio en el material que irá surgiendo tras ella” (p. 594). Es por este motivo que resulta importante entender la posición que toma el profesional en las intervenciones, qué objetivo terapéutico está siguiendo, para poder reconocer qué es lo mejor para el paciente ante esa situación.

Por último, al decir de Favelukes (2021) se pone énfasis en que los profesionales de salud mental deben poder “pensar la urgencia y armar nuevos dispositivos e intervenciones, en donde lo primero es generar condiciones de “escuchabilidad”.” (s.n.). En los momentos de urgencia, quien sufre se encuentra en una sensación de indefensión y abandono, motivo por el cual los profesionales deberían “alojar el desamparo; (...) generar confianza y transmitir que buscamos comprender” (Favelukes, 2012; s.n.), pudiendo reconocer las coordenadas de la urgencia para actuar de la manera más propicia en pos del bienestar del paciente/consultante.

CONCLUSIÓN

El presente trabajo tuvo como objetivo poner el foco en situaciones vinculadas al suicidio, para poder comprender cómo se piensa cada caso, cómo se toman decisiones en estas instancias y qué factores tener en cuenta para poder actuar tanto desde una posición terapéutica como desde un enfoque de prevención. Volviendo a los objetivos específicos del trabajo, en primer lugar, se logró dar cuenta de los factores que determinan qué nivel de riesgo de suicidio se observa en el sujeto, y si se encuentra o no en una situación de riesgo cierto e inminente. Conocer estas variables, permitiría que el profesional tenga más herramientas para poder responder de manera acorde según el nivel de riesgo en el cual se encuentre el paciente.

En segundo lugar, considerando las diversas motivaciones conscientes o inconscientes subyacentes a una idea o conducta suicida, es que se realizó una lectura de los casos vinculando el suicidio al concepto de acting out, ya que los mismos podrían ser diversos y no necesariamente implicar como objetivo final el deseo de morir. Esto permitió luego dar cuenta de la dimensión subjetiva de la urgencia, y la importancia de poder escuchar cada caso bajo la singularidad de cada sujeto.

Finalmente, se indagó acerca de la posición como profesionales de salud mental en estos casos, que no sólo deben responder a la urgencia presentada por el paciente/consultante, sino también a la ley que atraviesa su quehacer. Por este motivo es que en la presente investigación, se puso énfasis en indagar y reconocer los sentimientos que podrían despertar en el profesional estas situaciones de urgencia vinculadas al suicidio. Sobre todo, remarcar lo esencial del trabajo como profesionales de salud mental para alojar a estos pacientes que llegan con una problemática vinculada al suicidio; ayudarlos a que puedan comunicarlo e ir poniendo en palabras aquello que ponen en cuerpo, brindando un espacio de escucha activa y contención. Poder hablar de estos temas, quitándole el tabú y los mitos instaurados, genera de por sí un gran alivio para quien vive esta situación, así como para el profesional que lo acompaña.

Por último, se considera de suma importancia que la salud mental sea accesible para todas las personas, motivo por el cual se destaca una vez más el trabajo de la Fundación Psico_LSA para alojar la palabra de aquellas personas que no encuentran ese espacio con tanta facilidad por la falta de accesibilidad.

NOTA

Fundación Psico_LSA es una institución de salud mental cuyo principal objetivo es la atención psicológica a personas sordas, en Lengua de Señas Argentina.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bleger, J (1964). La entrevista Psicológica. En *Temas de psicología (entrevista y grupos)*. Ed Nueva Visión. Bs. As.
- Brent, D., Poling, K., & Goldstein, T. (2011). Assessment and Treatment of suicidal ideation and Behavior. En D. Brent, K. Poling & T. Goldstein (Eds.), *Treating depressed and suicidal adolescents: a clinician's guide*. New York: The Guildford Pres.
- Favelukes, M. (2018). Desde el Psicoanálisis, las urgencias. *Psicoanálisis: Ayer y Hoy*, (18). Recuperado de <https://www.elpsicoanalisis.org.ar/nota/desde-el-psicoanalisis-las-urgencias-monica-favelukes/>
- Freud, S. (1912). “Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico”. En: *Obras Completas*, Vol. XII, Amorrortu Editores.
- Gabbard, G. (2002) Trastornos Afectivos. En *Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica*. Barcelona: Médica Panamericana.
- Lacan, J. (1962-1963) La angustia. En *El Seminario, Libro 10*. Editorial Paidós, Buenos Aires, Barcelona, México.
- Lacan, J. (1976). *La dirección de la cura y los principios de su poder*. En J. Lacan, *Escritos 2* (pp. 585-645). Buenos Aires: Paidós.

- La Mañana. (2025, 28 de mayo). *Más de 11 suicidios diarios en Argentina en 2024: los datos en Neuquén y Río Negro*. LM Neuquén. Recuperado de <https://www.lmneuquen.com/neuquen/mas-11-suicidios-dia-rios-argentina-2024-los-datos-neuquen-y-rio-negro-n1192852>
- Ma, L.-L. et al. (2023). A meta-analysis on major risk factors of suicide in China. *Psychiatry Research*, 328, 115552. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115552>
- Sotelo, I. (2007). *Clínica de la urgencia*. JCE Ediciones.
- Sotelo, I. (2012a). La urgencia en el dispositivo analítico. En M. Favellukes (Comp.), *Urgencias subjetivas. Clínica de la contemporaneidad* (pp. 21-38). Letra Viva.
- Sotelo, I. (2012b). Notas sobre la urgencia y el síntoma. En *Memorias del Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología* (pp. 538-547). Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.