



PSICOANÁLISIS Y CLÍNICAS DEL SUICIDIO:

Un estudio exploratorio sobre los fenómenos transferenciales implicados en el tratamiento de pacientes en riesgo de suicidio.

FRANCO ANÍBAL DÍAZ PAIVA

Tesis para optar al grado de Magíster en Teoría y Clínica Psicoanalítica

Profesor guía: Álvaro Jiménez Molina

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Santiago, Chile 2022

Dedicatoria

Al recuerdo de mi abuela Anita y a su mirada de testigo.

Agradecimientos

En este apartado quisiera agradecer a mis pacientes por sus infinitas enseñanzas, así como por permitirme acompañarlos e instalar en mí la urgencia de investigar sobre la clínica de suicidio.

A mi profesor guía, Álvaro Jiménez Molina, por su inmensa paciencia y generosidad.

A mi amada Francisca, por su incansable impulso y por su compañía.

A mis padres y a mi hermano, por siempre estar allí.

Muchas gracias.

“Se vive por deseo, no se vive porque lo dice el Estado”

(Nicanor, participante entrevistado)

Resumen

El comportamiento suicida representa un importante problema de salud pública. Del mismo modo, constituye un fenómeno de difícil abordaje clínico para los psicoterapeutas. El objetivo general de esta tesis es describir y analizar las representaciones que los terapeutas sostienen respecto de los fenómenos transferenciales implicados en la relación terapéutica con pacientes en riesgo de suicidio. A partir de una breve revisión de antecedentes del campo suicidológico y la teoría psicoanalítica del suicidio, se describen algunas consideraciones clasificatorias de los comportamientos suicidas y se abordan las articulaciones de conceptos teórico-clínicos como *acting out*, *pasaje al acto*, *inscripción y transferencia*. En el plano metodológico, se subraya la relevancia de estudiar este problema desde una perspectiva cualitativa. Para estos fines, se realizaron entrevistas semi-estructuradas a 9 psicólogos/as clínicos que trabajan en Centros de Salud Mental Comunitaria (COSAM) de la R.M. El análisis de datos se desarrolló a través de la técnica de análisis de contenido simple. Entre los hallazgos más relevantes se encuentra: (1) la *posición subjetiva de orfandad* atribuida al paciente en riesgo de suicidio, relacionada con una marcada sensación de desamparo y una ruptura con el lazo social, (2) la *posición de testigo* adoptada por los/las psicoterapeutas como una estrategia de manejo transferencial y clínico en respuesta a la *orfandad*, orientada a la ejecución de funciones de contención, reflejo y de historización. Adicionalmente, (3) se constata la experimentación de una alta carga afectiva asociada a la clínica con pacientes en riesgo de suicidio.

En un último punto, se ofrecen las conclusiones de la investigación, exponiendo como principal a la constatación de una alta complejidad asociada a la clínica suicida, la cual supone particulares desafíos (éticos, técnicos y afectivos) para los/las profesionales, para quienes los espacios de supervisión clínica y análisis personal toman una importancia crítica. Del mismo modo, implica la puesta en juego de diversas maniobras clínicas destinadas al manejo de la transferencia, dentro de las cuales se destaca a la *posición y maniobra de testigo*. Finalmente, se proponen sugerencias para futuras investigaciones.

Palabras clave: Comportamiento suicida, Clínica psicoanalítica, Transferencia, Inscripción psíquica, Acting out, Pasaje al acto.

Abstract

Suicidal behavior represents an important public health problem. Likewise, it constitutes a phenomenon of difficult clinical approach for psychotherapists. The general objective of this thesis is to describe and analyze the representations that therapists hold regarding the transferential phenomena involved in the therapeutic relationship with patients at risk of suicide. From a brief review of the background of the suicidological field and the psychoanalytic theory of suicide, some classificatory considerations of suicidal behaviors are described and the articulations of theoretical-clinical concepts such as *acting out*, *passage à l'acte*, *inscription and transference* are approached. At the methodological level, the relevance of studying this problem from a qualitative perspective is emphasized. For this purpose, semi-structured interviews were conducted with 9 clinical psychologists working in Community Mental Health Centers (COSAM) of the metropolitan region (R.M.). The data analysis was developed through the simple content analysis technique. Among the most relevant findings are: (1) *the subjective position of orphanhood* attributed to the patient at risk of suicide, related to a marked sense of helplessness and a rupture with the social bond, (2) *the witness position* adopted by the psychotherapists as a transferential and clinical management strategy in response to *orphanhood*, oriented to the execution of containment, reflex and historization functions. Additionally, (3) the experience of a high affective load associated with the clinical practice with patients at risk of suicide is noted.

As a last point, the conclusions of the research are offered, exposing as the main one the verification of the high complexity associated to the clinical practice of suicide, which supposes particular challenges (ethical, technical and affective) for the professionals, for whom the spaces of clinical supervision and personal analysis take a critical importance. Likewise, it implies the implementation of several clinical maneuvers aimed at the

management of transference, among which the witness position and maneuver stand out. Finally, suggestions for future research are proposed.

Key words: Suicidal behavior, Psychoanalytic clinic, Transference, Psychic inscription, Acting out, Passage à l'acte.

Tabla de Contenidos:

Dedicatoria.....	2
Agradecimientos	3
Resumen	5
Abstract	6
I. Introducción.	10
II. Objetivos.....	15
<i>II.i. Objetivo general:.....</i>	<i>15</i>
<i>II.ii. Objetivos específicos:</i>	<i>15</i>
III. Marco teórico.....	15
<i>III.i. Suicidio: clasificación y epidemiología.</i>	<i>15</i>
Clasificación psiquiátrica de la conducta suicida.	16
<i>III.ii. Psicoanálisis y suicidio.....</i>	<i>17</i>
Coordenadas freudianas para pensar el suicidio.	17
Acting out y pasaje al acto: coordenadas lacanianas.	18
Transferencia y suicidio.	23
IV. Marco metodológico.	27
<i>IV.i. Metodología.</i>	<i>27</i>
<i>IV.ii. Participantes.</i>	<i>27</i>
<i>IV.iii. Procedimiento de reclutamiento.</i>	<i>28</i>
<i>IV.iv. Procedimiento de producción/recolección de datos.....</i>	<i>29</i>
<i>IV.v. Técnica de análisis de datos cualitativos.....</i>	<i>30</i>
<i>IV.vi. Consideraciones éticas.....</i>	<i>30</i>
V. Resultados.....	31
<i>V.i. Riesgo de suicidio y posición transferencial: la orfandad y el lugar de “testigo”</i>	31
<i>V.ii. Efectos contra-transferenciales: el furor curandis y la ética en la intervención:</i>	38

VI. Discusión	48
VI.i. <i>La posición de orfandad: el desamparo y la falta del Otro.</i>	<i>48</i>
VI.ii. <i>La posición de testigo: historización, contención y reflejo.</i>	<i>54</i>
El proyecto identificador y la potencialidad de representación.....	55
El “acto” suicida y la hipótesis de búsqueda de inscripción.	59
Las funciones de la posición de testigo.	62
VI.iii. <i>Maniobras clínicas: abordajes de la transferencia.....</i>	<i>66</i>
VII. Conclusiones.....	70
VIII. Referencias.....	75
IX. Anexos.	82
IX.i. <i>Entrevista semiestructurada.</i>	<i>82</i>

I. Introducción.

A nivel mundial, se estima una tasa de 11,4 suicidios consumados por cada 100 mil habitantes en un año promedio. En el caso de los hombres, este problema alcanza el doble de incidencia respecto de las mujeres (WHO, 2014). En Chile, la tasa promedio de suicidio es de 10,2/100.000 y la proporción de hombres en relación a mujeres es de 5 a 1 (Ministerio de Salud [en adelante MINSAL], 2019). Según señalan los autores Nahuelpan y Varas (2018), en Chile ocurre un suicidio cada 5 horas, período de tiempo que se ha mantenido sin variaciones significativas por al menos los últimos 10 años.

En lo referido a los esfuerzos gubernamentales de carácter preventivo desarrollados durante los últimos años en Chile, pueden reconocerse guías y manuales orientadores del manejo del riesgo suicida, apuntando principalmente al área educacional (MINSAL, 2019) y al área de la salud pública (MINSAL, 2013).

Actualmente los protocolos de acción están principalmente orientados en su aplicación a los sectores de atención primaria en salud (APS); sin embargo, la ideación suicida como fenómeno no se encuentra exenta de aparecer también en otros niveles de intervención, tales como el sector secundario y/o el terciario. De hecho, gran parte de dichos casos, una vez detectados en APS, a menudo encuentran dos tipos de destino posibles: (a) el paciente, al disminuir la intensidad y severidad de su ideación suicida, es derivado al sector secundario para recibir una *intervención especializada* (MINSAL, 2018), o, (b) en su defecto, al no lograr ser apaciguada dicha ideación, se desarrolla una derivación al sector terciario para propender a su hospitalización en un medio de mayor contención. No obstante, cabría agregar que incluso en este último caso, el paradero del paciente tras una eventual estabilización sintomatológica devendría lógicamente en su contra-derivación para tratamiento ambulatorio al sector secundario. En este sentido, el sector secundario, representado principalmente por los Centros de Salud mental Comunitaria (COSAM), representa actualmente el escenario prioritario de este tipo de casos de alta complejidad.

Descritas de forma sucinta las consideraciones epidemiológicas generales asociadas al suicidio y los esfuerzos gubernamentales por su prevención y manejo, cabría señalar la pregunta respecto de los alcances y efectos que estos abordajes han importado en la realidad de presentación del fenómeno, teniendo en consideración que el mismo –como se mencionaba– no ha experimentado variaciones significativas en su incidencia durante la última década. Asimismo, toma relevancia la necesidad de indagar respecto de cuáles han sido los desarrollos de conocimiento sobre los cuales dichos lineamientos se han venido fundamentando.

A razón de la evidencia revisada, pueden desprenderse por un lado la producción de conocimiento científico destinado a realizar análisis descriptivos respecto de las conductas tipificadas como “suicidas” y sus factores de riesgo asociados (Gutiérrez- García, Contreras y Orozco-Rodríguez, 2006; Echeburúa, 2015; Gedeon, Reschetti, Martínez, Nunes y Mirianh, 2017; Goñi y Zandio, 2017), y, por otro, estudios nacionales de tipo epidemiológico (Otzen, Sanhueza, Manterola y Escamilla-Cejudo, 2014; Silva, Vicente, Saldivia y Kohn, 2013; Valdivia, Silva, Sanhueza, Cova y Melipillán, 2015). Asimismo, pueden también encontrarse investigaciones fundamentadas en las denominadas *Autopsias Psicológicas*, una metodología orientada a la reconstrucción de las trayectorias de vida de los individuos que han consumado actos de suicidio. Estos estudios han producido resultados relevantes en el entendimiento de los factores asociados al fenómeno, tales como antecedentes psiquiátricos, el contacto con dispositivos de salud, intentos suicidas previos y la historia infantil de los sujetos suicidas (Isometsä, 2001; Cavanagh, Carson, Sharpe y Lawrie, 2003; Almada, García y Ciriacos, 2005; Guzmán, Ithurrealde, Jiménez, Menchaca y Ripoll, 2014). Sin embargo, la producción de estos estudios es escasa a nivel latinoamericano, particularmente en Chile.

La producción de datos descriptivo-estadísticos sobre el suicidio contrasta con la escasez de estudios de orden cualitativo, lo cual se traduce en limitaciones en la comprensión del fenómeno. Hjelmeland y Knizek (2010) han subrayado la importancia y necesidad de desarrollar abordajes cualitativos y comprensivos para favorecer el des-estancamiento de la

investigación en el campo suicidológico, el cual se ha concentrado fundamentalmente en la identificación de factores de riesgo.

En este contexto, este proyecto de investigación se propuso relevar los aportes que las lecturas desarrolladas por las clínicas psicoanalíticas han realizado sobre el fenómeno del suicidio, abordando particularmente la relación terapéutica desplegada en el tratamiento de personas en riesgo de suicidio.

Distintos autores coinciden en la importancia del abordaje de los “fenómenos transferenciales” como principal factor a considerar en el tratamiento con los pacientes en riesgo de suicidio (Flechner, 2008; Aveggio, 2013; Bussolari, Unzain y Vallone, 2013; Unzueta, 2018; Borgogno, 2016; Gabbard, 2003; Dunster-Page, Haddock, Wainwright y Berry, 2017). Estos autores rescatan específicamente la relevancia de tener en consideración las particularidades que los pacientes suicidas presentan tanto en términos de *transferencia* como de *contratransferencia*. Entendemos por transferencia al proceso por el cual, en el marco de la relación terapéutica, “los deseos inconscientes [del analizante] se actualizan sobre ciertos objetos (...) [desarrollándose una] repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de actualidad” (Laplanche y Pontalis, 2019, p. 439). Dicho de otro modo, se trata del lugar en que es –y desde dónde es– posicionado el terapeuta por parte del paciente. Por otro lado, el concepto de contratransferencia refiere al “conjunto de las reacciones inconscientes del analista frente a la persona del analizante y, especialmente, frente a su transferencia” (Laplanche y Pontalis, 2019, p. 84). Esta dimensión puede involucrar entonces dinámicas relacionales desafiantes y complejas, produciendo variados sentimientos de alta carga afectiva en el terapeuta (Gabbard, 2003; Flechner, 2008; Unzueta, 2018).

Los conceptos de transferencia y contratransferencia se encuentran en el centro de la conceptualización que el psicoanálisis ha realizado respecto del suicidio y su clínica. Reconociendo el carácter *extremo y crítico* de este tipo de casos, diversos autores profundizan en el entendimiento de estos pacientes como un *desafío* para los analistas (Gabbard, 2003; Flechner,

2008). De hecho, según Gabbard (2003, p. 7), “[las] amenazas de suicidio dentro del contexto del tratamiento analítico pueden ser vividas como un ataque directo a la competencia del analista y a su persona”. De este modo, movilizado por la angustia contra-transferencial desatendida, el analista podría correr el riesgo de salirse de la relación analizante-analista o de ejecutar actos éticamente cuestionables.

En síntesis, distintas perspectivas psicoanalíticas han subrayado la importancia del análisis e interpretación activas de la dinámica transferencial en relación al paciente suicida, señalando que dicha variable se articulará como el principal motor para el éxito en este tipo de tratamientos (Gabbard, 2003; Flechner, 2008; Bussolari et al., 2013). El análisis y elaboración de la transferencia y contratransferencia por parte de los analistas constituye entonces una de las principales herramientas terapéuticas en el trabajo con pacientes en riesgo de suicidio (Unzueta, 2018).

Considerando el consenso generalizado respecto de la importancia de las dimensiones transferenciales en la clínica del suicidio, como la sorprendente escasez de estudios que persigan la indagación específica de esta temática en el contexto nacional, se torna relevante indagar en las significaciones respecto de la transferencia implicada en la relación terapéutica con pacientes en riesgo de suicidio. Este trabajo se vuelve aún más relevante en el sector secundario del sistema público de salud mental (COSAM), espacio que se presenta como escenario privilegiado para la intervención clínica con dichos pacientes.

De este modo, el presente proyecto de tesis se propuso trabajar dentro del campo del psicoanálisis aplicado en instituciones de salud pública, específicamente en la práctica desarrollada en los Centros de Salud Mental Comunitarios (COSAM), tomando como objeto de investigación a los *fenómenos transferenciales* en relación al tratamiento y abordaje de casos *graves*, situando el foco en los procesos terapéuticos realizados con pacientes en riesgo de suicidio.

La clasificación de *pacientes en riesgo de suicidio* derivó de las consideraciones realizadas por Gómez, Silva y Amon (2018), quienes

albergan dentro de este grupo a todos aquellos pacientes que se encuentren dentro de la dimensión del “riesgo suicida”, la que abarca desde la ideación suicida sin planificación específica ni intentos de suicidio hasta quienes registren uno o más intentos de suicidio en su historial clínico (Gómez, Silva y Amon, 2018).

La hipótesis subyacente a esta investigación refiere a la existencia de particularidades en la relación terapéutica establecida con pacientes en riesgo de suicidio, relacionadas con la puesta en juego de complejas maniobras y estrategias clínicas para el manejo de la transferencia y la alta carga afectiva implicada.

Con todo, la presente tesis, en tanto ejercicio exploratorio, pretende contribuir al medio social al menos desde dos vertientes:

- 1) Como una contribución a la producción de conocimiento respecto de la clínica del suicidio.
- 2) Dada la escasez de estudios nacionales relacionados con los objetivos perseguidos en esta investigación, se proyecta que los resultados de la misma puedan servir como insumo formativo y académico para profesionales de la salud mental interesados en el entendimiento y tratamiento de los comportamientos suicidas.

De este modo, la presente tesis se basó en la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las representaciones que los psicólogos/as de orientación psicoanalítica sostienen respecto a la relación terapéutica implicada en el tratamiento de personas en riesgo de suicidio?

A continuación, se exponen los *Objetivos* que guiaron la tesis. Seguidamente se expone el *Marco teórico* que fundamentó la misma. Posteriormente, se ofrece el *Marco metodológico* que guió la recolección y análisis de datos, para dar paso a la exposición de los *Resultados* generales obtenidos, continuando por la *Discusión* de los principales hallazgos para finalizar exponiendo las *Conclusiones y Sugerencias* para futuras investigaciones.

II. Objetivos.

II.i. Objetivo general:

- Explorar las representaciones que psicólogos/as de orientación psicoanalítica sostienen respecto de la relación terapéutica desplegada en el tratamiento de personas en riesgo de suicidio en un COSAM de la Región Metropolitana.

II.ii. Objetivos específicos:

- Describir y analizar las representaciones que los/las psicólogos/as tratantes sostienen respecto a la dinámica relacional que establecen con pacientes en riesgo de suicidio y el lugar en el cual son posicionados por éstos.
- Describir los sentimientos y emociones que los/las psicólogos/as experimentan en el proceso de intervención terapéutica con personas en riesgo de suicidio.
- Describir los abordajes realizados por los/las psicólogos/as respecto al manejo de los fenómenos transferenciales implicados en la intervención terapéutica con pacientes en riesgo de suicidio.

III. Marco teórico.

III.i. Suicidio: clasificación y epidemiología.

El suicidio es reconocido por la Organización Mundial de la Salud como uno de los principales problemas de salud mental en el mundo (WHO, 2013; 2014). Desde la OMS se han realizado diferentes esfuerzos por el abordaje de la problemática del suicidio, siendo el principal de aquellos el contenido en el *Plan de acción sobre salud mental* (WHO, 2013), en donde se propone como meta general disminuir la tasa de mortalidad global del suicidio en un 10% en el período 2013-2020. Para la consecución de dicha meta, el plan propone una serie de acciones a desarrollar por los Estados afiliados, orientadas todas en modo general a la promoción de la salud mental y a la prevención de las conductas suicidas para la población a través de un mejoramiento de los sistemas de salud y asistencia social, el mejoramiento

del marco legal asociado a la salud mental y por la actualización de los mecanismos de registro y monitoreo de datos, así como el aumento de la producción de conocimiento científico asociado a la problemática (WHO, 2013).

Clasificación psiquiátrica de la conducta suicida.

El *suicidio* es definido como “el acto de matarse deliberadamente. Iniciado y realizado por la persona concernida, en pleno conocimiento y expectativa de su resultado fatal” (Gómez et al., 2018, p. 16). Dicha definición, según los autores, implica al menos los siguientes componentes, entre los cuales existiría un consenso en el saber psiquiátrico contemporáneo: (1) para que se hable de suicidio debe haber acontecido una muerte, (2) aquel resultado fatal debe haber sido *autoiniciado y consciente* por parte del sujeto, (3) en tanto a la agencia del acto, esta pudo haber sido activa (el desarrollo de una acción que conduce a la muerte) o pasiva (la omisión de una acción que podría haber impedido el fallecimiento) y (4) que haya existido la intención del sujeto de causarse la muerte (Gómez et al., 2018). No obstante, es una realidad que no todos quienes persiguen su propia muerte a través del suicidio acaban consiguiéndola. Lo que da como resultado el concepto de *Intento de suicidio*, el cual se define como un acto, de naturaleza activa o pasiva, orientado al *autodaño*, en donde el sujeto perseguía explícita o implícitamente el quitarse la vida (Pierce, 1977; Gómez et al., 2018). Entonces, siempre que se habla de *suicidio* o de *intento de suicidio*, se hace referencia a una conducta que desemboca, ya sea por acción u omisión, en una práctica autolesiva que persigue el fin de la propia vida, pudiendo encontrar resultados fatales (*suicidio*) o no fatales (*intento de suicidio*).

Sin perjuicio de lo anterior, la experiencia clínica indica que no todos los pensamientos asociados al suicidio desembocan siempre en actos suicidas. Asimismo, no podría aseverarse que en todas las conductas autolesivas exista de hecho una intención en el sujeto de provocarse la muerte por mano propia.

Esta última precisión, en donde se vuelve crítica la presencia o no de la intención suicida asociada al acto autolesivo, se vuelve relevante toda vez

que del mismo modo que no puede suponerse a priori que toda acción autolesiva con resultado fatal amerita la clasificación de *suicidio*, tampoco todo acto autolesivo que no desemboca en la muerte puede definirse como *intento de suicidio*. Lo sustancial, entonces, en términos diagnósticos, en todos los casos refiere a la intencionalidad perseguida por el sujeto en el acto.

Cabe agregar que esta *intencionalidad* para la psiquiatría se presenta siempre en términos “visibles”, vale decir, lo que en psicoanálisis podría entenderse como contenidos “manifiestos”, dado que se tiene conocimiento de ella a través de indicadores explícitos como la verbalización de un plan suicida, e implícitos, como la evidencia de una planificación o premeditación (Gómez et al., 2018).

III.ii. Psicoanálisis y suicidio.

Coordenadas freudianas para pensar el suicidio.

En su obra *Duelo y Melancolía*, Freud (1917 [1915]) aporta importantes luces para comprender el juego libidinal que lleva a cabo el aparato psíquico del sujeto melancólico en la consecución de la muerte por mano propia. La apuesta freudiana es interesante puesto que abre el camino para pensar al suicidio desde el psicoanálisis, poniendo énfasis en el movimiento libidinal asociado al acto suicida.

En el suicidio melancólico, según señala el autor, el sujeto corta el lazo de interés con el mundo objetal, inhibiendo su capacidad de investidura libidinal y exhibiendo una acusada sensación de autodevaluación. Dicho juego libidinal encuentra sentido en el retorno de la libido antes investida en el objeto resignado, recayendo la sombra de este sobre el yo del sujeto, causando así una identificación con este objeto faltante. Consecuencia de este movimiento, resulta en la aparición de intensos autorreproches y auto-descalificaciones, movilizadas por la consciencia moral del sujeto (superyó), orientándose en esta acción a proyectar la hostilidad y agresividad ante la pérdida hacia este yo que ha devenido, por identificación, un yo-objeto-de-sí-mismo (Freud, 1917 [1915]).

El suicidio melancólico, entonces, ofrece la escena de un asesinato a un otro, en el donde el yo ocupa el lugar tanto de víctima como de victimario, dirigiendo su impulso destructivo hacia sí mismo, encontrando así un resultado fatal. Freud (1917 [1915]) se asombra con el enigmático movimiento libidinal ocurrido en estos casos, en donde el sujeto parece volverse ciego en la escena objetal –o más bien, sólo se permite mirar hacia sus adentros-, ofreciendo la imagen de un sujeto que escapa de la escena en tanto contacto con el Otro y con los objetos del mundo y se autoagrede como sin saber que eso que toca -o eso que daña- es a sí mismo.

Acting out y pasaje al acto: coordenadas lacanianas.

Si bien las coordenadas ofrecidas por Freud (1917 [1915]) permiten dar cabida a entender psicoanalíticamente los actos suicidas melancólicos, es dable pensar que no solo serán los sujetos melancólicos quienes encuentren en el suicidio el final de sus vidas. Asimismo, la propuesta freudiana ofrece una descripción más o menos limitada de lo que sucede en el aparato psíquico del sujeto melancólico que se suicida, sin aportar mayor espacio a consideraciones respecto de cómo es que el acto suicida encuentra su sentido en el acontecer psíquico en relación al Otro.

Los conceptos psicoanalíticos de *acting out* y *pasaje al acto* brindan la posibilidad de pensar los actos suicidas de un modo dinámico y no exclusivamente melancólico, en donde se vuelve crítica la pregunta por la relación de sujeto con el Otro. Se desprende a continuación una breve exposición sobre estos conceptos a propósito de las lecturas que Lacan (2020a)¹ realiza sobre el caso de “la joven homosexual” atendida por Freud (1920)², la cual acude a su consulta tras 6 meses de haber cometido un intento de suicidio arrojándose a las vías de un tren luego de haber recibido una mirada de indignación de su padre, encontrándose esta en compañía de una dama unos años mayor y de mala reputación, a la cual cortejaba.

¹ Se hará referencia en lo que sigue, principalmente, a las clases del 16 de enero de 1963 titulada *La causa del deseo* y del 23 de enero de 1963 titulada *Pasaje al acto y acting out*. Ambas contenidas en el seminario X sobre *La angustia*. Con fines sintéticos, se prescindirá de tomar como ejemplo el caso Dora.

² “Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina”.

A propósito del uso de la palabra *niederkommen* (dejarse caer) usada por la joven paciente de Freud para describir la escena de su arrojo a las vías del tren, Freud (1920) realiza la principal interpretación extraída del caso, la cual encuentra su asidero en términos edípicos. En este sentido, el padre del psicoanálisis advierte que dicha palabra (*niederkommen*) significa a la vez *caer* y *parir*, llevando entonces su interpretación a la presencia de un cumplimiento de deseo asociado a parir un hijo del padre en aquella escena, resolviendo así en el acto suicida de la joven una naturaleza sintomatológica interpretable bajo los constructos hasta ese entonces desarrollados por el psicoanálisis freudiano.

Por su parte, Lacan (2020a) retoma el caso de la joven homosexual³ haciendo articular los términos de pasaje al acto y acting out:

El ***pasaje al acto*** es descrito por el psicoanalista francés como una precipitación arrebatada hacia afuera de los límites de la escena que enmarca la relación con el Otro, quedando el sujeto excluido de la misma. Este auto-lanzamiento, o auto-eyección, materializa la división escénica entre el mundo hablante –simbólico, cultural, dominado por la palabra- y el mundo *en sí* (lo no domeñado por el significante, que, podría decirse, encontraría alojo en lo *real*), renunciando el sujeto al marco escénico provisto por el Otro –en cuanto es precisamente a partir de este que el sujeto se constituye- a la vez que renuncia del mismo modo a toda articulación de palabra. En palabras de Lacan (2020a): “Por una parte, el mundo, el lugar donde lo real se precipita y, por otra parte, la escena del Otro, donde el hombre como sujeto tiene que constituirse, ocupar su lugar como portador de la palabra” (p.129).

El pasaje al acto, dirá Lacan (2020a), se producirá siempre y cuando el sujeto ocupe el lugar de presa de una identificación absoluta con el objeto, reduciéndose a sí mismo tomando la forma de dicho objeto, sin haber espacio para su existencia en cuanto subjetividad separada singular. El sujeto huye,

³ El mismo ya había sido utilizado anteriormente, en el seminario VIII sobre *La transferencia* (Lacan, 2020b), para hacer alusión –principalmente- al entrapamiento de Freud en la transferencia imaginaria (relación especular) en su atención a la joven homosexual, respondiendo desde su propia contratransferencia, pasando él mismo al acto, en detrimento de una orientación hacia el posicionamiento desde la transferencia simbólica.

se fuga del sentido de la palabra, preso de la reducción imaginaria a la que ha sido compelido, llevando a cabo un divorcio radical con el Otro, ubicándose fuera de la escena, como saliendo a buscar sus partes no reconocidas por el Otro, *desconectándose* de este (Aveggio, 2013). Lacan ilustra este punto con la siguiente pregunta:

¿A qué llamamos fuga en el sujeto, siempre puesto más o menos en posición infantil, que allí se lanza, sino a esa salida de escena, esa partida errática hacia el mundo puro donde el sujeto sale a buscar, a reencontrar, algo expulsado, rechazado, por doquier? (2020a, p. 129).

Sobre la relectura del caso de la joven homosexual, Lacan (2020a) señala que la misma queda desprovista de recursos subjetivos que le sirvan para hacer frente a la situación ofrecida por la escena. En donde la mirada indignada de su padre y el rechazo de su dama la confrontan con un imaginario y un simbólico imposible de sostener. Quedando sin posibilidad de articular su subjetividad en relación al Otro.

Lacan señalará que las condiciones de posibilidad tras el surgimiento del pasaje al acto, deberán estar asociadas a la aparición de dos momentos lógicos: uno de *embarazo* y otro de *emoción*. Por el primero, el autor remitirá a un momento vivido como un exceso –una sobrecarga pulsional- por el sujeto, ante el cual el mismo queda *embarrado*, sin herramientas para proceder, quedando como *pendiendo de un hilo* en su relación con el mundo de los significantes. Momento que puede avizorarse en el caso de la joven, en donde se confronta ante el rechazo –quedando sin lugar- de otros dos personajes en la escena; la dama y su padre.

En un segundo momento, entonces, de la mano de la *emoción*, el sujeto encuentra el resultado de esta *sensación insoportable de exceso libidinal* mediante la expresión de un movimiento de tinte abrupto, con forma de arrebatado descoordinado. Tal como es relatado en el caso de la joven que se deja caer a las vías del tren como por un *sobresalto*.

En una vereda opuesta al *pasaje al acto*, en donde el sujeto se precipita a la salida abrupta de la escena buscando cortar la conexión con el Otro, se encuentra al ***acting out*** como una conducta o escenificación dirigida

hacia el Otro. Para Lacan (2020a) el *acting out* amerita una búsqueda por la visibilidad ante el Otro, que se ofrece al mundo como un síntoma, en tanto muestra una cara representante de algo velado, presto a ser interpretado, descifrado por un Otro en el marco de la transferencia analítica, único lugar en donde puede articularse algo de dicho orden. En palabras de Lacan:

El *acting out* es un síntoma. El síntoma, también, se muestra como distinto de lo que es. Lo demuestra el hecho de que debe ser interpretado (...) [pero] el síntoma no puede ser interpretado directamente, se necesita la transferencia, o sea, la introducción del Otro (2020a, p.138-9).

En este sentido, el *acting out* se encuentra totalmente dirigido al Otro, o más bien, apunta a un reconocimiento en el deseo del Otro.

El autor, a propósito del caso de la joven homosexual, ilustra cómo en el paseo de esta con su dama a plena luz del día frente a las ventanas de su propia casa, y a sabiendas del disgusto del padre, se configura un *acting out*, señalando que aquí el sujeto de la joven buscaría, orientada hacia el Otro – el padre como Otro-, hacer un llamado a su deseo, mostrándose como un otro que provoca, que suscita la falta en aquél Otro –indignación- forzándole a este mismo a dirigir la mirada sobre el cuerpo de sí mismo, como buscando una reubicación de aquel deseo que permita que el sujeto –en tanto constituido por el Otro- habite otro estatuto. De dicho modo, en este caso, la conducta de la joven con su dama ameritaría el sustantivo del *acting out*, mientras que su intento de suicidio encontraría sentido como *pasaje al acto*.

La descripción del *acting out* se vuelve importante en vista de que puede también encontrar expresión en un intento de suicidio. Si bien allí se busca un reconocimiento del Otro más que un corte de lazos con el mismo, es dable pensar que una seguidilla de intentos de suicidio basados en el *acting out* pueden terminar por provocar el embarazo suficiente en el sujeto –por su *deseo consistentemente ignorado* (Lacan, 2020a)- para desembocar en un pasaje al acto con consecuencias fatales. Es entonces de toda lógica dirigir la escucha en la clínica a los intentos suicidas y/o conductas autolesivas, que, en tanto posibles *acting out* pueden estar mostrándole al

clínico la antesala de un pasaje al acto fatal, que el mismo corre el riesgo de dejar no escuchado (Aveggio, 2013).

Suicidio como búsqueda de inscripción.

En un intento por discernir los procesos inconscientes implicados en la comisión del suicidio, y desmarcándose de las consideraciones clásicas que suelen situar el tratamiento de la temática en la articulación de los conceptos psicoanalíticos del *acting out* y el *pasaje al acto*, Roberto Aceituno (2018) propone la tesis del suicidio como una búsqueda de inscripción. Para el autor, en la muerte por mano propia se desenvuelve una motivación inconsciente dirigida hacia la aniquilación del mundo deseante del sufriente. Quien, volviéndose objeto para sí, se empuja a sí mismo a un lugar en donde tanto las palabras como el pensamiento no tienen posibilidad de acceso –vale decir, en lo *real* de la muerte-, buscando así una manera de escribir aquello que no ha podido tener lugar en un plano simbólico (un sufrimiento indecible, una vivencia o trayectoria vital intramitable, siquiera “perceptible”, o digerible).

Ilustra el autor:

El acto suicida viene a realizar ‘patológicamente’ –en cuanto implica una condición pasional (una patología) donde el sujeto se vuelve objeto de lo que en otro espacio ‘no ha tenido lugar’- una inscripción que adquiere en su negatividad el valor de escribir lo que no ha podido ser reconocido en el plano de la simbolización (...) el suicidio viene a ocupar ese espacio de simbolización –a costa de la desaparición de todo deseo-. (Aceituno, 2018, p. 70)

Desde esta óptica, el sujeto que se suicida termina pagando con su vida su propia incapacidad -o acusada dificultad- para inscribir psíquicamente la experiencia vital. El suicidio acontece como una opción viable toda vez que ofrece, mejor que la posibilidad de simbolización, una solución certera hacia un final definitivo, a través *del cortocircuito o apagón abrupto del sufrimiento con el correspondiente precio de la extinción de la capacidad de desear y de sentir*. Ofreciendo en ello al menos la seguridad del dominio del acto como posibilidad perseguida *activamente*, versus el enfrentamiento de lo incierto, inseguro y ambiguo que resulta para el sujeto la opción de articular -y hacer lugar- simbólicamente su sufrimiento.

La tesis de la búsqueda de inscripción se vuelve relevante puesto que abre y complejiza los discernimientos psicoanalíticos en torno al suicidio. Su abordaje en esta investigación adquiere pertinencia toda vez que le brinda a la función simbolizante un lugar crítico para el sostenimiento del trabajo psíquico que implica mantenerse con vida. Así mismo, introduce la consideración del suicidio como una “opción otra”, diferente al pensamiento, representada en el camino del *acto*. El concepto de “actuación” es crucial en el sentido que supone el desarrollo de una acción que, en tanto *hecho sensible*, podría ser representada psíquicamente sin implicar una manifestación motriz. Esta consideración lógica puede orientar hacia algún discernimiento técnico en términos de abordaje clínico: *si lo que se presenta como oportunidad en el suicidio dice relación con la búsqueda, a través del acto fatal, de la inscripción de aquello que no ha tenido lugar psíquico, pues bien podría intentarse reconducir el impulso de la actuación hacia el pensamiento, facilitando la apertura y ofrecimiento de un lugar como oportunidad para pensar en el espacio clínico.*

Transferencia y suicidio.

Existe un consenso teórico respecto al abordaje de la *transferencia* como uno de los principales factores a considerar en los tratamientos psicoterapéuticos con pacientes en riesgo de suicidio (Gabbard, 2003; Flechner, 2008; Aveggio, 2013; Bussolari et al., 2013; Borgogno, 2016; Unzueta, 2018; Lacan, 2020a, 2020b).

Autores como Gabbard (2003) y Flechner (2008), reconociendo el carácter *extremo* y *crítico* de este tipo de casos, profundizan en el entendimiento de estos pacientes siempre como un desafío para el analista. Desafío en tanto “los sentimientos hostiles, así como la angustia de muerte que los acompaña [a los pacientes], pueden ser proyectados o volverse autodestructivos, requiriendo por parte del analista, de su capacidad para recibir y contener los aspectos negativos a fin de comprenderlos e interpretarlos” (Flechner, 2008, p. 136). Estos elementos, para la autora, constituirían siempre una “dura prueba porque pone[n] en juego aspectos contra-transferenciales [en el analista]” (Flechner, 2008, p. 135-6).

Por su parte, Gabbard (2003) reconocerá también un aspecto problemático y desafiante en el abordaje en estos casos, señalando el riesgo atribuido a la desatención respecto de la posición transferencial ocupada en la relación analizante-analista, de la mano de la eventual experimentación de angustia asociada a la herida narcisista que para el analista puede llegar a significar la verbalización o actuación de mociones suicidas en el paciente, esto en tanto que para el autor las tentativas y/o amenazas de suicidio por parte del paciente pueden ser vividas por el terapeuta como un *ataque directo* a sus competencias clínicas, e incluso, a las competencias propias de su persona (Gabbard, 2003). Movilizándose, entonces, el analista por la angustia contra-transferencial desatendida, correrá el riesgo de salirse de la relación analizante-analista, convenciéndose de que será “su persona la que va a salvar al paciente” (Gabbard, 2003, p. 14), pudiendo incluso alcanzar a la torpeza técnica y/o a la ejecución de actos éticamente cuestionables.

En el mismo sentido que Gabbard (2003) y Flechner (2008), los autores Bussolari (et al., 2013) relevarán la importancia del análisis e interpretación activas de la dinámica transferencial interviniente en relación al paciente en riesgo de suicidio, llegando a señalar que dicha variable se articulará como principal motor para el éxito en este tipo de tratamientos, pero, en tanto fuera desatendida, constituiría a la vez un obstáculo de difícil reversibilidad. En esta misma línea, el psicoanalista Ricardo Aveggio (2013) subraya la importancia del lugar del deseo del Otro en el trabajo clínico con pacientes suicidas: “a la presencia que Winnicott describe como necesaria para que el sujeto pueda jugar solo. Se trata de que el paciente sepa que el analista, en tanto Otro, está ahí, es la introducción de la dimensión de la incondicionalidad” (Aveggio, 2013, p. 229). Asimismo, el autor desarrolla una serie de recomendaciones para el trabajo con pacientes en riesgo de suicidio: las que dicen relación con: (1) la importancia de *rearticular la dimensión simbólica* con el sujeto del paciente (interesándose y buscando la emergencia de la palabra, nombrando lo que circundó al intento suicida, por ejemplo); (2) no actuar desde el ideal del yo o desde la angustia contratransferencial, enfocándose en la introducción de la falta en el Otro (encarnado por el terapeuta); (3) la utilización del espacio analítico como una instancia que

otorgue continuidad a la vida psíquica del sujeto, relevando el estatuto de ortopedia imaginaria que brindan las sesiones; (4) fijarse en la marcación y ofrecimiento de ciertos objetos pulsionales como la mirada y la voz, con el objetivo de relanzar el funcionamiento fantasmático del sujeto y la articulación de su deseo, condición crucial para provocar la transferencia en base al sostén aportado por el Otro. En un último punto, (5) el autor recomienda no intervenir desde un discurso de *culto a la vida*, dando cuenta de que son precisamente los ideales los que perdieron el sentido de referencia para el sujeto en su intento de suicidio. El trabajo consiste entonces en indagar y abrir el discurso del paciente para descifrar “cuál fue el elemento que lo eyectó fuera de la escena” (Aveggio, 2013, p. 231), y a partir de allí proponer la pregunta por cómo el sujeto, en su sobrevivencia, puede volver a articular su deseo en el mundo de los vivos.

Por otro lado, Unzueta (2018), en su estudio desarrollado en un centro de formación limeño sobre las significaciones que los analistas sostienen del suicidio, concluye su indagación relevando al análisis y elaboración de la transferencia y contratransferencia por parte de los analistas como la principal herramienta terapéutica con pacientes en riesgo de suicidio, destacando algunas particularidades específicas en este tipo de casos a tener en consideración por los analistas, tales como la necesidad de una constante disponibilidad del terapeuta, la afluencia de sensaciones contra-transferenciales las más de las veces intensas y angustiantes, y la vital importancia de la supervisión clínica y el análisis personal por parte de los mismos (Unzueta, 2018).

A este respecto, resulta relevante subrayar que los abordajes de los fenómenos suicidas no ven agotado su repertorio dentro del psicoanálisis, existiendo fuera de él distintos desarrollos teórico-prácticos posicionados en un diferente foco de intervención. Es el caso, por ejemplo, de estudios como los desarrollados por Martínez, Gálvez, Quiróz, Vivencia y Tomicic (2014) y Martínez (2020), los que adjudican al clínico la labor de operacionalizar la ideación suicida del paciente a través de la evaluación del grado de ambivalencia que este sostiene respecto de sus deseos de muerte y, en concordancia con el nivel de esta, ofrecer al paciente diversas razones para

vivir que abran nuevas opciones antes no vistas en el estado *crepuscular suicida* (Martínez, 2014). Como sostienen los autores:

"Se genera cierta ambivalencia en los argumentos que [los individuos] se dan a sí mismos para elegir morir o seguir viviendo, y en el momento en que el individuo se ve interpelado a elegir entre estos dos aspectos se abre un espacio que podría ser ocupado **por un otro**⁴ [...] que puede ofrecer una alternativa diferente a esta dicotomía" (Martínez et al., 2014, p. 278).

Este *otro* destacado en la cita, es precisamente el clínico a cargo de la atención del paciente, quien tiene la tarea tanto de convencer al paciente de que es mejor vivir que morir, como de implicarse a sí mismo, explícitamente, en el deseo de que el paciente sobreviva. A este respecto, Martínez (2020) señala que "El o la paciente tiene todo el derecho a querer morir y nosotros todo el derecho a no querer que se muera. Explicitar ambas posiciones nos coloca en una tensión necesaria y vital" (p. 10).

Resulta interesante advertir algunos componentes dispuestos por estos desarrollos en férrea oposición a lo ya revisado respecto a los abordajes psicoanalíticos del riesgo suicida. Podríamos enumerar al menos las siguientes diferencias: (1) la clara intervención desde la contratransferencia, (2) la actuación apegada a la moral (totalizante, des-subjetivante y "para todos") del *culto a la vida*, (3) la supresión del yo del paciente y su decir por un lado, taponeando la propia articulación de los motivos conscientes o manifiestos de sus mociones suicidas y, por otro, (4) el abandono o desconocimiento rotundo de toda singularidad del paciente y la renuncia al rastreo de su queja inconsciente, desde la cual habla su propio sujeto del inconsciente, intercambiando el decir del paciente por la palabra del clínico, en un diálogo puramente especular e imaginario.

⁴ Negritas agregadas.

IV. Marco metodológico.

IV.i. Metodología.

La presente tesis fundamenta su diseño de investigación en una metodología cualitativa. En este sentido, la investigación se aproxima a los objetos y fenómenos a partir de los significados atribuidos por las personas implicadas (Rodríguez, Gil y García, 1999).

El estudio fue de carácter exploratorio y descriptivo (Zafra, 2006; Díaz-Narváez y Calzadilla, 2015), puesto que, según la evidencia revisada, existen pocos estudios que aborden este problema en Chile (Jiménez-Molina, Franco, Martínez, Martínez, Rojas y Araya, 2019).

La recolección de información se realizó a través de entrevistas semiestructuradas (en *Anexos*), las cuales permiten realizar preguntas abiertas dispuestas en un “guión” asociado a los objetivos de la investigación (Taylor y Bogdan, 1992). Dicha herramienta representa un medio atinente y óptimo para acceder a las representaciones contenidas en el discurso de los entrevistados.

A través del análisis de contenido de entrevistas semiestructuradas a 9 psicólogos/as que desarrollaran su ejercicio clínico en un COSAM perteneciente a la Región Metropolitana, se buscó conocer las representaciones que estos sostenían respecto de las dinámicas transferenciales puestas en juego en el tratamiento de pacientes en riesgo suicida y las especificidades atribuidas a este tipo de procesos terapéuticos. El contacto con cada uno de los entrevistados fue de carácter particular y las entrevistas se desarrollaron fuera del horario laboral de los mismos.

IV.ii. Participantes.

Los participantes del estudio respondieron a los siguientes criterios de inclusión:

- Psicólogos/as clínicos que se reconozcan como psicoanalistas o que fundamenten su trabajo clínico en el psicoanálisis.

- Psicólogos/as que desempeñen su trabajo clínico en un Centro de Salud Mental Comunitaria (COSAM) perteneciente a la Región Metropolitana.
- Psicólogos/as que, en el ejercicio clínico propio de su labor profesional en la institución COSAM en la que se desempeñan, brinden o hayan brindado atención psicológica a pacientes en riesgo de suicidio.

IV.iii. Procedimiento de reclutamiento.

Por criterios de acceso y proximidad, los 9 participantes fueron contactados de manera individual, privada y selectivamente.

Si bien los participantes trabajan en una institución pública (COSAM), la aproximación a los mismos, así como su consentimiento a participar de la investigación, fue de carácter privado e individual. Esto quiere decir que el investigador responsable fue el encargado de contactar individualmente a los entrevistados, anteponiendo a su participación la firma voluntaria del consentimiento informado en cada caso.

Con el objetivo de propender a la diversificación de los entrevistados, así como el de su emplazamiento laboral, se trabajó con participantes pertenecientes a 5 COSAM ubicados en la Región Metropolitana.

Se ofrece a continuación una tabla de caracterización de los participantes reclutados:

Entrevistado/a	Edad	Experiencia clínica (años)	Experiencia en COSAM (Años)	Grado académico
Alejandra	25	2	1	Psicóloga titulada
Emilia	27	4	1	Psicóloga titulada

Pablo	30	7	3	Psicólogo titulado
Vicente	31	9	4	Magíster
Carlos	31	7	5	Magíster
Mario	35	14	5	Magíster
Gabriela	39	10	7	Doctora
Silvia	34	13	7	Magíster
Nicanor	37	13	10	Psicólogo titulado

IV.iv. Procedimiento de producción/recolección de datos.

Debido a la actual contingencia sanitaria (COVID-19) y las limitaciones en los desplazamientos, las entrevistas fueron realizadas a través de la plataforma remota Zoom. Las mismas tuvieron una duración de 80 minutos en promedio (en un rango entre 60 y 100 minutos) y fueron grabadas en audio mediante una herramienta de la plataforma utilizada. En 3 casos, fue necesario realizar una segunda entrevista, lo que derivó en un total de 12 entrevistas realizadas.

Debido a que tanto las entrevistas como todas las comunicaciones previas sostenidas con los participantes fueron de carácter remoto, es preciso señalar que de igual modo la firma de los consentimientos informados se realizó mediante esta modalidad. Lo anterior con la consideración de contar con este insumo (documento firmado y escaneado) previo al desarrollo de las entrevistas.

Finalmente, a razón de que el reclutamiento de los participantes se desarrolló por fuera del marco institucional en el que ellos se desempeñan, y que las entrevistas fueron concertadas fuera de su horario laboral, es que se optó por prescindir del consentimiento o visado de la dirección de los establecimientos. Esta decisión se tomó considerando a su vez que la participación por parte de los entrevistados/as tuvo un carácter privado e individual, y los objetivos de la presente investigación no implicaron ni persiguieron el desarrollo de un proceso de indagación dentro de un establecimiento en específico, sino que lo que se propuso fue acceder a profesionales que se desempeñen en algún COSAM, sin especificar otras condiciones más allá de las geográficas ya señaladas.

IV.v. Técnica de análisis de datos cualitativos.

El material cualitativo fue analizado a través de un método de análisis de contenido simple, el cual se refiere a un conjunto de procedimientos y herramientas destinados al examen analítico de documentos y/o palabras relevando el énfasis en el sentido del texto producido por la investigación (Taylor y Bogdan, 1992; Amezcua y Gálvez, 2002). El análisis estuvo orientado principalmente al contenido semántico, es decir, se le dio prioridad a la creación de sentido a partir de las palabras, en base a las categorías y temas propuestos y emergentes (Amezcua y Gálvez, 2002). Específicamente, el análisis cualitativo se desarrolló a partir de la creación de agrupaciones (categorías) de datos en base a similitudes y diferencias (Bonilla-García y López-Suárez, 2016). Para ello se utilizó un proceso de codificación abierta, la cual consiste en la generación de dos fuentes de producción de datos: la pre-codificación (preconcepciones, categorías y códigos aportados por la propia subjetividad del investigador, inducida en la recolección) y los códigos in vivo (referidos a la información contenida en las expresiones, lenguaje y comportamiento de los participantes). Asimismo, se utilizó un procedimiento de codificación axial, a través del cual se dio curso a la indagación del conjunto de representaciones sostenidas respecto al tratamiento de pacientes en riesgo de suicidio y sus especificidades. La codificación axial consiste en la comparación sistemática y activa de diferencias, semejanzas y las relaciones establecidas –o no- entre los códigos o categorías confeccionadas (Bonilla-García y López-Suárez, 2016).

Para los fines de este estudio, el concepto de “representación” fue operacionalizado como el conjunto de percepciones, significados y atribuciones de sentido respecto de un fenómeno, articulados lingüísticamente a través de un relato.

IV.vi. Consideraciones éticas.

Los objetivos y procedimientos de esta investigación contaron con la aprobación del comité de ética para la investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Diego Portales.

V. Resultados.

V.i. Riesgo de suicidio y posición transferencial: la orfandad y el lugar de “testigo”

Respecto de las descripciones que realizaron los participantes sobre los pacientes en riesgo de suicidio atendidos en contexto de sus respectivos COSAM, destacó la identificación de historias vitales ligadas a la vulneración, la exposición a la violencia y la escasez de figuras de apoyo. Desde la perspectiva de las y los clínicos, estas experiencias se habrían traducido en quiebres o rupturas con el lazo social. Si bien se trata de una caracterización presente en todas las entrevistas, los siguientes extractos permiten ilustrarla:

*“Veo a personas que pasaron por SENAME una y otra vez, y vivieron millones de violencias en SENAME y **no había nadie** que pudiera apoyarlos (...) un lazo social que es tan frágil que cualquier cosa puede venir a fracturar algo que está fracturado hace mucho tiempo”* (Emilia).

*“Son los más dejados de lado por parte de la contención familiar, (...) ¡Imagínate hacer un acto suicida para nadie! (...) No hay padre, ni madre, ni tía, ni abuela, **no hay nadie**. Son los casos más complejos (...) el contexto social es horripilante (...) Una orfandad del Estado”* (Gabriela).

*“**No hay un soporte**, no hay familia, no hay amigos, el siguiente paso es como no estar no más: ‘No puedo con esta cuestión’, es una pesadumbre muy grande. Por otra parte hay historias muy fuertes también desde lo traumático, se ve mucho eso en COSAM, mucha vulneración en la infancia, malos tratos, agresiones, violencia intrafamiliar”* (Alejandra).

Más allá de estas características sociales, a nivel relacional se observa una especie de *doble orfandad* en dichos pacientes. Esta orfandad remite, por una parte, a la ausencia de sostén del otro semejante encarnado en la falta de soportes protectores de pares o de familiares; por otra parte, remite a la falla en el proceso de inclusión de estos sujetos en el sistema social, fallando aquí la sociedad en su conjunto. Ante la fractura con el otro, el sujeto queda a la intemperie, fuera del lazo social, como describe Emilia. Este contexto relacional parece producir sujetos aparentemente identificados con el significante del desecho, que, como señala Gabriela, no pueden “ser” para

nadie, por lo que el paso que queda por dar es *dejar de ser para sí*. Ante lo anterior, es preciso señalar que esta consideración, propia de la sensación de *orfandad y de ruptura con el lazo social*, constituya una característica propia de los pacientes graves atendidos en dispositivos COSAM.

La posición de doble orfandad amerita, según los participantes, consideraciones clínicas específicas. Una de las más importantes parece ser el ofrecimiento de la capacidad de escucha como espacio de acogida y legitimación de un sufrimiento insoportable. Esta posición de escucha puede materializarse incluso como un lugar de “basurero” de los malestares de los pacientes, un contenedor que guarda y no enjuicia sus decires:

*“Después llegaba la siguiente sesión y contaba la misma cuestión, entonces es como **botar, vomitar**, a veces posicionada quizás o puesta como **terapeuta basurero**, que es botar, botar, botar...”* (Silvia).

*“Lo que buscan también es como [...] un espacio en el que puedan decir eso **sin ser juzgados**, que puedan ser más comprendidos, **escuchados**. Creo que va un poco por ahí”* (Vicente).

En dicha labor de contención, el clínico tiene la tarea de aguantar el peso del malestar de su paciente el tiempo que sea necesario, esperando el momento en que esa escucha rinde frutos y se “encuentra algo”, como puede apreciarse en el comentario de Nicanor. En este sentido, Nicanor describe la intensa labor de escucha que realizó con una paciente por más de 2 años, comentando que tras un sinnúmero de actos (intoxicaciones con Pasta Base y exposición a diversos riesgos psicosociales) cometidos por su paciente – interpretados como *acting out* suicidas por parte del clínico-, ésta siempre volvía a sesión después de desaparecer por 2 o 3 semanas. Volvía y lloraba, deshaciéndose en tristeza. El clínico mantuvo su rol de escucha y de sostén para conseguir, al cabo de 2 años, la vinculación suficiente para comenzar la elaboración de alguna función que podría llegar a encontrar la paciente en sus “pipazos” de Pasta Base:

“Yo hacía como, por ejemplo, acoger la tristeza en ese minuto o la descompensación anímica que pudiera haber (...) Era llorar, decir un par de cosas, llorar, llorar e irse. Y así estuve 2 años, haciendo esa función

de **escuchar el llanto** hasta que en algún punto pudimos encontrar algo (...) *Que fue qué función tenían los pipazos*” (Nicanor)

En el mismo sentido que lo anterior, Alejandra señala que dicha función de “contener y aguantar” dice relación con un enfoque de intervención específico que encuentra sentido en ofrecer al paciente un vínculo que en la actualidad, por su fortaleza y tintes de incondicionalidad, venga a reparar la herida vincular con ese otro vínculo del pasado tan roto en la vida del paciente. Dicho de otro modo, una máxima de no volver a encarnar la misma historia ya vivida por el paciente:

*“Mi trabajo es **contener y aguantar** esto, aguantar la crisis, como aguantar, dar espacio de contención, abrir el espacio para que se genere cierta confianza y credibilidad, podríamos decir, y que no se vuelva a romper el vínculo, como de que no repetir la historia otra vez”* (Alejandra)

A propósito de las singularidades de la posición transferencial frente a este tipo de pacientes, resulta relevante destacar la idea de “testigo” acuñada por dos participantes para caracterizar su función clínica. El clínico ocupa un lugar de receptor, de contenedor en el sentido de continente y contenido, de la historia del paciente, en donde éste “cuenta para otro”:

*“Era como otro que podía **acoger su desesperación**, más en la función de testigo quizás”* (Nicanor).

*“Por momentos solo es marcar una presencia, y por momentos el mismo me escribe por Whatsapp, como: ‘No me conteste nada, yo solo le voy a escribir porque me hace bien escribirle’, y me manda sesenta u ochenta mensajes (...) **Es el lugar de testigo**, el lugar de poder escuchar o poder leer eso que está pasando, sin necesariamente le devuelvas algo, solo que lo contengas, que **guardes parte de esa historia**”* (Emilia).

Así, la tarea de *atestiguar* y contener las historias vitales de los pacientes pareciera verse relacionada también con cierta lógica de *almacenaje*, como agrega Emilia, una función orientada en “guardar parte de esa historia”, “marcando una presencia”. Una *presencia dispuesta*, agregaríamos, a *hacer lugar* y brindar un escenario para que el malestar del

paciente sea dicho por él y logre ser *historizado o inventariado* en el contacto con el Otro que encarna la presencia del clínico. Se trata entonces de un ejercicio que ofrece un espacio para que el paciente disponga su relato poniendo las cosas *en su lugar*. Esto es descrito por los participantes Nicanor y Emilia en términos de orden y reconocimiento, respectivamente:

*“Fue a partir de poder **ordenar un poco la historia** que ella tenía con la droga, de esta función que ella tenía para soportar sus pérdidas” (Nicanor).*

*“**Reconocimiento de un sujeto, reconocimiento de una historia,** reconocimiento de un malestar que está invisibilizado, totalmente normalizado también por ellos mismos, [los pacientes dicen] ‘No, si yo pasé por SENAME, abusaron de mí, me apuñalaron...’ ¡Como si no fuera nada! Entonces se trata mucho de **devolver lo humano**, como ‘¡Oh!, que difícil esto que viviste, que fuerte, ¿Cómo sobreviviste? ¿Pero hace cuánto fue esto?’ (Emilia).*

En este reconocimiento y ordenamiento de la historia de los pacientes impulsado por sus tratantes, los primeros parecen llevar a cabo, siguiendo la lógica del *atestiguamiento*, el encuentro con la presencia de un otro que refleja y legitima su experiencia, incluso aportando, como señala Emilia, un lugar para que aquellas violencias vividas puedan ser dichas y ser ligadas en su devenir psíquico actual, enmarcados en un contexto de soporte. Se trata de una disponibilidad y escucha clínica que pareciera contar con tintes de incondicionalidad.

El reflejo de la experiencia que supone la posición de testigo, además de estar al servicio de la restitución de la calidad de *sujeto humano*, involucra a un clínico que le brinda a su paciente la mirada de un *otro que está pendiente de sí*, una especie de antítesis de la mirada negada por el Otro, aquel representante del lazo social fracturado en la biografía del paciente. De este modo, la restitución de la calidad de *sujeto humano* (“Reconocimiento de un sujeto” y “devolver lo humano” en palabras de Emilia) apuntaría hacia la *sujeción a una historia*, a un pasado que, en tanto narrado para Otro, aparece también para sí, logrando encontrar ligazón y orden. El malestar, en

este sentido, pareciera verse relacionado con el caos o desorden de aquello que no puede encontrar lugar, que no logra inscribirse en el psiquismo o en el continuo vital del paciente. La sujeción a una historia y su desarrollo, como contraparte –siempre que esta sea contada para otro-, parece brindar la oportunidad de proyectar en la escena clínica una especie de film sobre la vida del paciente: una sala de cine solo con dos butacas ocupadas. De modo que atestiguar la vida del paciente implica también que este último la reviva y la legitime, como diciendo “aquí está mi vida, esto me pasó, esto es lo que soy”.

A este respecto, resulta del todo relevante recordar la función de los *testigos* o *testigueros* usados en las excavaciones arqueológicas, los que precisamente tienen la función de ir *calando* y tomando muestras del terreno objetivo para saber qué contiene, de qué está hecho, cuántas capas distintas de tierra existen y a qué períodos históricos pertenecen. La labor del clínico aquí, entonces, encontraría representación quizá en una especie de arqueólogo-testigo, visitando un monumento no explorado que tambalea, en donde las huellas del tiempo y el abandono han dejado grietas por donde el cuerpo de la construcción se resquebraja. De ahí que su labor constituya la de atestiguar las partes aún enteras y también las que se deshacen, cobijando a las primeras y dando soporte, al modo de un andamio, a las segundas. Desde la perspectiva de los participantes entrevistados, este *soporte* constituiría la principal función del clínico en la intervención con pacientes en riesgo de suicidio, y tendría que ver en síntesis con asegurar las condiciones de *escucha*, *presencia* y *reflejo* por parte del clínico, para que el paciente, ligado en lo actual a un *Otro nuevo y seguro*, pueda traducir y verter el peso de su malestar en palabras para ser elaboradas en su sesión, y así habitar su historia como sujeto.

Por cierto, cabe relevar la importancia crítica de la relación del paciente respecto del lazo social –caracterizada, como se ha visto, por el abandono y la orfandad- en la descripción específica que hacen los participantes sobre la clínica con pacientes en riesgo de suicidio, emergiendo la pregunta sobre el grado en que la relación con el Otro-sociedad está implicada en la dirección

que es perseguida en los actos suicidas, vale decir, si en este acto se busca un corte definitivo con dicha otredad o algo distinto de ello.

En relación con este último punto, se hace relevante señalar que las referencias sobre los “tipos de suicidio” y/o “tipos de pacientes en riesgo de suicidio” fueron escasas. Los participantes rehuyeron la posibilidad de hacer categorías y pronunciarse sobre aquello, señalando que el asunto constituía un fenómeno siempre singular y distinto para cada paciente.

No obstante, hubo una incidencia al respecto.

La participante Emilia, única entrevistada que no se desempeñaba en un programa de salud mental general (como el programa de adultos o el infantoadolescente), sino que en uno específico, en el cual brindaba atención principalmente a personas en situación de calle, reportó dos *líneas* generales para la expresión de la ideación suicida pesquisada en su experiencia clínica con estos pacientes.

En primer lugar⁵, Emilia describe una línea suicida en donde el sujeto, identificado con el significante de “*desecho*” o “*resto*”, comete suicidio con el afán de eyectarse de una escena psíquica que le resulta intolerable. En este gesto, el sujeto parece tomar una postura activa respecto de una situación a la que llegó pasivamente, vale decir, su situación vital de orfandad respecto del lazo social asociada, según Emilia, a variados determinantes sociales y culturales (pobreza, segregación, desigualdad, entre otras). Dicha escena, en tanto salida o caída de la escena psíquica, dirigida hacia la aniquilación de la capacidad de procesamiento de la realidad por ser esta insostenible, parece encontrar sentido en lo que se ha descrito como un “pasaje al acto”:

“Se me ocurren como dos líneas (...) [Una es como si el paciente dijera:] ‘Bueno, ¿A quién le importo yo? ¿De qué sirve mi vida? ¿Qué importa mi vida si yo soy una sobra?’ (...) ‘Si me muero a nadie le va a importar

⁵ Cabe agregar que las frases en comillas en los siguientes dos extractos de la entrevista de Emilia no constituyen citas textuales ni paráfrasis de pacientes de la participante, sino que corresponden a observaciones que la participante desarrolla de las motivaciones inconscientes pesquisadas en las verbalizaciones de deseos suicidas por parte de sus pacientes.

*tampoco' (...) Entonces claro, como que **no vale la pena vivir al final, si uno es un resto más (...) Entonces el suicidio va a ser como parte de eso, como de **terminar siendo un resto pero al menos ya no teniendo que vivir con eso, tolerando eso.***** (Emilia)

Por otro lado, Emilia describe una segunda línea, orientada en la búsqueda por parte del sujeto de reaparecer, como consecuencia del acto suicida, en el deseo de sus familiares o amigos que en vida lo han ignorado por diversos motivos. En este caso, lo perseguido a través de este acto fatal, sin duda dirigido hacia el Otro –y en particular al reconocimiento del Otro–, parece estar asociado al concepto de “*acting out*”. Aún si el acto suicida fuese exitoso, el resultado fantaseado tendría que ver con reaparecer en la escena en donde está ese Otro que en vida le dio por negado su lazo:

*“Y luego está la otra línea (...) [Que es como si el paciente dijera:] ‘**Al menos ellos [familia o amigos] me van a ir a ver**’ (...) Como que claro, eres un resto al morir, queda algo de ti, un cuerpo, un resto de ti, que **otros van a mirar y quizás reconozcan algo de esa persona**”* (Emilia).

Tal como ha sido mencionado, las descripciones que realiza Emilia podrían encontrar correspondencia en los conceptos psicoanalíticos de *pasaje al acto* y *acting out*. Ambos conceptos transmiten la idea de que, dirigido al Otro o no, el movimiento desarrollado en la acción suicida pareciera tener una íntima relación con detener un malestar psíquico insoportable, una especie de callejón sin salida en donde el paciente formula una escapatoria posible. El suicidio, desde esta óptica, se presenta como una última oportunidad para *hacer que las cosas calcen*. En el primer caso, cuando “no vale la pena vivir”, el paciente hace suyo el único lugar que ve disponible; el del *resto*. Así, al menos se dirige hacia habitar un lugar que existe, el mismo que ya ocupa, pero sin tener que seguir soportándolo. Por otro lado, en el segundo caso, el paciente pareciera sostener en su proyecto suicida la esperanza de una solución respecto de su estado de abandono, quitándose la vida con la fantasía de que, una vez muerto, quienes hasta ese momento lo habían abandonado experimentarían su falta, redirigiendo la mirada hacia

sus restos, lo que podría articularse en términos de un *salir para volver y ser visto*.

En conclusión, ambas escenas representan una búsqueda por dar *un lugar* a algo inconcebible: lo insoportable de vivir articulado en la identificación con el *resto*, es decir, dejando un cuerpo pero ya no estando allí; o lo insoportable de no ser visto articulado en una búsqueda *post mortem* de reconocimiento en la mirada del Otro. Ambas escenas parecen tener en común la utilización del último recurso psíquico para hacerle frente al *padecimiento de existir*.

V.ii. *Efectos contra-transferenciales: el furor curandis y la ética en la intervención:*

La intervención clínica con pacientes en riesgo de suicidio emociones entre los terapeutas. En las entrevistas destacó la presencia de afectos de intensa preocupación y ansiedad asociadas a la eventualidad de que a pesar de su intervención los pacientes de igual modo tuvieran éxito en el propósito manifiesto de quitarse la vida. Así, se reportaron frases como:

“Si alguien se hace daño también me pasan cosas (...) Es como una presión como ‘¡¿Qué es todo lo que puedo hacer?!’ (...) Que alguien se haga daño, que pase algo así, sería como una catástrofe” (Pablo).

“Con una paciente que fue hace poco... Una preocupación... ¡¿Qué hago?! Acabo de llegar, me está diciendo que se quiere matar... ¡¿Qué hago?!” (Gabriela).

“Bueno, lo llega hacer y ¿Cómo quedo, no? ¿Cómo sigo viviendo yo? (...) Muchas veces esa angustia se queda con uno (...) El momento posterior [cuando termina la sesión con el paciente que ha develado ideación suicida] al tiro es como ‘Uff, que intenso’, angustia, ansiedad, sentir que no sé si hice lo correcto, ¿No?” (Vicente).

“Con esta paciente que venía cada 3 semanas también era muy frustrante y quedaba yo muy preocupado (...) Que ella se perdía y que se exponía”
“Era como ‘Chuta, ¡¿Para dónde se va a ir?! (...) Y eso claro es angustia, pues. Es como ‘¡¿Qué le ofrezco a esta paciente?!’ (Nicanor).

Lo reportado por los participantes sugiere un momento de aparente perplejidad asociado al contacto con la intención manifiesta de quitarse la vida por parte del paciente. La constante del ‘¿Qué pasaría si...?’ Parece ser vivida con un monto significativo de preocupación y ansiedad, afectos que encuentran expresión en cuestionamientos sobre las posibilidades de intervención con este tipo de pacientes. De hecho, las interrogantes subrayadas en los extractos precedentes otorgan luces sobre un sentimiento aparentemente medular en la vivencia contratransferencial de la clínica del suicidio, a saber: los clínicos experimentan la tendencia a implicarse en la dinámica transferencial desde lugar de *rescatistas*. Desde aquella respuesta emocional inmediata al contacto con los pacientes, quizá resumida en la pregunta que se hace Pablo: “**¿Qué es todo lo que puedo hacer...?!”,** que podría completarse con un “**¿...Para que mi paciente no se mate?!”,** pareciera desprenderse un lugar en la escena clínica en donde el terapeuta se implica en el papel de quien adquiere una importante responsabilidad, en la pregunta por la capacidad propia para *salvar de la muerte*. Expresando de forma latente la concepción de que el destino de su paciente dependerá de lo que él o ella haga -o deje de hacer- en el box. De este modo, emerge una posición difícil de sostener, vivida con intenso malestar, en donde parece ser precisamente la persona del terapeuta de quien dependerá el destino del paciente que padece de vivir.

Asimismo, cabe recalcar, como a continuación menciona Pablo, que el acompañamiento desarrollado por parte del clínico con su paciente que se debate entre la vida y la muerte parece llevarse a cabo en un clima emocional particularmente exigente, teñido por sensaciones propias de lo *fúnebre* y lo *mortuario*, siendo resaltada la experiencia de un *peso u hundimiento vital* que es descrito como una suerte de zambullida o buceo profundo intermitente en el mundo de los muertos. “Intermitente”, dado que se describe como un estado transitorio, al cual le asiste un rebote cuando parece relanzarse, en el box, algo del deseo del paciente y sus ganas de decir sobre otras cosas, otros lugares más teñidos de vida. En estos lugares el clínico reconoce para sí – y asume para su paciente- una posibilidad de *respiro*.

*“El **hundimiento vital** yo lo conocí ahí. Ahí supe cuál es la magnitud de eso. Lo digo como para pensar el peso, el peso de alguien que se está hundiendo, y un poco que te –bueno, cuando yo estaba en sesión con ella- **me llevaba un poco con ella misma**. Había algo ahí de la muerte muy, muy presente. Quizás por eso te hablaba al principio de este silencio más sepulcral o mortuario. Había **algo fúnebre** ahí en ese encuentro. **Pero también en algunos puntos había algo más cercanito a la vida. Yo creo que ahí podíamos respirar** cuando hablaba de sus intereses, de sus gustos” (Carlos).*

Si bien la anterior descripción tuvo una especificidad única dentro de los relatos de los participantes, se trata de una narrativa que da cuenta de aspectos pesquisados de manera latente en el relato de otros participantes. En efecto, todos los participantes hicieron referencia a la particular *preocupación y sensación de presión* en la interacción clínica con estos pacientes, acompañada siempre de una gestualidad concordante con lo que podría leerse como una *sofocación o ahogo* (manos en el pecho o garganta y encogimiento de los hombros), manifestaciones en franca concordancia con las experiencias de *hundimiento y respirar* descritas por Carlos.

Ahora bien, los participantes refirieron diferentes modos de afrontamiento de dichos afectos contra-transferenciales. Se exponen a continuación dos extractos asociados a distintos movimientos de los clínicos con una tendencia basal semejante, vale decir, la sobre-presencia o sobre-implicación del tratante como respuesta a la carga afectiva relacionada con la preocupación por el paciente:

*“Apareció, a propósito de su urgencia o de su gravedad, un mayor **furor curandis** en mí. Pero desde una cuestión creo que muy primaria, que apuntaba a esto de **querer ayudarla lo más posible**. Y creo que ahí en eso ella se resentía mucho (...) Quizás para ella **yo estaba demasiado ávido en ayudarla**” (Carlos).*

En este caso, el entrevistado describió la intervención con una paciente adolescente con una intensa convicción suicida que se mantuvo en idénticas condiciones en un proceso de terapia que se extendió por más de

un año y medio. En este caso, la dificultad clínica en el manejo de la paciente y los diversos esfuerzos del terapeuta por reinventar su abordaje, sin ver como resultado un movimiento del decir de la paciente, parecieron haber provocado una sobre presencia del tratante, vivida por la paciente como algo insoportable, y provocando su eyección de la escena a través de su abandono del proceso:

*“Lo que me costaba escuchar era que a pesar de todas las veces que habláramos de eso, **esa convicción estaba intacta**. No se movía ningún milímetro en términos fundamentales (...) Entonces era ‘Bueno, ¿Qué hacemos?’, por eso yo creo que tantas veces me reinventé, me reinventé y me reinventé, como para **tratar de sostener ahí**. **Hasta que ella ya no pudo más** y decidió, me comunicó, que no quería seguir viniendo a sesión conmigo”* (Carlos).

En el mismo sentido, Gabriela describió su respuesta de sobre implicación ante un paciente también adolescente y con acusada ideación suicida. En este caso, la terapeuta reportó una laxitud del encuadre horario de la institución, incluso llegando a ofrecer espacios de atención por fuera de los establecidos formalmente dentro de la semana. La entrevistada reportó que a pesar de estar advertida por sí misma y sus compañeros de trabajo de su tendencia a ocupar un lugar materno con sus pacientes –dada su propia relación con el concepto de maternidad- se vio de todos modos llevada a actuar desde ese lugar, guiada por la preocupación hacia su paciente. Cabe agregar que la ubicación de este lugar por parte de la tratante, según su relato, ha sido un componente repetitivo en su intervención con pacientes en riesgo de suicidio, provocando efectos en su vida familiar:

*“Yo nunca he querido ponerme en el lugar de la **madre sufriente**, pero sí, se repite (...) [Y] me costó la vida, en ese tiempo yo estaba trabajando de lunes a viernes y me pidieron que empezara a verlo los sábados, porque no tenían otro horario. Recuerdo esos años previos a la pandemia, yendo los sábados, así dos y media de la tarde y yo así como ‘¡**Tengo que irme a mi casa, tengo una familia!**!’”* (Gabriela)

Por otro lado, se describieron abordajes distintos respecto de estos afectos de preocupación por parte de los entrevistados Pablo y Nicanor. Ambos describieron maniobras clínicas que no se vieron traducidas, según el relato de los entrevistados, en una sobre-implicación clínica que haya producido efectos iatrogénicos para el paciente (como su abandono) o para el clínico (costos en la vida personal o familiar).

En el primer caso, Pablo describió que la preocupación es para él experimentada al mismo tiempo como un miedo a que el paciente cometa suicidio. Desde dicho afecto, el clínico describe un ejercicio de conversión de aquella perplejidad hacia una especial consideración en la intervención clínica, traduciéndose así en una disposición de alerta flotante a esta temática específica que le ha permitido anteponerse al acto suicida del paciente:

“[La preocupación] es como un miedo... El miedo yo siento que activa como valorar o ver cosas un poco a futuro, o anteponerse a cosas que pueden pasar (...) si hay una sospecha de uno [de ideación de suicidio en el paciente], hay que preguntarlo antes y que lo puedan contar permite que se puedan hacer planes de acción, pero hay que preguntarlo (...) El miedo yo lo traduciría como **estar alerta en la intervención**” (Pablo).

Por su parte, Nicanor, advertido de los peligros de la *actuación* desde los afectos contra-transferenciales, describió a la angustia como un paralizador de la capacidad de pensamiento. Al momento de experimentar la angustia, por ejemplo tras la develación de una ideación suicida por parte de un paciente, su respuesta se orientaba a la búsqueda de apoyo institucional a través de la discusión clínica del caso con sus compañeros de equipo. En este sentido, Nicanor trabaja con la máxima de que durante el proceso de atención de pacientes en riesgo de suicidio, él debe contar con un espacio para pensar en el caso y en las posibilidades de intervención. De este modo, al apoyo en el equipo se le atribuye una función de “respiro” para vislumbrar el fenómeno, posicionándose desde fuera de la identificación imaginaria angustiosa a la cual el clínico es llevado por su paciente:

“Pasar de actuar la angustia a intentar apoyarse con la institución, con los compañeros, quizás hablar con los compañeros de esta angustia para

*poder pensar, porque desde un punto de vista de la intervención no sacamos nada con actuar la transferencia. **Por lo menos yo tengo que estar disponible para poder pensar si es que la paciente no puede***” (Nicanor).

No obstante lo anterior, se torna relevante considerar que existen otros aspectos considerados por los participantes a la hora de la intervención con sus pacientes que dicen relación con dimensiones éticas sobre la legitimidad del suicidio como opción.

En el caso de Vicente, este describe la delicada tarea que le asiste al momento de empatizar con la idea de cometer suicidio manifestada por sus pacientes. Reconociendo allí su identificación, ante una historia vital desgarradora, en la expresión “quizá yo también lo estaría pensando”, viéndose movido a realizar intervenciones consideradas por él muy riesgosas, como la interpelación al paciente sobre los motivos por los cuáles no se ha quitado la vida, como teniendo en consideración que éste tuviera “todo justificado” para hacerlo. No obstante, el clínico evita esta intervención por los efectos para él podría tener la comisión efectiva del acto suicida por parte de su paciente, es decir, ya fallecido este último, pero con vida su terapeuta, una escena descrita con una tonalidad particularmente escabrosa:

*“Lo ético es como ‘¿Hasta qué punto uno puede juzgar, o no sé si juzgar, sino pensar si **no es el suicidio una salida válida?**’ (...) Tú escuchas la historia en las primeras entrevistas y lo que te están diciendo y es como ‘Bueno... Quizás yo también lo estaría pensando’ (...) Se me viene a la cabeza decirle ‘Bueno y ¿Por qué no lo has hecho?’, como que dan ganas de decirle eso (...) Bueno, lo llega hacer y ¿Cómo quedo, no? ¿Cómo sigo viviendo yo?’”* (Vicente).

Por su parte, Alejandra, en una reflexión de similar índole, se interroga por la autoridad del clínico para decirle o no al paciente cualquier cosa sobre su relación con la idea de morir o mantenerse vivo:

*“¿Quién es uno para **decirle al otro si se mata o no?**!”* (Alejandra)

Este “¿Quién es uno?!” resulta interesante debido a que parece venir desde el lugar del clínico y hacía sí mismo, es decir, en un movimiento que no pasa por el otro del paciente. Dado que, como se podría suponer dada la descripción de resultados asociada a la transferencia con pacientes en riesgo de suicidio, la pregunta siempre tendría que formularse como un: “¿Quién es uno para el paciente?”. Dado que es allí donde las palabras o los silencios del clínico aterrizan.

Por otro lado, esta breve frase contiene una pregunta interesante para el quehacer clínico del psicoanálisis. ¿Tiene el psicoanalista que decirle a su paciente que viva? ¿Puede decirle que se mate? ¿Debe el psicoanálisis pronunciarse sobre esto? ¿Empujar hacia la vida o renegar de ella?

A este respecto, Nicanor ofrece una reflexión compartida por la mayoría de los participantes, que cimienta la técnica clínica de intervención con estos pacientes: no se puede vivir sin deseo y sin el otro. Así como no se vive por orden del Estado. En este sentido, el clínico propone que la génesis de la intervención con los pacientes en riesgo de suicidio dice relación con la exploración de cuáles son los lazos que, aun con tanto malestar, lo mantienen atado al mundo de los vivos, señalando que de existir allí un otro “que valga” puede realizarse alguna labor clínica orientada a restituir algo así como la opción de vivir. En caso contrario, la tarea es “complicada”:

*“Nadie es quien para obligar a alguien a vivir, en principio. **Se vive por deseo, no se vive porque lo dice el Estado.** Se puede vivir por amor, por ejemplo, que es lo que uno intenta relevar en los pacientes suicidas, que es como ¿pero qué ha hecho que usted no se mate? (...) ahí hay un vínculo amoroso que sostiene, que de alguna manera está presente **la célula mínima**, que es que **hay otro**, que uno no es solo, es con otro. Pero claro, **cuando no está eso estás complicado**” (Nicanor)*

La labor clínica reseñada por Nicanor consiste en el ofrecimiento de una alternativa, una oferta que invite al paciente a la apertura del diálogo en donde se otorgue lugar al cuestionamiento por los diversos aspectos en la vida del paciente y cómo este ha llegado a pensar en el suicidio como la *vía única*. Este movimiento clínico encontraría sentido en el ejercicio de dividir o

ablandar la certeza del paciente de su monotemática moción de morir, confrontándolo con la existencia de otros contenidos vitales acerca de los cuáles el clínico se manifiesta ofertante y dispuesto a escuchar. Así, el clínico se propone como un *otro disponible* para recibir el decir del paciente, sea para donde sea que este apunte, mientras que en ese movimiento busca producir en él la emergencia de *otra vereda* en su acontecer psíquico, formando así una división que le permitiría al paciente fabricar desde allí nuevos lugares para habitar. Se trata entonces de un uno que se convierte en dos, para desde allí seguir contando:

*“Nuestra posición es que haya otra vereda (...) Ofrecer una posibilidad distinta, pero no desde el punto de vista de que no tiene que matarse (...) como una oferta, ‘sí, yo estoy aquí, soy un otro, puedo escuchar eso, pero también puedo escuchar otras cosas, y puede haber otros diálogos también’ (...) Porque **si hay una sola cosa [solo el deseo de morir] es imposible de analizar**. Se analiza por lo menos desde el dos. Si hay uno, ¿Qué se analiza ahí? Hay que dividirlo para analizar. Entonces, claro, me hace sentido **cuestionar por qué hay solo una vía, que sería la muerte.**”*
(Nicanor)

Si bien existe acuerdo a lo manifestado por Nicanor entre la mayoría de los participantes, cabe destacar la mención que realiza Alejandra para la intervención con pacientes que no reportan ninguna ligazón con la vida, ninguna vinculación que los “mantenga atados” o anclados a la vida. En este caso, en la misma lógica ya reseñada del ofrecimiento al paciente de un nuevo espacio para reparar la fractura con el lazo social, se trata de ofrecer al paciente un vínculo nuevo en el cual éste pueda sentir que vale la pena vivir. De la mano de experimentar el alivio de contar por primera vez con un “vínculo seguro”.

*“El trabajo terapéutico directamente es justamente abrir las posibilidades de que hay maneras, hay un espacio, hay formas, **hay un vínculo nuevo** que puede reparar algunas cosas anteriores y que también puede ser una experiencia de vínculo seguro”* (Alejandra)

Con todo, si bien fueron descritos diferentes abordajes en el terreno práctico respecto del manejo de los afectos contra-transferenciales experimentados a raíz de la intervención clínica con pacientes en riesgo de suicidio, así como de las respuestas de los clínicos a los posicionamientos transferenciales en relación a sus pacientes, es importante señalar que hubo acuerdo entre los participantes respecto de la relevancia crítica de contar con espacios de supervisión y análisis personal. La supervisión brinda un espacio para guiar al clínico en la intervención con su paciente, mientras que el análisis personal contribuye a la propia elaboración de la angustia del *no saber hacer* del mismo. De este modo, el análisis personal otorga la posibilidad de asumir una posición de castración frente al sufrimiento del paciente que, a la vez que aligera la angustia del clínico, atenúa también su omnipotencia poniendo límites de acción, guiándolo en la búsqueda de posibilidades de intervención con los pacientes. Estas dimensiones se reflejan en los comentarios de Gabriela, Nicanor y Carlos:

*“Voy a análisis todos los viernes de mi vida, eso y también empiezo a **poner límites** (...) Ese [el paciente] es otro, cuando uno puede entender eso, ahí las angustias bajan (...) Yo pienso que hay algo también de la decisión, ¿Me entiendes? o sea, si es que tú hiciste **todo lo posible**, no hay nada más que hacer, y será la decisión del sujeto; matarse o no matarse, terminar con su vida.”* (Gabriela)

*“El análisis me ha permitido el ponerme en tela de juicio, poder interrogarme más y soportar mejor **la posibilidad de no saber**, eso ha facilitado que yo pueda supervisar mejor. Tener menos miedo a decir ‘¡Chuta!, en verdad no cacho nada con este paciente, no sé qué estoy haciendo’”* (Nicanor).

*“Lo que me costaba escuchar era que a pesar de todas las veces que habláramos de eso esa convicción estaba intacta. No se movía ningún milímetro en términos fundamentales (...) Hablando con mi propia terapeuta o con mi supervisora, hablábamos también sobre cuáles son los **límites de intervención**”* (Carlos).

La función del análisis y de la supervisión expresada por los participantes parece ir directamente orientada al establecimiento de límites respecto de su trabajo clínico. Esta fijación de límites parece vivirse también como una confrontación con la asunción del no saber por parte del clínico, vale decir, su propia capacidad de quedar en falta en el juego analítico, de que no constituye un ente todopoderoso, y que, aún en esta empresa de ofrecerse como un *otro nuevo y seguro*, puede terminar fallando.

Lo anterior adquiere relevancia en virtud de que el análisis personal y la supervisión parecen permitir el cuestionamiento de sentimientos de omnipotencia y/o posible tendencia al *furor curandis* (un “ayudar” sin límites ni miramientos) en la práctica de los clínicos, los cuales encuentran en dichos espacios un lugar para pausar la acción e introducir el pensamiento. Es decir, otorgando otro espacio para pensar a sus pacientes de la mano de un Otro que, esta vez, tienen ellos para sí (el analista o el supervisor). “*No hay solo una historia dentro de un box*”, concluye el participante Mario al respecto. Y parece ser precisamente en los espacios de supervisión y análisis en donde el clínico encuentra a su propio otro para desplegar allí su propia historia y guiar la intervención con sus pacientes, intentando que en el contacto con el paciente en riesgo de suicidio no termine colándose harina de otro costal.

VI. Discusión

VI.i. La posición de orfandad: el desamparo y la falta del Otro.

Según lo reportado por los participantes, la posición subjetiva de los pacientes en riesgo de suicidio atendidos en sus respectivos COSAM se caracteriza por un tipo particular de relación al lazo social, marcada por una ruptura con el mismo. Esta desconexión o exilio de lo social sugiere una sensación latente de *desamparo*. Puesto que dicha disposición relacional acontece como un fenómeno profundamente marcado por la vivencia de abandono (por parte de pares, familia, “sistema” social y cultural). Los pacientes transmitirían así la escena de un sujeto “excluido”, dejado atrás por la cultura, como un miembro amputado del todo cultural. Hemos denominado esta posición subjetiva -y por cierto discursiva- como ***posición de orfandad***.

En lo reportado por los participantes, la atribución del sentimiento que deriva en acontecer como *huérfano de lo social*, se traduce en la vivencia de no contar con apoyo ni soporte por parte de un Otro que pudiera colaborar con su cobijo y protección a hacer de la propia vida algo más transitable.

Para ilustrar lo anterior, se vuelve necesario recordar lo señalado por Emilia y Gabriela al respecto:

“No había nadie que pudiera apoyarlos (...) un lazo social que es tan frágil que cualquier cosa puede venir a fracturar algo que está fracturado hace mucho tiempo” (Emilia)

“¡Imagínate hacer un acto suicida para nadie! (...) No hay padre, ni madre, ni tía, ni abuela, no hay nadie”. (Gabriela)

La desconexión con el lazo social acontece así como la exposición a un vacío respecto del cual el paciente no puede encontrar sujeción alguna (una *caída libre*), quedando desprovisto de puntos pivotes o plataformas para sostenerse. Así también, la constatación de que allí afuera “no hay nadie”, a lo que agregaríamos “no hay nadie **para mí**”, supone la sensible consideración de que, así como no hay soportes, tampoco hay miradas dirigidas a la existencia del paciente procurando su amparo o confirmación. Quedando así este ofrecido a la intemperie. Sin cobijo y sin ayuda y, sobre

todo, sin un lugar para “estar” ni menos para “ser”. La participante Alejandra resume esto del siguiente modo: **“No hay un soporte, no hay familia, no hay amigos, el siguiente paso es como no estar no más (Alejandra).**

La inherente soledad y vivencia de abandono a las cuales el paciente en posición de orfandad hace alusión, invitan a concluir que *allí donde hay orfandad, también hay desamparo.*

Para analizar el concepto de *orfandad* y lo que de él pueda llegar a vislumbrarse, se torna entonces necesario exponer brevemente una revisión respecto de este último –vale decir, la noción de “*desamparo*”- en el psicoanálisis.

En su *Proyecto de psicología para neurólogos*, Freud (1950 [1895]) proponía un estado particular de prematuración en la cría humana que convocaba en la misma, a raíz de la escasez de medios propios para propender la satisfacción de sus necesidades, la experimentación de una sensación de acusado desvalimiento, sentando las bases de una vital dependencia respecto del otro -la necesidad primordial del “*auxilio ajeno*”, dirá Freud (1950 [1895], p. 362)-, de quien ha de demandar (mediante llanto, grito o pataleo) soporte y ejecución de una *acción específica* que posibilite un fin temporal a la urgencia pulsional que el bebé no puede autogestionar.

La experimentación del desamparo en la vida adulta, entendida en el caso suicida como un no contar con el Otro ni ser visto desde su vereda, ofrece la escena de un llanto que rebota en la pared erigida por el abandono. Esa ruptura con el lazo social del que hablamos se trata entonces de la angustiante escenificación de un *llanto para nadie*. Respecto a esto, Rodríguez (2012) señala que la vivencia subjetiva del desamparo, muy lejos de solo estar ligada a la fase de prematuración del bebé, puede aparecer en momentos ulteriores del desarrollo humano, pudiéndosele re-experimentar incluso en la adultez, particularmente relacionada con experiencias traumáticas. El autor propone así que la vivencia primaria del desamparo implica una “situación traumática por excelencia generadora de angustia [en el adulto]” (Rodríguez, 2012, p. 42). En este sentido, la escena primaria de desamparo parece introducir en la vida psíquica una especie de “molde” para

la angustia, un recordatorio de la primera vez que se tuvo alguna noción del propio desvalimiento y de la urgente necesidad del Otro para salvaguardar la propia existencia y las condiciones de la misma. Si algo nos refleja la teoría es que una vida “no se salva” solo haciendo posible su nacimiento, sino que es preciso hacerle un lugar (mental, físico y ambiental) que esta pueda *habitar*. Un lugar desde donde se le posibilite el pensar y ser pensada, el ser acariciada, contenida y palabreada. Un lugar, en definitiva, en donde el que nació “pueda crecer” y “pueda ser”.

Desde el desarrollo anterior se podrá hipotetizar que la fractura del lazo establecido con este “Otro” (antes encarnado en la figura del cuidador, ahora encarnado por la sociedad en su conjunto, la cultura y el lenguaje), presente en *la posición de orfandad*, tendrá profundos efectos en la capacidad psíquica para habitar la existencia por parte de los sujetos, quienes sumidos en el desconocimiento de lo social tenderán a re-experimentar su propio desamparo original teñido de una profunda angustia de vivir con la sensación de no tener un sitio ofrecido por el Otro; la ausencia de un árbol al cual arrimarse.

Para dar cuenta de la relevancia del Otro en el desarrollo psíquico, Winnicott (1958) en su artículo “La capacidad de estar a solas”, introduce cruciales consideraciones sobre las particularidades de quien cumple la función de cuidador respecto del bebé. La presencia del Otro, señala el autor, le ofrece a la cría humana la devolución de su propia imagen como integridad, haciendo aparecer en el mismo la sensación de que existe, pues es visto por los ojos de quien lo cuida. Esta idea encuentra quizá una formulación más lúcida y clara en un texto posterior llamado “Realidad y juego”, en donde el autor -posicionado desde la perspectiva del bebé- señala la siguiente fórmula para la escena del reconocimiento propio a partir del Otro: “cuando miro se me ve, y por lo tanto existo” (Winnicott, 1971, p. 151). Este sostén de la existencia (aquel que falla en la *posición de orfandad*) constituye así un pivote para el posterior desarrollo de la capacidad para estar solo, pasando por vivir la experiencia inicial de estar a solas bajo el baño de la mirada de la madre. En dicho sentido, la presencia de este Otro viene a transmitir la imagen de un árbol cuya sombra protege al bebé de la angustia de su desvalimiento original

e inherente. Vale decir, ***el Otro y el vínculo ofrecido por este se vuelven desde el inicio las únicas garantías de supervivencia y enfrentamiento al desamparo***. Entonces, para que las condiciones de la capacidad de estar solo se cumplan, será precisamente este Otro quien deberá jugar el papel de un “ambiente protector” que transfiera en la cría humana la capacidad para pensarse como una entidad que posee existencia y lugar. En palabras del autor: “el individuo es capaz de llegar a la fase del {yo estoy} solamente porque existe un medio ambiente que lo protege” (Winnicott, 1958, p. 36). Esta fase implica no solo la instauración de la noción de existencia del propio cuerpo-soma como una entidad separada del Otro, sino que incluye también -y conduce a- la emergencia progresiva de una corporalidad psíquica unificada, una “imagen psíquica” singularizada, lo que solo puede encontrar condición de posibilidad en la capacidad de pensamiento independiente y de metabolización de la experiencia, desde luego atribuibles a la capacidad representacional que el lenguaje supone.

La adquisición del lenguaje quedará entonces asociada directamente al grado en que el Otro haga presencia en nosotros y a su vez nos haga aparecer en el reflejo propio que nos devuelve su mirada (*nos haga existir*). Pero, como se venía anticipando, cuando se habla de reflejo no solo se hace referencia a imágenes mudas, sino que a palabras y sentires, y con ellas -en primera instancia-, a la emergencia del pensamiento. El pensamiento tendrá su génesis primero desde la vereda del cuidador y luego será adquirido por el infante, representando quizá la ofrenda más significativa del Otro en la vida de todo humano; la que significa la habilitación para el lenguaje. ***El bebé tendrá entonces que ser pensado en una primera escena, para luego poder pensar***. Esto puede articularse en una sencilla formula: ***para ser sujeto para sí, hay que haber sido primero sujeto para Otro***. Lo que implica haber sido interpretado, tenido en cuenta como otro, representado con la consideración de que existe allí un-otro-mundo-interno, todo por cuenta de este Otro que hace las veces de sostén y de vertiente del mundo psíquico.

Siguiendo los postulados de Winnicott, Hornstein (2017), se refiere a las condiciones descritas en el párrafo antecedente como funciones vitales a desarrollar por el “ambiente protector”. La falla en estas condiciones,

atribuible al paciente en *posición de orfandad*, podrá provocar un impacto negativo en el ulterior desarrollo del *mundo –o de la función- representacional* en el bebé. Señala Hornstein (2017):

Si las figuras primordiales no pueden metabolizar la experiencia mental del niño lo privan de los cimientos necesarios para llegar a construir un mundo representacional. Las señales del bebé son interpretadas por la madre capaz de pensar sobre los estados psíquicos subyacentes a los afectos. [La madre] No solo [desempeña una] función especular sino [de] interpretación y comunicación con su bebé. [Un] Trabajo de simbolización compartida que prepara para la adquisición del lenguaje (p. 4).

El trabajo de “simbolización compartida” al que hace referencia el autor supondrá una labor crítica a desempeñar por el Otro en la crianza del bebé. En la misma, el trabajo de inscripción de la experiencia jugará un papel de suma relevancia. Lo que significa que a través de la metabolización que el Otro hace de uno, es que uno comienza a metabolizar lo propio. En términos etológicos, podría decirse que así como todo cachorro aprende a cazar viendo a su madre cazando, *el bebé adquiere también la capacidad de “hacer lugar” psíquico a su experiencia mediante su percepción de cómo ésta es, en primer lugar, metabolizada por la mirada de su madre. Quien respecto de su acontecer vital tiene la posición de testigo e intérprete.*

La capacidad de pensamiento y de inscripción de la experiencia cumplen así una función de sujeción tanto del mundo interno como del externo. Sujeción tal que permite la articulación, manipulación y registro de los distintos objetos repartidos en la existencia. Componentes dispuestos siempre en relación del sujeto con el Otro.

El fracaso en la labor de inscripción de la experiencia tendrá como implicancia la incapacidad –o, al menos, una acusada dificultad- para dar forma y sitio a las experiencias y a los afectos primarios, obstruyéndose así la ilusión de unidad y de orden o “estabilidad” psíquica; una suerte de disposición imaginaria en la cual los objetos del mundo sensible tendrían un correlato psíquico, encontrándose categorizados y dispuestos en “continuidad”.

Esta incapacidad se verá traducida en el adulto, según Rodríguez (2012), en una dispersión psíquica vivida con intensa angustia, asociada a la sensación de una separación -o ruptura- respecto del Otro, transmitiendo una escena de profunda vivencia de soledad y abandono, desde donde el sujeto experimentará con significativo malestar su continua tendencia al “fallo psíquico” como embestida constante de la amenaza de no pertenecer, no tener lugar y, finalmente, de no poder sujetarse a la existencia, como en el caso de quien, desde la *posición de orfandad*, se encuentra en caída libre en el vacío dejado por la ausencia del Otro. A este respecto, señala la autora:

Cuando fracasa la unidad y se produce un fallo de inscripción, la dispersión angustiante rompe al sujeto y lo quiebra, siendo la experiencia de la soledad una de sus características. Un fallo psíquico (...) puede provocar que en la construcción de su subjetividad el sujeto se haya sentido amenazado en su pertenencia a la estirpe. Las experiencias de abandono y de separación pueden inyectar en el sujeto la sensación de estar sin salida (Rodríguez, 2012, p. 43).

Con todo, las consideraciones hasta aquí expuestas, a saber; del desamparo original, de la profunda relevancia del Otro en la labor de unidad para con el bebé, así como el proceso de adquisición del lenguaje y del pensamiento, nos llevan a suponer que en la posición de orfandad adjudicada a los pacientes en riesgo de suicidio acontece una respuesta -o implicancia- subjetiva respecto del fallo del Otro en la habilitación de un lugar para pensar y para pensarse, vale decir, la negación de “un lugar para ser”. ***Lo anterior puede operacionalizarse también como un lugar vacío allí donde el deseo del Otro, como soporte para la existencia, debiese haber llegado.*** En términos concretos, esta ausencia se puede traducir en una importante dificultad para la tramitación psíquica de la propia experiencia vital, vale decir, tanto términos “mentales” como sensoriales, así como una acusada incapacidad para unificar la historia de un modo continuo, tendiendo a la angustia de dispersión psíquica propia de las experiencias de desamparo originales. Estas vivencias –las de desamparo- parecen haber quedado para siempre próximas e inacabadas, dado que allí donde alguien debía llegar para dar cobijo y contención a la angustia, lo que se obtuvo fue vacío, escasa noticia de los límites propios y la ausencia de una mirada dirigida hacia un

más allá del cuerpo propio como pedazo de carne. Es decir, la falta de un Otro que le hubiere otorgado a la existencia no solo la suposición de una calidad de sujeto, sino que la urdimbre y la expectativa de un *proyecto identificador*, concepto que retomaremos a continuación para dar paso al análisis de la contraparte de la posición de orfandad, vale decir; la posición de *testigo* asumida por el clínico.

VI.ii. La posición de testigo: historización, contención y reflejo.

En base a lo reportado por los participantes, no solo se constata una posición subjetiva particular en el caso de los pacientes en riesgo de suicidio –léase; la *posición de orfandad*-, sino que del mismo modo acontece en el terapeuta cierto posicionamiento que emerge como contrapartida o respuesta ante la misma. A esta última remite la ***posición de testigo***.

En este apartado, se ofrece un desarrollo teórico que pretende otorgar fundamento a la *posición de testigo* como una estrategia de manejo transferencial que persigue funciones particulares en el tratamiento de pacientes en riesgo de suicidio y, a su vez, implica la puesta en juego de maniobras clínicas específicas, orientadas a la apertura de un lugar para habitar al sujeto del paciente, desde donde éste pueda venir a continuar el ejercicio de escritura de su propia historia.

Para los fines anteriormente señalados, se desprende una articulación teórica sobre distintas pero complementarias teorizaciones provenientes del mundo psicoanalítico. Se inicia con el desarrollo del concepto de *proyecto identificador*, resaltando función crítica de la madre como espectadora (expectante), pasando por la introducción de la metáfora de la escritura (historización) y la relevancia de un *soporte narcisizante* y sus efectos en la capacidad de simbolización, advirtiendo a su vez las posibles implicancias del *mandato de no nacer* (atribuible a la vivencia subjetiva de la orfandad), para proseguir con la exposición de la hipótesis del suicidio como búsqueda de inscripción. Finalmente, se propone al clínico situado en posición de testigo como la representación de una opción al camino del acto, vale decir, la de una brecha de simbolización (que apunta a la inscripción). Para la consecución de esto último, se da paso a una descripción articulada con los

reportes de los participantes, de las principales funciones de la posición de testigo, a saber, la *función de contención* y la *función de reflejo*.

A propósito del recorrido anteriormente descrito, se articulan a continuación preceptos teóricos trabajados por Aulagnier (2015) Rodríguez (2012), Hornstein (2017), Aceituno (2010, 2018) Freud (1905 [1901], 1912), Winnicott (1990) y Anzieu (1998).

El proyecto identificador y la potencialidad de representación.

A raíz del análisis de un caso clínico, la psicoanalista Piera Aulagnier (2015) otorga luces sobre las implicancias que para un *infans* podrá tener la ausencia de reconocimiento y de presencia por parte de su cuidador. En su desarrollo teórico, la autora utiliza el concepto de *proyecto identificador* para hacer mención a la *historia* mediante la cual el yo del bebé es “contado” desde antes de su nacimiento y luego de él. Para Aulagnier, ***el lugar de la madre juega un papel trascendental como primera narradora y espectadora: constituye la prueba de que allí donde hay bebé, también hay un sujeto portador de una historia, sobre el cual recaen también deseos y expectativas***. En aquella tarea, la madre terminará por transmitirle al yo del bebé que desde antes que él hubiera tenido noción, él mismo tuvo la propiedad de un pasado, un *ya ahí* desde el cual le sea lícito venir a pararse. Señala la autora:

Este «ya ahí» de un tiempo vivido: el yo tiene que poder pensarlo, tiene que creer que posee su historia (...) El discurso de la madre, cuando le cuenta la historia de su propia relación con el bebé que no es más –historia más o menos verídica, más o menos inventada-, le hará pensable ese antes que se convierte en la prueba de la expectativa de la madre, de su deseo (Aulagnier, 2015, p. 208-209).

El bebé tomará así, como *pruebas*, a las primeras identificaciones maternas contenidas en el discurso de su historia, confiriéndoles a estas el estatuto de un grupo de coordenadas que serán un punto partida (un *desde donde*), respecto de las cuales su propio devenir psíquico tomará, como pueda, algún rumbo posible. La autora vendrá a señalar que dichas identificaciones contendrán el material con el que el bebé verá escrito “el primer capítulo de su libro de historia” (Aulagnier, 2015, p. 209). Esta “materia

prima” para los cimientos psíquicos –la tinta para la escritura, siguiendo la metáfora del libro usada por la autora- no será otra cosa, por cierto, que la expectativa deseante de la madre. Quien, de la existencia de su bebé, tomará la postura de un testigo.

Finalmente, la psicoanalista aportará cruciales consideraciones sobre las implicancias estimables para los sujetos que atravesaran una infancia marcada por la ausencia de una historización contenida en un proyecto identificador producto del deseo, concluyendo que para estos sujetos la muerte se erigirá como un mandato latente:

Este hijo advertirá muy pronto que un enigmático silencio lo mutila de las raíces, las únicas que pudieran anclar su tiempo en un suelo firme y, al mismo tiempo, que el discurso que le hacen sobre su «devenir» (...) no se acompaña de la esperanza narcisista que pudiera convertirlo en un proyecto identificador (...). Por eso para estos sujetos el riesgo de muerte está presentificado por ese mandato de no nacer y de no ser, que estaba ahí desde el origen, y que se ha transgredido puesto que se vive. (Aulagnier, 2015, p. 212)

Este mandato de no ser, atribuible a la dinámica psíquica representada por los pacientes en *posición de orfandad*, parece operar en el sujeto como una profunda dificultad “para ser” y para habitar un mundo que parece no haber pedido ni esperado su nacimiento. Una causa aparentemente *sin causa*, en tanto no advierte pruebas de la expectativa de ningún Otro que le sirva de testigo. Así, la vida misma puede presentarse como un incumplimiento -o una transgresión- de esta norma original que le vetaba su paso al mundo de los vivos, volviéndolo -en tanto vive- un *desecho viviente*.

En base a lo trabajado por la autora, la idea de ser un *proyecto para nadie* parece erigirse en torno a la idea de ser un desecho. Así también, la latente sensación de portar una *historia sin sentido* o una historia *en blanco* (un archivo no disponible) parece tener un profundo efecto en la capacidad de tramitar y escribir la propia existencia vital de los sujetos en cuestión (Aulagnier, 2015).

Los autores hasta aquí revisados (considerando lo trabajado en la *posición de orfandad*) nos confrontan concretamente con la idea de que el

rumbo del sujeto y su destino estará sensiblemente ligado a las primeras identificaciones y al grado de presencia y sostén del Otro en estas fases críticas.

En la misma línea que Aulagnier (2015), Aceituno (2010) atribuye al trabajo de *historización* facilitado por el Otro, un papel crítico en el desarrollo psíquico. Designando a la capacidad para dar curso a la escritura y simbolización de la experiencia mediante el concepto de *potencialidad de representación*, en el que engloba no solo a la capacidad de pensamiento, sino también a la de juicio y a la de memoria:

La subjetividad reclama una alteridad desde la cual puede[a] constituirse (...) Esta relación al Otro –o *desde* el Otro- ha de ser pensada no solo lógica o míticamente; ella involucra una presencia, un espacio donde este sujeto-otro, mediante su propia capacidad de juzgar –y de *juzgarse*-, permita en quien recibe originariamente sus marcas, sus “inscripciones”, sus identificaciones (primarias) la institución de una *potencialidad* de representación, de pensamiento, de juicio y de memoria (Aceituno, 2010, p.75).

La *potencialidad de representación* tendrá que ver entonces con la posibilidad del sujeto de esgrimir mecanismos complejos de simbolización, como la capacidad de juzgar y juzgarse, así como la de crear memoria y con ella, según desarrolla Aceituno (2010); dar paso a un trabajo de *historización*.

En dicha dinámica, las “marcas recibidas” desde la alteridad que, según la cita, se involucra en *presencia* y como *espacio*, harán referencia a los procesos de simbolización que el Otro realiza sobre el sujeto en crecimiento. Vale decir, al grado en que el sujeto se vuelve en sí mismo un objeto de representación y de identificación por parte de este Otro. Desde allí, señala el autor, el sujeto podrá pensarse a sí mismo como una unidad inscrita en un tiempo y en un espacio histórico determinado:

[El sujeto] Antes de inscribir sus objetos de investidura y de identificación ha debido ser tomado él mismo como objeto de identificación por uno o más otros que garanticen, aun mínimamente, su lugar en el tiempo y el espacio de la historia (Aceituno, 2010, p. 70).

Así, el tránsito a la capacidad de simbolización y de inscripción podría formularse articulando las siguientes 3 premisas: **(1) Para el Otro existo y cuento:** El Otro me mira, me piensa y de mi existencia, así como de la propia, sostiene un juicio y una memoria, me “registra” y así me inscribe en la existencia; “me cuenta”. **(2) Soy algo distinto de ese Otro:** Si el Otro me piensa, y de mí sostiene un juicio y una memoria, esto solo es posible si existe cierta distancia entre él y yo, vale decir, para este Otro yo mismo soy un yo-otro y, finalmente, **(3) Yo existo y cuento para el Otro y soy algo distinto de él, por lo tanto así como fui pensado, yo mismo puedo pensarme y pensar a los Otros, esgrimir juicios e inscribir memorias respecto de mí y de ellos.**

Es entonces, a partir de la integración de la mirada del Otro que el propio yo puede comenzar a mirarse a sí mismo, a hacerse *un lugar para sí*. Volviendo a la metáfora del libro de Aulagnier (2015), diríamos: *Así como, en un inicio, Otro escribió en mi libro, desde aquí yo mismo puedo hacerle de relevo y escribir mi propia historia. Eso siempre que él se mantenga mirándome y me brinde su soporte.*

El soporte al cual se hace mención, no es otro el *soporte narcisizante* que, según Aceituno (2010), brinda el Otro en este trabajo de constitución psíquica. *Narcisizante*, toda vez que implica la dirección de cierto deseo dirigido al sujeto en crecimiento, el que le proyecta al mismo la vital sensación de que la vida propia, en sí misma, vale la pena de ser vivida pues constituye algo de valor para Otro (Aceituno, 2010). ***Para Otro que es testigo, agregaremos, de la existencia de quien crece y que con su deseo aporta pruebas de su valor intrínseco.***

De este modo, es del todo plausible sustentar la hipótesis de que la ausencia de este Otro (que con su deseo y presencia testimonia el valor de la existencia propia), respecto del cual el paciente en riesgo de suicidio ha quedado huérfano –vale decir, en “posición de orfandad”–, causaría efectos significativos sobre la capacidad del sujeto para habitar el mundo de los significantes y de los objetos, profiriéndole dificultades para la simbolización de su recorrido vital como una unidad histórica integrada y continua.

El “acto” suicida y la hipótesis de búsqueda de inscripción.

A partir de lo hasta aquí trabajado, a saber; sobre los profundos efectos psíquicos de la ausencia de un Otro-testigo en la capacidad de historización y de simbolización de la experiencia, el acto suicida podría ser entendido como un intento por dar lugar a aquellos recortes o pasajes de la vivencia que no han pasado por una debida inscripción psíquica, los que no se ofrecen como algo *tramitable* (simbolizable, siquiera “*pesquisable*”) para las condiciones estructurales del aparato psíquico del sufriente suicida. Las cuales, como se ha desarrollado, contarían con una acusada merma en su capacidad de *digestión psíquica*. El suicidio proyectaría así la imagen, coincidiendo con lo trabajado por Aceituno (2018)⁶, de una búsqueda desesperada de inscripción en el acto, de aquello que no pudo ser inscrito en el orden del pensamiento. Como un esfuerzo, al fin y al cabo, por otorgarle un lugar a aquello que hasta el momento ha quedado en la nada –no advertido por lo simbólico- y que incomoda. Una salida de emergencia que es también una renuncia a la posibilidad de simbolización, evitando la representación y dando paso a su puesta en escena en lo real.

La consideración anterior propone desde luego una escena en donde un componente que pudo haber encontrado salida o lugar por la vía del pensamiento termina mudando su preferencia por la vía de la actuación. Lo que abre la necesidad de tratar, al menos sucintamente, lo que del “acto” se puede entender desde el psicoanálisis.

Es preciso señalar que la idea de la posibilidad de sustitución del pensamiento por el acto constituye una materia tratada por el psicoanálisis desde sus inicios. Ya en 1901, Freud hacía referencia al concepto de *agieren* (actuar o *puesta en acto*) en sus observaciones clínicas respecto del proceso de análisis de su paciente Dora. En este contexto, Freud (1905 [1901]) estima que el abandono del proceso de análisis por parte de Dora constituye un acto que opera como sustituto del paso al pensamiento y su consecuente verbalización en el proceso de cura. Según la lectura de Freud, en la acción

⁶ Contenido en el apartado “Suicidio como búsqueda de inscripción” en el Marco Teórico.

de interrumpir su análisis, su paciente se procuraba inconscientemente la evitación del afrontamiento de sus propias fantasías y deseos de venganza dirigidos hacia el señor K (de quien, como señala el autor, ella misma se había sentido abandonada y traicionada). Freud habría ocupado un lugar de sustituto transferencial para este último. Así, en la escena del abandono de Dora, según concluye Freud (1905 [1901]), esta “actuó {*agieren*} un fragmento esencial de sus recuerdos y fantasías, en lugar de reproducirlo en la cura” (p. 104). De tal modo, presa de la compulsión a la repetición terminó sustituyendo el discernir por el actuar. En palabras de Muñoz (2009), el *agieren* constituye en definitiva “un modo de recordar en acto” (p. 180).

La “reproducción en la cura” (el *discernimiento en análisis*) de dichos contenidos inconscientes y la evitación de su transmutación en acto constituye para Freud uno de los principales desafíos técnicos en el manejo de la transferencia. Unos años después del escrito sobre Dora, en 1912, Freud escribe un artículo titulado *Sobre la dinámica de la transferencia*, en donde subraya las condiciones opuestas (en el sentido de oponentes) entre la dirección del empuje de las mociones inconscientes y el analista, señalando que las primeras “no quieren” ser recordadas, sino que pujan por ser “reproducidas” (o “actuadas”) ya sea real o alucinatoriamente (como en los sueños), mientras que por su parte el analista desarrolla un esfuerzo por propender a que estos mismos contenidos encuentren un lugar de palabra en el proceso de cura y que, en tanto recuerdos, pueda de ellos discernirse un cierto “valor psíquico” para su integración al continuo psíquico (Freud, 1912).

Para los fines aquí perseguidos, el análisis del concepto freudiano del *agieren* brinda coordenadas que hacen pensable el suicidio como un acto que, como se señalaba anteriormente, sustituye a un proceso de simbolización. No obstante, lo “actuado” en Freud no constituye lo “no inscrito”, como en el caso que se intenta tratar aquí respecto de los pacientes suicidas, sino que hace referencia a lo “reprimido”. Si bien en ambos casos se trata de una sustitución de que allí donde podría haber pensamiento y elaboración en la cura existe un acto que reniega y corta la vía de la palabra. Se trata de contenidos de distinta naturaleza: lo reprimido no es homologable a lo inscrito.

Para esclarecer lo anterior, Aceituno (2010) señala que mientras que lo reprimido “permanece como patrimonio y recurso para el trabajo rememorativo y para la apertura permanente a la *traductibilidad* de la experiencia vivida” (p. 72), vale decir, se presta como material siempre expectante (“*en la banca*”) para encontrar una apertura a la consciencia (ya sea dentro o fuera de un contexto de análisis), lo no inscrito dice relación con aquello no percibido ni tramitado, aquella vivencia no advertida por el aparato psíquico. Principalmente se hace referencia a una *experiencia no experienciada*, y, por consiguiente, no aparejada a un valor psíquico particular asignado ni a un “lugar” específico en el orden histórico y simbólico del sujeto. En este sentido, mientras que lo reprimido debe dilucidarse a fuerza de interpretación y traducción de las formaciones del inconsciente, lo no inscrito aparece (*se inscribe*) por obra del trabajo de historización al que el paciente se somete –idealmente– en un proceso de análisis (Aceituno, 2010), función que, según veremos más adelante, será atribuible al clínico en posición de *testigo*.

Con todo, es preciso señalar que en el trabajo de inscripción de la experiencia, el analista deberá jugar el papel de este Otro que falló en presencia y que dejó un puesto vacío allí donde el sujeto del paciente debía arrimarse para constituirse (Aceituno, 2010). Entonces, en el trabajo con pacientes en riesgo de suicidio pesquisado en lo reportado por los participantes, una de las funciones preponderantes del analista se encuentra encauzada en la restitución de la capacidad simbolizante averiada del sujeto, apuntando hacia la apertura de una brecha de simbolización que separe las aguas entre el sujeto y su tendencia al acto. De modo que **esta brecha representará también el ofrecimiento de un lugar en donde este sujeto pueda venir a constituir, contar, repasar y discernir su propia trayectoria histórica**. Adviniendo un momento en que el analista será llamado a tomar una posición de testigo del sujeto en riesgo de suicidio. Testigo en tanto dará cuenta y confirmación de la existencia de su historia y se ofrecerá como un Otro para hacer de espejo y otorgar así un lugar psíquico a las experiencias del sujeto.

Finalmente, cabe recalcar la consideración de que el presente estudio no pretende totalizar de manera omnicomprendiva el abordaje y entendimiento clínico del fenómeno suicida, sino más bien, otorgar un sustento teórico al hallazgo generalizado en lo reportado por los participantes respecto de la población específica a la que se hace mención. De modo que las reflexiones y articulaciones teóricas vertidas en este análisis podrían no ser aplicables en otros contextos o casos.

Las funciones de la posición de testigo.

Tras el desarrollo previo, que buscó dar sustento teórico a la posibilidad de pensar a la *posición de testigo* como una estrategia clínica ofrecida en respuesta a la *posición de orfandad*, se procede a continuación a esclarecer y describir las principales funciones de la misma, derivadas del análisis de los resultados, a saber; las funciones de *contención* y de *reflejo*.

De este modo, las funciones desarrolladas en la posición de testigo asumidas por el clínico, discernidas a través del análisis de lo reportado por los participantes, dicen relación con las *funciones de contención y de reflejo*.

Previo a su descripción, es preciso señalar que, según lo pesquisado en el análisis de las entrevistas, estas dos funciones no sostienen una relación de exclusión entre sí, tampoco se presentan como etapas diferenciadas o progresivas en la atención clínica, sino más bien se desarrollan de manera simultánea en el abordaje por parte de los participantes de pacientes en riesgo de suicidio.

Ahora bien, se vuelve pertinente señalar que las dos funciones, aunque distintas entre sí, son similares en torno a su dirección “constituyente” del psiquismo del sujeto suicida. En este sentido, se ha identificado una íntima relación de las mismas con el concepto de “*holding*” acuñado por Winnicott (1990), toda vez que, como se mostrará, las funciones del *testigo* se destinan a amparar, unir y sostener la experiencia vital y subjetiva del sufriente.

Enunciadas así las consideraciones precedentes, se ofrece a continuación una breve descripción de las funciones de *contención y reflejo*:

Por ***función de contención*** se entiende a la toma de una disposición interesada y ofertante a la escucha por parte del clínico para con su paciente. Esta función hace referencia a un proceso de sostenimiento del psiquismo del paciente, acogiendo y “almacenando” sus vivencias para insertarlas en un orden continuo consistente. La *contención* en este sentido, hace las veces de un doble juego; por un lado *se contiene* en el sentido de continente/contenido a la historia del paciente –se recuerda aquí a las menciones realizadas por los participantes como la de ser un contenedor o incluso “un basurero” que resista y a que a la vez “guarde una parte de la historia del paciente”- y por otro, se le da forma al propio trabajo de historización del sujeto a través de la envoltura que provee la escucha y la presencia sostenedora del clínico. Este trabajo técnico importa la imagen de una segunda piel (o piel auxiliar), que viene a darle forma al cuerpo psíquico del paciente, en búsqueda de conducirlo hacia lo que Anzieu (1998) definía en su obra *El Yo Piel*, como un “estado de unidad y solidez” (p. 109) representado en la marcación de un límite corporal para la dispersión libidinal del bebé (vale decir, la sensación de desamparo).

En este sentido, mientras que para el autor en primera instancia es la madre quien representa este *yo-piel*, particularmente a través de sus manos (Anzieu, 1998), en la clínica suicida es el clínico quien restituye esta función dando sostén a la experiencia psíquica del cuerpo y la historia del sujeto, ofreciendo un ambiente facilitador para dar paso a la apertura de una tregua a la urgencia del síntoma y del malestar de vivir.

La asunción de la *función de contención* implica desde luego una disposición relacional y afectiva específica, asociada a la marca de una presencia cobijadora, no enjuiciadora y, sobre todo, otorgadora de cierta confianza. La labor de contención se orienta hacia la oferta de un lugar, de un espacio para que el sujeto pueda decir, desplegar y habitar su historia ante la mirada de un Otro *actualizado*, una alteridad que desde *lo actual* se posiciona en un lugar sensiblemente marcado por una ausencia. A dicho aspecto hace referencia Aceituno (2010) cuando señala que “una confianza mínima en esa alteridad es requisito para que el sujeto, especialmente el que

está “en formación”, pueda no perderse en los laberintos de su propio enclaustramiento (p. 75).

El *enclaustramiento vital* surge entonces, como respuesta ante la vivencia de no haber contado con esta alteridad confiable para constituirse. Un pasado teñido por la frase que repiten los participantes: *no había ni hubo nadie*.

Respecto de lo anterior, un ejemplo de la función de contención se pone en juego en la siguiente frase enunciada por la participante Alejandra: “Mi trabajo es **contener y aguantar** esto, *aguantar la crisis, como aguantar, dar espacio de contención, abrir el espacio para que se genere cierta confianza y credibilidad, podríamos decir, y que no se vuelva a romper el vínculo, como de que no repetir la historia otra vez*”.

Por otro lado, aunque simultánea con la función de contención, se despliega la **función de reflejo**, la que consiste en una labor de indagación, confirmación y devolución de los distintos pasajes históricos de la vida del paciente con objetivo de dar paso a su discernimiento y a la atribución de valor a los acontecimientos no inscritos de su vida.

Los participantes describen esta función como una *devolución de lo humano*, en el sentido de que en la aplicación de esta función enfocan y dirigen la mirada hacia el paciente en tanto sujeto que ha vivido y que tiene algo que decir sobre su camino recorrido. Así, la asunción de la función de reflejo se asocia a una indagatoria por aquello que el paciente tiene que decir respecto de lo que le pasa y de lo que le ha pasado (esa experiencia no-inscrita), desarrollando incluso ciertas intervenciones tendientes a restituir la relación entre diversas circunstancias y sus cargas afectivas asociadas. Como el caso de la participante Emilia, quien narra el estilo de su intervención con un paciente de una biografía marcada por una profunda desligazón del Otro como sostén, con historia de calle, abandono familiar y vinculación con el SENAME en su infancia. En este caso, la función de reflejo se representa en la respuesta de Emilia ante un relato des-afectivizado de instancias difíciles y crudas de la propia vida (específicamente el recuerdo de la vida

ligada al mundo de la calle). Emilia indaga: “¡Oh!, *que difícil esto que viviste, que fuerte, ¿Cómo sobreviviste? ¿Pero hace cuánto fue esto?*”.

La valoración de lo *difícil* y lo *fuerte* contenido en el relato del paciente, le brinda a este la confrontación de una imagen respecto de cómo él mismo es escuchado por Otro que no retrocede ante la angustia de su contenido, sino que le interpela y no desvía la mirada. La restitución de un lugar en el deseo del Otro se pone en juego en la apreciación afectiva respecto de la historia que ha significado su vida, vale decir, *lo que el paciente ha pasado hasta llegar aquí*. La pregunta por el *cómo* invita a la vez al paciente a volver a revisar sus circunstancias valorando las capacidades que, a pesar del abandono en el cual se ha desenvuelto, lo han mantenido en pie hasta ese momento.

Finalmente, la pregunta por el tiempo, representada en el *¿Pero hace cuánto fue esto?*, surge como técnica terapéutica destinada al ordenamiento y categorización de las vivencias en la unificación de un relato histórico unificado. Diremos, la búsqueda de la devolución de una imagen especular completa y acabada.

Lo mismo se representa en la narración del participante Nicanor, quien señala un largo proceso de intervención con una paciente con consumo en grave riesgo suicida, resaltando que su intervención tuvo el sentido de “*ordenar la historia que ella tenía con la droga*”, cuyo consumo la acercaba cada vez más a la muerte, y discernir en esta historia la “*función que ella [la droga] tenía para soportar sus pérdidas*”. En este último ejemplo, la función de reflejo y de contención facilitan el trabajo de inscripción de un contenido (las pérdidas de seres queridos) que hasta ese momento se actuaba (a través del acto mortífero del consumo exacerbado), produciendo así una *brecha de simbolización* ofertada como una posibilidad de ensamblaje de la experiencia psíquica del paciente.

Con todo, las funciones de reflejo y de contención se erigen como las principales herramientas utilizadas por el analista en posición de testigo, puestas al servicio de la reconstrucción de una historia, en tanto le permiten poner en juego y maniobrar a través de la palabra una verdadera excavación

arqueológica (cómo lo hacen las *testigueras* con la tierra) y un consecuente análisis y restauración del terreno en el que se trabaja.

Finalmente, cabe señalar que las maniobras clínicas utilizadas en el trabajo con pacientes en riesgo de suicidio por los participantes implican una alta exigencia emocional y cognitiva, la que a su vez plantea la necesidad de contar con un espacio propio de análisis y de supervisión, puesto que, como se desarrolló en la síntesis de resultados, la posición de testigo no constituye la única respuesta a la encrucijada transferencial de estos procesos de análisis. Así, se describen y problematizan a continuación las principales estrategias clínicas para el manejo de los fenómenos transferenciales reportadas por los participantes.

VI.iii. Maniobras clínicas: abordajes de la transferencia

Respecto de las implicancias afectivas suscitadas a raíz de la intervención clínica con pacientes en riesgo de suicidio, fueron reportadas por los participantes principalmente sensaciones asociadas a la ansiedad y a la preocupación, afectos relacionados tanto con la eventualidad de que sus pacientes cometieran suicidio como con la posibilidad de “no estar haciendo todo lo posible” en sus intervenciones con los mismos. Asimismo, se pesquisó la narración de un particular “clima” o “ambiente” propio de las sesiones con pacientes en riesgo de suicidio grave, en donde fue descrita una “sensación de hundimiento vital”, la que se ve contrarrestada mediante la aparición de diversas temáticas por parte del paciente –ya no asociadas al suicidio-, transmitiendo la idea de una salida o “respiro” momentáneo. La dialéctica entre estos dos lugares (el lugar en donde se está hundido y el lugar en donde se respira), unida a la experimentación de intensas emociones como la ansiedad y la preocupación, posibilitan la representación del “tema suicida”, desde una óptica transferencial, como un suceso particularmente desafiante, provisto de una significativa carga o “peso” afectivo.

Así, la pesquisa del reporte referido a la alta carga afectiva contratransferencial asociada a la clínica suicida, ya anticipada por los autores consultados (Gabbard, 2003; Flechner, 2008; Unzueta, 2018), confirma la consideración de que, en términos de manejo transferencial, la

clínica suicida demanda un acabado manejo teórico y técnico como variable crítica por parte de los terapeutas en cuestión. Considerando, desde luego, la importantísima relevancia -y exigencia ética- de contar con espacios tanto de análisis personal como de supervisión clínica, tal y como señala la bibliografía revisada (Gabbard, 2003; Flechner, 2008; Aveggio, 2013; Bussolari et al., 2013; Borgogno, 2016; Dunster-Page et al., 2017; Unzueta, 2018).

En cuanto a esto último, se pesquisó la concordancia compartida por la mayoría de los participantes (8 de 9) de sostener en la actualidad tanto instancias de supervisión como de análisis personal en donde fue destacada la utilidad de la segunda para la primera en función del tratamiento de sus pacientes. Lo anterior, en el sentido que los participantes comentaron que sus instancias de análisis personal les permitían el poder exponerse y confrontarse con el **“no saber” de su práctica**, promoviendo así la aceptación de dicha ansiedad y preocupación para trabajar en ella en sus instancias de supervisión. Vale decir, la importancia capital del análisis propio sostiene la consideración de una especie de *habilitación* para el trabajo de supervisión. Esto en la medida que la asunción del no saber parece hacer emerger la proyección de ciertos límites de intervención, atenuando la omnipotencia (y omnipresencia) de los clínicos.

Así mismo, se le atribuye a la **posición de testigo**, descrita en el acápite anterior, en tanto solución técnica a la encrucijada contratransferencial, un lugar privilegiado dentro de los abordajes de los efectos transferenciales implicados en la clínica suicida, toda vez que en ella el clínico, consciente de su *no saber* y advertido de los riesgos de una sobre-presencia (que *no deja lugar*) motivada por la ansiedad o la preocupación, opta por intentar tomar el lugar de una presencia ofertante de un *lugar disponible para decir*, una presencia que propone un espacio para alojar la palabra de otro sujeto, un lugar para pensar que apunta a transformarse en un *lugar para ser*.

De este modo, el análisis de los resultados permitió dividir en tres los objetivos de manejo transferencial perseguidos por la *maniobra de testigo*, a

saber: (1) Brindarle al paciente el ofrecimiento del pensamiento como posibilidad de “elaboración retardante” (la *inducción a pensar*, caracterizada anteriormente con la referida *brecha de simbolización*), examinando la posibilidad de una división subjetiva. Reconociendo el *lugar importante que la muerte ocupa* en el psiquismo del mismo, pero sugiriendo la posibilidad de que existan también otros contenidos. (2) Introducir la dimensión de la presencia de un Otro particularmente “dispuesto” a alojar la palabra del sufriente, y (3) una orientación dirigida hacia la exploración de los lugares por donde el paciente aún sigue deseando, vale decir, las partes de aquél sujeto que aún se resisten a la muerte.

No obstante lo anterior, aunque en menor incidencia (en solo dos casos), se pesquisó la presencia de la práctica de cierto ***furor curandis*** asociado a los afectos anteriormente descritos (como la ansiedad y la preocupación), siendo traducidos estos a una suerte de sobre-presencia del clínico en el box en su ánimo “demasiado ávido” para ayudar, produciendo distintos efectos en la dinámica con sus pacientes; tales como el abandono precipitado del tratamiento por parte del paciente o la sobre-flexibilización del encuadre y los horarios de atención.

Cabe señalar que la pregunta por los efectos o implicancias clínicas concretas suscitadas a raíz de una actuación de la transferencia con pacientes en riesgo de suicidio -como es el caso del *furor curandis*- por parte de los terapeutas, se mantiene como una temática emergente y abierta por la presente indagación investigativa.

A este respecto, resulta relevante recordar las puntualizaciones realizadas por una de las participantes (Emilia), quien hace referencia a dos tipos de líneas suicidas percibida en sus pacientes (a saber, una más vinculada a **acting out** y otra más al **pasaje al acto**). En este sentido, otorga luces respecto de dos direcciones posibles de ser pensadas desde la lógica planteada por Aceituno (2018) sobre de la búsqueda de inscripción de algo in-tramitable (in-digerible) para la experiencia psíquica (vale decir, el “tener noción” de habitar el lugar de **resto**), escenificado en un último intento en donde el sujeto ofrece *todo de sí* (su subjetividad toda), sosteniendo una

aparente fantasía de alivio; un intento de cura a la partir de una acción de *auto-aniquilación* (aniquilación del pensamiento, de todo deseo y de la capacidad de tramitar la realidad). Esta diferenciación de dos líneas, ya abarcada en el acápite de *Resultados*, resultará relevante de articular dado que más que iluminarnos sobre alguna eventual consideración etiológica (un “*desde dónde*”) respecto del suicidio en sí, puede aportar algún esclarecimiento respecto de dos de muchas direcciones posibles perseguidas de forma inconsciente en este acto fatal (es decir, un “*hacia donde*”).

Así mismo, la reflexión inducida por Emilia conduce a pensar el papel que pudiera tener el clínico respecto del paciente que actúa de forma mortífera fuera de la consulta. A este respecto, se propone como problematización la consideración de que en el fenómeno del *acting out* puede contenerse un llamado de atención dirigido a la corrección de la mirada del clínico que se encuentra actuando la transferencia mediante el *furor curandis*. Como una manera de corregir la postura del mismo, empujándolo a posicionarse como testigo de una escena fabricada de forma unilateral que acontece como sorpresa, una transferencia no analizada que invita al clínico a hacer con ella un esfuerzo de traducción para acercarse a lo que está verdaderamente en juego. En este último término se refiere Muñoz (2009) a la caracterización del *acting out*:

El *acting out* es entonces una transferencia pues es una conducta que se da a descifrar a otro [al clínico], que se da a oír a otro que se ha vuelto sordo, que le señala al otro que lo que dice es verdad pero que no toca lo que está en juego (p. 158).

Con todo, es de toda lógica señalar que las repercusiones de un inadecuado o inacabado manejo de los fenómenos transferenciales en el caso de la clínica suicida puede derivar en resultados fatales, incluso rosando la posibilidad de precipitarlos.

Finalmente, el discurso (o *culto*) de la vida, representado por diversos abordajes clínicos como es el caso de lo trabajado por Martínez (2014; 2020) sobre *las razones para vivir*, constituyen un ejercicio entendible siempre

desde y hacia lo manifiesto. Consideraciones que escasa utilidad prestan a quien desde el psicoanálisis se propone intervenir.

La provisión de *razones para estar vivo* por parte de un otro, *desde un otro*, como se anticipaba en el Marco teórico, constituye en términos psicoanalíticos un pecado capital en cuanto a la técnica, tanto en su forma como en su fondo. Toda vez que en sí misma importa una actuación de la transferencia, que supone a la vez una consideración totalizante y des-subjetivante contenida en el estandarte de un *culto a la vida*, la supresión de la singularidad y del decir del paciente y, en definitiva, la restricción del diálogo clínico, *achicando la cancha* a un plano especular e imaginario.

A propósito de lo anterior, se vuelve pertinente subrayar la conclusión de que -acorde al material analizado- la única intervención fundamentada tanto ética como técnicamente⁷ en casos de riesgo de suicidio, dice relación en términos generales con la oferta de un lugar para decir y para ser escuchado. Mientras que, en términos específicos, refiere principalmente a la proposición de una brecha de simbolización que persiga la búsqueda de inscripción mediante la palabra, a través del rastreo permanente del canal por donde continúa corriendo la sustancia deseante del sufriente, aquel lugar del sujeto que se mantiene aún enganchado a la vida.

VII. Conclusiones.

La presente tesis buscó, de modo general, indagar y analizar las representaciones sostenidas respecto de los fenómenos transferenciales implicados en la relación terapéutica establecida con pacientes en riesgo de suicidio por profesionales psicólogos/as que fundamentaran su ejercicio clínico en el psicoanálisis y que trabajaran en un dispositivo COSAM de la RM. Para ello se realizaron entrevistas a 9 psicólogos/as, abarcando un total de 5 dispositivos COSAM. Las consideraciones, resultados y discusiones ofrecidas derivaron del análisis de dichas entrevistas. Debido a esto, constituyen un

⁷ Al menos para los/as clínicos/as que sienten las bases de su quehacer profesional en el psicoanálisis.

material situado específicamente en el contexto asociado a la población que se pretendió estudiar y en ningún caso se ofrecen como una comprensión generalizada del trabajo clínico con personas en riesgo de suicidio.

El primer objetivo de esta investigación fue describir y analizar *las representaciones que los psicólogos/as manifestaron respecto de la dinámica relacional establecida con los pacientes en riesgo de suicidio*. Los resultados del estudio muestran un posicionamiento subjetivo del paciente en riesgo de suicidio en un lugar denominado como *orfandad y desamparo*. En este sentido, la representación respecto de los pacientes tuvo relación, en todos los casos, con personas atravesadas por una ruptura con el lazo social, el cual puede ser representado, en lo macro, por la cultura y el sistema social, y en lo micro, con la relación con pares y familiares. La posición de orfandad descrita por los participantes se relacionó asimismo con una marcada sensación de abandono, soledad y de ausencia de referentes relacionales que pudieran otorgarle a los pacientes la certeza de una alteridad que estuviera *dirigida hacia ellos*, sobre la cual pudieran *agarrarse a la vida*. Finalmente, la representación de la dinámica relacional estuvo centralmente marcada por una disposición desesperanzada por parte del paciente en la escena clínica, respecto de la cual el tratante toma la posición del ofrecimiento de una vinculación que, en lo actual, se proponga la tarea de no repetir la ruptura histórica del paciente con el Otro.

El segundo objetivo apuntó a *describir los sentimientos y emociones que los/las psicólogos/as experimentan en el proceso de intervención terapéutica con personas en riesgo de suicidio*. Los resultados se encuentran en sintonía con la literatura clínica revisada. Los participantes reportaron la experimentación de reacciones de alta carga afectiva asociada al trabajo con este tipo de pacientes, refiriendo principalmente una intensa ansiedad y preocupación. Asimismo, los participantes manifestaron la sensación de un *hundimiento vital*, representado como un malestar asociado a la experiencia de un sumergimiento en un medio que dificulta la posibilidad de respirar.

Advertidos de la experimentación de estos afectos contratransferenciales, los participantes señalaron la importancia crítica de los espacios de supervisión y análisis personal, permitiendo este último la posibilidad de lidiar con sus

emociones y la de atenuar su omnipresencia y la asunción del no saber, estando así mejor preparados para el trabajo de supervisión de casos.

Si bien se obtuvieron resultados en este objetivo, los mismos no sostuvieron un nivel de profundidad de igual magnitud que los otros hallazgos del estudio. Así mismo, lo obtenido en la indagación de afectos contratransferenciales implicados en esta clínica particular, no difirió de resultados ya anticipados por la bibliografía revisada.

El tercer y último objetivo específico de esta investigación estuvo orientado a *describir los abordajes realizados por los/las psicólogos/as respecto al manejo de los fenómenos transferenciales implicados en la intervención terapéutica con pacientes en riesgo de suicidio*. En relación a ello, se pesquisó la puesta en juego de un manejo transferencial orientado a responder a la *posición de orfandad* atribuida al paciente. Dicha estrategia asumida por el clínico encontró el nombre de *posición de testigo*, la cual constituye en términos generales una estrategia clínica orientada a la restitución de la capacidad de simbolización del paciente en riesgo de suicidio. Proponiéndole al mismo la oferta de un lugar que le facilite la labor de pensarse, propendiéndose así un trabajo de *historización* y de *inscripción de su experiencia*. Así mismo, la posición de testigo implica la búsqueda de aquel lugar que aún mantiene al paciente ligado al mundo de los vivos; vale decir, a su deseo.

En términos específicos, la *posición de testigo* supone el desarrollo de la *función de contención*, relacionada con el sostenimiento (“envoltura”) del psiquismo del paciente, de la mano de la escucha, la acogida y el “almacenamiento” de sus vivencias para insertarlas en un orden continuo consistente, e *historizado*. Y, por otro lado, el ejercicio de la *función de reflejo*, la cual remite a la labor de confirmación, indagación y devolución de las experiencias vitales contenidas en la historia del paciente, persiguiendo el fin de conducir el paso hacia su discernimiento y tramitación psíquica a través de la atribución de valor subjetivo a los sucesos hasta ese momento rechazados por la oportunidad del pensamiento (“no inscritos”).

En síntesis, el objetivo general de esta investigación apuntó a *explorar las representaciones que psicólogos/as de orientación psicoanalítica sostenían*

respecto de la relación terapéutica desplegada en el tratamiento de personas en riesgo de suicidio. Respecto a este problema, es posible formular una respuesta general que, en la línea de lo sugerido por la hipótesis que dio pie a la investigación, advierte ciertas particularidades atribuidas a la clínica del suicidio en el contexto de Centros de Salud Mental Comunitarios. Las mismas dicen relación con el establecimiento de una dinámica relacional en el que se ve involucrada una alta carga afectiva para el clínico, para quien los espacios de supervisión y de análisis personal se vuelven una consideración crítica, sin la cual no se avizora trabajo clínico alguno. Así mismo, se destaca una relación del paciente respecto del lazo social marcada por una profunda ruptura. Fisura que, desde el clínico es visualizada como la escena de una exclusión y desentendimiento brutal respecto de la vida de un ser humano que, desde allí, es visto como un huérfano a quien cobijar y sostener. En este sentido, y como consideración final, la *posición de testigo* emerge como una estrategia de manejo transferencial en virtud de que aporta una salida y solución, apegada a la ética psicoanalítica, a los intensos afectos implicados en esta clínica particular.

Una de las fortalezas de este estudio es la creación de conocimiento cualitativo asociado al comportamiento suicida y a su clínica y haber cubierto 5 dispositivos COSAM distintos en los cuales se reclutaron participantes con un criterio de paridad de género.

Por su parte, en cuanto a las debilidades del estudio desarrollado, es importante subrayar que el trabajo clínico de los participantes se sitúa en un contexto institucional específico. En este sentido, es posible que las consideraciones y especificidades trabajadas solo apliquen al contexto social abarcado en el estudio, vale decir, población con cobertura de salud FONASA diagnosticada con enfermedades mentales graves que fundamentan su atención en dispositivos COSAM. Se considera que esta debilidad podría abordarse mediante el desarrollo de estudios similares, de orden cualitativo, que aborden una población diversa (distintas previsiones de salud, sectores rurales, de ciudad, disposición según ingreso familiar, nivel de estudio, etcétera).

Por otro lado, se advierte una segunda dificultad, la que radica en que el estudio que sustenta esta tesis solo contó con la participación de los

psicólogos/as, quienes constituyen uno de los componentes intervinientes significativos en la dinámica relacional pero que, en sí mismos, no abarcan toda la complejidad que de la misma podría pesquisar. En este sentido, se propone para futuros estudios el contar con el reporte de los pacientes, así como de otros actores como las familias y otros profesionales o funcionarios de los establecimientos de salud.

VIII. Referencias.

- Aceituno, R. (2010). Tener lugar. En Aceituno (Comp.), *Espacios de Tiempo. Clínica del Traumatismo y Procesos de Simbolización*. (69-81). Santiago de Chile: Editorial Universidad de Chile.
- Aceituno, R. (2018). Aproximaciones psicoanalíticas al acto suicida. En Gómez, A, Silva, H y Amon, R. (Comp.), *El suicidio Teoría y clínica*. (66-71). Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo Ltda, 2018.
- Almada, H., García, I., y Ciriacos, C. (2005) Resultados de la aplicación de la autopsia psicológica al estudio del suicidio de niños y adolescentes en Uruguay. *Revista Médica de Uruguay*, 21, 141-150. https://www.researchgate.net/publication/237670029_Resultados_de_la_aplicacion_de_la_autopsia_psicologica_al_estudio_del_suicidio_de_ninos_y_adolescentes_en_Uruguay
- Amezcu, M. y Gálvez, A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista Española de Salud Pública*. 76(5): 423-436. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000500005
- Anzieu, D. (1998). *El yo piel*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Aulagnier, P. (2015). *El aprendiz de historiador y el maestro-brujo. Del discurso identificante al discurso delirante*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Aveggio, R. (2013). *Psicoanálisis, salud pública y salud mental en Chile*. Santiago de Chile: RiL editores.
- Bonilla-García, M. y López-Suárez, A. (2016). Ejemplificación del proceso metodológico de la teoría fundamentada. *Cinta moebio* 57, 305-315. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cmoebio/n57/art06.pdf>
- Borgogno, F. (2016). Uma experiencia especial de aprendizagem das dinamicas de transferencia e contratransferencia acontecida nos primeiros anos da minha formação psicanalitica. *Psicanálise*, 18(1), 153-163. <http://sbpdepa.org.br/site/wp-content/uploads/2017/03/Uma>

experi%C3%A2ncia-especial-de-aprendizagem-das-
din%C3%A2micas-de.pdf

Bussolari, H., Unzain, G. y Vallone, N. (2013). *Tratamiento psicoanalítico del riesgo suicida. Sus implicancias*. Buenos Aires, Argentina. Psicocuestiones.

http://www.psicocuestiones.com.ar/tratamiento_psicoanalitico.php

Cavanagh, J., Carson, A., Sharpe, M., & Lawrie, S. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine*, 33(3), 395-405. DOI: 10.1017/s0033291702006943

Díaz-Narváez, V. y Calzadilla, A. (2015). Artículos científicos, tipos de investigación y productividad científica en las Ciencias de la Salud. *Rev Cien Salud*; 14(1), 115-121. <http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v14n1/v14n1a11.pdf>

Dunster-Page, C., Haddock, G., Wainwright, L. y Berry, K. (2017). The relationship between therapeutic alliance and patient's suicidal thoughts, self-harming behaviours and suicide attempts: a systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 223, 165-174. DOI: 10.1016/j.jad.2017.07.040

Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia Psicológica*, 33(2): 117-126. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v33n2/art06.pdf>

Flechner, S. (2008). Pacientes adolescentes en riesgo: un desafío para el analista. *Revista Latinoamericana de Psicoanálisis*. 8, 121-139. <http://fepal.org/images/2008REVISTA/flechner2008.pdf>

Freud, S. (1905[1901]). *Fragmento de análisis de un caso de histeria*. En Freud, S. (1992). Sigmund Freud. Obras Completas Tomo VII. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1912). *Sobre la dinámica de la transferencia*. En Freud, S. (1992). Sigmund Freud. Obras Completas Tomo XII. Buenos Aires: Amorrortu.

- Freud, S. (1917 [1915]). *Duelo y Melancolía*. En Freud, S. (1992). Sigmund Freud. Obras Completas Tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1920). *Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina*. En Freud, S. (2008). Obras Completas Tomo XVIII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1950 [1895]). *Proyecto de psicología*. En Freud, S. (2008). Obras Completas Tomo I. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Gabbard, G. (2003). Descarríos del tratamiento psicoanalítico con pacientes suicidas. *Psicoanálisis*. 25(1): 55-76. <http://biblioapdeba.no-ip.org/pgmedia/EDocs/2003-revista1-Gabbard>
- Gedeon, H., Reschetti, S., Martínez, M., Nunes, M. y Mirianh, P. (2017). Factores asociados a la presencia de ideación suicida entre universitarios. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 25, 1-8. https://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/es_0104-1169-rlae-25-e2878.pdf
- Gómez, A., Silva, H. & Amon, R. (2018). *El suicidio. Teoría y Clínica*. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo Ltda.
- Goñi, A. y Zandio, M. (2017). El suicidio: Un reto para la prevención. *An. Sist. Sanit. Navar*, 40(3), 335-338. <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v40n3/1137-6627-asisna-40-03-335.pdf>
- Gutiérrez-García, A., Contreras, C. y Orozco-Rodríguez. (2006). El suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental*, 29(5): 66-74. <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v29n5/0185-3325-sm-29-05-66.pdf>
- Guzmán, G., Ithurrialde, H., Jiménez, A., Menchaca, G., y Ripoll, E. (agosto de 2014). Presentación: Psychological autopsy study of adolescent suicide in the South-Eastern area of Santiago of Chile. Conference: 21 st Congress of International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP) At: Durban, South-Africa. https://www.researchgate.net/publication/276291675_Psychological_

autopsy_study_of_a_adolescent_suicide_in_the_South-Eastern_area_of_Santiago_of_Chile

- Hjelmeland, H., y Knizek, B. (2010). Why we need qualitative research in suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 40(1), 74-80. DOI: 10.1521/suli.2010.40.1.74
- Hornstein, L. (2010). Patologías del desvalimiento. [Artículo] Institutos de Altos Estudios en Psicología y Ciencias Sociales, UCES. <http://www.luishornstein.com/textos/patologiasdeldesvalimiento.pdf>
- Isometsä, E. (2001). Psychological autopsy studies – a review. *Eur Psychiatry*, 16(7), 379-385. DOI: 10.1016/s0924-9338(01)00594-6
- Jiménez-Molina Á, Franco P, Martínez V, Martínez P, Rojas G, Araya R. Internet-Based Interventions for the Prevention and Treatment of Mental Disorders in Latin America: A Scoping Review. *Front Psychiatry*, 10, 664. DOI: 10.3389/fpsy.2019.00664
- Laplanche, J. y Pontalis, J. (2019). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Martínez, C., Gálvez, C., Quiróz, C., Vivencia, B. y Tomicic, A. (2014). He Decidido Vivir: Factores que disuaden a una persona de cometer suicidio. *Revista Argentina de clínica psicológica*, 23, 267-280. <https://cepps.udp.cl/wp-content/uploads/2018/05/Martinez-Galvez-et-al.-2014.pdf>
- Martínez, C. (2020). INTERVENCIÓN Y PSICOTERAPIA EN CRISIS EN TIEMPOS DEL CORONAVIRUS (para psicólogos/os clínicos y psicoterapeutas). http://midap.org/wp-content/uploads/2020/04/INTERVENCION%20Y-PSICOTERAPIA-EN-CRISIS_Claudio-Martinez_abrio2020.pdf
- Ministerio de Salud (2013). *PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO*. Orientaciones para su Implementación. https://www.minsal.cl/sites/default/files/Programa_Nacional_Prevenccion.pdf

- Ministerio de Salud (2018). *Modelo de Gestión Centro de Salud Mental Comunitaria*. https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.03.28_MODELO-DE-GESTION-CENTRO-DE-SALUD-MENTAL-COMUNITARIA_DIGITAL.pdf
- Ministerio de Salud. (2019). *Recomendaciones para la prevención de la conducta suicida en establecimientos educacionales*. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/03/GUIA-PREVENCION-SUICIDIO-EN-ESTABLECIMIENTOS-EDUCACIONALES-web.pdf>
- Muñoz, P. (2009). *La invención lacaniana del pasaje al acto. De la psiquiatría al psicoanálisis*. Buenos Aires: Manantial.
- Nahuelpan, E. & Varas, J. (2018). El suicidio en Chile: Análisis del fenómeno desde los datos médico legales. Período 2000-2010. Actualización datos período 2011-2017. http://www.sml.gob.cl/dctos/genero/INVESTIGACION_SUICIDIO%20EN%20CHILE%202000-2010__ACTUALIZACION_version%20final%20.pdf
- Lacan, J. (2020a). *El seminario, libro 10: La angustia*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2020b). *El seminario, libro 8: La transferencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Otzen, T., Sanhueza, A., Manterola, C. y Escamilla-Cejudo, J. (2014). Mortalidad por suicidio en Chile: tendencias en los años 1998-2011. *Rev Med Chile*, 142, 305-313. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014000300004
- Pierce, D. (1977). Suicidal intent in self-injury. *Br J Psychiatry*, 30, 377-385. DOI: 10.1192/bjp.130.4.377
- Rodríguez, G., Gil, J. y García, E. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Ediciones Aljibe.

- Rodríguez, M. (2012). El sujeto a la intemperie. La cuestión del desamparo en Freud y en Lorca. *Norte de salud mental*, 2012, 10(42), 37-47. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3910976.pdf>
- Silva, D., Vicente, B., Saldivia, S. y Kohn, R. (2013). Conducta suicida y trastornos psiquiátricos en Chile, un estudio poblacional. *Rev Med Chile*, 141: 1275-1282. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v141n10/art06.pdf>
- Taylor, S. & Bogdan, R. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos en investigación. La búsqueda de los significados*. Madrid: Paidós.
- Unzueta, X. (2018). Significados sobre el suicidio en un grupo de psicoterapeutas psicoanalíticos. *Pensamiento Psicológico*, 16(1), 69-81. DOI: 10.11144/Javerianacali.PPSI16-1.ssgp
- Valdivia, M., Silva, D., Sanhueza, F., Cova, F. y Melipillán, R. (2015). Prevalencia de intento de suicidio adolescente y factores de riesgo asociados en una comuna rural de la provincia de Concepción. *Rev Med Chile*, 143: 320-328. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v143n3/art06.pdf>
- Winnicott, D. (1958). La capacidad para estar solo. En *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador* (pp. 36-46) Barcelona: Paidós, 1992.
- Winnicott, D. (1971). *Realidad y Juego*. Barcelona: Gedisa.
- Winnicott, D. (1990) *Los bebés y sus madres*. Buenos Aires: Paidós.
- World Health Organization. (2013). *Plan de acción sobre salud mental: 2013-2020*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=323B0C7A56BF6AC7AE7716D1694E9AC8?sequence=1
- World Health Organization. (2014). *Preventing Preventing suicide: A global imperative*.

http://www.ipsuss.cl/ipsuss/site/artic/20141029/asocfile/20141029173649/prevencion_suicidio_completo_paho.pdf

Zafra, O. (2006). Tipos de investigación. Revista Científica General José María Córdova; 4 (4): 13-14.
<https://www.redalyc.org/pdf/4762/476259067004.pdf>

IX. Anexos.

IX.i. Entrevista semiestructurada.

Caracterización del perfil profesional del entrevistado.

- 1) ¿Podría resumirme los principales hitos de su trayectoria profesional como psicólogo/a clínico/a?
- 2) ¿Cuáles son las funciones clínicas que usted desempeña en este COSAM? (por ejemplo, resumir una semana típica)
- 3) ¿Qué tipo de pacientes son los que atiende en este COSAM?

Representaciones y manejo clínico-institucional de pacientes *complejos*

- 4) Respecto de los denominados casos graves o casos complejos ¿Desde su experiencia qué tipo de casos ameritan este rótulo? ¿Cómo es el trabajo con pacientes graves o complejos?
- 5) ¿Cómo se lleva a cabo el trabajo interdisciplinario en la atención de casos complejos? ¿Qué opina usted de este trabajo?

Clínicas del suicidio y transferencia.

- 6) Respecto a los pacientes con ideación suicida o pacientes que hayan cometido intentos de suicidio, ¿Cómo describiría usted, desde su experiencia, la clínica con este tipo de pacientes? ¿Cómo describiría usted, desde su experiencia, la relación terapéutica establecida con estos pacientes?
- 7) ¿Cuáles son las dificultades que usted vislumbra en el tratamiento con este tipo de pacientes, así como en el establecimiento y manejo de la relación terapéutica? ¿A su juicio, cuál es el lugar que el paciente le atribuye a su clínico y a la institución? ¿Cómo puede verse aquello en la clínica?
- 8) Sobre sus emociones y sentimientos desplegados a raíz de la intervención con pacientes en riesgo de suicidio, ¿Cómo describiría usted, desde su experiencia, la carga afectiva a la cual se ve sometido como terapeuta? ¿Existe algún procedimiento que usted y/o la institución realice para afrontar esta carga afectiva?

Emergentes

9) ¿Existe algún punto que usted quiera agregar y que no haya sido abordado en la entrevista?