



UNIVERSIDAD DE CHILE

Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Carrera de Psicología

Sobre hilos de vida y muerte.

Abordajes clínicos del fenómeno suicida: *un estudio empírico sobre la clínica psicoanalítica lacaniana.*

Memoria para optar a título de psicólogo

Autor

Tomás Arrué Wettlin

Profesor patrocinante

Pablo Cabrera Pérez

Santiago, abril 2023

ÍNDICE

Agradecimientos	4
Resumen	6
Introducción	7
Suicidio como problema de Salud Pública y la perspectiva prevencionista.....	7
El suicidio como fenómeno clínico en psicoanálisis.....	10
Pregunta de investigación	12
Objetivos.....	12
Objetivo general	12
Objetivos específicos.....	12
Marco teórico	12
Conceptualizaciones teóricas del suicidio en psicoanálisis.....	12
Los suicidios indirectos y las mociones inconscientes de autodestrucción.....	13
Contribuciones para un debate del suicidio: el vencimiento de la pulsión de vida.....	16
El paradigma melancólico del suicidio: el darse muerte en tanto otro.....	18
Pulsión de muerte, superyó y masoquismo primario	21
Consideraciones lacanianas sobre el suicidio.....	25
El pasaje al acto y el dejar caer de la escena	28
Consideraciones del suicidio como pasaje al acto	30
El acting out y el mostramiento al Otro.....	31
Consideraciones del suicidio como acting out.....	34
El concepto de acto en la teoría lacaniana.....	34
El suicidio como paradigma del acto.....	37
El suicidio en la clínica psicoanalítica	40
Los conceptos fundamentales de la clínica psicoanalítica.....	40
Clínica de la neurosis lacaniana.....	44
Algunos aportes de la escuela lacaniana de psicoanálisis al abordaje clínico del suicidio.....	47
Marco metodológico.....	52
Diseño de investigación.....	52
Muestra	53
Instrumento	53

Metodología de análisis	53
Análisis y resultados	54
Caso A	54
Caso B	59
Caso C	63
Discusión	66
Conclusión	79
Referencias.....	84
Anexos.....	93

Para Francisca,

Agradecimientos

Primeramente, me gustaría agradecer a mis padres por su incansable apoyo, sabiduría y cariño a lo largo de mis estudios.

A mi madre, Johanna, por su amor incondicional. Gracias por enseñarme a soñar desde la humildad, a crear desde lo propio para dar de lo genuino, y, sobre todo, por entregarme la terquedad para seguir pese a cada tropiezo. Aprecio infinitamente cada café que compartimos al atardecer. Agradezco tu amor, siempre.

A mi padre, Pablo, por tu devota entrega hacía el futuro. Gracias por transmitirme tu compromiso con la palabra y el diálogo, así como también, la sensibilidad necesaria para el decir auténtico. Recuerdo con cariño cada sobremesa que habilitó el encuentro, y con ello, la circulación de ideas, diferencias, sueños y penas. Agradezco tu amor, siempre.

A mi hermano, Juan Pablo, por darme la mano en momentos difíciles y de incerteza. Admiro profundamente tu aspiración transformadora, y tu constante pero metódico esfuerzo para ensayar el devenir del espíritu. Te doy las gracias por las incontables juntas en las que nos permitimos soñar por un mundo distinto.

A mi hermano, Maximiliano, por inspirarme con tu indomable curiosidad por lo desconocido, y por reconocermme desde siempre con tu valioso amor hermanable. Gracias por darme un lugar ahí donde se me dificultaba encontrar uno. Cuenta conmigo, siempre.

A mi compañera, Pamela, por su paciente y ávida escucha en momentos que se hacía complicado el avanzar con la memoria. Agradezco tu compañía, y, sobre todo, la facilidad que tienes para sacarme una risa, contemplarnos un ratito y continuar.

A mis amigos Cristóbal, Isidora y Patricio, por orientarme en momentos de extravío en la memoria. A Cristóbal, por su constante preocupación y apoyo a lo largo de este trabajo, gracias por recordarme mantener los pies en la tierra. A Isidora por su fina y aguda crítica que permitió el acomodamiento de ideas y la toma de decisiones. A Patricio, por compartir su espacio sistemáticamente para el trabajo colectivo, y por las micheladas clarividentes en el Honesto Cesar.

Agradecer a los profesores Esteban Radiszcz, María José Reyes, y Pablo Rojas por permitirme participar en espacios de reflexión colectiva, con perspicacia ética y compromiso académico. Mi paso por la universidad fue profundamente enriquecido por sus enseñanzas.

Por último, agradecer a mi profesor guía, Pablo Cabrera, por invitarme a pensar los recovecos de la práctica analítica, en una temática que resultaba particularmente difícil para mí. Gracias por mostrarme que la inspiración del autor pasa, sobre todo, en el diálogo con otros y de la mano del arte.

Resumen

La presente memoria pretende investigar acerca del abordaje clínico del suicidio desde la perspectiva del psicoanálisis lacaniano. Explorar sobre este fenómeno se hace menester en la medida que, a nivel mundial, y, particularmente en Chile, el suicidio se ha instalado como un problema urgente de Salud Pública. En lo relativo al psicoanálisis lacaniano, si bien existen abundantes investigaciones teóricas sobre la conceptualización del suicidio, actualmente son reducidas las investigaciones sobre su abordaje en la clínica. Como referencias teóricas de la memoria, se tienen las conceptualizaciones de Freud y Lacan acerca del suicidio, así como también una revisión actualizada de la literatura relativa al abordaje clínico del suicidio desde el psicoanálisis lacaniano. En términos metodológicos, esta investigación se realizó desde una aproximación cualitativa de carácter descriptiva-exploratoria, sobre una muestra intencionada de tres psicoanalistas lacanianos que han trabajado clínicamente con pacientes suicidas en Chile. La producción de datos se llevó a cabo utilizando entrevistas semiestructuradas en profundidad, cuyos resultados fueron analizados a través de la técnica de análisis de contenido. En la discusión, se sitúa la angustia como fenómeno clínico principal presente en las manifestaciones suicidas, así como la desestabilización subjetiva como el tipo clínico principal descrito por los analistas. En lo relativo al abordaje técnico, se destaca la importancia de la transferencia, la presencia del analista, la flexibilización del encuadre y las intervenciones denominadas de *recorte*. Con respecto a los límites que muestra el dispositivo psicoanalítico, se destacan las dificultades que impone las manifestaciones suicidas a la función del analista, así como también, los riesgos propios del acto analítico y las tensiones que implica la introducción de la persona del analista con respecto a la ética del Bien-decir y el deseo del analista. Por último, se discuten las posibilidades del suicidio por fuera de la desestabilización subjetiva, a saber, las particularidades que impone el trauma al suicidio, así como también, la relevancia del lazo social, la cultura y la filiación como coordenadas para situar el acto suicida.

Palabras clave: Clínica psicoanalítica lacaniana; suicidio; desestabilización subjetiva; ética del psicoanálisis.

Introducción

Suicidio como problema de Salud Pública y la perspectiva prevencionista.

Durante las últimas décadas, la mortalidad por suicidio ha incrementado sustantivamente hasta el punto de consolidarse, según la OMS, como un problema crítico de salud pública a nivel mundial (OMS, 2021). En la actualidad, aproximadamente 700.000 personas se suicidan anualmente en el mundo y se estima que este número incremente a futuro (OMS, 2021). El caso de Chile no es diferente: el suicidio se consolida como la segunda causa de muerte no natural, siendo precedida solo por los accidentes de tránsito (Vidal, Faunes, Toro, Ruiz-Tagle y Hoffmeister, 2021). A nivel nacional, a diferencia de otros países de América, ha sido el único que ha tenido aumentos sostenidos en las tasas de suicidio, llegando a un 57,4% de incremento entre 1990 y el 2013 (OCDE, 2015). En esta misma línea, estudios más recientes indican que en el país la mortalidad por suicidio fue de 11,91 cada 100.000 habitantes durante el 2018, manteniéndose con relativa estabilidad desde el 2013 (Vidal, Faunes, Toro, Ruiz-Tagle y Hoffmeister, 2021).

Debido a estos antecedentes, diversos organismos internacionales han propuesto a los gobiernos a nivel mundial generar políticas públicas integrales para la prevención del suicidio, entregando como insumo diversos materiales y manuales para su producción (OPS, 2018; OMS; 2021). Si bien en Chile no se ha diseñado una estrategia de estas características (Vidal, Faunes, Toro, Ruiz-Tagle y Hoffmeister, 2021), el año 2013 se desarrolló el Programa Nacional de Prevención del Suicidio con el objetivo de reducir la tasa de suicidios nacional, posterior a un alza preocupante de suicidios durante el 2011 (MINSAL, 2017). Este programa sigue operando hasta el día de hoy, siendo implementado en el sistema tanto público como privado de salud, y mediado por los SEREMIS de cada región (MINSAL, 2015). Para su funcionamiento, las autoridades han enfatizado la importancia de la generación de redes de información, vigilancia y apoyo a personas en riesgo suicida, los cuales son protagonizados por facilitadores comunitarios.

En este sentido, tanto la agenda internacional y como la nacional se ha aproximado al abordaje y a la investigación del suicidio desde un modelo de Salud Pública prevencionista. Este modelo se fundamenta sobre los siguientes pilares: producción de datos epidemiológicos en asociados al suicidio; la evaluación del riesgo suicida en base a factores de riesgo; intervenciones tempranas en respuesta al comportamiento suicida; y el reforzamiento de la prevención a través de los diversos medios de comunicación de cada país (Estér, 2016).

Este modelo -también denominado *modelo de la caja negra* en epidemiología- ha presentado varios límites reconocidos por la literatura (López, 2016). En primer lugar, se observa

una excesiva producción inespecífica de agrupaciones de factores de riesgo, que a fin de cuentas no logran explicar los orígenes de la conducta suicida (López, 2016). En este sentido, si bien se logra la correlación de los factores con el fenómeno suicida, no resulta posible comprender cómo estos riesgos están intrínsecamente relacionados con la conducta suicida en el caso a caso, de manera que resulta imposible establecer como se expresan particularmente o se despliegan subjetivamente (Ester, 2016).

En segundo lugar, literatura epidemiológica especializada señala que este modelo presenta una dificultad inherente al momento de discernir entre las determinantes individuales y las determinantes poblacionales de la conducta suicida (López, 2016). Esto sería problemático, ya que se vuelve un impedimento para realizar ligazones significativas entre los casos de suicidios particulares y los contextos culturales en los cuales están imbricados (Ester, 2016). En el caso de Chile, se ha logrado hacer un cruce entre conjuntos de factores de riesgo y factores contextuales, expresado bajo el denominador de precariedad, sin embargo, no se ha realizado un estudio más exhaustivo en términos de cómo la precariedad se despliega a nivel subjetivo en la conducta suicida (Ester, 2016).

En tercer lugar, debido a que el fenómeno suicida resulta tan amplio y variable dependiendo de las características poblacionales (edad, género, grupos sociales, entre otros), es necesario una *vigilia epidemiológica* constante, que permita localizar las variaciones de las conductas suicidas (MINSAL, 2015). Si bien el Programa Nacional de Prevención del Suicidio tiene como meta la reducción de las tasas de mortalidad por suicidio en la especificidad de cada región del país, se ha observado que este objetivo no se ha podido lograr, debido, principalmente, a las sostenidas faltas de presupuesto (Araneda, Sanhueza, Pacheco, Sanhueza, 2021). Esto sería un límite crítico, en la medida que resulta complejo realizar intervenciones a nivel local basándose en estudios extranjeros, los cuales toman como objeto poblaciones o realidades potencialmente diversas.

Por último, en Chile el modelo de factores de riesgo ha implicado un fracaso en la prevención del comportamiento suicida, especialmente en relación con la población adolescente (Ester, 2016). Con casi una década de implementación, el Programa Nacional de Prevención del Suicidio no ha tenido impactos significativos en la reducción de la tasa de mortalidad por suicidio en Chile, pudiéndose incluso observar regiones en donde ha aumentado el suicidio adolescente (Araneda, Sanhueza, Pacheco, Sanhueza, 2021).

Sumado a lo anterior, en términos de las intervenciones clínicas e institucionales en el abordaje del comportamiento suicida, se observa que desde el MINSAL se priorizan la remisión sintomática, la detección temprana del riesgo suicida, su evaluación psiquiátrica y mediación

inmediata, por sobre la particularidad del padecimiento de cada sujeto (Ester, 2016). Esto resulta problemático, pues a partir de estas indicaciones en su abordaje pueden llegar a tomarse medidas que atentan directamente con la libertad y autonomía de los sujetos, como es en el caso de la internación administrativa, también denominada hospitalización involuntaria (Bustamante y Cavieres, 2018). Si bien en el programa del MINSAL se recomienda que esta medida sea excepcional y que se deba pasar por una serie de evaluaciones éticas antes de realizarse, estudios indican que su utilización ha aumentado un 71% desde el 2008 al 2016 (Bustamante y Cavieres, 2018). Además, estudios extranjeros indican que dentro de recintos psiquiátricos el suicidio es cuatro veces mayor que en el resto de la población (Vargas, 2019). Ya el psiquiatra Henry Ey reportaba a mediados del siglo pasado la ingeniosidad desconcertante que tienen ciertos internos para concretar su suicidio, incluso bajo estrictos sistemas de vigilancia y control, demostrando una verdadera *creatividad suicida* (Vargas, 2019)

Hasta acá, desde el modelo prevencionista se comprende que el suicida no estaría decidiendo sobre su propia muerte, sino que sería una *víctima* de un determinado número de factores que lo llevan a ser objeto de esta, y, por ello, debe ser intervenido a través de tecnología médico-psiquiátrica (Collazos, Escobar y García, 2016; Szasz, 2002). Thomas Szasz, antipsiquiatra americano, designa esta aproximación como una consecuencia de la *conversión del suicidio en locura*: el suicida pasa de ser concebido en la antigüedad como un auto asesino, cargado de agencia y voluntad, el cual incluso era castigado por ley -se trastocaba su cadáver, se lo excluía de ciertos ritos funerarios y hasta castigaban a las familias- a ser resituado desde la esfera de la medicina como un enfermo mental que no está en condiciones para decidir por sí mismo (Szasz, 2002). Si bien desde el MINSAL no se comprende el suicidio como una enfermedad mental, es fundamental la incidencia de distintos trastornos mentales -entre ellos, bipolaridad, depresión, esquizofrenia, entre otros- correlativa a las personas que presentan mayor riesgo suicida (MINSAL, 2015).

Considerando estos antecedentes, y los problemas que muestra el modelo prevencionista, se vuelve relevante plantear vías de investigación e intervención que permitan problematizar los aspectos subjetivos y singulares del suicidio, pudiendo ir más allá de la relación exterior que implica su explicación desde los inventarios de riesgo. Lo anterior se hace aún más importante sabiendo que los estudios de corte comprensivo sobre suicidio no superan el 3% del total de investigaciones realizadas sobre el tema (Hjelmeland y Knizek, 2010 citado en Ester, 2016). En este sentido, se propone explorar el suicidio desde una perspectiva psicoanalítica, en la medida que su ética clínica permite rescatar la singularidad de los sujetos, pudiendo -quizá- situarse de otro modo frente al fenómeno suicida (López, 2016).

El suicidio como fenómeno clínico en psicoanálisis.

Desde el psicoanálisis el suicidio ha sido problematizado de múltiples formas en función de la teoría desde la cual se conceptualiza. Ya en la obra de Freud se puede observar una íntima relación con el suicidio, encontrándose presente en casi todos sus grandes historiales clínicos, con la excepción del pequeño Hans (Otero, 2012). Prueba de ello son los múltiples enfoques teóricos con los que sopesa este fenómeno a lo largo de su recorrido metapsicológico. Como se verá en la revisión bibliográfica, la aproximación freudiana al problema del suicidio se caracterizó por un énfasis en su dimensión psicopatológica y metapsicológica (Betancourt, 2021b).

De igual manera, Lacan trabajó en diversas ocasiones la temática del suicidio, sin embargo, sus desarrollos se caracterizaron por ser más bien aislados y poco sistemáticos (Braunstein, 2005 en Otero, 2012). Los acercamientos del autor francés no se enfocaron en el suicidio como fenómeno particular, sino en su lugar como desembocadura de diversos procesos de estructura (Betancourt, 2021a; Vargas, 2020).

Si bien estos abordajes teóricos permiten dar una lectura conceptual al comportamiento suicida, no implican una teorización formal sobre el mismo, ni mucho menos discusiones sobre una clínica psicoanalítica del suicidio (Betancourt, 2021b). Es más, puede evidenciarse cierto silencio del propio psicoanálisis en relación con el suicidio, sobre todo si se compara con otras temáticas que se han abordado históricamente dentro de la disciplina (Otero, 2012). Esto resulta problemático, sobre todo considerando, como se vio con anterioridad, la preponderancia y protagonismo que ha obtenido el fenómeno suicida en los dispositivos clínicos durante inicios de siglo.

Ahora bien, siguiendo esta línea, y centrando el foco no en el suicidio en su vertiente conceptual, sino en el suicidio como un *fenómeno clínico*, la literatura psicoanalítica muestra una importante diferencia. Los mayores esfuerzos investigativos sobre el despliegue del suicidio dentro del dispositivo provienen de las vertientes americanas e inglesas del psicoanálisis. Sus resultados indican lo necesario que se vuelve estudiar el suicidio en la clínica: complicaciones en el manejo transferencial y contratransferencial, la tendencia al acto por parte del analista y rupturas del encuadre son algunas de las especificidades que marcan lo dificultoso del abordaje clínico del suicidio (Gabbard, 2022; Goldblatt, Herbstman, Schechter y Ronningstam, 2020; Gabbard, 2003; Maltzberger y Buie, 1974).

Estas investigaciones han resaltado los desafíos que implica el manejo clínico del suicidio, sobre todo en lo que respecta al lugar del analista. El mismo Freud no fue ajeno de dichas dificultades: Lacan recalca la transferencia imaginaria que caracterizó su tratamiento con

Sidonie Csillag, y el posterior pasaje al acto que implicó su derivación a una colega mujer (Lacan, 1962-1963)

En lo que respecta a la vertiente psicoanalítica lacaniana, las investigaciones que se han realizado en torno a la problemática suicida se caracterizan sobre todo por analizar sus estatutos conceptuales -acting out, pasaje al acto, acto-, en desmedro de sus consideraciones clínicas y abordajes técnicos (Betancourt, 2021a; Vargas, 2020; Muñoz, 2019; Arango & Martínez, 2013; Bedoya, 2008). Otra línea de investigación que se ha realizado desde esta vertiente es la lectura epocal denominada comúnmente como *clínica contemporánea*, en donde la conducta suicida forma parte de las llamadas psicopatologías del acto (AMP, 2012; Campodónico, 2017; Muñoz, 2009). Se trataría de una transformación epocal, caracterizada por unos nuevos síntomas con ausencia de envoltura formal -es decir, significante- y la presencia de un goce desmesurado y autista (Wasnek, 2015). Dichos síntomas, que han sido descritos como epidémicos, tendrían su punto de origen en la cultura posmoderna, en donde aparece un Otro sin consistencia simbólica, una declinación del Nombre-del-Padre como significante de la Ley y una crisis de la familia tipo (Capodónico, 2017; AMP, 2012).

Lo novedoso de la clínica contemporánea sería entonces “el carácter de lo ilimitado del padecimiento, fuera de cualquier marco fantasmático y de la localización del sufrimiento del síntoma (...) una clínica ligada al síntoma en su núcleo autístico de goce y al sufrimiento manifestado en la modalidad del estrago ilimitado” (Wasnek, 2015, p. 675). En esta agrupación sería insertado también el comportamiento suicida, junto con otras psicopatologías como la bulimia, la toxicomanía, la anorexia, y algunas manifestaciones como las automutilaciones, las adicciones y la violencia (Campodónico, 2017). Los psicoanalistas lacanianos que adhieren a esta lectura epocal señalan las dificultades que implica para la clínica psicoanalítica tradicional abordar estas nuevas manifestaciones sintomáticas, de la mano con subrayar el menester de pensar los fundamentos de la intervención analítica e innovar la clínica (AMP, 2012).

Ahora bien, esta lectura epocal ciertamente ha recibido críticas, principalmente debido a la generalización que la clave de psicopatologías del acto entrega: no habría límites ni alcances bien definidos (Muñoz, 2009). Es más, dicha lectura puede caer en una apreciación ahistoricista de la cultura, en tanto supone una desarticulación a un Otro trascendente, sin considerar que las sujeciones que ejerce el Otro sobre los sujetos están complejamente imbricadas con el contexto histórico particular (Radiszcz, 2009). En esta misma línea, uno podría argumentar que la lectura epocal corresponde a solamente a un conjunto de sociedades -siendo estas las ultras desarrolladas, democráticas- en las cuales los grandes relatos e ideales han efectivamente

perdido su fuerza, empero, hay Estados, por ejemplo, los latinoamericanos, en los cuales dichos procesos no han dado lugar (Eidetzstein, 2020).

De cualquier manera, en la actualidad la problemática del suicidio como fenómeno clínico en psicoanálisis lacaniano no ha sido abordado de manera significativa, y, por ello, sigue siendo un prometedor campo de estudio. Por ello, esta investigación es un esfuerzo en tal dirección, en tanto busca indagar acerca de las particularidades técnicas, clínicas y éticas del abordaje del suicidio en psicoanálisis lacaniano.

Pregunta de investigación

¿Cuáles son las especificidades clínicas presentes en el abordaje del fenómeno suicida desde una orientación psicoanalítica lacaniana?

Objetivos

Objetivo general

Indagar sobre las especificidades clínicas presentes en el abordaje del fenómeno suicida desde una orientación psicoanalítica lacaniana.

Objetivos específicos

- Describir las principales manifestaciones clínicas presentes en el abordaje del fenómeno suicida desde una perspectiva psicoanalítica lacaniana.
- Describir los abordajes técnicos que se despliegan en el trabajo con pacientes suicidas desde una perspectiva psicoanalítica lacaniana.
- Analizar los límites que presenta la clínica psicoanalítica lacaniana en el abordaje del suicidio.

Marco teórico

Conceptualizaciones teóricas del suicidio en psicoanálisis.

Como se mencionó con anterioridad, el suicidio ha sido un fenómeno problematizado desde diversas posturas teóricas dentro del psicoanálisis. Ya desde Freud se pueden encontrar distintos enfoques respecto al suicidio a lo largo de su recorrido metapsicológico, en particular con la introducción de los conceptos de narcisismo, melancolía, superyó y acto fallido, tal como se desarrollará a continuación.

Los suicidios indirectos y las mociones inconscientes de autodestrucción

Las primeras referencias del autor vienen en torno al suicidio se pueden encontrar en su *Psicopatología de la vida cotidiana*, texto en el cual, a propósito de su reciente teoría del inconsciente, propone la idea que diversos fenómenos de la vida cotidiana no pueden ser reducibles meramente al funcionamiento de la conciencia o el azar, sino que obedecen a la influencia de otros procesos psíquicos subyacentes (Freud, 1991c). En este esfuerzo freudiano por ir más allá del encuadre clínico, el fenómeno suicida encuentra nuevas consideraciones, sobre todo en lo que tiene que ver con sus causalidades: ahí donde se consideraba como un acto de libertad, o, por el contrario, un acto meramente psicopatológico, Freud realiza una subversión en la lectura suicida, en tanto introduce en su análisis influjos inconscientes que determinan tal fenómeno (Vargas, 2020). Ahora bien, previo a revisar la lectura que realiza Freud propiamente del suicidio desde este texto, se torna necesario desarrollar brevemente su noción de inconsciente.

El concepto de inconsciente puede rastrearse desde los inicios de la obra freudiana, sin embargo, esta encuentra una sistematización en la obra *La interpretación de los sueños*, texto en donde se instaura no sólo como una teoría del aparato psíquico, sino que, también, como un método de investigación de dicho aparato (Gallegos, 2012). Teniendo como eje el fenómeno de los sueños, Freud produce una teorización del aparato psíquico dividido en diferentes instancias o *sistemas*, en donde el inconsciente aparece como un campo radicalmente diferente a la conciencia, teniendo unas leyes y efectividad que le son propias. En palabras del mismo Freud:

Lo inconsciente es el círculo más vasto, que incluye en sí al círculo más pequeño de lo consciente; todo lo consciente tiene una etapa previa inconsciente, mientras que lo inconsciente puede persistir en esa etapa y, no obstante, reclamar para sí el valor íntegro de una operación psíquica (Freud, 1991b, p.600).

De esta manera, la teoría del inconsciente encontraría en la *Interpretación de los sueños* no solo su eficacia en la determinación de la vida psíquica, sino que también su sistematización metapsicológica, es decir, su articulación con una serie de supuestos básicos fundamentales y necesarios que teje Freud para poder investigar el aparato psíquico (Chemama, 1996). A este respecto, ahondando en el estudio de los sueños, Freud encuentra en el inconsciente una condición necesaria: “hemos visto que nos resultaba imposible explicar la formación del sueño si no osábamos suponer la existencia de dos instancias psíquicas, una de las cuales sometía la

actividad de la otra a una crítica cuya consecuencia era la exclusión de su devenir-conciente” (Freud, 1991b, p. 534).

Es así como Freud elabora su primer modelo del aparato psíquico, conocido también como la primera tópica freudiana, fundamentada en la diferenciación de lugares psíquicos (Freud, 1991a). Lo novedoso de su propuesta tópica tiene que ver precisamente su naturaleza dinámica, expresada principalmente como una actividad crítica, o, más correctamente, la represión que ejerce un sistema, denominado preconscious-consciente o *precc-cc*, sobre el otro sistema, que designa como Inconsciente o *lcc*.

Ahora bien, para el autor vienés, tanto los sueños como los síntomas neuróticos son pensados desde este modelo como *formaciones de compromiso*, los cuales se producen como consecuencia del fallo en el proceso de represión. Esta falla se produce cuando una moción de deseo inconsciente es lo suficientemente deformada en el juego de redes asociativas -producto de los mecanismos de la condensación y el desplazamiento- para que pueda ser permitido por la defensa (Freud, 1991b). Como consecuencia, se cumplen las condiciones exigidas por ambos sistemas del aparato: desde el inconsciente, se permite la expresión de una moción de deseo, mientras que la deformación cumple con las demandas de la censura preconscious.

Bajo esta óptica, y haciendo ya ingreso hacia su *Psicopatología de la vida cotidiana*, el autor vienés elabora sobre diversos fenómenos de la vida cotidiana, en la medida que estos también estarían determinados por dinámicas inconscientes, tal como los síntomas y los sueños. Dentro de estos, podrían considerarse los siguientes: los olvidos; el desliz en el habla, la lectura y en la escritura; el trastocar las cosas confundiendo; y las acciones casuales o sintomáticas.

Sin apresurarse en demasía, es importante señalar que a diferencia del sueño -que se fundamenta en el mecanismo de la regresión debido a la suspensión de la motricidad-, los fenómenos conductuales y verbales -o actos fallidos en general- si logran traducirse en el ejercicio motriz. Esta diferencia resulta crucial, en la medida que el acto fallido implica una realización manifiesta del deseo inconsciente, desplegado en el mundo exterior (Freud, 1991c).

Ahora bien, la problemática que plantea Freud en *La psicopatología de la vida cotidiana* gravita en torno a la siguiente pregunta: ¿por qué resulta tan común que las personas yerren en actividades que de buenas a primeras parecen nimias o naturales en el desarrollo de su vida cotidiana? Lo que para el sentido común de su época encontraba respuesta en un mal cálculo de la conciencia, el naciente psicoanalista lo rescataría como una manifestación del conflicto inconsciente subyacente.

Freud pone acento sobre todo en los fenómenos que tienen éxito frecuentemente en su realización consciente, los cuales, sin embargo, fallan de una forma dudosa y repentina. Este

ejercicio adquiere toda su relevancia en la medida que le permite a Freud subrayar -en base a múltiples ejemplos y casos- el determinismo radical que poseen las dinámicas psíquicas sobre el obrar humano, sobre todo cuando se trata del sistema inconsciente

Dentro de los fenómenos cotidianos que involucran actos motrices, Freud propone dos categorías: el trastocar las cosas confundiendo y las acciones sintomáticas (Freud, 1991c).

Dentro de los primeros se encuentran las acciones que fallan por completo su intención consciente, inclusive las más sencillas. Para Freud, sería una determinación inconsciente lo que está tras su fallo: lo fallido lo sería sólo en tanto consciente, ya que, si se considera lo inconsciente, el acto fallido logra la expresión de un deseo reprimido por la defensa (Freud, 1991c). Incluidos en el segundo grupo -las acciones sintomáticas- se encuentran los actos generalmente inútiles que se realizan cotidianamente y que pasan desapercibidos para la conciencia (Freud, 1991c).

Ahora bien, Freud señala que estos errores cotidianos y nimios pueden también ocurrir en actos con consecuencias considerables, como es el caso de negligencias profesionales, lesiones de gravedad, e incluso accidentes fatales.

Teniendo en consideración actos que en su errar comprometen la vida de la propia persona, Freud comenta lo siguiente: “Es sabido que en casos graves de psiconeurosis suelen aparecer, como *síntomas patológicos*, unas lesiones auto inferidas, y nunca se puede excluir que un suicidio sea el desenlace del conflicto psíquico” (Freud, 1991c, p. 175). Dentro de su novedosa doctrina del inconsciente, el darse muerte podría manifestarse como una expresión de la pugna entre las mociones de deseo y las defensas represivas.

Señala Freud:

[...] muchos daños en apariencia casuales sufridos por estos enfermos son en verdad lesiones que ellos mismos se infligieron. Hay en permanente acecho una tendencia a la autopunición, que de ordinario se exterioriza como autorreproches, o presta su aporte a la formación de síntoma; ella saca hábil partido de una situación externa que por casualidad se le ofrece, o aún ayuda a crearla hasta alcanzar el efecto dañino deseado. (Freud, 1991c, p. 175).

El psicoanalista vienés es claro con respecto a este punto: en el inconsciente habría mociones que impulsarían la propia aniquilación o castigo del individuo. Estas mociones se manifestarían de manera enmascarada en actos fallidos de los sujetos, ya sea poniéndose en situaciones de riesgo de manera recurrente, o, en actos accidentales puntuales en donde se

atribuye como responsable el azar (Freud, 1991c). De igual manera, Freud no duda en señalar que los casos en donde el acto fallido culmina con la propia muerte, la tendencia inconsciente de autoaniquilación estuvo presente en el individuo “desde mucho tiempo antes con menor intensidad, o bien como una tendencia inconsciente y sofocada” (Freud, 1991c, p. 178).

En relación con el suicidio conciente, Freud sopesa que su planificación, ritmo e incluso sus medios están en completa *armonía* con las determinaciones inconscientes que deambulan subterfúgeamente en el aparato (Freud, 1991c). Puede suponerse, entonces, que cuando una persona, de manera volitiva, toma la decisión de quitarse la vida -no a la manera de un suicidio violento o irreflexivo-, las mociones inconscientes de autoaniquilación tendrían una eficacia clave para acoplarse a la corriente consciente en la decisión.

Es relevante situar que lo fundamental de *La psicopatología de la vida cotidiana*, es establecer nexos entre la tesis sobre el inconsciente y la vida considerada *normal*. Por ello, gran parte de la obra obedece a trabajar casos y ejemplos, sin más consideración o elaboraciones teóricas, más allá de lo desarrollado en *La interpretación de los sueños*. En este sentido, las nociones que Freud maneja sobre autopunición, deseo de castigo, y autorreproches, encuentran en este texto meramente una consideración empírica o experiencial, con excepcionales análisis teóricos.

Sin embargo, como se verá más adelante, estas temáticas son trabajadas exhaustivamente por Freud a lo largo de su obra, sosteniendo algunos puntos, descartando y modificando otros. Por el momento, estos textos permiten asegurar lo siguiente: para Freud, la vida psíquica estaría sobredeterminada, en tanto su causación no se reduce meramente a la consciencia, sino que, por el contrario, estaría determinada por la vida anímica inconsciente.

Contribuciones para un debate del suicidio: el vencimiento de la pulsión de vida.

Posteriormente, Freud escribe *Contribuciones para un debate sobre el suicidio*, en donde relata su intervención en un debate realizado en la Sociedad psicoanalítica de Viena en 1910. A diferencia de trabajos anteriores, este breve escrito está destinado específicamente a problematizar sobre el suicidio. De hecho, sería el único texto que Freud escribiría centrándose en dicha temática (Vargas, 2020).

Freud realiza tanto la apertura como la conclusión de dicho debate, el cual tenía como temática el rol que tienen las instituciones educacionales en el fenómeno del suicidio infanto-juvenil. Más allá del lugar que otorga a las instituciones educacionales dentro de su discurso de apertura, resultan relevantes las conclusiones metapsicológicas que realiza durante el cierre del debate con respecto al suicidio:

Tengo la impresión de que a pesar del valioso material aquí presentado no hemos llegado a una conclusión acerca del problema que nos interesa [el suicidio]. Sobre todo, queríamos saber cómo es posible que llegue a superarse la pulsión de vivir, de intensidad tan extraordinaria; si sólo puede acontecer con auxilio de la libido desengañada, o bien existe una renuncia del yo a su afirmación por motivos estrictamente yoicos (Freud, 1986b, p. 232).

Se puede extraer, entonces, que tanto para Freud como para los psicoanalistas que participaron del debate, el fenómeno del suicidio radicaba principalmente en un problema *pulsional*. Este es un concepto que resulta fundamental en el edificio teórico del psicoanálisis, a tal punto que podría considerarse como el pilar central de su trabajo metapsicológico (Assoun, 2002). Si para Freud el inconsciente representa la pieza clave de su metapsicología tópica, la pulsión es el concepto central de la metapsicología económica, es decir, el conjunto de procesos de circulación y distribución de intensidades energéticas dentro del aparato (Assoun, 2002).

La pulsión puede definirse como un concepto límite entre la psique y el organismo biológico, en tanto representa la fuerza de trabajo que imprime lo somático sobre el aparato psíquico (Freud, 1992d). Esta fuerza es considerada por Freud como un esfuerzo constante de empuje que proviene desde el interior del cuerpo y tiene efectos en el aparato, “un estímulo para lo psíquico” (Freud, 1992d). Esto resulta fundamental, ya que a diferencia de los estímulos que provienen desde el exterior del cuerpo, la pulsión no puede ser evitada: el aparato debe procurar su descarga mediante una modificación de su estado (Freud, 1992d).

En un principio de su teoría, Freud supone que en el aparato psíquico habitan múltiples pulsiones parciales, cada cual buscando incesantemente su meta de satisfacción. Para Freud no existe ninguna razón para suponer que estas metas estarían alineadas, y más bien en su experiencia clínica con neuróticos encuentra conflictos entre los intereses de cada pulsión. En otras palabras, el aparato psíquico freudiano se caracteriza por múltiples oposiciones pulsionales que fundamentan el conflicto neurótico (Freud, 1986a). Es por ello que, a lo largo de las diversas doctrinas pulsionales de Freud, existe un marcado dualismo: estas oposiciones pulsionales se reducen fundamentalmente a dos pulsiones diversas que disputan el reinado del aparato psíquico.

La primera doctrina pulsional freudiana consiste en la oposición entre las pulsiones sexuales y las pulsiones yoicas (Freud, 1992d). Esta oposición opera de la siguiente manera: mientras las pulsiones sexuales buscan la reproducción sexual y la conservación de la especie -

interés filogenético-, las pulsiones de autoconservación -asexuales- buscan la conservación del individuo -interés ontogenético-.

En esta primera consideración sobre las pulsiones, las pulsiones yoicas encuentran su fundamento en el empuje de las necesidades, es decir, los requerimientos mínimos del organismo para subsistir y conservarse. Por el contrario, las pulsiones sexuales serían el correlato de placer que se obtiene en la satisfacción de las necesidades (Freud, 1986a). Estas pulsiones buscarían su descarga siguiendo la lógica del proceso primario y el principio del placer, característicos de la instancia inconsciente del aparato. El conflicto psíquico se produciría, entonces, entre las pulsiones sexuales que buscarían incesantemente su realización, y el yo, como una instancia crítica y de sanción que encuentra toda su fuerza en el investimento de las pulsiones de autoconservación.

Para Freud, las manifestaciones neuróticas que presentan los pacientes en la clínica tendrían como fundamento psíquico el fracaso de la defensa yoica frente a las pulsiones sexuales parciales (Freud, 1986a). Este fracaso ocurriría al nivel de la represión, que, si bien alcanza cierto éxito en impedir el ingreso consciente de representaciones provenientes del inconsciente, producen en su lugar formaciones sustitutivas de aquellas mociones reprimidas. Como se revisó anteriormente, el síntoma, los sueños y los actos fallidos son clásicos ejemplos de estas formaciones sustitutivas.

Volviendo a *Contribuciones para un debate del suicidio*, Freud indica que para la ocurrencia de un suicidio se tendría que *vencer* la pulsión de vivir. Para ello hipotetiza sobre dos puntos. Por una parte, la posibilidad de unas pulsiones sexuales *desengañadas*, lo que puede pensarse como un permanente fracaso en la descarga de las mociones pulsionales inconscientes. Por otra parte, la posibilidad de un yo que no opera en su función conservadora o sostenedora del aparato. Freud comenta una falta de conclusiones satisfactorias, sin embargo, como se verá en los próximos apartados, ambas hipótesis encontrarán un lugar en sus teorizaciones posteriores: una libido desengañada (o más bien regresiva) en el cuadro melancólico; y, el yo en su dimensión represiva vuelto contra sí mismo (en el caso de un superyó hipertrofiado).

El paradigma melancólico del suicidio: el darse muerte en tanto otro.

La elaboración teórica acaso más difundida y acotada al fenómeno suicida puede encontrarse en el texto *Duelo y melancolía*, en donde Freud desarrolla un análisis metapsicológico del trabajo de duelo y los cuadros melancólicos desde su nueva teoría pulsional desarrollada en *Introducción al narcisismo*, texto escrito unos años antes. Este trabajo sobre el

narcisismo resulta crucial para comprender sus puntualizaciones sobre el suicidio, en tanto se sostienen en los siguientes puntos: el narcisismo primario como una etapa *normal* del desarrollo libidinal; la introducción del ideal del yo y la consciencia moral como instancias psíquicas.

Para Freud, el narcisismo primario o infantil vendría a ocupar un lugar dentro del desarrollo libidinal de las personas, en tanto sería un “complemento libidinoso del egoísmo inherente a la pulsión de autoconservación” (Freud, 1992c). Esta etapa estaría caracterizada por una investidura originaria libidinal del yo, la cual sobreviene en la niñez a propósito de la sobrestimación que sobre ellos tienen sus padres -sobrestimación que para Freud estaría impulsado por el propio narcisismo de los padres- (Freud, 1992c). En este sentido, lo que caracteriza al narcisismo infantil sería su naturaleza omnipotente e idealizada.

Posteriormente, debido a las privaciones y frustraciones que el niño vive con respecto a su yo enaltecido, grandes cantidades de libido que invisten al yo son depositados en el mundo exterior. Este movimiento -la capacidad que tiene el aparato psíquico de investir los objetos del mundo con libido- sería la sucesión hacia la siguiente etapa en el desarrollo libidinal, denominada por Freud como relación de objeto (Freud, 1992c).

De esta manera, la pulsión sexual adquiere dos tipos de investidura: la libido objetal que sostiene las relaciones amorosas con los objetos -o relaciones objetales- y la libido yoica, que consiste en un *reservorio residual* libidinal que inviste al yo (Freud, 1992c). Este esquema permite pensar diversos fenómenos en los cuales, tanto la libido objetal como la libido yoica, varían bajo una *lógica inversamente proporcional*: si una incrementa, la otra decrece. Por ejemplo, cuando un sujeto se enamora, el objeto sexual torna completa relevancia -debido al gran influjo libidinal- mientras que el desdichado yo pierdo todo su brillo. Lo contrario ocurriría en la enfermedad: el mundo perdería importancia, y, el yo, en un intento de recuperación, captaría grandes porciones de libido. Este esquema queda bien representado en la metáfora biológica que presenta Freud a la manera de las amebas con respecto a sus pseudópodos (Freud, 1992c).

Ahora bien, la libido originaria que es investida en el yo en el narcisismo primario no es completamente drenada hacia el mundo exterior, sino que también constituye una instancia psíquica ulterior que Freud denomina como ideal del yo (Freud, 1992c). Esta instancia surge como un intento de reconquista de las primeras satisfacciones narcisistas vividas por el niño, las cuales son progresivamente abandonadas debido al influjo de las críticas paternas y las limitaciones del mundo exterior (Freud, 1992c). Señala Freud:

(...) sobre este yo ideal recae ahora el amor de sí mismo de que en la infancia gozó el yo real. El narcisismo aparece desplazado a este nuevo yo ideal que, como el infantil, se encuentra en posesión de todas las perfecciones valiosas (Freud, 1992c, p. 91).

En conjunto a esta formación sustitutiva del narcisismo primario, Freud propone una segunda instancia psíquica, la cual está destinada a asegurar la satisfacción narcisista proveniente del ideal del yo: la conciencia moral (Freud, 1992c). Esta instancia de autoobservación procura la mínima distancia entre el yo y el ideal del yo, adquiriendo una naturaleza de vigilancia y medición.

Estas nuevas herramientas teóricas le permiten a Freud, en *Duelo y Melancolía*, encontrar respuesta a su enigma sobre la superación de la pulsión de vida planteado en *Consideraciones sobre un debate sobre el suicidio*: el suicidio sería posible debido a una regresión desde la investidura de objeto a la identificación narcisista, en conjunto a la traslocación de la ambivalencia en la relación de objeto ahora vertida sobre el yo (Freud, 1992f). Esta aproximación al suicidio está enmarcada en la psicopatología melancólica, y la descripción metapsicológica que realiza Freud en torno a sus mecanismos de causación y funcionamiento. Por ello, múltiples autores consideran el suicidio melancólico como el paradigma freudiano para pensar el suicidio (Muñoz, 2009; Vargas, 2020; Betancourt, 2021b).

¿De qué manera Freud piensa el suicidio melancólico? Primeramente, resulta necesario delimitar la melancolía, la cual puede describirse como un estado “de desazón profundamente dolida, una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y una rebaja en el sentimiento de sí que se exterioriza en autorreproches y autodenigraciones” (Freud, 1992f, p. 242).

En contraste con el duelo, que para Freud consiste en un trabajo psíquico *normal* frente a la pérdida de un objeto -la libido se libera lenta y continuamente del objeto perdido, para ligarse a otro objeto sustituto- en la melancolía, la libido desasida del objeto retorna al yo y es incapaz de investirse nuevamente en objetos exteriores, generando una respuesta patológica a la pérdida de objeto (Freud, 1992f). Para que lo anterior tenga lugar, es necesario que se presenten una serie de predisposiciones en el individuo, a saber: una débil investidura de objeto -los objetos del mundo no se invisten con grandes cantidades de libido-; una fuerte fijación de la libido al objeto perdido, lo que dificulta su sustitución; y una elección de objeto narcisista, que hace referencia a individuos que aman tomando como modelo su propia persona (Freud, 1992f).

Propio de la melancolía, a diferencia del duelo, sería la profunda perturbación del sentimiento de sí, o, en otras palabras, un importante empobrecimiento del yo (Freud, 1992f).

Esta característica tan propia de la melancolía -que se traduce en constantes autorreproches y denigraciones- resulta contradictoria: si se pierde un objeto libidinal, ¿por qué se trasluce como una pérdida del yo? En vista de esta contradicción, Freud señala que en la melancolía los autorreproches en realidad serían querellas dirigidas hacia el objeto perdido -objeto, que como se dijo con anterioridad, sería de profunda importancia para el melancólico-. El mecanismo inconsciente que estaría operando a la base de esta inversión hacia el yo sería la *identificación narcisista* con el objeto, esto es, el yo se identificaría con el objeto perdido, formaría parte de sí.

Esta identificación narcisista funciona como sustituto de la relación objetal, y tendría la cualidad de mantener el vínculo de amor con el objeto, pese a que este ha sido perdido. En palabras de Freud: “La sombra del objeto cayó sobre el yo, quien, en lo sucesivo, pudo ser juzgado por una instancia particular como un objeto, como el objeto abandonado” (Freud, 1992f, p. 246). El objeto, ahora devenido yo-objeto, consistiría en una instancia yoica que emerge a propósito de la identificación, la cual heredaría el conflicto que se tenía originalmente con el objeto perdido. En este sentido, los autorreproches serían la *actualización* de dicho conflicto, el cual es orientado hacia el mismo yo a cargo de la propia conciencia moral.

La clave del suicidio melancólico freudiano se encontraría en este preciso punto: la generación de una instancia yoica paupérrima, la cual es constantemente juzgada por otra instancia del yo, a saber, la conciencia moral (Freud, 1992f). Freud es claro en señalar que la instancia moral del yo vehiculiza las mociones de odio y sadismo propias de la ambivalencia objetal -es decir, el reverso del amor por el objeto-, los cuales, devenidas ahora en una identificación narcisista, producen los autorreproches y la auto destructividad propia de la melancolía. Bajo esta lógica, si bien es el yo el que se concede la muerte en el suicidio, este se *mata en tanto objeto*, es decir, el yo busca matar al otro que ha perdido o le ha cometido una afrenta. Freud enfatiza sobre este punto: incluso en los padecimientos narcisistas, es el objeto el que demuestra primacía sobre el yo (Freud, 1992f).

Pulsión de muerte, superyó y masoquismo primario

Llegando hacia el final de su obra, Freud realiza una nueva sistematización sobre el aparato psíquico: tanto en su doctrina pulsional como en su metapsicología tópica se introducen importantes giros teóricos. Estas nuevas conceptualizaciones le permiten investigar diversos fenómenos desde otras perspectivas, presentes tanto en las neurosis como a nivel cultural. El suicidio no sería excepción, el cual es nuevamente sopesado por Freud, teniendo como conceptos claves el superyó, la pulsión de muerte y su teoría sobre el masoquismo.

En tanto al primer concepto -el superyó-, podría plantearse que se encontraba latente en su teoría desde sus inicios, sin embargo, es con la introducción de la segunda tópica del aparato psíquico que se erige como concepto formalmente. En términos sintéticos, la reformulación tópica freudiana consiste en tres instancias psíquicas: el ello, el yo y el superyó (Freud, 1992g). Estas instancias se engendran a raíz de las indagaciones que Freud realiza sobre el yo, sobre todo en lo que respecta a su dimensión inconsciente.

Bajo esta nueva concepción, el yo freudiano mantiene un vínculo estricto con lo inconsciente, ya que, precisamente, este es una alteración del Ello, instancia psíquica considerada por Freud como la más primitiva, y que circunscribe toda la actividad que rige en el aparato psíquico (Freud, 1992g). El Ello estaría habitado por las pulsiones eróticas y tanáticas, ambas fuerzas fundamentales y contrarias: mientras Eros vehiculiza la vitalidad de los organismos, generando formas de vida cada vez más complejas, Tánatos impera anulando toda actividad vital de los mismos, tendiendo siempre hacia el cero. Estas fuerzas pulsionales -que presenta Freud en su nueva doctrina pulsional- gobiernan toda la vida psíquica humana, en su intersticio y desmezcla.

Para Freud el yo sería una producción artificiosa que prolifera a propósito del encuentro de las fuerzas pulsionales con el apremio de la realidad, es decir, el yo sería una modificación del Ello cuando este hace frente a la realidad. En este sentido, el yo podría considerarse como un redoblamiento de la misma actividad psíquica que se ve forzada a mutar por la coacción de la realidad. Este redoblamiento se vería comandado por el par displacer-placer, siendo el cuerpo la base en la cual se produce esta modificación. Por esto, Freud define el yo como una *esencia-cuerpo*, en la medida que este sería la proyección de la superficie corporal que se constituye en función de las percepciones corporales.

De la mano con ambos conceptos, el superyó se erige como una instancia psíquica tercera, encargada fundamentalmente de la conciencia moral y poseedora del ideal del yo (Freud, 1992g). Esta instancia vendría a representar la brújula moral del individuo, encargada de vigilar y someter al yo constantemente a su juicio (Freud, 1992g). Para Freud, el superyó nace tempranamente en el aparato, y sería producto de las *identificaciones primordiales* que se establecen con las figuras parentales durante el sepultamiento del Complejo de Edipo. En este sentido, el superyó sería una interiorización de aquella autoridad paternal que en su debido momento mantenía a raya los impulsos sexuales del infante (Freud, 1992g).

Es fundamental considerar el superyó como una instancia inmensamente eficaz en el ejercicio moral de los individuos, cayendo frecuentemente en una hipermoralidad avasallante. La clave de su potencia se encuentra en los intensos vínculos pulsionales que se encuentran en su

origen -los objetos parentales- y, sobre todo, en el proceso de desexualización que involucra todo proceso de identificación. En este punto resulta pertinente recordar que para el autor viene la identificación facilita las resignaciones objetales, siendo una forma de dominar las fuerzas pulsionales del Ello mediante una alteración del yo en semejanza al objeto: “mira puedes amarme a mí como amabas al objeto, soy muy parecido a él” (Freud, 1992g, p. 32). El punto nodal de la resignación objetal estaría en la desexualización producida a propósito de una desmezcla pulsional, es decir, la separación de las pulsiones eróticas y tanáticas (Freud, 1992g).

En el caso de la trama edípica, en donde las relaciones objetales se caracterizan por una fuerte ambivalencia, la desmezcla pulsional desligaría el contenido libidinal de la investidura de objeto, y como resultado dejaría a un superyó constituido por una considerable pulsión de muerte (Freud, 1992g). En este sentido, las identificaciones primordiales que constituyen al superyó son vestigios de las enormes fuerzas pulsionales que investían los objetos parentales en un comienzo. Por esto, Freud considera que el superyó sería heredero del complejo de Edipo (Freud, 1992h).

Sin embargo, el superyó no se reduciría solamente a una instancia residual, sino que también implicaría un mecanismo de formación reactiva, esto es, una conducta o enunciado que va en dirección contraria a un deseo inconsciente reprimido (Freud, 1992h). Freud señala que la formación reactiva le otorga un *valor direccional* al superyó, es decir, es una orientación sobre el deseo inconsciente: “Su vínculo con el yo no se agota en la advertencia; «Así (como el padre) debes ser», sino que comprende también la prohibición: «Así (como el padre) no te es lícito ser, esto es, no puedes hacer todo lo que él hace; muchas cosas le están reservadas»” (Freud, 1992g, 36).

Ahora bien, ¿de qué manera el superyó le permite a Freud reconsiderar el suicidio? En términos sustanciales, Freud sigue pensando desde el paradigma melancólico al momento de analizar metapsicológicamente el suicidio. Sin embargo, el nexo que mantiene el superyó con el Ello le permite sopesar la posibilidad de unos sentimientos de culpa que no se mantienen en el nivel consciente, sino que tendrían una eficacia inconsciente (Freud, 1992g). Estos sentimientos inconscientes de culpa obtendrían su potencia de los impulsos reprimidos del Ello -sobre todo aquellos ligados a nociones incestuosas-, en donde el superyó, teniendo un enlace estrecho con ellos, aparecería más bien como un operador. A esta función del superyó con respecto al sentimiento inconsciente de culpa, Freud la denomina la *necesidad de castigo* (Freud, 1992g).

Freud señala que, en el caso de las neurosis obsesivas, la necesidad de castigo tiene un carácter productivo en el sentimiento de castigo hiper-expreso, sin embargo, las causas de esta necesidad permanecerían inconscientes, y el yo buscaría constantemente desestimarlas con

autorización del analista (Freud,1992g). Sería posible considerar desde esta lectura que, en la neurosis, el autorreproche, el autodesprecio y la auto denigración opere a nivel inconsciente por medio de actos fallidos, a la manera que se trabajaron en la introducción de este apartado. Sin embargo, para Freud la inducción de la propia muerte excede a esta necesidad de castigo, y más bien realiza una lectura opuesta: en la medida que el superyó encuentra su origen en los objetos parentales, y, por lo tanto, en sus cuidados y precauciones, así también opera como un limitante para el yo (Freud, 1992g). Esta idea resulta muy interesante, en tanto el superyó se considera una instancia castigadora y hasta tiránica, empero, su severidad se encuentra direccionada por la ley y el cuidado del sujeto (Freud, 1992h). Lo anterior toma sentido con el vínculo establecido entre el superyó y la filogenia: este surge como representante de la moral humana en su dimensión histórica, y, por lo tanto, es producto del empuje a la supervivencia que caracteriza a las culturas humanas (Freud, 1992h).

En lo referente a la melancolía, el yo no tiene la misma tendencia a repeler los sentimientos de culpa como en la neurosis, y más bien los asume con total certeza, recibiendo el castigo sin objeción (Freud, 1992g). Freud encuentra en los cuadros melancólicos que la necesidad de castigo se vuelve consciente -lo mismo sería decir que él superyó encuentra un asidero en la consciencia-, y, por lo demás, en la medida que el objeto es asimilado por identificación narcisista al yo, se producirían dos fenómenos que empujarían al melancólico al suicidio: en términos económicos, una desviación del sadismo que originariamente se dirigía hacia el objeto se vierte ahora en el yo-objeto, vehiculizado por un superyó devenido hiperintenso; en términos dinámicos, la desmezcla pulsional característica de la identificación no permitiría la merma de las fuerzas mortíferas de las pulsiones de muerte por parte del Eros (Freud, 1992h). A propósito de lo anterior, Freud señala:

De acuerdo con nuestra concepción del sadismo, diríamos que el componente destructivo se ha depositado en el superyó y se ha vuelto hacia el yo. Lo que ahora gobierna en el superyó es como un cultivo puro de la pulsión de muerte, que a menudo logra efectivamente empujar al yo a la muerte, cuando el yo no consiguió defenderse antes de su tirano mediante el vuelco a la manía (Freud, 1992g, p. 54).

De esta manera, es en base a las previas investiduras de objeto que el individuo melancolizado puede llegar al suicidio. No está demás agregar que, en las neurosis, el riesgo de suicidio disminuye en la medida que la relación objetal permite vehiculizar la pulsión de muerte hacia fuera del aparato psíquico (Freud, 1992h). Sobre todo, en la neurosis obsesiva, en donde

la regresión sádica-anal libera grandes cantidades de pulsión destinadas a la destrucción del objeto (Freud, 1992g). De manera contraria, si el aparato psíquico no es capaz de tramitar las pulsiones de muerte hacia objetos de la realidad externa, más se vuelcan hacia su interior, bajo la forma de sentimientos de culpa. Freud insiste en esta posibilidad en su escrito *Malestar en la cultura*, en donde desarrolla la vehiculización de las pulsiones de muerte como agresión y destrucción hacia el mundo exterior (Freud, 1992j).

Consideraciones lacanianas sobre el suicidio

Desde la teoría lacaniana se pueden encontrar diversos estatutos desde los cuales se conceptualiza el suicidio, aunque sin una formalización sistemática como otros conceptos que trabaja el autor. Principalmente, el psicoanalista francés aborda el suicidio desde las nociones de pasaje al acto, acting-out y acto, cada cual con distintos matices y consecuencias clínicas particulares (Vargas, 2020). De igual manera, cabe mencionar que los desarrollos planteados por Lacan con respecto al suicidio no son lineales, hasta el punto de presentar claras paradojas y contradicciones a lo largo de su enseñanza (Vargas, 2020). A continuación, se hará una revisión sistemática de estos tres estatutos del suicidio presentes en la teoría lacaniana, realizando un abordaje del pasaje al acto y el acting out desde lo que el autor trabaja en el Seminario 10, y el concepto de acto desde algunas referencias de los Seminarios, sobre todo al 14 y el 15.

Ahora bien, en relación con los primeros dos conceptos el Seminario 10 resulta fundamental, ya que Lacan los trabaja de manera sistemática, sobre todo en lo que respecta al problema de la angustia. Esto implica que son conceptos que están imbricados íntimamente con la invención del *objeto a*, el registro de *lo real* y las llamadas *psicopatologías del acto* (Muñoz, 2009). Por ello, se vuelve necesario para esta investigación proponer una breve lectura de este entramado conceptual, apuesta que se realiza a través de trabajar el *esquema de la división subjetiva* y la distinción que propone el autor entre la *escena* y *el mundo*. La elección de estas dos conceptualizaciones se justifica en la medida que permiten considerar el estatuto estructural del pasaje al acto y el acting out, específicamente en la articulación que mantienen con las nociones de sujeto y el fantasma (Muñoz, 2009).

Primeramente, el esquema de la división trata de una formalización desarrollada por Lacan para abordar el proceso de subjetivación, es decir, una propuesta lógica a propósito de la constitución subjetiva (Lacan, 1962-1963). Esta formulación podría leerse como una nueva teoría sobre el objeto desde la perspectiva de Lacan, indispensable para la ponderación de la estructura del pasaje al acto (Muñoz, 2009). El esquema de la división permite indicar las articulaciones estructurales entre el sujeto y el objeto *a*, así como también ordenar los pisos del goce, la

angustia y el deseo (Lacan, 1962-1963). Durante el desarrollo de sus clases, Lacan propone tres esquemas diferentes, cada cual, con sus propios alcances teóricos y clínicos, sin embargo, el propio autor reconoce el tercero como forma más estricta en relación con los fenómenos del psicoanálisis (Lacan, 1962-1963).

En términos formales, el tercer esquema de la división se trata de una operación de división de números irracionales representados algebraicamente, la cual contiene dos cálculos: 1) la división del A (Otro como desfiladero significativo) por el S (sujeto mítico del goce) con cociente \bar{A} (la falta del Otro) y resto a ; 2) la división del resto a por S , con cociente $\$$ (sujeto barrado). (ver Anexo 2).

A propósito de estas operaciones, se pueden desglosar los siguientes tres puntos: El sujeto no existe previamente a la lógica significativa, por lo cual se considera en su estatuto mítico, o hipotético del goce. Esto quiere decir que el S solamente es plausible de ser supuesto en la operación, determinado ya por el significativo, que para Lacan sería momento del funcionamiento del rasgo unario -considerado como el soporte de la identificación de la cual surge la función del uno- (Lacan, 1962-1963). Por ello, cualquier consideración sobre el sujeto sólo es posible en la estructura del lenguaje. Ahora bien, debido al corte que implica el orden significativo, persiste la falta de un significativo que diga al sujeto, teniendo como resultado \bar{A} . Ya que se trata de una operación con números irracionales, existe una imposibilidad de cerrar la operación, y, por lo tanto, siempre conlleva un resto, que Lacan conceptualiza como objeto a . El a entonces vendría a representar lo que no es capaz de recubrir la estructura significativa, el real irreductible de la operación sobre el sujeto.

Esto apunta a un segundo punto: la anterioridad lógica, estructural, del objeto previo al sujeto, lo cual se ve representado en el segundo momento de la operación, en donde se divide el a por el sujeto. En este sentido, podría conceptualizarse este movimiento como la articulación de la pregunta *Che Vuoi* - ¿qué me quieres? -, es decir, el cuestionamiento que realiza el sujeto al Otro a lo que él es como a . Es por ello por lo que el objeto a es considerado como aquello que moviliza el deseo del sujeto. Es más, para Lacan el afecto correlativo al objeto a sería la angustia, la cual mediaría entre el goce y el deseo, es decir, entre el primer piso del sujeto mítico del goce y el tercer piso del sujeto tachado (Lacan, 1962-1963).

El ordenamiento que permite vislumbrar este esquema permite una nueva concepción de las relaciones entre el sujeto y el objeto, en donde el primero es producido a propósito de la operación del segundo y no al revés. Es decir, que el sujeto es una producción determinada por el funcionamiento de un objeto residual, y no un agente que opera deliberadamente sobre él. En este sentido, la relación del sujeto respecto a su propio deseo está anticipada por la posición de

objeto residual que gravita en torno al A, o sea, lo que constituye como objeto de deseo del Otro (Lacan, 1963). La operación de división en dos tiempos considera entonces que la entrada a la estructura se realiza en posición de objeto como resto con respecto a una falta, mientras que la dimensión subjetiva sería una potencialidad por producir (Muñoz, 2009).

De lo anterior se desprende el tercer punto: la relación estructural entre el *a* y el A. Para Lacan este vínculo se trataría de una relación de extimidad: el objeto residual sería un efecto de la operación del lenguaje en el sujeto mítico del goce, pero a su vez, tendrían una relación de exclusión en tanto que el lenguaje no es capaz de significantizarlo en su totalidad (Véase anexo 3) (Muñoz, 2009). Esto implica que el objeto que causa el deseo del sujeto está incrustado en la dialéctica del Otro, es decir, en el devenir propio de la historia. Por ello, el deseo que moviliza a los sujetos estaría mediado por los significantes que tejen tanto la historia de la cultura como la historia personal de los individuos (Vargas, 2020).

Teniendo en consideración este antecedente teórico, se puede dar paso a un segundo esquema presentado por Lacan: su consideración sobre la escena y el mundo. Inspirado por Freud en su metáfora del inconsciente como *otra escena* en donde se despliega lo psíquico, la noción de escena resulta útil en la medida que organiza conceptualmente las relaciones entre distintos movimientos que realiza el sujeto en la estructura, como se puede observar en el cuadro de doble entrada que propone en el Seminario 10 (Véase anexo 4). Fundamentalmente, la escena comprende el espacio de reconocimiento imaginario en el cual participa el sujeto, en otras palabras, el articulado simbólico-imaginario en el cual se sostienen sus relaciones con otros, consigo el *sí mismo*, y con la alteridad (Lacan, 1962-1963). Sin duda esta noción mantiene fuertes parecidos conceptuales con el fantasma.

Es relevante situar que, en esta metáfora escénica, el Otro jugaría un papel doble: por una parte, tiene un rol de espectador supuesto por el sujeto, que con su mirada sostiene la escena; por otra parte, como tesoro de significantes opera como narrador, dándole una historia y sentido a la obra (Vargas, 2020). Precisamente, en relación con lo trabajado sobre la relación entre A y *a*, la escena sería la dimensión de la historia del sujeto, *su puesta en escena*, la cual se estructura como ficción (Lacan, 1962-1963). En términos topológicos, la escena sería el producto de un corte, la generación de un borde o encuadre que se instala adyacente a lo real, el cual, en este armazón conceptual, Lacan lo sitúa como el mundo, es decir, aquella dimensión que se constituye por fuera de los límites de las concepciones de mundo del sujeto (Vargas, 2020).

Ahora bien, teniendo en consideración estos elementos, se puede elaborar sobre las concepciones de pasaje al acto y acting-out desarrolladas por Lacan en su décimo seminario.

El pasaje al acto y el dejar caer de la escena

El concepto de pasaje al acto tiene un amplio y diverso desarrollo a lo largo del trabajo de Lacan, situándose desde sus tempranos trabajos en relación con las psicosis paranoicas en su tesis doctoral, hasta la altura del Seminario 15, el Acto analítico (Muñoz, 2009). Ahora bien, este concepto no resulta ser una invención del psicoanalista francés, ya que en sus orígenes era un término clínico utilizado principalmente por la escuela de psiquiatría francesa durante la década del 40. Desde este campo, se utilizaba sobre todo para denominar acciones impulsivas, violentas e imprevistas, las cuales acontecían en un individuo sobrepasado o fuera de sí (Muñoz, 2009). Por ello, se les atribuía a fenómenos como el suicidio, agresiones físicas, violaciones, entre otras.

Siendo Lacan un integrante de dicha escuela, comienza estudiando el pasaje al acto desde la esfera de la psicosis para paulatinamente ir desmarcando este concepto desde una noción meramente fenomenológica-nosológica de la psiquiatría, al estatuto de concepto articulado en su teoría psicoanalítica (Vargas, 2020). Este movimiento es relevante en términos clínicos, en la medida que se busca superar una nosología descriptiva, ponderando la posibilidad demostrativa del sujeto del inconsciente (Muñoz, 2009). Ahora bien, no es sino hasta el Seminario 10 en donde Lacan vincula de manera sistemática dicho concepto a un rico entramado teórico, resaltando el aspecto estructural del pasaje al acto, y sus relaciones con lo simbólico, lo imaginario y lo real (Muñoz, 2009).

En dicho seminario, este concepto es articulado como una configuración particular del sujeto en relación con el objeto a -y, por lo tanto, al fantasma-, al Otro y a su falta (Lacan, 1962-1963). Para Lacan (1962-1963), esta posición del sujeto podría inscribirse en la noción de *dejar caer* -movimiento ligado al *niederkommen lassen* de Freud- el cual refiere a la precipitación del sujeto fuera de la escena, es decir, fuera del simbólico. Como se revisó con anterioridad, la escena sería la articulación imaginario-simbólica en la cual el sujeto se ve provisto de estructura -lo que podemos llamar sentido, historia, linealidad, orden-, por lo que la basculación afuera de la escena implicaría la anulación del estatuto de sujeto como tal. En términos formales, Muñoz (2009) plantea una modificación de la fórmula del fantasma, en donde el sujeto quedaría totalmente anulado por la barra: $(\$ \leftrightarrow a) \rightarrow (\leftrightarrow a)$.

En relación con lo anterior, se tiene que el pasaje al acto no busca decir nada al Otro, no se articula como una demanda, ni tampoco pretende garantía del Otro, consecuencia del movimiento de precipitación al registro de lo real en lo que el sujeto es como a . Para Vargas, esta característica del pasaje al acto podría considerarse como una destitución subjetiva salvaje, en tanto que implica una inversión completa de la posición del sujeto con respecto al objeto de

deseo, es decir, una identificación al mismo al estilo de la regresión narcisista en Freud (Vargas, 2020). Cabe recalcar que el dejar caer no es una metáfora del pasaje al acto, sino que constituye su estructura misma.

No resulta menor agregar a lo anterior que el pasaje al acto tendría un correlato de reducción histórica: el sujeto se anula en su dimensión histórica para ser dividido en extremo por la lógica significante, momento que Lacan denomina como *máximo embar(r)azo* del sujeto (Lacan, 1962-1963).

Ahora bien, para que se produzca un pasaje al acto a propósito de este esquema propuesto por Lacan, deben cumplirse al menos dos condiciones: a) la identificación absoluta del sujeto con él a al que se reduce; b) la confrontación entre el deseo y la ley (Lacan, 1963). A continuación, se propone un esclarecimiento de estos dos puntos.

La primera condición tiene relación con lo revisado con anterioridad en el esquema de la división subjetiva. Esta identificación se fundamentaría en la anterioridad estructural del objeto *a* con respecto a la posición subjetivada. Es decir, el *fading* característico del sujeto dividido en la operatoria significante es detenido para identificarse con lo que fue como objeto de goce para el Otro. Hay dos coordenadas clínicas que podrían leerse de esta condición estructural: por una parte, la angustia acompañada al pasaje al acto, que señalaría el funcionamiento del objeto *a* y la inoperancia del fantasma como marco que sostiene el deseo del sujeto; por otra parte, la certeza que implica tal acto, en la medida que se moviliza en el orden de lo real y por lo tanto carece de un sentido equívoco (Lacan, 1962-1963).

La segunda condición, la confrontación entre deseo y la ley, tiene relación con el encuentro entre la escena que sostiene el deseo y aquella ley que posibilita el propio deseo (Lacan, 1962-1963). Lo anterior se fundamenta en la equivalencia que existiría entre la ley y el deseo, que, para Lacan, es la ley del padre, es decir, la prohibición del incesto en el Complejo de Edipo. Ya desde Freud se percibe la contradicción misma de la interdicción paterna en el complejo de Edipo: con la prohibición del objeto incestuoso, se habilita como objeto a desear (Vargas, 2020) En este sentido, la confrontación trataría de la presentificación de la ley en la escena fantasmática en la cual se despliega el deseo del sujeto, causando la desarticulación de esta.

El caso de la joven homosexual de Freud es ejemplar de este movimiento: en la medida que la paciente se frustra en su deseo de tener un hijo del padre, se hace soporte de su propia castración de mujer, invirtiendo su falta en la escena que monta en torno a su Dama (Lacan, 1962-1963). En este sentido, la inversión de la posición castrada implica la positivización de aquello que debería operar velado: el falo. Por ello, la operatoria que moviliza la joven tendría la

estructura de mostramiento -es decir, de acting out-, el cual estaría dirigido hacia el padre, pero la cual es sostenida fantasmáticamente. El conflicto se produce porque esta escena es *efectivamente* vista por el padre, en tanto se presentifica la ley, es decir, aquello mismo que la posibilitaba.

Consideraciones del suicidio como pasaje al acto

En términos relativos al suicidio, se podría considerar que la estructura del pasaje al acto hace referencia al paradigma del suicidio melancólico. Lacan insiste en esto: “No sin razón el sujeto melancólico tiene tal propensión, siempre llevada a cabo con una rapidez fulgurante, desconcertante, a arrojarse por la ventana” (Lacan, 1962-1963, p. 123). Lo novedoso de la propuesta lacaniana del suicidio como pasaje al acto con respecto al paradigma melancólico tiene relación con su orientación a lo real: ese objeto de deseo del Otro irreducible al significante.

Lo anterior explicaría para Lacan el componente autoagresivo del pasaje al acto melancólico, en tanto el objeto a se encuentra *enmascarado* detrás del i(a) del narcisismo, por lo que se vuelve necesario, primeramente, la destrucción de la propia imagen para alcanzar aquel objeto que la fundamenta (Lacan, 1962-1963). En este sentido, en la melancolía lo que fundamentaría las conductas autolesivas, autodestructivas e incluso suicidas sería la certeza sobre su ser, esto es, ser la inmundicia del mundo, el *kakon*, el desperdicio (Lacan, 1932).

Ahora bien, es importante agregar otra referencia al pasaje al acto como suicidio presente en la última clase Seminario 10 de Lacan, el cual tiene relación con la reorganización del cuadro de la angustia -introducido en las primeras clases del seminario- desde el nivel escópico (véase anexo 5). En esta modificación Lacan reemplaza el pasaje al acto por el (fantasma de) suicidio y comenta: “En el lugar del pasaje al acto, el fantasma de suicidio, cuyo carácter, así como su autenticidad, deben cuestionarse esencialmente en la casuística” (Lacan, 1962-1963, p. 360). De esta cita se pueden desprender tres ideas.

Primero, (el fantasma de) suicidio se ubica en la línea del síntoma, el cual para Lacan se estructura en el orden del *no saber* -de ahí que el primer cuadrante refiera al desconocimiento-. Se comprende, por lo tanto, que el suicidio -y, también, el pasaje al acto- implica un *desentenderse* del Otro, pudiendo concretizar una acción que indica su rechazo (Vargas, 2020). Esto está lo suficientemente articulado con el *dejar caer* que propone Lacan. Sin embargo, desde esta referencia podría pensarse como un dejar caer no solo del sujeto, sino dejar caer al Otro como lugar de saber.

Segundo, lo peculiar del agregado del paréntesis “*fantasma de*”, considerando que el pasaje al acto implicaría una salida de la escena y, por lo tanto, la desarticulación del fantasma.

Esta aparente contradicción más bien permite comprender que el pasaje al acto implica precisamente eso: un acto, una acción, que está enmarcada en todo un tramo o escenario previo y posterior. En este sentido, el fantasma de suicidio podría referirse a la articulación que permite al sujeto sostener el deseo de muerte del Otro, una manera de hacerle frente, y que en cierto punto colapsa desembocando en un pasaje al acto, como es en el caso de la joven homosexual.

A propósito de lo anterior, podría destacarse que, si bien el pasaje al acto forma el paradigma del suicidio melancólico, es fundamental considerar que no todos los pasajes al acto implican un acto violento o perjudicial, menos aún tomar a la muerte como su fin inherente. Como bien destaca Vargas (2020), el pasaje al acto contiene una *dimensión de oportunidad*, en la medida que le permite al sujeto sustraerse de una escena que le resulta insoportable. En esta misma línea apunta Lacan cuando precisa que el pasaje al acto puede ser una oportunidad de *darse aires* (Lacan, 1962-1963). Es en esta dirección que podría interpretarse el “*fantasma de*” en el nivel escópico, en la medida que el pasaje al acto se realizaría como una respuesta del sujeto de no querer saber nada del deseo mortífero del Otro.

Tercero, y a manera de conclusión, se destaca el carácter casuístico que subraya Lacan en este pasaje. Característico de su propuesta clínica, para el psicoanalista francés, cuando se trata de suicidio, ya sea fantasmas, intentos o concreciones, lo importante para su abordaje en términos de su características y veracidad es el caso a caso. En este sentido, no habría una fórmula universal desde donde comprender o explicar el fenómeno suicida, sino que sería preciso trabajar de manera particular con cada sujeto.

Esta propuesta se vuelve aún más interesante considerando que para Lacan el pasaje al acto en general, y, sobre todo, el pasaje al acto suicida en particular no implica una puesta en operación del orden simbólico: lo que se enfatiza precisamente la no articulación del saber con respecto al acto.

De ahí lo fundamental de su abordaje ético, y las pistas clínicas que presenta Lacan, en tanto lo relevante no se situaría en el nivel de la comprensión causal del suicidio, sino, lo fundamental se resuelve en las consecuencias que produjo el pasaje al acto (Muñoz, 2009). Es decir, lo novedoso radica en la preocupación por trabajar el ámbito de la simbolización posterior al pasaje al acto, una producción subjetiva con respecto a aquello de lo que el sujeto es como objeto, y que precisamente *cae*.

El acting out y el mostramiento al Otro.

Como segundo estatuto del suicidio en la teoría lacaniana se encuentra el acting-out, concepto articulado precisamente como contraparte del pasaje al acto en el Seminario 10. Se

podrían otorgar tres características fundamentales al acting out: a) se trata de una acción que es inmotivada, y que carece de cuestionamiento por parte del individuo que la realiza b) sería un comportamiento *repetitivo* situado durante de un análisis -aunque no necesariamente en sesión- c) el comportamiento estaría enmarcado dentro de una *escena* con características que le son propias, y que generalmente rompen con las pautas comportamentales del individuo (Muñoz, 2009).

Ahora bien, para Lacan, el acting-out y el pasaje al acto forman una comunidad de estructura, en la medida que se plantean como oposición una de la otra (Muñoz, 2009). Esta comunidad de estructura radicaría en la posición que se otorga al objeto *a* en el fantasma: si en el pasaje al acto se fundamentaría en la destitución subjetiva, el acting out se produciría en función de la barradura del $a (\$ \langle \rangle a) \rightarrow (\$ \langle \rangle)$. Precisamente, el acting out es un mostramiento al Otro, o sea, se trata de un comportamiento demostrativo que buscaría elevar el objeto a la escena (Lacan, 1962-1963).

Si bien esta demostración operaría en el orden del significante, lo relevante para Lacan es el lugar que ocupa *a* en la operación. Esto es lo que busca enfatizar cuando señala que el acting out sería una demostración velada, pero no velada en sí misma: no se trataría de una articulación de sentido orientada hacia el Otro -subsumida en el equívoco del significante-, sino que la elevación de aquel resto que causa el deseo del sujeto (Lacan, 1962-1963). Es decir, que en el acting out se buscaría articular *objetivamente* el deseo como forma de afirmarse como verdad, enmarcado, claro, en la imposibilidad de ser articulado a nivel del significante.

Lo anterior es fundamental en términos clínicos, ya que en este mostramiento se buscaría la interpretación del otro. Lacan subraya las dificultades clínicas de trabajar con este llamado, en la medida que se muestra como otra cosa de lo que es: el paciente puede *saber* que el sentido de su acción está orientado hacia el analista (Lacan, 1962-1963). En vista de esta dificultad, Lacan en su seminario comenta tres posibilidades clínicas que presenta Phyllis Greenacre para abordar el acting out.

En primer lugar, se lo podría interpretar, lo cual en principio sería insuficiente si se realiza en el orden del sentido, y no se busca aquel resto al cual apunta el acting. Por ello, el analista debe ser muy cuidadoso de no satisfacerse con tal o cual interpretación, sino apuntar al objeto que se devela (Lacan, 1962-1963). Este problema es manifiesto de manera ejemplar en el caso de los sesos frescos de Ernst Kriss, en donde este interviene en el orden del *sentido* -le señala de manera irrefutable al paciente que no está plagiando-, sin embargo, su intervención no se pregunta por el deseo, por el resto que indica su causa. Posteriormente, el paciente *realiza* el acting out comiendo sesos frescos, es decir, se eleva el objeto en la escena: se demuestra

aquello ignorado en la sesión. En este sentido, la herramienta fundamental de la clínica analítica tiene límites bastante estrechos, pudiendo ser hasta perjudicial en un análisis (Vargas, 2020).

En segundo lugar, el acting out podría prohibirse, opción que para la analista no genera muchas esperanzas y hasta podría pecar de ingenuidad. Si bien Lacan no comenta exhaustivamente esta posibilidad, señala el matiz ético que implica la posición del analista con respecto al acting, ya que, si efectivamente se ha instalado una transferencia, el paciente se dirige al analista en tanto Otro (Lacan, 1962-1963). En este sentido, se instalan diversas preguntas en relación con los actos que se realizan en un análisis: ¿quién es sujeto de tales actos? ¿Cómo dirimir sobre la responsabilidad de tales actos? ¿Qué lugar ha de tomar el analista con respecto a estos? Si bien esta problemática escapa a lo pretendido en esta investigación, es relevante situar que en un análisis se tiene una posición particular con respecto al deseo del paciente, y, por lo tanto, es necesario problematizar dicha posición desde una perspectiva ética. Esto es lo que apunta Lacan cuando señala la importancia del deseo del analista en el despliegue de un análisis.

En tercer lugar, se tiene el reforzamiento del yo en la trama transferencial. Para Lacan esta posición es la más problemática de las tres propuestas por Greenacre. Cuestión bastante evidente teniendo en consideración las profundas críticas que realiza el autor francés durante sus primeros seminarios a los trabajos de Balint sobre el *primary love* y el final de análisis como una catarsis amorosa. Ahora bien, lo novedoso que aporta Lacan con respecto a su crítica es precisamente el soslayamiento absoluto del objeto a como causa del deseo en los análisis centrados en el reforzamiento yoico.

Por último, y, en línea con su abordaje clínico, Lacan considera al acting out como la *transferencia sin análisis*, es decir, el mostramiento gira en torno a aquello de la transferencia que no está siendo interpretado por el analista. De esta manera, el acting out tendría una relevancia clínica a destacar, puesto que trataría de una demanda de simbolización exigida al analista dentro de la transferencia (Muñoz, 2009). En este sentido, y, tomando en cuenta el esquema de la división, el acting out buscaría resituar el orden de lo que él se juega como objeto en el deseo del Otro, a través de una escena que opera como un velamiento imaginario de dicho objeto.

Para Muñoz (2009), el acting out expresa claramente su sentido, se trataría de armar una puesta en escena mentirosa que podría disuadir al analista, por ello resulta tener tan pocos efectos su interpretación. Lo que queda como enigma es lo que lo causa, la que de igual manera es enigmático por estructura: es lo real.

Consideraciones del suicidio como acting out

Si bien el acting out no tiene un correlato directo al suicidio como lo tiene el pasaje al acto en los trabajos de Lacan, dentro de la lectura estructural del Seminario 10 es posible pensar abordar algunas dimensiones del problema suicida desde este concepto. Primeramente, debido a su carácter *demostrativo* algunos autores lo relacionan al intento suicida, es decir, una acción que no buscaría como fin la muerte en sí misma, sino su utilidad para producir una respuesta en el Otro (Arango & Martínez, 2013). Ahora bien, el orden demostrativo del acting out podría fácilmente conllevar la muerte cuando se trata del fenómeno suicida, ya que como menciona Lacan, es recurrente que desde el acting out se produzca un raudo viraje hacia el pasaje al acto (Lacan, 1962-1963). Se debe recordar que ambos operan en una comunidad estructural: desde el montaje de la escena en torno al objeto hacia su caída abrupta fuera de la misma -como ocurre en el caso de la joven homosexual de Freud- (Muñoz, 2009).

Ahora bien, en vista de lo que se revisó en el apartado anterior, el acting out podría incluso conllevar la muerte sin necesidad de su transposición al pasaje al acto, concretando algo así como un acting out fallido (Londoño, s/f, en Muñoz, 2009). Esto complejiza el análisis del suicidio a nivel fenomenológico, en la medida que apunta hacia las nociones de sentido: ¿quiso decir algo esta persona con su intento suicida? Por ello es útil la propuesta de Lacan: más allá del sentido de un suicidio, sus intenciones o causas, ¿en qué lugar es situado el objeto que causa el deseo del sujeto?

El concepto de acto en la teoría lacaniana.

El acto tiene un amplio y complejo desarrollo a lo largo de la obra de Lacan, teniendo diversas características y precisiones conceptuales (Vargas, 2020). Si bien no es objetivo de esta investigación producir un desarrollo exhaustivo sobre este concepto, resulta relevante para la misma articular algunas de sus características principales. Esto se justifica debido a la relación paradigmática que tiene el suicidio con respecto al acto en la teoría lacaniana, no tanto en su vertiente fenomenológica, sino que este deja entrever la estructura misma del acto (Vargas, 2020). Ahora bien, previo a trabajar las nociones del suicidio como acto en la obra de Lacan, se realizará una breve descripción teórica del concepto, siguiendo un recorrido de algunas referencias presentes desde en los seminarios 10 (1962-1963), 14 (1966-1967), 15 (1967-1968), y 16 (1968-1969).

Iniciando este recorrido, a la altura de la clase 23 del Seminario 10, Lacan introduce la noción de acto en relación con el problema de la inhibición y el deseo, en particular, el deseo del obsesivo. En esta discusión, la inhibición se presenta como la introducción en una función -sea

motriz, espacial, etc.- de un deseo diferente a la que tal función satisface. En contraste, lo que caracterizaría el acto sería la capacidad de expresar el deseo mismo que estaba destinado a inhibirse. Por ello, para Lacan tanto en la inhibición como en el acto se juega la dimensión del deseo, sin embargo, desde veredas propias.

Primeramente, en la inhibición se trataría de un deseo subyacente a otro deseo, en donde uno de estos opera como defensa (Lacan, 1962-1963). Es decir, en una inhibición se pone en movimiento un deseo defensivo que vendría a hacer de *tapón* a otro deseo. Lacan utiliza como ejemplo la estructura obsesiva, en la cual se produciría una suplencia del deseo genital por el deseo anal: allí donde lo que caracteriza a lo genital es la falta de objeto, se introduce el *a excremental* característico de la sexualidad anal (Lacan, 1962-1963). El autor francés es bastante ilustrativo señalando como esta suplencia a nivel objetal fundamenta el fantasma oblativo del obsesivo, en donde se busca elevar la lógica del don excremental a la sexualidad genital.

Es importante destacar que en esta discusión el acto para Lacan se articularía en el nivel de la realización del sujeto, no tanto en el sentido de superación personalista, sino de su realización como objeto. Por ello, el acto permitiría al sujeto *realizarse* a través de objetos que ocupan la posición estructural -y anterior- de *a* (Lacan, 1962-1963). En el caso del obsesivo, el acto, particularmente el acto sexual, implicaría la superación de la inhibición producida por el objeto excremental, es decir, un destaponamiento del deseo genital.

Posteriormente, en el Seminario 14, Lacan trabaja el acto en su dimensión significativa y sobre todo en su fundamento de repetición. El acto sería un significante que se repite: el acto es lo que quiere decir (Lacan, 1966-1967). Ahora bien, la particularidad de este concepto -a diferencia, por ejemplo, de la locución- es que en él la operatoria significativa se ve trastocada: en el acto el significante estaría próximo a significarse a sí mismo (Lacan, 1966-1967). Señala Lacan: “el sujeto en el acto es equivalente a su significante, no por eso queda menos dividido” (Lacan, 1966-1967, p. 52). Desde esta faceta se supone la relación del acto con lo real, ya que para Lacan la (auto)significación aislada de un significante recae en el orden de lo imposible.

En esta misma línea, señala: “el acto entonces es el único lugar donde el significante tiene la apariencia, la función en todo caso, de significarse a sí mismo, es decir, funcionar fuera de sus posibilidades” (Lacan, 1966-1967 p. 53). Siguiendo a Vargas (2020), la relación con lo imposible señala el paso de lo simbólico a lo real en el acto, en donde la inoperancia de la vacilación significativa pone en primer plano la certeza que caracteriza al acto. Por ello, el acto podría comprenderse como un franqueamiento hacia lo real -un primer paso ahí donde no hay comienzo- que Lacan trabaja bajo la modalidad de *corte*: “[el acto] es el equivalente de la

repetición en su único rasgo, que he designado siempre por este corte que es posible hace en el centro de la banda de Moebius, es en sí mismo el doble bucle significante” (Lacan, 1966-1967, p. 52).

De este franqueamiento producido por el corte en la estructura, Lacan propone que en el acto el sujeto surge como transformación: a propósito de este cambio de registro introducido por el acto, el sujeto se posiciona de una manera diferente con relación a su fantasma (Lacan, 1967-1968). Es en este sentido que el autor francés plantea como descontado al sujeto en la realización del acto, y solamente se cuenta con su presencia *a posteriori*, de manera renovada más allá del acto. Por ello, Vargas (2020) considera que, a propósito de esta cualidad, se puede considerar al acto como *fundador de sujeto*, es decir, el acto implicaría una discontinuidad subjetiva, en la que el sujeto aparece sólo como efecto.

Ahora bien, si no es el sujeto el que produce el acto, ¿qué es responsable de su realización?

Una lectura posible es la que entrega el esquema de división visto con anterioridad: si no es en condición de sujeto que se produce el acto, necesariamente tiene relación con una posición anterior, a saber, la del objeto. En este sentido, el acto implicaría -de la misma manera que en el acting out y el pasaje al acto- la operatoria del objeto *a* como causa. Esto explicaría su potencialidad de fundar un nuevo sujeto, así como también el funcionamiento aislado del significante en el acto.

En este sentido, Vargas (2020) precisa que la operación del objeto en el acto se fundamenta en la operatoria de la separación:

El acto tiene carácter de separación, falta de sentido, que luego en su reencuentro con la alienación se le podría dar alguna significación, el cual ya implicará un desconocimiento del mismo por la transformación que el sujeto ha sufrido como consecuencia (p. 101).

Si la separación implica la anulación de la condición de fading del sujeto, es en la medida a que apunta a la falta del Otro, por ello, es una operación que gravita en torno al deseo del Otro. Lacan señala: “Por esta vía [la separación] el sujeto se realiza en la pérdida en la que ha surgido como inconsciente, por la carencia que produce en el Otro, según el trazado que Freud descubre como la pulsión más radical y a la que denomina: pulsión de muerte. Un ni a— es llamado aquí a llenar otro ni a—. (Lacan, 1966, p 801). En este sentido, en el acto se pone en suspenso al Otro del sentido, al Otro como lugar de saber, y opera principalmente a nivel del deseo del Otro

(Vargas, 2020). Esto es relevante, ya que no hay ninguna garantía de lo que el acto produce -en tanto es sin sentido-, pudiendo representarse a la manera del salto al vacío.

Nuevamente, al igual que en los conceptos de acting out y pasaje al acto, el acto para Lacan se juega en el campo de la ética, en tanto que lo relevante son las proyecciones que este genera, más allá de las causas interpretables a nivel significativo (Lacan, 1967-1968). La ética del acto se trataría sobre todo de la nueva posición que obtiene el sujeto con relación al deseo y, por lo tanto, con la ley: "Puedo acá caminar a lo largo y ancho mientras les hablo; esto no constituye un acto, pero si un día, por franquear cierto umbral yo me pongo fuera de la ley, ese día mi motricidad tendrá valor de acto" (Lacan, 1967-1968, p.5). Ejemplo de lo anterior es el atravesamiento del Rubicón hecho por Julio Cesar, lo que implicaba transgredir simbólicamente la ley del incesto -debido a la interpretación hecha a su sueño-. Lo relevante de este atravesamiento no fue la dificultad de cruzar el pequeño río Rubicón, sino las implicancias políticas que implicaba para Julio Cesar.

Por último, se tiene que el acto para Lacan se caracteriza en la repetición de un fracaso, fundamentado en la imposibilidad de lo simbólico de recubrir lo real (Lacan, 1968-1969). Esta característica tiene su origen en la teoría freudiana del objeto perdido, aquel encuentro mítico con el objeto al que se busca regresar una y otra vez sin éxito. Esta fórmula es releída por Lacan con los recursos de la lingüística y la lógica para plantear la imposibilidad de la relación sexual, es decir, la falta de complementariedad entre los sexos (Lacan, 1968-1969). En este sentido, se produce una distancia infranqueable de poder articular la verdad toda en el orden significativo.

En este marco, el acto se introduce como la posibilidad de hacer la relación sexual, considerando el fracaso de estructura de dicho movimiento. En este sentido, la frase "el acto es *lo que quiere decir*" adquiere un sentido nuevo: se buscaría inscribir algo de la relación sexual - el significativo parecería funcionar por fuera de sus posibilidades-, pero se fracasa y, por lo tanto, se sigue repitiendo. Sin embargo, en el Seminario 17 Lacan señala que aquello fundamental en el acto, sería lo que se le escapa, es decir, lo que no se permite inscribir (Lacan, 1969-1970). En este sentido, el acto permitiría un reposicionamiento con respecto a aquel imposible, que es lo que opera cuando un acto es logrado.

El suicidio como paradigma del acto.

Curiosamente, dentro de la gran cantidad de consideraciones conceptuales sobre el acto, Lacan puntualiza el carácter paradigmático que cobra el suicidio. Siguiendo a Vargas en su consideración del suicidio como un acto, se pueden encontrar tres referencias:

Primeramente, en un seminario dictado en el hospital de Sainte-Anne, Lacan en una lectura de la pulsión de muerte de Freud comenta lo siguiente:

(...) tal vez se habría podido leer en el instinto de muerte de Freud aquello que conduce a decir que, en suma, el único acto -si hubiera uno que fuera un acto logrado- sería, si pudiera serlo, el suicidio. Entiéndase bien que hablo de un acto que fuera logrado como el año pasado hablaba de un discurso que no fuera del semblante. Tanto en un caso como en el otro, no hay ni un tal discurso ni un tal acto (Lacan, 1971, p. 37).

Se puede leer la hipotética particularidad que tendría el suicidio en relación con el acto: si hay alguno que pudiera ser logrado, sería el suicidio. Aun así, como tal, el suicidio, como también cualquier noción de semblante fracasan. Es relevante que este fracaso se puede entender en dos niveles: primero, un fracaso a nivel del intento suicida, es decir, una persona que a fin de cuentas no logra realizar el suicidio; segundo, un fracaso a nivel del goce, en tanto, como se revisó anteriormente, el acto estaría imposibilitado -al igual que el discurso- de inscribir la relación sexual (Lacan, 1971).

En esta misma línea, se encuentra la referencia realizada en *Televisión*, siendo una de las más difundidas que realiza Lacan sobre el suicidio. Es relevante destacar que Vargas (2020) hace una corrección de esta, trabajando directamente sobre las grabaciones de la entrevista hecha a Lacan, en donde señala:

¿Y por qué no? El suicidio es el único acto que puede tener éxito sin fracaso. Si nadie sabe nada de él -es lo que avanzo de mi experiencia- es que el procede, este acto, del prejuicio de no saber nada. (Lacan, 1974, citado en Vargas, 2020).

En esta cita destaca la redundancia de la frase *es el único acto que puede tener éxito sin fracaso*. Para Betancourt (2020) esta reiteración no es azarosa, sino que tiene el sentido de señalar que hay suicidios que tienen éxito en su fracaso como hay los que fracasan cuando se ejecutan con éxito. Para este autor, lo relevante del abordaje del suicidio tendría relación con su análisis caso por caso, en la medida que el suicidio contiene una dimensión ética.

En tercer lugar, se tiene el interés profundo de Lacan por el *seppuku*, el cual fue una práctica ceremonial ampliamente difundida entre los guerreros samurái durante el siglo XII en Japón (Medrano, 2022). Esta praxis consistía en un corte horizontal a lo largo del abdomen, realizado con una cuchilla corta -denominada *tantō*- a manos del propio samurái. Esta forma de

darse muerte podía estar causada tanto por voluntad propia, en casos donde se ponía en juego el honor mismo del samurái, o por un mandato de pena capital (Medrano, 2022). Lo interesante del seppuku es la conjunción de la manera tan visceral de darse muerte articulado a un rito de una densidad simbólica muy particular: se seguía un código de vestuario estricto, asistían testigos excepcionales -como el kaishaku, amigo íntimo elegido por el samurái, quien debía decapitarlo si no perecía con el corte del abdomen- y se realizaba frente a un conjunto de comandantes militares o dueños feudales (Vargas, 2020).

Ahora bien, el autor francés comenta de esta ceremonia, y, a propósito del acto, lo siguiente:

Se trataría de comprender por qué un acto no es una conducta (...) y fijar la mirada, por ejemplo, en ese acto sin ambigüedades que es el acto de abrirse el vientre en ciertas condiciones y que se lo denominan *harakiri*. Ellos hacen eso porque creen que fastidian a los demás, que en la estructura es un acto en honor a algo. Esperen. No nos apresuremos antes de saber, y repararemos que un acto, un acto verdadero, siempre tiene una parte de estructura, porque concierne a un real que no se da allí por descontado (Lacan, 1964, citado en Vargas, 2020, p. 134).

Esta cita permite dilucidar lo propio que se manifiesta del suicidio en la realización de un acto: por una parte, esta desprovisto de ambigüedades -en tanto, escapa al equívoco significante-; por otra parte, no se dirige al Otro buscando una respuesta, buscando frustrar a los enemigos, es decir, no se articula como una demanda de sentido u interpretación. Por el contrario, busca articular lo real, aquella libra de carne que se apuesta y se pierde (Lacan, 1962-1963).

Este punto es leído de una manera interesante por Vargas (2020), señalando que en el acto se pone en juego un deseo de separación. El autor indica que, en el momento del suicidio, el sujeto propone su propia desaparición como objeto al deseo del Otro. Esto se fundamenta en lo que articula Lacan con relación a la operación de alienación, y la superposición de las dos faltas: el primer objeto que el sujeto infantil tiene frente al enigmático deseo del Otro es su propia desaparición - *¿puede perderme?* - (Lacan, 1966). En este sentido, el deseo de separación sería una respuesta al deseo del Otro, pero en su punto radical -aquella devoradora mantis religiosa-, la cual implica, en el caso del suicidio como acto, una apuesta de la vida misma, sin garantía de las consecuencias: se trataría menos de un acto de amor, y más el poner en riesgo la vida para (re)afirmar aquello del deseo que es imposible de colmar (Vargas, 2020).

El suicidio en la clínica psicoanalítica

En este segundo apartado se revisarán los principales aspectos clínicos que caracterizan al fenómeno suicida en el dispositivo psicoanalítico -sus orientaciones técnicas y dificultades particulares-, así como también, explorar un conjunto de abordajes clínicos que se han desarrollado desde el psicoanálisis. Cabe precisar que a partir de este apartado no se pretende generar baterías, criterios o perfiles clínicos suicidas predeterminados, sino, sobre todo, esbozar algunos lineamientos clínicos salvaguardando la naturaleza plural y diversa del suicidio.

Con el fin de poder dar fundamento a los abordajes clínicos que se presentan en este apartado, se desarrollará brevemente una introducción de la clínica psicoanalítica así propuesta por su fundador Sigmund Freud, de la mano con algunos alcances, críticas, y novedades conceptuales trabajadas posteriormente por Lacan. Además, se espera que, con esta introducción, las cualidades propias de los abordajes clínicos del suicidio se muestren con mayor claridad, en contraste con esta primera clínica planteada por Freud, orientada principalmente al abordaje de la neurosis.

Los conceptos fundamentales de la clínica psicoanalítica.

No cabe duda de que la clínica inaugurada por Freud implica un quiebre con la tradición psiquiátrica que la precedía (Aceituno, 2006). La histeria, que hasta ese entonces la psiquiatría se limitaba a observar y clasificar, es considerada en su dimensión discursiva: Freud se dispone a escuchar el lenguaje cifrado del padecer corporal de sus histéricas (Aceituno, 2006). Este movimiento, que involucra la introducción de *otra escena* -el inconsciente freudiano-, no implicó solamente la creación de un armazón teórico novedoso y paradigmático, sino que también la introducción de la escucha como una herramienta clínica para abordar e investigar la neurosis (Aceituno, 2006).

La clínica psicoanalítica que Freud comienza a elaborar desde inicios del siglo veinte se propone la investigación de un saber -o un sentido- ajeno al *yo-conciencia*, subyacente al padecimiento del paciente y que encuentra su origen en un conflicto entre la sexualidad y la cultura, o, más precisamente, la represión sexual que opera en la cultura (Freud, 1992j). Para Freud, la sexualidad humana -sobre todo la infantil- se veía contrariada por una cuota de represión sexual, determinando así las maneras de enfermar de los individuos (Freud, 1992b). De esta manera, se produciría un saber sobre la sexualidad, subsumido en el inconsciente por el mecanismo de la represión psíquica, el cual jugaría un papel determinante en la etiología de la neurosis.

Sin embargo, el proceso de represión no sería perfecto: en la medida que las fuerzas sexuales empujan por su satisfacción, la represión psíquica falla, produciendo en el aparato psíquico una serie de fenómenos en los cuales el saber inconsciente encontraría su expresión, los cuales son denominados por Freud como retornos de lo reprimido (Freud, 1992e). Estas manifestaciones serían retoños que, debido a su distancia con respecto a el núcleo sexual inconsciente reprimido, pasan desapercibidos para la censura consciente (Freud, 1992e).

Para Freud, los sueños, los actos fallidos, los lapsus y los síntomas tienen la cualidad de ser retornos de lo reprimido, y, por lo tanto, son la materia prima con la que se trabaja en psicoanálisis. Precisamente, el psicoanalista realizaría un trabajo de *traducción* sobre aquello oculto por la represión: “No otra cosa son las ocurrencias que le pedimos previa renuncia, por su parte, a toda representación-meta consciente y a toda crítica, y desde las cuales restablecemos una traducción consciente de la agencia representante reprimida” (Freud, 1992e, p. 144).

Ahora bien, dentro de estas manifestaciones inconscientes, el síntoma adquiere un lugar central en la clínica propuesta por Freud: a diferencia de otros retoños de lo inconsciente, sería especialmente estratégico para el trabajo clínico, en la medida que se presenta como displacentero para el yo, se repite en el tiempo y el yo se muestra impotente para su solución (Freud, 1992i). Por ello, la demanda de análisis suele provenir de la queja que los pacientes tienen con respecto a sus propios síntomas, y el acaparamiento que estos tienen sobre su yo (Freud, 1992i).

En sintonía con la teoría del inconsciente, el síntoma adquiere un lugar distinto con respecto a la psiquiatría o la medicina, disciplinas que la comprenden como un conjunto de signos objetivables y medibles. Por el contrario, el síntoma psicoanalítico encuentra íntima relación con el aspecto subjetivo del paciente, su discursividad y su historia (Hegoburu, 2014). Precisamente, la clínica que inaugura Freud en su trabajo con síntomas conversivos de histéricas en Viena tiene su fundamento en la escucha del síntoma como un mensaje cifrado del inconsciente, que *habla* de una forma de satisfacción pulsional que en algún momento operaba, pero que, luego de la represión, ha devenido inconsciente. De cierta manera, los síntomas -de la mano con otros fenómenos psicopatológicos- serían para Freud la práctica sexual de los neuróticos (Freud, 1992b)

En este sentido, el síntoma en psicoanálisis sería una formación sustitutiva de una modalidad de satisfacción pulsional que se despliega repetitivamente en la actualidad del paciente. Esto sería estratégicamente útil para el psicoanalista, el cual a partir del síntoma puede realizar un trabajo de desciframiento de los conflictos psíquicos del paciente (Freud, 1992e). Este trabajo de desciframiento -que es propuesto por Freud desde un comienzo en el trabajo de

traducción del contenido manifiesto al contenido latente en el caso de los sueños- se vuelve central en la clínica psicoanalítica de la neurosis y se pondría en marcha a través de la herramienta clínica privilegiada del analista: la interpretación (Laplanche y Pontalis, 2004)

La interpretación freudiana apunta a la dilucidación, y, posterior comunicación al paciente, del sentido subterfugio que se encuentra presente en su relato consciente, el cual hace referencia a mociones de deseo inconscientes que solo han alcanzado su articulación manifiesta bajo la desfiguración de la censura (Freud, 1991d). Para Freud, el paso del contenido manifiesto al contenido latente no es inmediato ni evidente, sino que requiere del trabajo asociativo sistemático del paciente, en conjunto con la escucha atenta del analista (Freud, 1991a). En este sentido, Laplanche señala que la interpretación psicoanalítica se fundamenta en dos aspectos: a) la certeza de que en los fenómenos de defensa neuróticos habría por lo menos dos textos, el que el paciente da con la inmediatez de su consciencia y otro que constituye un discurso inconsciente denominado como fantasía de deseo; b) la puesta en funcionamiento del método analítico (Laplanche, 1971).

Con respecto al segundo punto, Laplanche es enfático en señalar que el trabajo de análisis psicoanalítico dista del método de análisis cartesiano, en tanto el objeto de estudio no es reducible a partes naturales y simples que luego pueden ser reunidos nuevamente en una síntesis ajustada. Por el contrario, como se revisó con anterioridad, los fenómenos inconscientes por excelencia -síntomas, sueños, lapsus, actos fallidos- se encuentran sobredeterminados en el inconsciente, por lo que no se vuelve posible realizar a priori una división partes extra-partes a la manera cartesiana, sino es recomendable más bien adoptar una actitud imparcial frente al material. En palabras de Laplanche: "Interpretar es aferrarse firmemente a los faldones del discurso, es aceptar no ver más allá del paso siguiente, animado por la única certeza de que las huellas del cazador terminarán por dibujar (...) los nudos significantes que jalonan determinada secuencia inconsciente" (Laplanche, 1971, p. 26).

De esta manera, el trabajo del psicoanalista consiste en producir artificialmente una situación que propicie el desciframiento del inconsciente, es decir, un relato que no priorice ni module ninguna temática o problemática clínica de antemano. Para ello, Freud propone dos alcances técnicos fundamentales que permiten descartar resistencias accesorias en el análisis del inconsciente.

El primero de estas indicaciones técnicas es la asociación libre, la cual consiste en instalar en el dispositivo clínico -en particular del lado del paciente- la regla de expresar sin detenciones las ocurrencias del pensamiento, por más que se consideren desagradables, nimias o azarosas (Freud, 1991g). Esta fundamental regla del dispositivo permite la emergencia de fenómenos

discursivos vinculados o más bien, *asociados*, a aquello inconsciente reprimido -por ejemplo, lapsus, fantasías, etc.-, sin que se vean constreñidas por la vigilancia del juicio consciente. La segunda indicación técnica es la atención parejamente flotante, la cual, de manera paralela a la primera, cae del lado del analista. Freud señala que este debe mantener una atención equitativa con respecto al discurso del paciente, sin enfocarse en determinados contenidos ni disponer la sesión a temáticas premeditadas (Freud, 1991f). La atención flotante permite al analista no dar por comprendidas las encrucijadas del paciente, manteniéndose abierto a elementos que pueden pasar imprevistos, sobre todo si aún no hacen sentido con las conjeturas clínicas que realiza el analista.

Ahora bien, de la mano con la interpretación de síntomas, sueños, actos fallidos, etc., Freud señala la existencia de otro fenómeno inconsciente que se despliega durante el análisis, y que es preciso identificar e interpretar. Esta producción inconsciente es denominada como transferencia, a la cual Freud otorga un rol central en el desarrollo de un psicoanálisis, sobre todo luego de colegir que no considerarla llevó a término su conocido caso Dora (Freud, 1992a). La transferencia es definida como las “reediciones, recreaciones de las mociones y fantasías que a medida que el análisis avanza no pueden menos que despertarse y hacerse conscientes (...) lo característico [de la transferencia] es la sustitución de una persona anterior por la persona del médico” (Freud, 1992a). Es decir, la transferencia sería la reactualización de un *clisé erótico*, o, el despliegue de las condiciones amorosas infantiles del paciente: sus metas, objetos y disposiciones libidinales que se repiten en acto a lo largo de su trayectoria de vida (Freud, 1991e).

Para Freud, la transferencia tiene un rol clave en la clínica psicoanalítica, ya que, si bien se presenta como la principal resistencia a la cura, es al mismo tiempo el motor del análisis (Freud, 1991e). En su dimensión de resistencia, la transferencia se presenta como un estado regresivo donde juega el papel subrogante de complejos patógenos reprimidos hacia los que se dirige el trabajo del análisis (Freud, 1991e). El paciente actúa las posiciones eróticas desde las cuales históricamente se ha vinculado, obstaculizando la rememoración de estas e impidiendo el progreso en análisis (Freud, 1991i). En este sentido, la transferencia está ahí para ser interpretada y simbolizada, como una meta del análisis (Freud, 1991i).

La transferencia es útil clínicamente para poner a disposición de la consciencia del paciente las fijaciones infantiles que estorban su capacidad de amar. Sin embargo, se encuentra en cada paso con la compulsión de repetición del paciente, que lo lleva a actuar, por vía motora, aquello que debiera mantener en el ámbito psíquico para ser trabajado como motivo para el recuerdo. Allí, sería el manejo de la transferencia lo que permitiría vencer esta resistencia al recuerdo, al permitirle al paciente escenificar en ella aquello reprimido, y, luego, mediante la

reelaboración de la resistencia, que estos materiales puedan encontrar una tramitación psíquica (Freud, 1991h).

Sumado a lo anterior, Freud describe dos modalidades bajo las cuales puede desplegarse la transferencia en análisis: como transferencia positiva y como transferencia negativa. En relación con la primera modalidad, son puestos en el analista diversos sentimientos tiernos, amorosos y eróticos que contribuyen en un momento para instalar una alianza terapéutica y dar el pie inicial al tratamiento psicoanalítico (Freud, 1991e). De manera contraria, la transferencia negativa implica la movilización de sentimientos hostiles y agresivos hacia la figura del analista (Freud, 1991e). Para Freud, ambas modalidades de transferencia se movilizan durante el análisis, y dan cuenta de la ambivalencia característica de la relación con el objeto.

Por último, es importante mencionar la contrapartida de la transferencia: la contratransferencia. Este concepto puede comprenderse como lo “que se instala en el médico por el influjo que el paciente ejerce sobre su sentir inconsciente” (Freud, 1986a, p. 136). Laplanche y Pontalis, precisan que este influjo produce reacciones inconscientes en el analista, como respuesta a la propia transferencia que el analizante entabla con este (Laplanche y Pontalis, 2004). Tanto transferencia como contratransferencia serían fundamentales en el desarrollo del tratamiento psicoanalítico, en la medida que el analista pueda reconocer a tiempo ambos fenómenos e incluirlo dentro de sus intervenciones (Laplanche y Pontalis, 2004).

Clínica de la neurosis lacaniana

Tempranamente en su obra, Lacan enfatiza que las orientaciones técnicas del psicoanálisis deben orientarse en torno al *sujeto*, como una dimensión irreductible a la llana consideración del paciente como un individuo (Lacan, 1951). En sí mismo, el trabajo en análisis es considerado por el autor francés como una *experiencia dialéctica hacia la verdad del sujeto*, experiencia que es posibilitada por la presencia del analista y la apertura que este produce a la dimensión del diálogo y la palabra (Lacan, 1951). La noción de sujeto, crucial en la clínica propuesta por Lacan, puede definirse como aquello que un significante representa para otro significante (Lacan, 1966). Lo anterior implica que el sujeto adviene a causa del orden significante: aquel intervalo vacío que se produce entre los significantes, en la medida que estos no significan nada por sí mismos. Esto puede representarse bajo la díada S1-S2.

Para Lacan, el sujeto es un producto de la intervención del analista en el orden de su discurso: “aplicar por el sujeto la regla analítica” (Lacan 1958, p. 560). Miller describe pertinentemente esta operación, en tanto el sujeto puede ser *localizado en su propio decir*, no tanto con respecto a lo dicho, sino precisamente en cómo se posiciona en su enunciación (Miller,

2001). En otras palabras, lo dicho (el S1) viene a ser significado por su *modalización*, es decir, por cómo el sujeto se posiciona respecto a lo dicho (S2). De esta manera, el análisis trasluce aquello que es una cualidad de la estructura misma del lenguaje: *el malentendido*.

En su texto, *La dirección de la cura y los principios de su poder*, Lacan recalca lo fundamental de la intervención del analista, en tanto es este el que dirige la cura, y, por lo tanto, el devenir del sujeto con respecto a su verdad (Lacan, 1958). Para Lacan, dirigir la cura no es cosa sencilla: el analista tiene que pagar tanto con sus palabras conjugadas en las interpretaciones; con su presencia prestada para los fenómenos de la transferencia; como con su propio juicio (Lacan, 1958). De esta manera, a diferencia de la teoría freudiana en donde es necesario que se instale la transferencia para poder interpretarla, desde la perspectiva lacaniana, es la misma interpretación la que consolida la transferencia sobre el analista (Lacan, 1958).

Resumiendo, es precisamente la *oferta* que realiza el analista en la aplicación de la regla analítica, a saber, que el paciente hable libremente sin tapujos ni inhibiciones, lo que genera una contraparte de demanda realizada por el paciente. Esta demanda se caracteriza por ser *intransitiva* -no posee un objeto verbal-, y, por ello, se trata de una demanda radical bajo la modalidad del “me pide...”. Con ello, se instala una transferencia primaria montada en una demanda de amor hacia el analista. En este momento primero del análisis, se trasluce la importancia de la presencia del analista como soporte de dicha demanda, implicado desde su escucha (Lacan, 1958).

De ese punto en adelante, el paciente, devenido sujeto, planteará una serie de demandas en sus dichos, las cuales no deberán ser ni satisfechas ni rechazadas por el analista. Este, desde la abstinencia y la neutralidad, buscará frustrarlas sistemáticamente. Lo anterior no tiene como objetivo meramente ofuscar al sujeto, sino que, a través de tal maniobra, el analista permite la (re)aparición de los significantes en los cuales las demandas están retenidas (Lacan, 1958). Con ello, el análisis podrá apuntar a ir más allá de las demandas del sujeto, introduciendo la dimensión del deseo (Evans, 2007).

Precisamente, la introducción del deseo implica una distancia del sujeto con aquello que demanda, con lo dicho en el análisis. El paciente se cuestiona un significado más allá de lo dicho, es decir, realiza una pregunta por la verdad de su decir. A este punto, Miller lo denomina *rectificación subjetiva o histerización del sujeto*, en tanto se cuestiona la alienación hacia los significantes, haciendo apertura a la falta en ser que caracteriza al sujeto (Miller, 2001).

Para Lacan, este punto resulta clave para diferenciarse de las psicologías del Yo, en tanto el análisis no prosigue con la continua identificación del paciente con el yo del analista, sino que, en cambio, es el analista el cual se identifica con los significantes en los cuales se encuentran

fijadas las demandas primordiales del sujeto (Lacan, 1958). De esta manera, el análisis no se desenvuelve en la relación imaginaria, sino que es introducido un elemento tercero: el orden simbólico o el Otro. Es el analista el que viene a ocupar el lugar del Otro, instalándose una relación totalmente asimétrica, en donde el sujeto le atribuye un saber sobre sí al analista (Fink, 1997).

Es en este sentido en donde Lacan habla del *poder* del análisis: la transferencia trata de una atribución de saber que realiza el sujeto sobre el analista, del cual es esperado un juicio sobre los dichos que el propio paciente realiza a lo largo del tratamiento. Tal atribución es la que Lacan denomina *sujeto supuesto saber*, desde el cual el analista opera e interviene (Eidetzstein, 2020a). Ahora bien, esta posición es adquirida por el analista solamente para salirse de ella. Tal es el movimiento que está destinado para el analista, y del cual depende el desarrollo del análisis. Se trata de una pérdida de ser, una destitución subjetiva, que Lacan denomina como *désêtre*: el analista es reducido a condición de objeto, el cual causa el deseo del sujeto (Lacan, 1958).

Hasta acá, se tiene que la condición de posibilidad para iniciar un análisis implica la operación del sujeto supuesto saber, prosiguiendo con la instalación del analista como objeto causa de deseo del sujeto, y su fin conlleva la caída del analista de dicha posición. De esta manera, el análisis se trata de un discurso que establece la “inexistencia de un saber autojustificado plenamente, o sea lo que indican respectivamente los matemáticos $\$$ y A ” (Eidetzstein, 2020a, p. 17).

Es importante subrayar que, bajo este esquema, las dificultades en el desarrollo del análisis recaen sobre todo en el analista. Para Lacan, a diferencia de Freud, toda resistencia es resistencia del analista, en tanto que obstaculiza la destitución subjetiva destinada a su función (Lacan, 1958). Esto podría ocurrir si el analista responde eventualmente a las demandas del sujeto a través de sus interpretaciones, obturando con significados la falta característica del equívoco significante (Fink, 1997). En otras palabras, la resistencia aparece si las intervenciones del analista no permiten que aparezca la dimensión del deseo en el paciente.

Por el contrario, la interpretación tiene que apuntar a “llenar con un engaño el vacío” (Lacan, 1951, p. 219). Para Lacan, el trabajo de interpretación no se fundamenta en la entrega de sentidos, sino que, por el contrario, se trata de un *discurso oracular*, el cual apunta a la incompreensión (Fink, 1997). De esta manera, la interpretación se fundamenta en el *sin sentido*, en el equívoco del significante. Por ello, no es posible calcular la eficacia de una interpretación de antemano, siendo solo posible a propósito de las consecuencias que tienen a posteriori en el sujeto (Lacan, 1958). En este sentido, el valor de una interpretación es atribuido por qué tan productiva resulta en términos de material asociativo del paciente (Fink, 1997).

De esta manera, resulta crucial para el análisis que el sujeto no pueda leer con facilidad las intervenciones del analista, sosteniendo una opacidad en la cual el analista aparece como un enigma para el paciente. Tal sería el *deseo del analista*, motor del análisis, que mantiene al paciente trabajando, buscando descubrir qué es aquello que le quiere el analista (Lacan, 1958).

Algunos aportes de la escuela lacaniana de psicoanálisis al abordaje clínico del suicidio.

Luego de unos cuarenta años desde el nacimiento del psicoanálisis, Freud, con una vasta experiencia clínica bajo el brazo, se muestra dudoso frente a la posibilidad de aplicar el tratamiento psicoanalítico a pacientes con ideación suicida:

Entre los neuróticos hay personas en quienes, a juzgar por todas sus reacciones, la pulsión de autoconservación ha experimentado ni más ni menos que un trastorno. Parecen no perseguir otra cosa que dañarse y destruirse a sí mismos. Quizá pertenezcan también a este grupo las personas que al fin perpetrar realmente el suicidio. Suponemos que en ellas han sobrevenido vastas desmezclas de pulsión a consecuencia de las cuales se han liberado cantidades hipertróficas de la pulsión de destrucción vuelta hacia adentro. Tales pacientes no pueden tolerar ser restablecidos por nuestro tratamiento, lo contrarían por todos los medios. Pero, lo confesamos, este es un caso que todavía no se ha conseguido esclarecer del todo (Freud, 1991j, p. 180).

La negativa de Freud venía desarrollándose hace un tiempo, especialmente con lo que respectaba a la reacción terapéutica negativa y los sentimientos inconscientes de culpa. Para el autor vienés, estos fenómenos clínicos presentaban las resistencias más imponentes para el análisis, en tanto la enfermedad encontraba en estas una satisfacción masoquista moral, difícil de sustituir (Freud, 1992g). En este marco, los pacientes suicidas implicaban grandes dificultades para este naciente psicoanálisis, tal como se refleja en el caso de Sidonie Csillag -la joven homosexual de Freud-, tratamiento que es interrumpido por el propio analista. Si bien, las dificultades de este caso van más allá del ámbito del suicidio, resulta interesante lo sintomático de su desenlace.

Ahora, con cien años de investigación en psicoanálisis, el suicidio ha sido abordado desde una multitud de técnicas y perspectivas clínicas, las cuales se fundamentan en distintas teorías y herramientas para el quehacer con el paciente. A continuación, se presentan algunos de los desarrollos que se han realizado específicamente desde el psicoanálisis lacaniano en el trabajo con pacientes en riesgo suicida.

De manera contraria a la Psicología del Yo, Lacan tempranamente desecha la posibilidad de un abordaje centrado en el reforzamiento yoico, y el fin de análisis como la identificación con el analista, tal como se revisó en la argumentación que realiza en torno al abordaje del acting out (Lacan, 1962-1963). Para el autor francés, la clave del análisis estaría en la introducción de la dimensión del deseo: ¿de qué manera podría situarse esta maniobra en el abordaje con pacientes suicidas?

Vargas, trabajando específicamente el cruce entre la clínica psicoanalítica lacaniana y el suicidio, propone que el discurso analítico presenta particularidades que lo diferencian de otros discursos, y, por lo tanto, tiene un horizonte ético y clínico con alcances que le son propios (Vargas, 2020). Su reflexión está enmarcada en los cuatro discursos que Lacan plantea en su Seminario 17, los cuales, compuestos por cuatro elementos -el objeto a; el sujeto barrado; significante amo; saber-, especifican cuatro modalidades de goce en función de las relaciones de imposibilidad e impotencia que se articulan entre sus elementos (Lacan, 1969-1970). Para Vargas, cuando el analista se topa con el suicidio en la clínica suele transitar desde el discurso analítico al discurso del amo, ya que se presume un saber sobre lo que es bueno o malo, sobre lo que es saludable o no para el paciente (Vargas, 2020).

Desarrollando brevemente estas ideas de Lacan, el discurso del amo constituye un primer lazo social a la manera del amo y el esclavo de Hegel, en donde el significante amo ocupa el lugar de agente que regula el goce: determina las condiciones y modos de vivir de los esclavos (Ruiz, 2014). En este sentido, la incidencia de un significante amo en el saber (s2), otorga una sistematicidad para que todo funcione correctamente, o bien, que las cosas marchen sin detención alguna (Vargas, 2020). En contraposición a este discurso, Lacan sitúa el discurso del analista, en el cual el lugar de agente está ocupado por el a (Lacan, 1969-1970). El psicoanalista estaría en posición de la causa de deseo del analizante, en tanto da lugar al deseo de saber: se interroga por aquello que no hace sentido, aquello que no cierra y no funciona, es decir, una posición interrogante (Vargas, 2020).

Considerando lo anterior, Vargas argumenta que, en vistas de la aparición del riesgo suicida en la clínica, el analista toma posición de Amo, en tanto erige ideales de bienestar que toman control sobre la dirección de la cura (Vargas, 2020). Este giro en la posición del analista implica un viraje de la ética del Bien-decir, a saber, una ética que se pregunta por lo singular, por la exhortación a no comprender -dirigida por la asociación libre del paciente-, a una ética de la Salud Mental, dirigida por los ideales de bienestar, del cuerpo y la vida (Vargas, 2020).

Resultan interesantes los alcances de las indicaciones de este autor, en la medida que el fantasma del suicidio radicaliza la operación analítica incluso en los momentos en donde más

fuertemente se ve exigida. Para Vargas, esta radicalidad encuentra su justificación precisamente en el riesgo que implica el no saber del analista: el acto analítico es, en cuanto tal, sin garantías (Vargas, 2020). Esta posición parece recordar a la de Antígona, tragedia griega que utiliza Lacan en su Seminario 7 para trabajar su polémica posibilidad de plantear una ética del deseo puro, es decir, un deseo de la pura diferencia (Lacan, 1959-1960). Vargas es consciente de dicha radicalidad en el momento de situar la ética clínica del psicoanálisis, y, propone una objeción al suicidio, que le es de utilidad para circunscribir los límites de la clínica psicoanalítica con respecto al suicidio.

Su objeción se basaría en tres puntos. El primero de ellos, tiene relación con una falla en el orden del goce, en la medida que cesaría la repetición de su insistencia. En segundo lugar, hace referencia a la conocida advertencia freudiana que dicta la suspensión de actos de vital importancia en lo que corresponde al analizante. Por último, el suicidio implica un enfrentamiento directo con la ética del Bien-decir, en tanto imposibilita que el sujeto reaparezca para realizar la lectura del acto. En este sentido, el suicidio dejaría por fuera la dimensión de responsabilidad subjetiva, de orientarse en torno a las consecuencias del acto (Vargas, 2020).

Si bien este autor no se detiene en las particularidades mismas de la intervención clínica en el trabajo con el suicidio, otorga una delimitación del campo clínico en el cual se despliega el análisis, y, sobre todo, la posición analítica en torno a los actos, entre los cuales se encuentra el suicidio.

Ahora bien, en términos que se acercan a una reflexión sobre la intervención clínica en el trabajo analítico del acto, Muñoz, presenta dos aproximaciones técnicas, tanto para el acting out como para el pasaje al acto (Muñoz, 2009). Si bien no son estrictamente orientadas para abordar el suicidio, si se enmarcan en lo que denomina los fenómenos del acto en psicoanálisis, donde el suicidio suele situarse en la literatura (Muñoz, 2009).

En primer lugar, este autor señala que en el acting out habría una contradicción: si en el acting out se busca al Otro, pero, paradójicamente, para que no ser interpretado ¿A qué Otro se está llamando? Como respuesta a esta contradicción, Muñoz indica que el llamado que se realiza en el acting out no sería al Otro de la interpretación, sino que al Otro de la transferencia: el analista debería corregir su posición transferencial, modificar su lugar de escucha (Muñoz, 2009). Para este autor, el problema del acting out gira en torno a un otro que no está en posición de intérprete, y que tiene que *resituarse* para poder producir un texto sobre el objeto que se sube a escena. Además, Muñoz recuerda que el acting-out sería producto de una falsa intervención del analista -tal como se señaló con anterioridad en el caso de los sesos frescos de Kris-, en el cual se produciría a partir de una transferencia sin análisis.

En segundo lugar, con respecto al pasaje al acto, Muñoz señala la importancia de poder restablecer el vínculo transferencial en el análisis, sobre todo considerando el daño que provoca la destitución subjetiva que caracteriza a tal movimiento (Muñoz, 2009). En este sentido, el autor argentino propone que la maniobra del analista no debe buscar comprender las causas o significados de un pasaje al acto -lo cual resulta lógico, en la medida que sería un acto que alcanza lo real sin mediación de lo simbólico-, y, en cambio, propone hacer un énfasis en una *lectura* de las consecuencias del acto (Muñoz, 2009). Esta aproximación resulta interesante, en tanto el analista suspende la herramienta interpretativa y se atiene a generar un relato en conjunto con el paciente sobre las vicisitudes del acto.

Para Muñoz, resulta esencial promover una desidentificación del sujeto con el objeto de desecho que caracteriza el *niederkommen lassen*. El autor enfatiza, siguiendo a Miller, que este movimiento clínico se inscribe a modo de la urgencia, en tanto implica temporalidad inevitable del acto (Muñoz, 2009). Para este fin, el autor recomienda realizar una maniobra transferencial que permita restablecer la dimensión de *reconocimiento simbólico*, es decir, poder instalar nuevamente una demanda de amor fundamental en el análisis (Muñoz, 2009).

De esta manera, el autor propone una secuencia lógica para trabajar con el pasaje al acto y el acting out (Véase anexo 6). En el caso de que se presente un pasaje al acto, es necesario restablecer el lazo transferencial con el analista. Desde este punto, el sujeto puede entrar directamente a análisis, volver a producir un pasaje al acto o armar un acting out. Si el caso es el último, Muñoz indica que para volver a instalar el análisis luego de un acting out, es necesario que el analista produzca un acto que le permita resituarse en la transferencia (Muñoz, 2009).

Esta propuesta de Muñoz resulta interesante, en la medida que introduce nuevos elementos clínicos a la intervención analítica. Sin embargo, lo que desarrolla al respecto tiene un carácter más bien general, lo que, si bien es útil para orientarse en la clínica, no es suficientemente específico para poder generar una discusión posible.

Por último, desde la perspectiva lacaniana se han situado algunos puntos en relación con la clínica de adolescentes en riesgo suicida. Si bien esto trasciende los alcances de esta memoria, estas investigaciones entregan interesantes claves pensando en la clínica del suicidio.

Lucía Fernández, en una investigación teórica que se pregunta por las coordenadas clínicas del acto suicida en la adolescencia, llega a interesantes conclusiones clínico-teóricas. Primeramente, basándose en el Seminario 5 de Lacan, señala que la tendencia al suicidio tiene relación con el odio hacia otros vuelto hacia el sí mismo -acorde a la hipótesis freudiana-, sin embargo, este retorno se identificaría con una cadena significativa que nombraría al sujeto como no-deseado (Fernández, 2019). Esta lectura resulta interesante, ya que *historiza* y trasciende la

adjudicación de mociones suicidas al aparato psíquico, en tanto introduce al paciente aquello que como sujeto es deseo de muerte, o deseo de no-existencia.

El suicidio, y, sus diversas manifestaciones, serían bajo estas coordenadas unos intentos de escapar de la cadena significante, es decir, intentos para defenderse del deseo de muerte. Paradójicamente, en el suicidio consumado, el sujeto se perpetúa como signo, en la medida que se integra más aún a la cadena significante: el sujeto, *no sabiendo*, ha devenido signo, eternizándose para los otros como no-deseado en su propia autoaniquilación (Fernández, 2009).

La autora precisa que el trabajo clínico con adolescentes que presentan ideación suicida es un trabajo en el cual “el sujeto es confrontado con aquello de sí que rechaza” (Fernández, 2019). En este sentido, el trabajo implica directamente el narcisismo de los pacientes, y, en sintonía con lo desarrollado anteriormente, la clínica se desenvuelve principalmente en el plano del reconocimiento. Es decir, siguiendo a Lacan, se trataría de un deseo de reconocimiento, en un plano primero: humanizante, vitalizante; como también un reconocimiento del deseo, en el sentido de trabajar la trama histórica en la que inserta el sujeto como no-deseado (Fernández, 2019).

En segundo lugar, la autora introduce algunas ideas de Françoise Dolto, para precisar que los fantasmas de muerte de los adolescentes no siempre son patológicos, sino que más bien son recurrentes en los análisis, e incluso saludables en el plano imaginario. Sin embargo, el punto nodal se encuentra cuando se constituye efectivamente un deseo de suicidio, es decir, cuando halla su lugar en la trama simbólica filial (Fernández, 2019, p. 5). Para la autora, la falta de reconocimiento simbólico e imaginario por parte de la familia, sumado a la falta de ritos culturales que permitan el tránsito hacia la adultez -con su significancia a nivel de reconocimiento en la cultura occidental-, determinan de manera importante la tendencia al suicidio (Fernández, 2019).

Por último, en el texto señala algunos aspectos clínicos a considerar en el análisis de adolescentes en riesgo suicida. Por una parte, la importancia del diálogo abierto y directo sobre las ideaciones suicidas, no enfocándose de sobremanera en los sentidos y significados que se encuentren, sino en el introducir la dimensión del reconocimiento discursivo. Por otra parte, indagar sobre las dificultades en la trama simbólica filial presentes en la historia del adolescente. Esto implica analizar el deseo de muerte que lo inscribe como sujeto, como también darle soporte narcisista (Fernández, 2019).

Marco metodológico

Diseño de investigación

La presente memoria se caracteriza por tener un alcance exploratorio-descriptivo, en la medida que apunta a indagar sobre un problema de estudio escasamente abordado en la actualidad (Hernández, Fernández y Baptista, 2003). Por ello, se propone abrir posibles líneas de investigación a propósito de la clínica del suicidio en el psicoanálisis lacaniano, así como también especificar procesos y elementos pertenecientes al abordaje clínico del suicidio desde esta perspectiva.

Para efectos de esta investigación y de la problemática que en ella se articula, se optó por un enfoque cualitativo de investigación, en tanto permite una aproximación comprensiva a los significados subjetivos y sociales relacionados al objeto de estudio (Flick, 2007). Esto resulta conveniente en el caso de la presente memoria, ya que busca comprender la posición subjetiva de los analistas con respecto a su propio abordaje clínico en casos de pacientes en riesgo suicida.

Además, desde el enfoque cualitativo se sostiene que la realidad es una construcción sociohistórica, y, por lo tanto, responde a las particularidades temporales y locales del contexto en el cual se produce el objeto de estudio (Flick, 2007). A partir de este principio, se tienen dos consideraciones útiles para esta investigación: por un lado, el carácter local y contingente del conocimiento producido a partir de ella, teniendo en consideración la relación que tiene el propio investigador con aquello que se estudia, y las propias restricciones contextuales que la limitan (Denzin y Lincoln, 2011). Esto refiere principalmente a la imposibilidad de extrapolar resultados más allá de los alcances señalados con anterioridad, así como también la ventaja de estudiar la particularidad y contingencia del objeto de estudio.

Por otra parte, se tiene que la investigación cualitativa opera con múltiples constructos - de realidad, teóricos y de objeto-, desde los cuales se interpreta el material producido en la investigación (Flick, 2007). Lo anterior, implica que el objeto de estudio es una producción a propósito de la óptica que erige la pregunta de investigación específica, y no considerado como un fenómeno natural exterior y anterior al investigador. Esto se hace relevante en la medida que no se tiene como objeto de estudio el fenómeno de la clínica analítica, sino las narrativas producidas por analistas respecto a cómo teorizan el suicidio y como lo abordan clínicamente.

Muestra

En relación con la muestra de la investigación, se optó por utilizar la técnica de muestreo teórico de carácter intencionado. Esto significa que el criterio de selección de los participantes se fundamenta en su relación con el objeto de estudio y no tanto así con su representatividad (Flick, 2007). Lo anterior se justifica en la medida que no se pretende extrapolar resultados fuera del contexto local de la investigación, sino que, en cambio, se busca generar una comprensión de mayor profundidad con respecto al objeto de estudio.

Con respecto a los criterios de inclusión para la muestra de investigación, se sigue el lineamiento de Morse, para quién los casos significativos de una investigación deberían tener un bagaje de saber y de experiencia necesarios sobre las temáticas del problema de estudio (Morse, 1998, en Flick, 2007). En este sentido, se tuvo como criterio muestral a psicoanalistas lacanianos con al menos diez años de experiencia clínica que hayan trabajado o se encuentren actualmente trabajando con pacientes que haya o estén presentado manifestaciones de riesgo suicida. Para esta investigación, se contó con la participación de tres psicoanalistas lacanianos.

Instrumento

La producción de datos se realizó a través de seis entrevistas de carácter semiestructuradas, siendo contempladas dos por analista. Cada entrevista tuvo una duración de aproximadamente una hora. Este instrumento se estimó adecuado para la presente investigación, ya que otorga una mayor dirección y énfasis temáticos en comparación a otras metodologías (Flick, 2007). Específicamente, se utilizó la modalidad de entrevista a expertos, descrita por Meuser y Nagel, en la cual se enfatiza la calidad de experto del entrevistado por sobre las cualidades de su persona (Flick, 2007). En este sentido, el instrumento tiene la ventaja de posibilitar la producción de narrativas representativas sobre un curso de acción, actividad profesional o expertise, por sobre otros ejes temáticos (Flick, 2007). Además, resulta conveniente para los objetivos que se propone esta investigación, en tanto se busca comprender teóricos, técnicos e institucionales de los entrevistados, a saber, psicoanalistas lacanianos (Véase anexo 7)

Metodología de análisis

Con respecto a la metodología de análisis de datos, se utilizó el análisis de contenido. Este se caracteriza por la descomposición del texto en unidades de codificación que luego son agrupados nuevamente aplicando categorías provenientes del marco bibliográfico entregado por la literatura actualizada (Flick, 2007) Posteriormente, se interpretan los datos en función de una

reducción del texto a las categorías analíticas, siempre teniendo en consideración sus posibles modificaciones e incluso la producción de unas nuevas categorías de análisis que no estaban consideradas por la literatura (Flick, 2007).

Este método de análisis resulta pertinente en la medida que el objeto de estudio se enmarca en un campo ampliamente delimitado -como lo es la clínica psicoanalítica-, sin embargo, en sí mismo, este se encuentra escasamente estudiado. En este sentido, el análisis de contenido permite la solidez y flexibilidad adecuada para la investigación, en tanto el campo entrega categorías trabajadas en la literatura de la mano con la apertura a nuevos datos y posibles categorías de análisis pertinentes al objeto de estudio.

Particularmente, en la presente investigación se construyó un libro de códigos en función de lo indicado por la literatura existente sobre el objeto de estudio y los objetivos de la investigación. Posteriormente, se realizó una rejilla de análisis creando nuevos códigos en función del análisis de datos. Luego, estos códigos fueron sistematizados, jerarquizados y ordenados en diversos esquemas, en función de las relaciones que se infieren en el análisis.

Análisis y resultados

Los resultados de la presente investigación fueron redactados considerando los siguientes dos ejes. Por un lado, la relevancia, frecuencia y significancia de los códigos obtenidos del análisis caso por caso de los entrevistados (véase anexo 8). Por otro lado, la afinidad que mostraban los códigos según los objetivos específicos, siendo dividido en tres subapartados: las manifestaciones clínicas; el abordaje clínico-técnico; los límites del dispositivo psicoanalítico. De tal manera, se organizan los casos A, B Y C, presentados a continuación.

Caso A

Manifestaciones clínicas

Para la entrevistada, uno de los fenómenos clínicos centrales presente en el riesgo suicida es la *Urgencia Subjetiva*. Esta noción implica “un estado de desestabilización subjetiva que puede ir desde el estupor a la angustia, el pasaje al acto, el acting out...”, y se produce como reacción a un *evento traumático* vivido por el paciente (A, entrevista 1). Para A, lo traumático está asociado estrechamente a la noción de *exceso*: “es justamente que hay demasiada energía y que el aparato psíquico no puede tramitarlo” (A, entrevista 1). Asimismo, el evento traumático “toca algo de lo sintomático o de lo fantasmático, que en el caso de la psicosis toca algo de la invención delirante”, por lo que no necesariamente se trata de un evento dramático o catastrófico,

sino, basta con que sea significativo para el sujeto, tal como se expresa en la siguiente frase: “aunque sea nimio: puede ser una mirada, algo mal dicho o algo bien dicho” (A, entrevista 1).

Así, la entrevistada A describe que la Urgencia Subjetiva se caracteriza por un estado angustioso particular gatillado por el exceso energético que implica el evento traumático, el cual es denominado bajo la forma de *angustia traumática*. Esta angustia tiene por cualidad una dificultad del paciente para *representarse a sí mismo y a su entorno*, ya que, a diferencia de la angustia señal, el sujeto está en falta de sus arreglos psíquicos. Esta dificultad de representarse puede leerse bajo figuras como “No hay ninguna posibilidad que ella [la paciente] restablezca una coordenada” o “llega a consultar muy en estado de urgencia, y que efectivamente no puede dar cuenta de lo que le pasa. Se confunde las fechas, no sé qué” (A, entrevista 1). Asociada a esta dificultad, la angustia traumática también se caracteriza por ser atemporal: “entonces había una dificultad digamos como en hilar la cadena” (A, entrevista 1).

En este sentido, la angustia traumática es clave para comprender la desestabilización subjetiva característica de la urgencia, en donde más bien se opera con un sujeto desprovisto de sus arreglos para abordar su padecimiento: “esa angustia se vuelve excesiva, es porque está del lado de lo real. De lo pulsional sin ninguna de la representación” y, por lo tanto, un estado “que tiene que ver justamente con que hay algo que no se puede recomponer” (A, entrevista 1).

Para la entrevistada A, este estado de inestabilidad está a la base de varios comportamientos suicidas manifestados por los pacientes. Tal es el caso de la ideación suicida, la cual aparece “como una respuesta cuando el fantasma no puede operar” (A, entrevista 1). De la misma manera, puede estar a la base de intentos suicidas realizados por los pacientes, sean estos logrados o no. La entrevistada relaciona estos intentos suicidas principalmente a las nociones de pasaje al acto, y, en menor medida, de acting out.

En relación con el primero de estos, A señala tres propiedades que le son características. Por una parte, la *deslocalización del sujeto*, lo cual “implica un antes y un después para el sujeto” en donde el paciente se encuentra “totalmente desubjetivado” (A, entrevista 1). Esta cualidad se expresa bajo la noción de *pérdida*, en frases como “[el paciente] estuvo tres días perdido” o “pacientes que pasan al acto y se pierden días y días” (A, entrevista 1). En segundo lugar, la entrevistada refiere a un *corte del lazo con el Otro*, el cual implica “una ruptura del lazo con el Otro”, manifestado en frases como: “[El paciente] Entonces, cierra todas sus redes sociales, va con la plata que tiene en el bolsillo al terminal y dice así deme el pasaje más lejos que tenga” (A, entrevista 1). O, también: “Él [paciente] no pensó en nada, no estuvo en la vacilación de “chuta, ¿Y qué pasa si yo me hago esto? ¿Qué pasa si me puedo hacer daño? ¿Qué puede pensar mi mamá, mi polola?” No, cortó el lazo con el Otro.” (A, entrevista 1). Por último, la entrevistada

menciona una tercera cualidad, expresada bajo la noción de *identificación con el objeto de desecho*, en donde “alguien cae de la escena y se identifica al lugar del objeto.” (A, entrevista 1). Destaca el matiz de desecho que se juega en dicha identificación, tal como se expresa en el siguiente ejemplo: “[El paciente] Se tira dentro de la tina, esperando morir” (A, entrevista 1).

En lo que alude al acting-out, A describe que, a diferencia del pasaje al acto, se mantiene una escena, empero en la cual el sujeto se *desconoce*: “[La paciente] Lo golpea, lo sube, lo baja a garabatos y llega muy angustiada por que se desconoce absolutamente: "como fui capaz de hacer una cosa así" (A, entrevista 1). Agrega, además, que el acting out se caracteriza por la *desestabilización de un objeto pulsional*: “lo que se desestabilizó fue la mirada, en el caso de este sujeto que no puede parar de mirar” (A, entrevista 1).

Ahora bien, la entrevistada recalca que tanto acting out como pasaje al acto no implican unívocamente intentos de suicidio, sino que serían utilizables para establecer ciertas lógicas al momento de analizar fenómenos clínicos: “Tampoco uno puede pensar que todo intento de suicidio son pasaje al acto. A veces son acting out. Tiene que ver con cómo entender la lógica detrás de eso” (A, entrevista 1).

Por último, en lo referente a las manifestaciones clínicas, la entrevistada entrega una interesante lectura sobre la aparición de la culpa en la clínica. Para la entrevistada A, hay momentos en que la culpa representaría “el último resabio antes de quedar en posición de objeto”, es decir, antes de que se produzca un pasaje al acto (A, entrevista 1). En este sentido, la culpa, por avasalladora que se presente, implica *un punto de subjetivación y de responsabilización*, en donde el paciente logra “efectivamente agenciarse de algo. Creer que tuvo agencia en algo” (A, entrevista 1).

Abordaje clínico-técnico

Para la entrevistada A, la clínica con pacientes en riesgo suicida supone fundamentalmente un *trabajo de estabilización subjetiva*, en el cual se despliegan un gran abanico de intervenciones posibles. Primeramente, la entrevistada señala *el poner coto* como una orientación clínica relevante. Esta puede describirse como una intervención que se orienta en torno a delimitar aquello excesivo de la angustia, bajo la modalidad de “hacer un borde, digamos, de aquello que sucedió” (A, entrevista 1). Este tipo de intervenciones se fundamenta en la lógica del *recorte*, el cual se puede utilizar tanto en lo relativo a eventos traumáticos vividos por el paciente, como también en las demandas que se plantean al analista, en caso de que se vuelvan insoportables para este.

La entrevistada describe dos tipos de intervenciones de recorte: de localización y

temporales. En cuanto a los primeros, estas tienen como objetivo recortar el *gatillante* que produce la angustia en una escena traumática: "Recuerdo un paciente de metro, un conductor, decía que no sabía por qué estaba tan angustiado y yo le pido que me cuente, y me dice que no puede parar de mirar para todos lados "estoy viendo todo", me dice. Y yo le pregunto: "en la escena, ¿Qué es lo que vio?" (A, entrevista 1). Por otra parte, los recortes temporales tienen relación con "ofertar un tiempo otro: "esto es lo importante" (A, entrevista 1). Este tipo de recortes pueden introducir tanto una *pausa*, enfocándose en el presente: "Entonces como que yo frené eso...y lo que le digo es justamente veremos en qué estado está él", como introducir de un *intervalo*: "donde efectivamente el sujeto pueda encontrarse consigo mismo, y, después, al encuentro con uno, generalmente los pacientes están calmados." (A, entrevista 1). Tanto los recortes temporales de pausa como de intervalo buscan "introducir una temporalidad otra" frente a la atemporalidad de la angustia traumática (A, entrevista 1).

Otra intervención que apunta a la estabilización de los pacientes es la búsqueda de un *sentido libidinal* en el discurso del paciente. Esta noción apunta a trabajar aquello "que afirme al sujeto a la vida", bajo la pregunta por "¿Qué es lo que ancla a la vida?" (A, entrevista 1). Se trataría, al menos en la neurosis, de "encontrar un punto de repetición y que el sujeto encuentre algo de lo libidinal" de manera que se "re-encadena" aquello que se desengancha en la Urgencia Subjetiva (A, entrevista 1). Siguiendo esta línea, el sentido libidinal iría de la mano con el recorte de la escena traumática, en la medida que se busca vincular aquello recortado con algo de lo sintomático o fantasmático del paciente, relanzándolo al análisis. Esto puede observarse en el siguiente ejemplo presentado por la entrevistada:

"Una mujer que va en la calle, digamos, va en un auto, un tipo la choca por detrás, ella se baja a ver al tipo y el tipo sale arrancando, ella lo sigue, pone el auto delante de él y lo golpea ¿sí? Lo golpea, lo sube, lo baja a garabatos y llega muy angustiada por que se desconoce absolutamente: "¿Cómo fui capaz de hacer una cosa así?" Me cuenta todo esto, yo le pregunto "¿Qué le pasó?" y me dice "Me dio mucha rabia". Entonces pensando justamente en recortar la escena yo le digo "¿Qué de eso le dio tanta rabia?" y me dice, "Que él no se hizo cargo". "¿Quién no se ha hecho cargo en su vida?" "Ah, mi papá". Y empieza la cadena" (A, entrevista 1).

Por último, se encuentran una serie de intervenciones que apuntan al acompañar al paciente en su angustia, bajo la clave de la *presencia del analista*. Estas intervenciones siguen la lógica de "tomar de la mano a un sujeto para no dejarlo caer", en donde el analista se ve más implicado en las demandas del paciente, y establece más espacios para ofertar su presencia: "Entonces yo le pedía que me escribiera, incluso, como le decía que yo la iba a llamar mañana [a la paciente] y ni siquiera le preguntaba si ella me podía llamar: yo la llamaba" (A, entrevista 1).

Para la entrevistada este tipo de intervenciones se fundamentan en la transferencia como un lazo que soporte la angustia del paciente. En este sentido, el analista aparece como un “correlato pulsional del paciente” (A, entrevista 1).

Ahora bien, la entrevistada A describe que este tipo de intervenciones implican una “vacilación calculada de la abstinencia y la neutralidad” en la medida que “si uno [el analista] se ofrece demasiado, se vuelve indispensable. Entonces también hay que ver que ofertar y qué no” (A, entrevista 1). Es decir, ofertar la presencia implica un riesgo que el analista debe calcular, para establecer un límite respecto a cada caso. La entrevistada sugiere que dicho cálculo debe estar orientado por coordenadas específicas que aparecen en la clínica, de las cuales enuncia las siguientes tres.

Primeramente, deben orientarse según *el gatillante de la angustia*: “Me llamaba en la noche, en cualquier momento ¿sí?, pero a propósito también de una cierta dirección: cuando aparezcan los pensamientos tentadores me llama” (A, entrevista 1). En segundo lugar, se debe *considerar la transferencia con el paciente*, en la medida que “Uno tiene que pensar bien el caso clínico uno por uno” (A, entrevista 2). En tercer lugar, resulta relevante *la formación del analista*, a saber, el análisis propio y las supervisiones, para poder “encontrar los puntos ciegos” del terapeuta. En este sentido, no caer en “echarse el paciente al hombro”, que podría eventualmente ocurrir cuando un analista monta una escena de “salvador” (A, entrevista 2).

Por último, la entrevistada destaca *la flexibilización del encuadre* que tenga por objetivo el permitir la oferta de espacios fuera de la sesión para acompañar a los pacientes en momentos críticos. La utilización de teléfono celular es una de las formas de flexibilización más referidas por A: “ella [la paciente] me dice como “me voy a matar ahora”, ¿sí? Y yo le pregunto si hay alguien en la casa y ella me dice que está la hermana. Y que ella tiene harta confianza con la hermana. Y me dice como no quiero decirle, y yo le digo que no es necesario decirle nada. Pero anda a la pieza de tu hermana. “Yo te acompaño, por teléfono” (A, entrevista 1).

Límites del dispositivo clínico psicoanalítico

Uno de los principales límites mencionados por la entrevistada al momento de abordar pacientes en riesgo suicida, hace relación a la propia persona del analista. Bajo la frase del *caso a caso del analista*, los límites del dispositivo se establecen en torno a los puntos en donde el analista se permite acompañar un paciente que busca la muerte, sobre todo cuando hay “momentos donde efectivamente era como una posibilidad la muerte” (A, entrevista 1). Si bien para A la ética del psicoanálisis implica acompañar al paciente hasta “las últimas consecuencias”, la posibilidad de muerte de este induce la pregunta por los límites de tal axioma: “yo me pregunté

en ese caso en particular hasta donde la puedo acompañar, porque es una mujer que sufría mucho, mucho" (A, entrevista 1). Frente a tal posibilidad, la entrevistada destaca la importancia de trabajar en conjunto con psiquiatras, agregando como posible intervención la internación en un recinto psiquiátrico.

Caso B

Manifestaciones clínicas

Para B, en la clínica con pacientes en riesgo suicida se trabaja eminentemente con los niveles de *descompensación* y los niveles de *angustia*. El entrevistado destaca el exceso de angustia que padecen los pacientes cuando se trata del fenómeno suicida, la cual describe como "desbordante, que desestructura, que paraliza, pero también, cómo eso te lleva a ensimismarte, y a encerrarte. Y eso, es de más riesgo" (B, entrevista 2). Recalca que esta angustia trata de un estado más cercano a una "angustia de muerte como distinta a la angustia neurótica", la cual "paraliza, es una angustia que lo único que te lleva es a querer morir nomás" (B, entrevista 2).

En esta línea, y teniendo una aproximación desde una formación psiquiátrica clásica, el entrevistado B destaca la *amplitud* de las categorías que son utilizadas comúnmente para clasificar los fenómenos suicidas en la clínica, los cuales varían dependiendo de los grados de angustia y descompensación presentados por los pacientes. Por una parte, B señala que la ideación suicida puede descomponerse en: "fantasías de muerte, deseos de querer desaparecer, hasta ya planeación suicida" siendo la última de estas, la más compleja de abordar clínicamente (B, entrevista 1). Esto es debido a que la *planeación suicida* implica un sujeto que "ya llegó a la convicción de que no podía hacer nada en esta vida. Y son suicidios muchas veces planificado, que toman tiempo, o sea cuando se comete ya el suicidio consumado, tú te dai cuenta que esa persona se iba a suicidar si o si, no había por donde" (B, entrevista 1).

Por otra parte, el acto suicida también tendría diversos matices, en donde el paciente suicida "llega a tratamiento de maneras bien distintas" (B, entrevista 1). El entrevistado señala dos formas de acto suicida. Por una parte, actos suicidas son realizados por pacientes en *estados disociativos*, en donde "no hay demanda" (B, entrevista 1). Para B, estos actos pueden leerse bajo la clave del pasaje al acto, caracterizado por un sujeto que *no tiene lugar*, y se ha dejado caer de la escena. Bajo esta concepción, "la persona llega a una encrucijada", en donde "ni el fantasma ni el síntoma, ni le sirve ninguno de sus pivotes de sus apoyos ni sus muletas en la vida: *el arreglo fracasó*" (B, entrevista 1). Para B, este tipo de actos suicidas estarían acompañados de mayores niveles de desesperanza.

Por otra parte, habría actos suicidas que son "puestas en acto de algo que es un mensaje

para el Otro”, siendo catalogados como acting-out. Para el entrevistado estos intentos suicidas generalmente no son consumados, y sería clave la articulación de algún “tipo de mensaje” en donde hay un sujeto “emitiendo algo” (B, entrevista 1).

Además, para el entrevistado el riesgo suicida está asociado a un *encuentro no regulado con el goce*: “en el caso de pacientes de riesgo suicida, justamente ellos están en ese encuentro no regulado con el goce silencioso, camino hacia la muerte” (B, entrevista 1). En este sentido, el goce, entendido en su vertiente *mortífera*, opera como “algo que no puede ser puesto en palabras” lo cual aísla al sujeto del vínculo con los otros: el paciente está en riesgo cuando se *desconecta del lazo social* (B, entrevista 1). Además, esta incapacidad de poner en palabras el goce mortífero, tiene como consecuencias *la caída del sentido*. En palabras de B: “Existir no tiene sentido, no sólo en términos cognitivos, sino existir en el sentido de “¿pa' qué? No quiero más” (B, entrevista 2).

Por último, para el entrevistado una de las consecuencias más complicadas del ensimismamiento producido por la angustia de muerte, es el desarrollo de *rasgos fóbicos* por parte de los pacientes. Para B, este tipo de rasgos se vuelven muy difíciles de modificar, y los pacientes suelen llevar una vida muy por debajo porque está “tremendamente fóbica” (B, entrevista 2).

Abordaje clínico-técnico

Para el entrevistado, es relevante en un comienzo realizar una *evaluación clínica* con el fin de poder delimitar al menos dos elementos. Primeramente, y, con mayor relevancia, en el caso de que el paciente efectivamente acude desde una demanda por una angustia excesiva, a la manera de estar “nadando en angustia”, el analista debe establecer cuáles son los niveles de descompensación y de angustia en los que se encuentra el paciente. En ese sentido, se debe considerar “el grado de planificación, con el grado de lucidez, con los niveles de desesperanza” que presenta el paciente, ya que de aquello dependerá las intervenciones posibles a realizar (B, entrevista 1).

En segundo lugar, establecer un diagnóstico de estructura, puesto que, para B, el riesgo suicida y la angustia tienen diferentes especificidades dependiendo si se trata de una neurosis, una psicosis o una perversión. B enfatiza sobre todo en las *psicosis*, indicando que trata de una “estructura más frágil”, desde la cual los pacientes “están mucho más a merced del goce crudo” y donde se manifestaría una angustia “bien brutal” (B, entrevista 1). A su vez, esta fragilidad estructural tendría relación con la facilidad en la caída de los arreglos subjetivos en casos de pacientes psicóticos, en donde las crisis subjetivas frecuentemente terminan en intentos suicidas.

Posterior a la realización de estos diagnósticos, el entrevistado señala que los esfuerzos del analista deben ponerse sobre el objetivo principal del tratamiento en casos de paciente en riesgo suicida, a saber, el manejo de la angustia del paciente. Por ello, apunta que las intervenciones del analista tienen que orientarse en torno a *dosificar* la angustia: “La angustia con punto de vista lacaniano no es un síntoma, no se interpreta. La angustia se dosifica” (B, entrevista 1). Para ello, el entrevistado señala una serie de intervenciones.

Primeramente, describe dos intervenciones que denomina bajo los rótulos de *poner en palabra* y el *lazo social*. La primera de estas operaciones consiste en invitar a hablar al paciente con el fin de “drenar algo de ese goce mortificante, o mortífero”, mediando a través de la palabra (B, entrevista 1). En este sentido, estas intervenciones permiten que la angustia comience a asociarse a palabras, a regularse, reduciendo su excesiva manifestación. Además, B puntualiza que el invitar a poner palabra también resulta útil para el abordaje de los actings por parte del paciente, tanto en su prevención como en su elaboración -su puesta en palabras- posterior a que este ocurra. La segunda intervención, el lazo social, se funda en el hecho de que el tratamiento mismo se presenta como “un tipo de vínculo social” en el cual existe “la posibilidad de mantener esa angustia en un lazo” (B, entrevista 2).

Ambas de estas intervenciones apuntan a “combinar el goce con el sentido”, buscando instalar un lugar Otro que permita que “ese goce entra en la lógica fálica, en la trama simbólica. Y eso implica que se pone en relación con Otro. Entra al lazo ese goce, circula dentro del lazo” (B, entrevista 1).

Para B, estas operaciones se fundan en la posibilidad que entrega la transferencia de alojar la demanda del paciente, es decir, de *darle lugar* al sufrimiento que el paciente trae. En este sentido, el entrevistado hace un especial énfasis en la importancia de la transferencia en el abordaje clínico del riesgo suicida, llegando a proponer lo siguiente: “los trastornos de esta clínica más contemporánea, la transferencia es fundamental. O sea, sin transferencia no hay nada” (B, entrevista 2).

Además, para el entrevistado, la relevancia de la transferencia se justifica en la cualidad que esta tiene para operar como un *soporte* para el paciente, es decir, un vínculo que lo sostiene frente a la posibilidad de que este se deje caer. En estas intervenciones, el analista debe “hacerse más presente”, justamente pudiendo alojar al paciente en “un deseo propio” (B, entrevista 1). Precisamente, bajo la modalidad de soporte, el analista “no actúa como el psicoanalista clásico, desde el deseo del analista, sino que se pone en juego su propio deseo”, ya que “en la medida que hay una demanda, uno ya no es tan neutral, frente al acto suicida” (B, entrevista 1). Este deseo se expresa, por ejemplo, bajo la forma de “a mí me interesa que tú [el paciente] vivas” (B,

entrevista 1).

Para B, las intervenciones que implican la presencia del analista “uno si interviene en la transferencia misma, por lo que las intervenciones afectan directamente la transferencia” (B, entrevista 2). Este tipo de intervenciones tienen la cualidad de ser más prácticas, fundándose, por ejemplo, en posturas de *firmeza* al modo de: “No, yo necesito que te venga a buscar alguien, yo no te voy a dejar salir de acá, sola” (B, entrevista 1). O, también: “A mí más de alguna vez me tocó cerrar mi consulta y decirle a la persona “mire, usted no sale de acá hasta que venga a buscar alguien” (B, entrevista 1). Ahora bien, el entrevistado señala que estas intervenciones en donde el analista se hace más presente deben ser *calculadas* considerando elementos particulares de cada caso, con tal de evaluar las posibles consecuencias que pueden traer a la transferencia.

Por último, B señala dos tipos de intervenciones que operan en el registro *temporal*. Por una parte, para abordar los acting del paciente, el entrevistado sugiere *volver* a la escena de turbación y vergüenza a la manera de una cámara lenta, con el fin de poder elaborar lo ocurrido. Por otra parte, indica la *pausa* como una manera de abordar la angustia del paciente, en donde el analista tiene que “saber estar ahí, y esperar” (B, entrevista 2).

Con respecto al encuadre, el entrevistado indica que este suele *flexibilizarse*, modificando aspectos como la introducción de llamadas telefónicas, el uso de WhatsApp, la introducción de familiares al tratamiento y el aumento en la frecuencia de sesiones.

Límites del dispositivo clínico psicoanalítico

Para B, el hecho de que en el contexto clínico se ponga en juego una demanda dirigida hacia el analista justifica de manera suficiente -en términos éticos- que este tenga necesariamente que intervenir. El entrevistado describe que, al momento de trabajar con el suicidio en un contexto clínico, sobre todo cuando surge de demandas vociferadas desde la angustia, el analista debe *hacerse cargo* de abordar dichas manifestaciones, en tanto es él quien se ofrece como referente en la transferencia. Es decir, sería la transferencia misma la que entrega un límite, frente al cual el analista no puede sencillamente “*hacerse el lesa*” o “*tenerle miedo*” a las fantasías suicidas y deseos de muerte expresados por los pacientes (B, entrevista 1). Para B, este tipo de posturas frente al suicidio en la clínica estarían anulando la posibilidad misma de establecer una transferencia con el paciente, y, sobre todo, coartando el lugar de escucha que puede ofrecer el análisis.

Otro de los límites que traza B respecto al dispositivo analítico tiene relación con los fundamentos mismos de la teoría y clínica psicoanalítica, sobre todo aquella que denomina bajo

el nombre de *psicoanálisis tradicional clásico*. Para el entrevistado, el dispositivo psicoanalítico está pensado principalmente para el síntoma, y no para la angustia, elemento clínico que, como se desarrolló con anterioridad, forma parte relevante del trabajo con pacientes en riesgo suicida.

En este punto, B considera que, al tratar con pacientes en riesgo suicida con altos niveles de angustia, es importante acompañar el trabajo analítico con psicofármacos que ayuden con la dosificación de la angustia, sobre todo cuando se trata de angustias que no lleven al paciente “a trabajar” al análisis (B, entrevista 2). Para ello, el entrevistado describe la relevancia de asociarse con un psiquiatra de *confianza*, con el cual establecer un trabajo clínico coordinado. Establecer vínculos de confianza con psiquiatras sería crucial sobre todo en momentos en que se haga necesario recurrir a *la internación psiquiátrica* de algún paciente, proceso que para B presenta varias dificultades. Principalmente, es el vínculo transferencial con el analista el cual se ve afectado, ya que “uno pierde un poco” al paciente cuando se interna (B, entrevista 2). Por ejemplo, B señala que se “meten muchas manos” en el tratamiento del paciente, desde otros psicólogos, otros psiquiatras, entre otros (B, entrevista 2). En este punto, B describe la importancia de ir a ver a los pacientes que se internan, pudiendo mantener el vínculo con ellos. Para esto, nuevamente poder coordinarse con un psiquiatra dentro de la clínica resulta favorable.

Caso C

Manifestaciones clínicas:

Para la entrevistada C, la problemática del suicidio se inserta en la clínica principalmente como un fenómeno ligado a la angustia: “nos encontramos y entramos de lleno por la puerta principal de la angustia. Es eso” (C, entrevista 1). C describe que el comportamiento suicida suele desplegarse en momentos que los pacientes están viviendo angustias “muy grandes” (C, entrevista 2). En esta línea, la entrevistada señala dos características de la angustia que se relacionan al riesgo suicida.

Por una parte, los pacientes muestran un *sentimiento de desesperanza*, en donde no “ven” para qué seguir viviendo, o no “pueden” seguir viviendo (C, entrevista 2). Esta cualidad, describe C, es observada sobre todo en pacientes jóvenes, que presentan “menos ganas”, menos “esperanzas de vivir” y de “hacerse adultos” (C, entrevista 2). Por otra parte, C describe *la desesperación* vivida por el paciente, la cual se caracteriza por ser un estado de desvalimiento, que muchas veces se presenta momentos previos a un *pasaje al acto*, en donde el paciente *no puede pensar* en nada. Para C, los pacientes desesperados se caracterizan por estar “tomados” por su angustia, sumidos en el silencio sin poder hablar (C, entrevista 2).

Ahora bien, la entrevistada describe que en la clínica también se puede considerar el *suicidio como una decisión* por parte del paciente, en tanto este acude al analista con el propósito de sopesar la posibilidad de darse muerte. En estos casos, el suicidio no se presentaría en la clínica como un acto “atolondrado o desesperado” sino, como una temática sobre la cual preguntarse en análisis (C, entrevista 2).

Abordajes técnico-clínicos:

En la medida que para C la clínica con pacientes en riesgo suicida trata, fundamentalmente, de una *clínica de la angustia*, las intervenciones del analista que ella señala apuntan precisamente a abordar dicha angustia. Primeramente, la entrevistada destaca la importancia de establecer una transferencia que opere como un vínculo de *confianza*, en el cual el analista se muestre como un otro que “no me va a engañar, no me va a hacer trampa, y que, por lo tanto, me permite estar ahí, una y otra vez, semana tras semana, y hablar de asuntos que yo no hablo en cualquier parte” (C, entrevista 1).

La confianza como cualidad de la transferencia estaría asociada, a su vez, a la implicación de analista en el vínculo, que C describe como una posición ética del analista, permitiendo que el paciente pueda “acercarse lo más posible a *aquello que lo conduce* por más que sean cuestiones fregadas” (C, entrevista 1). En este sentido, la entrevistada señala que el análisis conlleva un *riesgo*, en tanto ni el analista ni el paciente saben con que se encontrarán en el tratamiento, de tal manera que no hay garantía de cómo este se desenvolverá.

Por ello, la entrevistada desarrolla que el suicidio precisamente pone de manifiesto el riesgo que supone la interrogación por el decir del paciente, frente al cual cada analista debe establecer límites al tratamiento que son propios a su persona. De esta manera, el analista no interviene desde el marco de la neutralidad, sino que introduce elementos de sus propias “trayectorias” y “convicciones” (C, entrevista 2).

Para C, desde la persona del terapeuta se habilitan dos posiciones desde las cuales intervenir al momento de trabajar con pacientes en riesgo suicida. Por una parte, se encuentra la *firmeza*, caracterizada por expresar con claridad y contundencia, buscando “remecer” al paciente. Para C, intervenir desde la firmeza conlleva subjetivar al paciente, por ejemplo, al momento de tomar ciertas decisiones o asumir posturas frente a su angustia. La entrevistada agrega, además, el cuidado que debe tener el analista con este tipo de intervenciones, tratando de “no empujar” al paciente más allá de puntos que lo superan, sobre todo cuando se trata de casos de psicosis, en donde, “cuesta mucho la elaboración, el poner metáfora” (C, entrevista 1). Por otra parte, C describe la *contención*, posición desde la cual el analista interviene a partir de la prudencia, el

cuidado y el acompañamiento. Este tipo de intervenciones buscan “iluminar los *hilos*” que vinculan al paciente a la vida, mientras toma cuidado de los *hilos* que lo vinculan a la muerte. Para la entrevistada combinar ambas posiciones puede resultar útil al momento de manejar la angustia del paciente en el contexto clínico (C, entrevista 2).

Otro aspecto técnico que describe la entrevistada, es utilizar la palabra. Para C, cuando los pacientes se encuentran padeciendo angustias muy grandes, el analista debe *aumentar los espacios de palabra* con el objetivo de que esta circule. Este manejo técnico está asociado, por ejemplo, a la modificación del encuadre, en donde el analista propone aumentar la frecuencia de las sesiones, o habilitar la posibilidad de utilizar medios telefónicos en casos que el paciente lo necesite. Ahora, cuando el paciente se encuentre silenciado por una “angustia muy grande” en sesión, C señala que es el analista el que debe hacer uso de la palabra, pudiendo entregarle al paciente *hipótesis* a lo largo de la sesión. En cambio, cuando el paciente tenga la posibilidad de hablar, el analista debe invitar al paciente a que “*se escuche lo que aparece en su decir*” (C, entrevista 1).

Límites del dispositivo psicoanalítico lacaniano

Para la entrevistada, los límites del psicoanálisis están entregados por la ética de su ejercicio. A diferencia de la medicina, en donde existe el juramento Hipocrático -el salvar la vida a como dé lugar- en el psicoanálisis más bien se trataría de acompañar a un sujeto en la interrogante por el saber, movilizado por el deseo del analista. C describe que el suicidio (efectivo) precisamente implicaría un *truncamiento* de dicha operación, en tanto, se detiene la posibilidad de que el sujeto se interrogue por su decir.

Asimismo, otro límite descrito por la entrevistada hace relación con la propia persona del analista. Este, sobre todo en casos de riesgo suicida, puede y debe *entregar condiciones* a la demanda al momento de recibir un paciente. Esta característica de la clínica puede expresarse bajo la forma de “usted aquí [no] puede hacer lo que quiera” (C, entrevista 2). Para C, estas condiciones están asociadas a la implicación del analista en la relación transferencial, las cuales están determinadas por su singularidad: “depende mucho de uno como analista, en qué punto está uno” (C, entrevista 1).

Para la entrevistada, la implicación puede tornarse en un impasse clínico, sobre todo expresados bajo la forma de sentimientos de culpa por parte del analista, así como también *sentimientos de propiedad* sobre el paciente. C toma como ejemplo la frase “se me suicidó un paciente” como una expresión desde la cual el analista toma por objeto de su propiedad al analizante. En este punto, la entrevistada describe la relevancia de la formación del analista, ya

sea en lo referente al propio análisis, como también en la supervisión de los casos (C, entrevista 1).

Por último, la entrevistada describe la utilidad de contar con el apoyo de un psiquiatra de *confianza* en el caso de pacientes en donde el suicidio parece una posibilidad. Para C, cuando se trata de pacientes en donde la angustia dificulta la posibilidad de trabajo, resulta necesario apoyarse con la utilización de *psicofármacos*.

Discusión

Para la redacción de la discusión, se tomaron los puntos más relevantes de cada análisis particular, estableciendo similitudes y diferencias entre los entrevistados. A su vez, esto se contrastó con lo trabajado en el apartado teórico de la presente investigación, encontrando tanto puntos afines como inconsistentes con la teoría. Con fines de sistematicidad, la discusión se ordena sucesivamente en torno a los objetivos específicos -manifestaciones clínicas; técnica; y límites-, de manera análoga a los resultados.

Resulta relevante recalcar que, debido a que la presente investigación tiene un carácter exploratorio, múltiples de los puntos discutidos a continuación resultan preliminares, abordando elementos novedosos que se consideran difíciles de denominar en función de la literatura trabajada. Por ello, se cree que a propósito de esta discusión emergen diversas proyecciones interesantes para desarrollar en lo que respecta al objeto de estudio.

Primeramente, se puede afirmar que, de manera transversal para los entrevistados, el fenómeno suicida en la clínica implica la centralidad de la *angustia*: “Una clínica de la angustia, el que toca ahí abordar” (C, entrevista 1). Los analistas describen, sobre todo, pacientes *desbordados* por la angustia, muchas veces descompensados y desesperados. Se puede establecer en este punto común, una *forma* de presentación del riesgo suicida en la clínica, en la cual los pacientes son *tomados por su angustia* y llevados hacia la muerte. Una interesante perspectiva sobre esta forma de presentación es introducida por la entrevistada A, la cual, trabajando desde la clínica de las Urgencias Subjetivas, nombra este estado angustioso como *desestabilización subjetiva*.

Para la entrevistada A, la desestabilización subjetiva es un estado en donde el sujeto se encuentra desprovisto de sus arreglos subjetivos -a saber, el síntoma y el fantasma- y que, a su vez, no es capaz de *recomponer*. El riesgo suicida aparecería precisamente como *una respuesta* frente a esta desestabilización: “O sea sí, lo que ocurre es la caída del ideal o que algo del fantasma se desestabiliza o algo del síntoma deja de funcionar y aparece ahí la ideación suicida.

Claro, tiene que ver justamente con que hay algo que no se puede recomponer, entonces aparece la ideación suicida como una posibilidad." (A, entrevista 1).

La clave de la desestabilización subjetiva no es tanto que los arreglos subjetivos del paciente fracasen -lo que, por cierto, puede suponerse en toda acomodación del sujeto frente al deseo del Otro-, sino que estos no pueden *recomponerse*. En otras palabras, hay una dificultad del paciente para resituar una escena fantasmática, en donde se despliega su relación con sus semejantes, consigo mismo y con el Otro simbólico. Si se leyera bajo el esquema de la división subjetiva que propone Lacan, podría pensarse que la desestabilización tiene relación precisamente con el tercer piso de la operación: sería la producción del sujeto la que se encontraría comprometida (Lacan, 1963). Como consecuencia, la dimensión del deseo ya no logra sostenerse, descendiendo al segundo piso del esquema, esto es, al nivel de la angustia y la aparición del objeto *a* (Lacan, 1963). Esto concuerda con lo planteado por los entrevistados, en tanto los pacientes en riesgo suicida presentan *excesivos montos de angustia*.

Ahora bien, esta consideración sobre la angustia parece alejarse de las teorizaciones de Lacan en torno al encuentro del sujeto con el deseo del Otro -articulado bajo la pregunta *¿Che Vouí?* - ya que en tal caso la dimensión del sujeto permanece operativa (Lacan, 1962-1963). En cambio, dicha perspectiva parece tener más afinidad con la noción de angustia automática de Freud, la cual está relacionada a un estado de *desamparo psíquico* (Freud, 1992i). Lo anterior cobra sentido en la medida que los entrevistados sitúan como punto de partida de este estado angustioso un *evento traumático* vivido por los pacientes: "O sea, cuando esa angustia toma la forma por ejemplo de una de esas crisis, estas crisis devastadoras, estas crisis... No me gusta el concepto de pánico, pero es una angustia devastadora. Que la persona, apenas diez minutos le cambia la vida" (B, entrevista 2).

Este punto no resulta menor, en la medida que la dimensión traumática de la psicopatología suicida fue relevante en las narrativas de los analistas. Estos señalan los problemas que imponía para su abordaje en la clínica, sobre todo en relación con la *dificultad de poner en palabras* aquel evento vivido por los pacientes. A propósito de esta dificultad, se pueden situar algunas claves interesantes que entregan los analistas en sus relatos para colegir el lugar del trauma en la clínica del suicidio.

Primeramente, la entrevistada A señala la *atemporalidad* que caracteriza a los eventos traumáticos: "(...) entonces uno puede estar con un paciente trabajando que está pensando en la muerte como una posibilidad, que es distinto a alguien que está en un plan suicida. Como por ejemplo este paciente que me dice que: "tiene una cuerda y me voy a colgar". Efectivamente ahí es mucho más porque la angustia traumática tiene esto atemporal, digamos" (A, entrevista 1).

En este sentido, la atemporalidad del trauma parece ejercer una fuerza de empuje hacia lo mortífero, en donde el sujeto es *movido* por la angustia hacia la muerte. En este punto, se trasluce una diferencia que tiene lo traumático con las formaciones de compromiso características de la neurosis: tanto el síntoma en Freud como la metáfora en Lacan siguen la temporalidad del *retorno* posibilitado por la represión, tal como se revisó en el apartado teórico con anterioridad. En cambio, en lo relacionado al trauma, la angustia se acompaña por la experiencia de la inmediatez. Nótese el: *me voy a colgar*.

Asociada a la atemporalidad, los analistas destacan la noción de *exceso*, la cual no solo se manifiesta en la cuantía de la angustia, sino que, también, en lo verborrérico que puede tornarse el discurso del paciente, tal como puede leerse en el siguiente relato: "Yo recuerdo una paciente que me mandaba mails durante el fin de semana, y los dejaba programados para que me llegaran el lunes. Entonces me llegaban seis hojas de mails... era un testamento" (A, entrevista 2). Dos puntos resultan interesantes en esta cita. Por una parte, la des-esperación de lo inmediato que se revela en la programación de los mails, por fuera del encuadre clínico. Por otra parte, la extensión de lo escrito hacia el analista.

Resulta evidente que el objetivo de la paciente, en su uso discursivo, no es comunicarle algo al analista, ni siquiera podría pensarse como una *demanda* dirigida hacia un otro. Más bien, tal como afirma la analista, es un testamento, pero que no dice expresamente sobre el evento traumático, sino que más bien evidencia la reiterativa falla que imprime el trauma en el discurso. En otras palabras, se produce una dificultad para articular la cadena asociativa, y, por lo tanto, establecer, configurar o tan solo acomodar un lazo con el otro. Siguiendo a Cabrera, en estos casos se introduce el orden de lo *irrepresentable*, en tanto la dimensión del trauma involucra escenas petrificadas, que se resisten a la posibilidad de elaboración subjetiva (Cabrera, 2015).

De manera contraria, pero en el mismo plano, el *silencio* es señalado por los entrevistados como otra manifestación recurrente en casos donde se juega la dimensión de lo traumático en el suicidio. Se trata de un silencio atravesado por el *impedimento*, próxima al fenómeno del mutismo: "A veces los pacientes se quedan mudos de angustia en sesión. "Ay no sé qué me pasa, me estoy angustiando, no. No puedo hablar, no puedo hablar" (B, entrevista 2). Resulta interesante la pregunta por las coordenadas que permitan diferenciar por qué un paciente se inclinaría en momentos a intentos verborréricos de elaboración o permanezcan en el silencio, impedidos en su decir.

Por último, la entrevistada A señala que el evento traumático que produce una desestabilización subjetiva no necesariamente tiene que ser un encuentro *dramático* o violento, sino que lo es en la medida que es *significativo* para el sujeto: "(...) se va a definir como la

reacción que tenga un sujeto frente a un evento, aunque sea nimio: puede ser una mirada, algo mal dicho o algo bien dicho" (A, entrevista 1). Este punto resulta interesante, ya que, si bien el trauma y la operación del objeto *a* se encuentran en el orden de lo real, el punto nodal del trauma podría plantearse bajo la lógica subjetiva, es decir, la asociación significativa. Esto se torna relevante, en la medida que permite un abordaje posible dentro de la clínica psicoanalítica, tal como será discutido más adelante.

Ahora bien, siguiendo esta lógica, podría plantearse lo siguiente: si la desestabilización subjetiva implica que el paciente se encuentre en *riesgo suicida*, el intento o concreción de dicho riesgo podría considerarse como un corte definitivo de la continuidad subjetiva del paciente, derivando en un *pasaje al acto*. En este sentido, tal como es denominado por la entrevistada C, el *suicidio atolondrado*, es una concreción radical de la angustia, la cual desemboca en el pasaje al acto. De esta manera, el paciente desestabilizado podría pensarse como un sujeto que está *pronto a caer*, desprovisto de sus arreglos subjetivos, y que, en su intento suicida, concreta su aventamiento bajo la modalidad del pasaje al acto. En este sentido, los tres entrevistados concuerdan que el pasaje al acto resulta la figura más relevante para pensar los intentos suicidas en la clínica, sean estos fallidos o no.

Resulta interesante instalar la pregunta de por qué es el suicidio y no otro el desenlace de la desestabilización subjetiva vía pasaje al acto. Como se revisó, tanto Freud como Lacan en cierto momento sostienen el paradigma melancólico como explicación para un yo que se da muerte. Si bien los entrevistados no remiten a dicho diagnóstico al momento de describir su experiencia clínica con pacientes en riesgo suicida, sí señalan que en los cuadros psicóticos habría una mayor predominancia de la angustia y, por consiguiente, del pasaje al acto.

Hasta acá, se pueden precisar tres fundamentos tras este tipo de presentación del riesgo suicida en la clínica, a saber, la desestabilización subjetiva. Primero, este tiene un razonamiento *económico* de base. El entrevistado B presenta la siguiente metáfora: "Muchas veces nos encontramos con pacientes que están *nadando* en angustia" (B, entrevista 1). Tanto la angustia como el goce son ponderados en su vertiente económica, como montos excesivos que "ahogan" al paciente. En este sentido, las sospechas de Freud sobre la pulsión como un punto clave de los fenómenos suicidas, tal como lo menciona en su Esquema del psicoanálisis, así como también en su teoría del sadismo, tiene cabida en la clínica actual.

Segundo, la noción de estructura de Lacan permite comprender la aparición de dicha angustia frente a un encuentro *imprevisto* y disruptivo con el objeto *a*. Las nociones de desesperación, descompensación y desborde pueden leerse a través de su cuadro de la angustia, situados en diversos grados de dificultad y movimiento. Entonces, la perspectiva

estructural resulta útil para considerar al paciente desestabilizado, sobre todo cuando uno de los problemas clínicos presentados por los pacientes tiene relación con la recomposición de sus arreglos subjetivos.

Tercero, la dimensión del trauma parece tener un importante lugar en la clínica del riesgo suicida, al menos situado como el punto de inicio de sus manifestaciones, así como variadas consecuencias clínicas que muestran desafíos particulares para el dispositivo analítico, tal como es indicado por los entrevistados. Esto resulta interesante, en tanto el cruce entre trauma y suicidio no está presente en lo desarrollado por Freud y Lacan respecto a este fenómeno, y más bien parecería sugerir una línea de trabajo teórico y clínico en sí mismo.

Ahora, si bien la noción de desestabilización subjetiva, tal como es discutida acá, muestra ser el marco principal desde el cual los entrevistados piensan el riesgo suicida, estos señalan otros elementos que complejizan el fenómeno suicida en la clínica. Estos elementos pueden leerse bajo la clave del *lazo social* y la posibilidad de *tener lugar*, y pueden ser desplegadas en función de los siguientes ejes: la experiencia subjetiva; el lugar de la cultura y el Otro social; el lugar de filiación y la transmisión.

Con respecto al primer eje, la experiencia subjetiva, los analistas señalan la *soledad* como una manifestación presente en el riesgo suicida. Tal soledad debe especificarse, puesto que es descrita como una desconexión con respecto a los otros, una incapacidad de mediar su relación con el goce a través del lazo social. Para el entrevistado B, el riesgo suicida se constituye como tal en la medida que los pacientes se encuentran ensimismados en un estado gozoso, mudo y solitario. Como se verá en la discusión sobre técnica, el aislamiento y la desconexión resultan ser uno de los puntos clave para los entrevistados con respecto al suicidio en la clínica.

Relacionado al punto anterior, pero visto desde otro ángulo, el lugar de la cultura y el Otro social hace referencia a las condiciones culturales y sociales que los entrevistados vinculan con el suicidio y sus manifestaciones en la clínica. Los entrevistados señalan una *precarización* de los soportes simbólicos del Otro (B, entrevista 1), así como también una “caída de las autoridades” en la escena social (A, entrevista 2). Como se revisó con anterioridad, estas ideas, presentes en la lectura epocal de la *clínica contemporánea*, han adquirido amplia legitimidad, mas no se encuentra exenta de importantes críticas (Eidelsztein 2020; Radiszcz, 2009). Frente a este panorama, parece razonable seguir pista de la interrogación planteada por la entrevistada C: ¿Cuáles son los lazos sociales que tenemos al día de hoy? (C, entrevista 2). Es decir, más allá de asumir una fragilidad simbólica en el lazo social -o la ausencia de tal- pensar en términos contingentes, históricos y locales los procesos de subjetivación y lazos sociales que se despliegan en la cultura.

En esta línea, los entrevistados entregan algunas claves interesantes a considerar. Primeramente, la entrevistada C señala “lo poco trabajado culturalmente” que está la muerte en las culturas latinoamericanas (C, entrevista 2). Agrega, además, que cuando la muerte tiene lugar, las personas asumen una posición *negacionista*, consecuencia de lo trastocadas y afectadas que quedan. En segundo lugar, y de manera contraria al punto anterior, el entrevistado B indica la centralidad que ha adquirido *el valor de la salud y la vida* en Chile durante las últimas décadas. Por ello, plantea el *homo-higiénicus* como modelo de subjetivación actual, vinculado a los discursos de la Salud Pública, la ciencia médica, y la psicología, que sistemáticamente han ido de la mano con la administración pública, tal como desarrolla en el siguiente segmento: “Entonces, el acto diagnóstico se transforma en un acto administrativo, es decir, esta cosa de: ¿En qué cajón pongo a qué sujeto? ¿A qué programa? En el fondo es cómo seleccionar la materia para que pueda entrar a la cadena de producción” (B, entrevista 2). Por último, la entrevistada A, menciona el *empuje a la felicidad* que se impone ideológicamente a las personas en la actualidad, añadiendo la participación del superyó en sus mandamientos al goce (A, entrevista 2).

En función de estas claves se pueden esbozar algunas coordenadas para situar al suicidio como acto en la cultura, a saber: operar como “una afrenta a la sociedad misma” (B, entrevista 2). Su operación encuentra potencia en la subversión de los valores y creencias que fundamentan no solo la idiosincrasia de las personas, sino, y con aún mayor importancia, las lógicas del aparato gubernamental-administrativo, que, con el despliegue de sus discursos y prácticas, producen una auténtica ética disciplinante del Bien-estar sobre los cuerpos. Cierta cautela es justificada frente a la masividad que han adquirido los discursos de Salud Mental, así como también la preponderancia de los dispositivos *psi* en instituciones de Salud Pública. En sintonía con tal resguardo, el entrevistado B señala lo siguiente: “Por algo hoy en día hay psicólogos en todos los centros de atención primaria en Chile. Una cuestión que es rara incluso a nivel mundial” (B, entrevista 2).

Más allá de promover una apología al suicidio, parece relevante considerar al suicidio más allá de una acción atolondrada consecuencia de un pasaje al acto, con el peligro que se subsuma la noción de sujeto y estructura bajo los aleros del individuo. Lacan insiste: si bien en el pasaje al acto se produce una identificación al objeto *a*, este no deja de estar relacionado por estructura al A (Lacan, 1962-1963).

En este sentido, podría pensarse el acto suicida como un intento de apropiación del cuerpo frente a la maquinaria administrativa-gubernamental. Cuerpo considerado sin duda como una producción colectiva y social, el cual, desde su pérdida, signaría la inconsistencia del Otro,

su incapacidad de recubrimiento totalitario (Betancourt, 2021b). Este movimiento podría considerarse bajo la lógica del acting-out, es decir, el objeto sube a la escena social, en donde se muestra indicando allí una falta (Lacan, 1962-1963). De igual manera, tal como señala Betancourt, se trataría más de pensar en las consecuencias del acto, es decir, su carácter *productivo*, mas no en asumir a la sociedad y su asfixia como causa del suicidio (Betancourt, 2021b). En tal sentido, el acto suicida muestra su vertiente política: ¿Qué nos *dicen* las más altas barreras que se erigen sobre los balcones de las imponentes multitiendas capitalinas?

Por último, en relación con el eje de la filiación y la transmisión, la entrevistada A señala un interesante punto respecto a madres y padres que llegan a consultar por el suicidio de sus hijos. Indica la *negación* que encontraba por parte de estos frente a la pregunta por conductas o ideación suicida previos al acontecer del acto. Si bien ello implica un problema clínico extremadamente singular, difícilmente generalizable y complejo, se abre la pregunta de qué es lo que se niega del acto suicida. Algunos trazos pueden dibujarse desde este punto.

Por una parte, se podría atribuir sencillamente a las dificultades en el trabajo del duelo, siendo el objeto filial uno de los más investidos y preciados de los padres. Por otra parte, siguiendo pista del argumento que enarbola el entrevistado B en relación con el *no tener lugar* que caracteriza al acto suicida, podría hipotetizarse que el suicidio buscaría precisamente producir un lugar para un sujeto que no ha sido reconocido en la trama filial. En otras palabras, la negación no recaería sobre la muerte de la *persona*, sino sobre aquello que el suicidio buscaba inscribir o significantizar en acto, y que se ha mantenido *sin lugar* en la historia familiar del suicida. Tal acto se constituiría como un intento de franquear un umbral, ahí donde el significante no logra mortificar, no logra articular un sujeto, el suicida se da muerte como un intento de *decir*.

Con todo, el problema de la negación del acto suicida sobrepasa ampliamente lo que puede articularse en esta investigación, así como las ideas bosquejadas tienen un carácter meramente hipotético. Sin embargo, parece ser una línea de investigación interesante para la posteridad.

Ahora bien, en relación con la discusión técnica que se desprende de estas nociones previamente desarrolladas, los entrevistados comulgan en que el trabajo con pacientes en riesgo suicida implica precisamente un trabajo de estabilización -al que se le puede agregar el apellido de *subjetiva*-, en el cual se vuelve crucial el manejo clínico de la angustia. Es decir, así como la desestabilización implica angustia, la estabilización corresponde a la puesta en operación del sujeto, es decir, la introducción de la dimensión del deseo.

Esto parece ser contradictorio, ya que como menciona Fink, el trabajo en análisis implica precisamente la introducción del malentendido en el discurso, y con ello la desestabilización

misma del sentido en la producción del sujeto (Fink, 2000). Sin embargo, esta contradicción lo es sólo en apariencia, ya que la operación de la angustia, el pasaje al acto y el acting out, son maneras de expresar el deseo: implican efectivamente un atravesamiento, un franqueamiento hacia lo real (Muñoz, 2009). Sin embargo, a diferencia de lo que Lacan designa como acto analítico, estos no son realizados implicando al sujeto en su propio acto (Muñoz, 2009). De esta manera, tanto el acto analítico como el acting out y el pasaje al acto tienen una direccionalidad hacia lo real, empero, la dimensión del sujeto en cada uno de estos -y sus consecuencias- son estructuralmente distintas.

En este sentido, parece ser que el trabajo con pacientes en riesgo suicida, bajo la noción de desestabilización subjetiva, implica un trabajo previo de estabilización, de la *restitución subjetiva* previo al comienzo del análisis. A este respecto, los entrevistados plantean que, en términos generales, el abordaje clínico de los fenómenos suicidas es distinto del tratamiento analítico de la neurosis. Por ejemplo, estos contraindican de manera transversal la utilización de interpretaciones en el abordaje de pacientes desestabilizados. Lo anterior tiene relación con que, para los entrevistados, a diferencia de la clínica de la neurosis clásica -en donde la demanda de análisis es una demanda de saber desde la cual se trabaja principalmente con la noción de síntoma- en el trabajo con pacientes en riesgo suicida se trabaja desde una demanda movilizadora por la angustia.

En este punto, habría que problematizar la noción de una demanda realizada desde la angustia: ¿Qué condiciones son necesarias para poder realizar una demanda? ¿De qué manera la angustia podría impedir la articulación de una demanda? ¿Qué dificultades plantea en la transferencia?

A propósito de estas preguntas, el entrevistado B comenta algunas cualidades sobre la angustia: "Sobre todo, cuando hay una angustia, que no es una angustia que te lleve a trabajar po' weon. Es una angustia que te paraliza, es una angustia que lo único que te lleva es a querer morir nomás" (B, entrevista 2). Siguiendo esta línea, se podría argumentar que la angustia, en una cuantía excesiva, dificulta la articulación de una demanda hacia el analista. Si bien las relaciones de la angustia con la demanda exceden lo trabajado en esta investigación, algunas orientaciones clínicas pueden ser establecidas de acuerdo con lo que Lacan plantea en torno a la transferencia primaria, la oferta de la escucha y la presencia del analista (Lacan, 1958).

En función de estos conceptos, se podría hipotetizar que frente a la dificultad que tiene el paciente de articular una demanda en momentos de considerable angustia, la oferta de escucha que realiza el analista permite (re)habilitar la posición de demanda del paciente. Asimismo, junto a los juegos de oferta y demanda, la presencia del analista surge como condición de la circulación

de la palabra, y, lo que es más importante, la introducción del amor de transferencia, siendo la presencia su soporte (Lacan, 1958). Este movimiento también es señalado por Muñoz elaborando sobre el abordaje del pasaje al acto: el analista tiene que promover un reconocimiento simbólico del sujeto, que se encuentra identificado al objeto de deshecho (Muñoz, 2009). En este sentido, la transferencia primaria como concepto encuentra una utilidad en la clínica del riesgo suicida, pudiéndose incluso hipotetizar que la articulación de una demanda intransitiva -es decir, vacía, sin objeto- por parte del paciente, implica un viraje hacia lo simbólico desde aquello imposible de simbolizar que caracteriza lo real de la angustia (Lacan, 1958).

Esta relevancia sobre la transferencia también es subrayada por los entrevistados, en tanto se le otorga un rol central en el abordaje de pacientes en riesgo suicida: “[el sistema público de Salud Mental] ignora el hecho de la transferencia, y, los trastornos de esta clínica más contemporánea, la transferencia es fundamental. O sea, sin transferencia no hay nada” (B, entrevista 2). Es más, B es enfático en señalar la importancia de la palabra y el lazo con el Otro: “Pero en el caso de pacientes de riesgo suicida, justamente ellos están en ese encuentro no regulado con el goce silencioso, camino hacia la muerte. Bueno y... ahí es donde viene ese trabajo de activar el vínculo. Hacer que eso se ponga en palabra” (B, entrevista 1). Asimismo, para la entrevistada A, la posibilidad de intervenir desde la presencia del analista también sería fundamental, ya que seguiría la lógica de “tomar de la mano a un sujeto para no dejarlo caer” (A, entrevista 1).

Hasta acá, se empiezan a contornear algunas diferencias con la clínica de la neurosis que se revisó previamente: para estabilizar al paciente, la oferta del analista toma protagonismo, así como su presencia para no dejarlo caer. O también, si en el trabajo con la neurosis el analista se ausenta con el fin de no responder las demandas del sujeto, en el trabajo con pacientes en riesgo suicida el analista con su presencia opera como un soporte para el paciente.

Según los entrevistados, múltiples son las maneras en las que un analista puede intervenir en esta dirección. Por ejemplo, los tres analistas señalan la flexibilización del encuadre, introduciendo la utilización de celulares -llamadas y WhatsApp fuera de sesión-, el ingreso de familiares al tratamiento, y el aumento de sesiones durante la semana. También concuerdan en tomar posturas de *firmeza*, impidiendo ciertas acciones del paciente o trazando ciertos límites. Por ejemplo, B comenta una de sus intervenciones: “A mí más de alguna vez me tocó cerrar mi consulta y decirle a la persona “mire, usted no sale de acá hasta que venga a buscar alguien” (B, entrevista 1). Asimismo, los analistas señalan una postura de contención en ciertas situaciones, buscando alojar al paciente, sosteniendo su angustia. C relata sobre esta posición en la transferencia: “Entonces, ese aspecto de la transferencia, que siempre está ahí y que, bueno,

entraríamos nuevamente en el guante de terciopelo. La palabra prudencia, una tremenda prudencia cuando vemos que algo de eso está cerca, está en la atmósfera. La prudencia a no empujar nada, en el decir del paciente. Al contrario, contener, contener” (C, entrevista 1).

Si bien todas estas intervenciones se fundan en la presencia del analista, tienen alcances y consecuencias distintas en la transferencia. Algunas implican solamente una oferta del analista, mientras que otras ya plantean derechamente demandas al paciente, e incluso el impedimento de su actuar. Por lo mismo, los entrevistados concuerdan en la importancia de *calcular* este tipo de intervenciones, en la medida que estas afectan directamente la transferencia. Como elementos a considerar de dicho cálculo, los analistas comulgan en al menos, tres aspectos: a) que la intervención esté orientada en torno al surgimiento de la angustia, es decir, en torno a su aparición; b) la posición en que los analistas son situados por el paciente en la transferencia; c) la propia formación y supervisión del analista.

Ahora bien, parece ser que este tipo de intervenciones apuntan sobre todo a evitar los actings y reducir la angustia de los pacientes. Frente a ello, ¿De qué manera se podría dar el siguiente paso en la estabilización, a saber, la (re)introducción del sujeto en el análisis?

Con respecto a dicho movimiento, los analistas describen un tipo de intervención de *recorte*, que apunta a “*poner coto*” a la angustia y los comportamientos suicidas. Este tipo de intervenciones permiten delimitar una escena aislando un gatillante -ya sea de la angustia, la ideación suicida e incluso actings-, para luego “recortarla” del discurso del paciente. Posteriormente, sobre esta escena recortada, el analista introduce una pregunta que permita la asociación en torno al gatillante aislado. La entrevistada A, aludiendo a las clínicas de Urgencias Subjetivas, denomina este segundo movimiento como buscar un *sentido libidinal*, y señala lo siguiente: “O sea, en la neurosis es encontrar un punto de repetición y que el sujeto encuentre algo de lo libidinal. Porque si el sentido viene de afuera, es un sentido prestado, entonces no tiene la consistencia de lo que puede ser un sentido libidinal para él o para ella” (A, entrevista 1).

Si bien los entrevistados B y C no refieren directamente al trabajo sobre las Urgencias Subjetivas, señalan intervenciones que apuntan en direcciones similares. Por ejemplo, el entrevistado B describe la importancia de volver a la escena -específicamente del acting-out o del pasaje al acto- en *cámara lenta*: “Y poder elaborar como digo, con esta cosa como de la cámara lenta, esa escena, ese momento de turbación, de vergüenza absoluta. Así como... ¿Qué llevó a querer salirse de la escena?” (B, entrevista 2). Por otra parte, la entrevistada C enfatiza la importancia de que el analista intente “iluminar, lo que queda más oscuro en ella, que serían los hilos que la ligan a la vida” (C, entrevista 2). De esta manera, trabajar sobre los hilos -lo que liga, lo que hace cadena- permite “invertirlo [al analista], verdad, libidinalmente, de modo que se

pueda instaurar un nuevo trabajo” (C, entrevista 2).

Estas descripciones parecen esbozar una intervención de dos tiempos. Primero, recortar una escena con el fin de producir al sujeto, luego buscar asociaciones buscando producir un sentido. La idea de recorte resulta interesante, en la medida que permite *ficcionar* un relato restableciendo la dimensión imaginaria-simbólica que soporta el objeto a, tal como indica Lacan en sus consideraciones sobre la escena (Lacan, 1962-1963). Por otra parte, sería interesante pensar la noción de gatillante como un S1 desde el cual nuevamente producir la dimensión del sujeto en su asociación con un S2 (Miller, 2000). De esta forma el analista puede dar lugar a la estabilización subjetiva, relanzando el análisis.

Es posible observar hasta este punto que la discusión clínica-técnica del abordaje del suicidio en psicoanálisis ha mostrado una diversa cantidad de tensiones y especificidades a la praxis analítica, sus límites, y su ética. Por ello, para concluir con el presente apartado, se contrastará lo desarrollado en los resultados con algunas referencias bibliográficas que abordan dichos problemas.

Primeramente, resulta pertinente caer en cuenta de que el deseo de muerte presente en el trabajo con pacientes en riesgo suicida no es más radical que cualquier otro deseo producido en análisis (Vargas, 2020). Lo anterior, debido a que la propia ética del psicoanálisis tiene como horizonte la introducción del sujeto en la dimensión del deseo (Fink, 2000). ¿Qué quiere decir esto? Tal como señala la entrevistada A, refiriéndose al deseo del sujeto: el trabajo del analista, o más precisamente, su deseo, consiste en “acompañar al paciente hasta las últimas consecuencias” (A, entrevista 1).

El mismo Lacan destaca el horror que implica el acto analítico, en tanto la vida misma es puesta a sus límites, sin ninguna garantía de las posibles consecuencias (Lacan, 1972 en Vargas, 180). En este punto, se puede situar lo que señala C con respecto al riesgo que implica un psicoanálisis: “Pero, no sabemos bien que puede pasar, y entonces si estamos ahí es porque asumimos el riesgo de acompañar a alguien en este trayecto, y que pueden venir momento de angustia tales que se plantea el tema, eventual del suicidio, sí” (C, entrevista 1).

Ahora bien, en lo que respecta al caso de pacientes en riesgo suicida, posiblemente el analista encuentra una mayor facilidad para imaginarizar las consecuencias del acto del paciente, es decir, la concreción del suicidio. A tal consideración parecen apuntar comentarios que realiza el entrevistado B a propósito de tratamientos realizados por colegas: “Lo que si yo veo es como ante la posibilidad de que pueda aparecer fantasías suicidas o que puede aparecer algún tipo de riesgo, de descompensación, etc., claro, se desarman tratamientos o vínculos durante mucho tiempo por el temor a que pase algo” (B, entrevista 2). Asimismo, realiza la siguiente reflexión

con respecto al temor de algunos profesionales que trabajan en el sistema de Salud Mental pública en Chile: "Sobre todo, porque el temor... no es tan temor a que ocurra algo grave al paciente, y eso es triste de decirlo, pero... Es el temor a la demanda. "No es que, si se nos muere, nos van a demandar" (B, entrevista 2).

Se podría decir, entonces, que el trabajo analítico con pacientes en riesgo suicida trasluce más claramente lo que está presente en cualquier análisis, a saber, lo radical del deseo, aquello que se escabulle de los ideales de la cultura y entra en conflicto al no dejarse administrar (Muñoz, 2009). Por ello, el riesgo suicida, más que cualquier otro riesgo, entra en directo conflicto con la cultura, con sus ideales de Bienestar, de la creciente e imponente idea de Salud Mental y, por supuesto, con los ideales del progreso y felicidad (Vargas, 2020). Buscando advertir de esta posibilidad, Vargas señala que, en el trabajo clínico con el suicidio, la exhortación a no comprender del analista se ve radicalizada, con el fin de no dejarse caer de la posición de analista a la posición de amo (Vargas, 2020).

Frente a ello, las intervenciones que plantean los analistas para *no dejar caer* a los pacientes, a saber, las posiciones de firmeza y contención entran en tensión con la ética del psicoanálisis, así como también con el deseo del analista, motor del análisis. Los resultados indican que la introducción de la persona del analista, con sus propios anhelos con respecto al paciente, sería útil y, en ocasiones, necesaria, para el tratamiento del riesgo suicida.

¿Qué problemas advierte la teoría con respecto a esta problemática? Por una parte, Lacan comenta que sostener al sujeto de la mano para no dejarlo caer puede ubicar al analista en una posición superyoica (Lacan, 1963). En otras palabras, el analista mismo, si se esmera lo suficiente en no dejar caer al sujeto, podría encarnar los ideales culturales que empujan al sujeto a la felicidad, tal como el autor francés piensa el mandato del superyó: ¡Goza! (Evans, 2007)

Esta idea resulta interesante, ya que, en el mismo esfuerzo de no dejar caer al sujeto, más impedido se encontrará con respecto a su propio deseo. No se debe olvidar, que tanto la angustia como los actings finalmente implican un franqueamiento hacia lo real, superando, aunque sea precipitadamente, las inhibiciones e impedimentos que sufre el sujeto en relación con su deseo (Lacan, 1963). A este respecto, Muñoz señala que la prohibición del acting-out, tal como critica Lacan a Greenacre, no reduce su frecuencia en el análisis, sino que, por el contrario, su sanción podría promover un pasaje al acto, en tanto el impedimento mismo es una condición para el acting-out (Muñoz, 2009).

Asimismo, los entrevistados comentan algunos impasses que podría generar este tipo de intervenciones. Por ejemplo, la entrevistada A, comentando sobre el manejo del amor de transferencia en casos de riesgo suicida señala lo siguiente: "Y yo creo que eso es un problema,

o sea como que uno trata de ver si es que el paciente se puede enlazar con un otro digamos, y, en ese sentido, me parece importante ir pensando que, si uno se ofrece demasiado, se vuelve indispensable. Entonces también hay que ver que ofertar y qué no. Uno tiene que pensar bien el caso clínico uno por uno" (A, entrevista 2). Es decir, la excesiva presencia del analista, y sus sostenidas respuestas a las demandas del paciente, pueden dejar al analista en una *posición de garante*. Puesto en esta posición, no solamente se impediría la operación misma del análisis, a saber, como un acto que se direcciona en la caída del sujeto supuesto saber, sino que, además, tal como relata la entrevistada A, "la demanda [del paciente] se puede volver insoportable al analista" (A, entrevista 2). En este punto, resulta útil recordar un principio básico operante en la dirección de la cura: la oferta genera demanda (Lacan, 1958).

Esta posición de garante puede llegar al punto de producir la aparición de la angustia del analista en el desarrollo del análisis. A propósito de esto, la entrevistada A comenta la siguiente experiencia: "Yo recuerdo que ese caso lo llevaba a supervisar todas las semanas. Porque era "¿qué hago con esta mujer?". Y claro, porque en realidad como te decía hace un rato, uno queda como garantía de todo" (A, entrevista 2). De esta manera, es el propio analista el que puede devenir neurótico en el desarrollo de la cura (Muñoz, 2009).

En resumen, el riesgo suicida puede implicar la utilización de ciertas intervenciones que introducen a la *persona del analista*, con sus anhelos, ideales y humanidad, lo cual se tensiona directamente con algunos principios de la cura que plantea el psicoanálisis.

Desde esta investigación, se propone la siguiente posición: La oposición entre el deseo del analista y la persona del analista es solamente *relativa*, y no aporética. Esta posición se fundamenta sobre todo en la objeción al suicidio que señala Vargas, tal como se puede plantear desde el psicoanálisis, así como también en algunos puntos señalados en los resultados de la investigación.

Tal objeción reside en dos puntos. Por una parte, el fracaso total de la repetición insistente del goce, que para Lacan tiene que ver precisamente con la repetición de una demanda. Es decir, el suicidio negaría la posibilidad misma de que el sujeto demande, cuestión convocante para la posición del analista, y lo que le otorga sentido a su práctica. Por otra parte, la falta de reconocimiento del sujeto, en tanto no soporta la lectura de su acto, tal como lo guía la ética del Bien-decir (Vargas, 2020). En esta misma línea, el entrevistado B señala el compromiso fundamentalmente ético en el cual se posiciona el analista una vez que avala una demanda de análisis: "Hay alguien que está emitiendo algo. Hay que hacerse cargo de eso. Y si uno se ofrece como referente, bueno, no se puede hacer el weon" (B, entrevista 1).

Ahora bien, la oposición es solamente relativa en la medida que la puesta en juego de la propia persona del analista entra en armonía con los propios principios que guían la dirección de la cura. No hay que olvidar que el analista tiene que “pagar con su persona, en cuanto que, diga lo que diga, la presta como soporte a los fenómenos singulares que el análisis ha descubierto en la transferencia” (Lacan, 1958, p. 561).

Conclusión

El suicidio se ha posicionado como uno de los principales problemas de Salud Mental tanto a nivel nacional como mundial. Como tal, ha motivado una importante cantidad de investigaciones y modelos de intervención que incluso han formado parte de diversos planes integrales de Salud Mental. La presente investigación se inserta en dicha problemática, específicamente, en lo concerniente a la clínica del riesgo suicida en el dispositivo psicoanalítico lacaniano. Situándose como una investigación de carácter exploratorio-descriptivo, se tuvo como objetivo explorar sobre sus manifestaciones clínicas, abordajes técnicos y limitaciones éticas tal como se presentan en la clínica.

La aproximación a este problema se hizo principalmente desde las teorías y estatutos que tanto Sigmund Freud como Jacques Lacan otorgan al suicidio, así como también, el abordaje clínico del suicidio que han descrito algunos autores contemporáneos. Como se revisó, Freud no realizó una teoría sistemática sobre el suicidio, aunque si propuso nociones desde las cuales problematizarlo. Entre sus aproximaciones, se encuentra el suicidio como acto fallido, el paradigma melancólico suicida, y la constitución de un superyó hipertrofiado de pulsión mortífera. De sus postulados, el paradigma melancólico resulta el más preponderante, situando que el suicidio es solo posible en la medida que el yo se da muerte en tanto objeto, es decir, asesina a aquel otro con el que se ha identificado.

Asimismo, Lacan le otorga al suicidio diversos estatutos, reconociendo la importancia de tal fenómeno a lo largo de su elaboración teórico. Para el autor francés, el suicidio puede leerse bajo tres conceptos: el pasaje al acto, el acting-out y el acto. La aproximación estructuralista del autor permite dar novedosas lecturas al suicidio, removiéndolo de su consideración meramente fenomenológica, para instaurarlo en la lógica del sujeto, el Otro y el objeto a. Ciertamente, el pasaje al acto es la clave teórica más utilizada para leer el suicidio, movimiento de desubjetivación salvaje, en donde el sujeto cae de la escena simbólica. Es importante recalcar, que tal concepto aún mantiene fuertes relaciones con el paradigma melancólico freudiano y con sus raíces psiquiátricas (Betancourt, 2020b).

Como última referencia teórica, se revisaron los abordajes clásicos de la neurosis en las teorías freudianas y lacanianas, con el fin de contrastarlas con algunas propuestas contemporáneas en el abordaje del suicidio en la clínica psicoanalítica laciana. En sus lecturas actuales, los autores indican diversos puntos relevantes al momento de abordar el fenómeno suicida en la clínica. Primeramente, Muñoz señala la importancia de la transferencia en las intervenciones sobre los acting del paciente, proponiendo un reajuste de la posición transferencial para abordar el acting out, y el movimiento de reconocimiento simbólico para reinstalar la transferencia, en casos de un pasaje al acto. Realizando una lectura del suicidio y su abordaje en la adolescencia, Fernández recalca la relevancia de pensar al sujeto como no-deseado en el discurso filial, haciendo hincapié en aquello que el suicidio muestra como una falta de reconocimiento de deseo. Por último, Vargas subraya los bordes y límites que entrega la ética del Bien-decir del psicoanálisis laciano, así como el deseo del analista que moviliza el análisis. Además, señala el riesgo adjunto al acto analítico, y cómo se radicaliza la posición del analista en casos de riesgo suicida.

Ahora bien, en términos metodológicos, se utilizó la entrevista semiestructurada como instrumento de producción de datos, la cual fue aplicada dos veces a una muestra intencionada de tres analistas lacianos con al menos diez años de ejercicio clínico. El análisis de los datos se realizó a través de un análisis de contenido, procediendo a partir de un libro de códigos construido desde la literatura teórica, el cual fue posteriormente ampliado agregando nuevos códigos obtenidos desde los datos. Luego se realizó una segunda codificación en la cual se redujo la cuantía de códigos asimilando algunos y desechando otros que no representaban importancia a los objetivos de la investigación. Finalmente se realizó un proceso de esquematización, descomposición e interpretación, desde el cual se obtuvieron los siguientes resultados.

Por una parte, se encontró que la desestabilización subjetiva constituye el principal modelo o tipo clínico presente el abordaje clínico de pacientes en riesgo suicida. Si bien, se cree que concepción no designa de forma unívoca la problemática del suicidio en la clínica, fue descrita transversalmente por los entrevistados como el principal escenario en el cual ocurren los fenómenos suicidas. En la desestabilización subjetiva, tanto en su vertiente ideacional como en su realización, el suicidio se produciría en un contexto en el cual el sujeto se encuentra desprovisto de sus arreglos subjetivos y que es incapaz de recomponer. A su vez, la angustia toma un lugar central en la clínica. Su aparición excesiva, mortífera y mortificante es situada por los entrevistados sobre todo en relación con la dimensión traumática, muchas veces presente en

el trabajo clínico con pacientes en riesgo suicida. En relación con esta, se exploraron algunas nociones como atemporalidad, el exceso, el silencio y su vertiente significativa.

Como último punto del apartado se discutieron consideraciones del suicidio por fuera de la desestabilización subjetiva, situándose la relevancia del lazo social y el “no tener lugar” que caracteriza al sujeto suicida. A partir de estas nociones se presentaron algunos desarrollos a través de tres claves: la experiencia subjetiva de soledad; la cultura y el Otro social; la filiación y la transmisión.

Por otra parte, en cuanto al abordaje técnico del suicidio en la clínica, se encontró que la orientación se dirige principalmente a la estabilización subjetiva del paciente. Con este fin, la transferencia aparece como una herramienta fundamental, la cual permite una variedad de intervenciones para diversas situaciones clínicas. Desde reestablecer la dimensión de reconocimiento simbólico en casos de pasaje al acto, hasta la posibilidad de intervenir desde la presencia del analista, en un movimiento que puede articularse como un *no dejar caer* al sujeto.

En este contexto clínico, el analista tiene que maniobrar de manera constante con tanto las demandas del paciente, como con las propias ofertas que realiza él mismo. Se cree que la noción de transferencia primaria planteada por Lacan puede ser útil para el abordaje de la excesiva angustia vivida por el paciente. Asimismo, el suicidio implica la puesta en tensión de los límites del dispositivo psicoanalítico, en tanto son fenómenos que están al borde de la analizabilidad. Frente a ello, las modificaciones del encuadre mostraron ser una práctica común por parte de los entrevistados. Por último, se encontró la utilización de intervenciones de recorte, expresados bajo la forma de *poner coto* a los fenómenos suicidas. Estas intervenciones permiten restablecer los arreglos subjetivos de los pacientes.

Por último, se pudo observar que los fenómenos suicidas implican una serie de problemáticas éticas en el ejercicio de los analistas. Se encontró que tales dificultades no necesariamente tienen que relación con el suicidio en cuanto tal, sino que con lo conflictivo que se presenta frente a los ideales culturales de la época actual. Además, las intervenciones descritas por los analistas entrevistados dan cuenta de la introducción de su propia persona al análisis, lo cual implica variadas tensiones con la ética que apertura la práctica del psicoanálisis. Se cree, en función de los principios que dirigen la cura psicoanalítica, que solo existe una oposición relativa entre la persona del analista y el deseo del analista.

En cuanto a las limitaciones de la presente investigación, puede indicarse en términos metodológicos una falta de saturación de los datos, en tanto no fue posible realizar más ciclos de muestreo en la producción de datos. Por ello, los códigos producidos no pudieron ser contrastados, ampliados o reducidos con mayor precisión en función de nuevas entrevistas. En

vista de esta limitación, se destacan dos códigos que pudieron ser desarrollados en entrevistas posteriores. Por un lado, se tiene la dimensión traumática como un elemento que presenta variadas ramificaciones empíricas que merecen mayor profundidad en las entrevistas. Por otro lado, el complejo panorama que presenta la transferencia como ejercicio técnico en la clínica, pudiendo ser un concepto con varias aristas significativas que surgieron a partir de las entrevistas. En este sentido, se cree que el fenómeno suicida en la clínica sigue siendo un campo prolífico para poder investigar.

Por otra parte, en la medida que esta investigación es de corte exploratorio-descriptivo, el problema de investigación resulta ser muy amplio, por lo que fue difícil alcanzar mayores niveles de profundidad en los temas que se trabajaron. Por último, el trabajo bibliográfico resultó estar demasiado centrado en las consideraciones clásicas del suicidio, en desmedro de una aproximación más enfocada en el trabajo clínico sobre los fenómenos suicidas en sí mismas, o en su defecto, fenómenos clínicos asociados a estos. Se destaca en este punto la ausencia del trauma en el libro de códigos, así como también la falta de un trabajo más elaborado sobre la angustia como fenómeno clínico.

Como futuras proyecciones de la investigación se tiene, primeramente, investigar a mayor profundidad los cruces de lo traumático y el suicidio. Es posible visualizar una importante línea de investigación en relación con los problemas de la inscripción de la escena traumática bajo las modalidades del exceso discursivo y el silencio, así como la atemporalidad en la cual se despliega.

Por otra parte, investigar las claves del suicidio que están vinculadas al lazo social y a la noción de *no tener lugar*. Pensar el acto suicida como una afrenta a la maquinaria biopolítica de administración de los cuerpos y la vida merece toda una discusión en sí misma, así como un análisis que integre otros elementos teóricos y empíricos que le son pertinentes. De igual manera, el lugar de la filiación y la transmisión en el suicidio supone interesantes líneas de trabajo. El problema de la negación del suicidio, y su lugar como un acto que busca inscribir o historizar un sujeto -\$- dándole lugar con la propia muerte, plantea desafíos éticos e investigativos particulares que merecen ser explorados en lo venidero.

Por último, si bien se dio bastante importancia al fenómeno de la angustia, este se discutió mayormente en términos económicos y dinámicos en lo referente a la neurosis, siendo importante dedicar un mayor esfuerzo investigativo a las especificidades que presentan otras estructuras clínicas en relación con el suicidio. En vista de lo desarrollado en la presente memoria, la psicosis tiene importantes referencias en los datos producidos, mas no es desarrollado

exhaustivamente. Por ello, se justifica explorar el cruce entre suicidio y psicosis en futuras investigaciones.

En términos del segundo objetivo, se proyecta la posibilidad de explorar con mayor profundidad las consecuencias y especificidades de las intervenciones que se categorizan bajo la modalidad del *no dejar caer*. Además, resulta interesante explorar la utilidad de la transferencia primaria en el trabajo con pacientes en riesgo suicida o en casos donde la angustia es protagónica en el análisis.

Con respecto al tercer objetivo, se proyecta como temática a investigar la aparición del analista en posición de superyó del paciente. Asimismo, estudiar las relaciones entre la persona del analista, con sus anhelos y resistencias, y su función como analista. Por último, estudiar el trabajo clínico de pacientes en riesgo suicida en casos de internación psiquiátrica, o bien, pacientes provenientes del sistema de atención pública de Chile.

Referencias

- Asociación Mundial del Psicoanálisis (2012). El orden simbólico en el siglo XXI. No es más lo que era. ¿Qué consecuencias para la dirección de la cura? <https://www.wapol.org/es/template.asp>
- Aceituno, R. (2006). Pinel, Charcot, Freud. *Los retornos de Freud* (pp. 13-24). Palinodia.
- Araneda, N., Sanhueza, P., Pacheco, G., Sanhueza, A. (2021). Suicidio en adolescentes y jóvenes en Chile: riesgos relativos, tendencias y desigualdades. *Revista Panamericana de Salud Pública*. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.4>
- Arango, R., Martínez, J. (2013). Comprensión del suicidio desde la perspectiva del psicoanálisis de orientación lacaniana. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 4(1), 60-82.
- Assoun, P (2002). La metapsicología. Siglo XXI. https://www.academia.edu/24270096/Paul_Laurent_Assoun_La_metapsicologia_a
- Betancourt, J. (2020). Lacan: ¿Esquizofrenizar el psicoanálisis? Esbozo de una concepción transestructural del suicidio. *Revista Psicoanalítica*, Vol. 9, 2020: 48-62.
- Betancourt, J., García, R. (2021a). Acting out y pasaje al acto. Hacia una ética del acto suicida. *Affectio Societatis*, Vol. 18, N.º 34, (pp. 1-25)
- Betancourt, J. (2021b). Del acto suicida como irreductible al individuo e inasible a toda psicologización. *Revista Psicoanalítica*, Vol. 11, 2021: 61-69
- Bedoya, L. (2008). Estructuración del acto suicida en la teoría de Freud y Lacan. [Tesis de pregrado, Universidad Católica Popular de Risaralda].
- Bustamante, J. y Cavieres, A. (2018). Internación psiquiátrica involuntaria. Antecedentes, reflexiones y desafíos. *Med Chile* 2018; 146: 511-517.

- Cabrera, P. (2015). Freud: indagaciones en torno al sujeto, la alteridad y la experiencia. (Tesis para optar al grado de Doctor en Filosofía con mención en Estética y Teoría del Arte). Universidad de Chile: Santiago.
- Campodónico, N. (2017). Las categorías clínicas y el campo unificado del padecimiento subjetivo: la clínica psicoanalítica en la actualidad. *Perspectivas en Psicología: Revista de Psicología y Ciencias Afines*, vol. 14 (2), diciembre, 2017, pp. 42-51
- Chemama, R. (1996). Diccionario del psicoanálisis. Amorrortu.
<https://espaciopsicopatologico.files.wordpress.com/2017/02/diccionario-del-psicoanc3a1lisis-roland-chemama.pdf>
- Collazos, F., Escobar, L., y García, L. (2016). *De la vida como bien público a la muerte como acontecimiento subjetivo: reflexiones desde el psicoanálisis sobre el derecho a la vida y el suicidio en nuestra época*. [Tesis de pregrado, Universidad Del Valle].
<https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/handle/10893/17843>
- Denzin, N., & Lincoln, Y. (2011). El campo de la investigación cualitativa. En Denzin, N. Lincoln, Y. (eds.). *Manual de investigación cualitativa*. (pp. 42-101). Gedisa.
- Ester, M. (2016). *Relato de un intento suicida adolescente. Mi mayor gesto*. [Tesis de magíster, Universidad De Chile]. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/146098>
- Eidelsztein, A. (2007). El objeto a y el deseo, el fantasma, la pulsión y el goce. En Eidelsztein (presidencia). Buenos Aires, Argentina.
- Eidelsztein, A. (1 de marzo del 2020a). La sustitución de la transferencia de Freud por el Sujeto Supuesto Saber de Lacan, su concepto más desconocido. *El Rey está desnudo*. Vol (14), 7-11.
- Eidelsztein, A. (12 de diciembre de 2020b). Psicoanálisis y posmodernidad desde la perspectiva del Programa de investigación científica de APOLa. *El Rey está desnudo*, Vol (18), 35-50.

- Evans, D. (2007). *Diccionario Introductorio de Psicoanálisis Lacaniano*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Fernández, L. (2019). Conceptualizaciones sobre el suicidio y su abordaje en la adolescencia. XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Fink, B. (1997). *Introducción clínica al psicoanálisis lacaniano. Teoría y técnica*. Gedisa.
- Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata.
- Freud, S. (1986a). Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica (Vol. 11, pp. 129-142) (J.L. Etcheverry, Trad.). Bs. Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1910).
- Freud, S. (1986b). La perturbación psicogénica de la visión según el psicoanálisis (Vol. 11, pp. 205-216) (J.L. Etcheverry, Trad.). Bs. Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1910).
- Freud, S. (1986c). Contribuciones para un debate sobre el suicidio (Vol. 11, pp. 231-233) (J.L. Etcheverry, Trad.). Bs. Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1910).
- Freud, S. (1991a). La interpretación de los sueños I (Vol. 4, pp 1-343) (J.L. Etcheverry, Trad.). Bs. Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1900).
- Freud, S. (1991b). La interpretación de los sueños II (Vol. 5, pp. 343-715) (J.L. Etcheverry, Trad.). Bs. Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1900-1901).
- Freud, S. (1991c). Psicopatología de la vida cotidiana (Vol. 6, pp. 1-292) (J.L. Etcheverry, Trad.). Bs. Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1901).

- Freud, S. (1991d). El uso de la interpretación de los sueños en psicoanálisis (Vol. 12, pp. 82-92) (J.L. Etcheverry, Trad.). Bs. Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1911).
- Freud, S. (1991e). Sobre la dinámica de la transferencia (Vol. 12, pp. 93-106) (J.L. Etcheverry, Trad.). Bs. Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1912).
- Freud, S. (1991f). Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. (Vol. 12, pp. 107-120) (J.L. Etcheverry, Trad.). Bs. Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1913).
- Freud, S. (1991g). Sobre la iniciación del tratamiento (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, I). (Vol. 12, pp. 121-144) (J.L. Etcheverry, Trad.). Bs. Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1913).
- Freud, S. (1991h). Recordar, repetir, reelaborar (Vol. 12, pp. 145-158) (J.L. Etcheverry, Trad.). Bs. Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1914).
- Freud, S. (1991i). Puntualizaciones sobre el amor de transferencia. (Vol. 12, pp. 159-174) (J.L. Etcheverry, Trad.). Bs. Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1915).
- Freud, S. (1991j). Esquema del psicoanálisis. (Vol. 23, pp. 133-210) (J.L. Etcheverry, Trad.). Bs. Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1940 [1938])
- Freud, S. (1992a). Fragmento de análisis de un caso de histeria (Vol. 7, pp.1-108) (J.L. Etcheverry, Trad.). Bs. Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1905).
- Freud, S. (1992b). Tres ensayos de teoría sexual (Vol. 7, pp.109-224) (J.L. Etcheverry, Trad.). Bs. Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1905).
- Freud, S. (1992c). Introducción al narcisismo (Vol. 14, pp. 65-98) (J.L. Etcheverry, Trad.). Bs. Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1914).
- Freud, S. (1992d). Pulsión y destinos de pulsión (Vol. 14, pp. 105-134) (J.L. Etcheverry, Trad.). Bs. Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1915).

- Freud, S. (1992e). La represión (Vol. 14, pp. 135-152) (J.L. Etcheverry, Trad.). Bs. Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1915).
- Freud, S. (1992f). Duelo y melancolía (Vol. 14, pp. 235-256) (J.L. Etcheverry, Trad.). Bs. Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1917 [1915])
- Freud, S. (1992g). El yo y el ello (Vol. 19, pp. 1-66) (J.L. Etcheverry, Trad.). Bs. Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1923).
- Freud, S. (1992h). El problema económico del masoquismo (Vol. 19, pp. 161-176) (J.L. Etcheverry, Trad.). Bs. Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1924).
- Freud, S. (1992i). Inhibición, síntoma y angustia (Vol. 20, pp. 71-164) (J.L. Etcheverry, Trad.). Bs. Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1926).
- Freud, S. (1992j). El malestar en la cultura (Vol. 22, pp. 57-140) (J.L. Etcheverry, Trad.). Bs. Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1930).
- Gabbard, G. (2003). Descarríos del tratamiento psicoanalítico con pacientes suicidas. *Psicoanálisis APdeBA*, Vol (25).
- Gabbard, G. (2020). Narcissism and suicide risk. *Annals of General Psychiatry*, (21), 1-3. <https://doi.org/10.1186/s12991-022-00380-8>
- Gallegos, G. (2012). La noción de inconsciente en Freud: antecedentes y elaboraciones teóricas. *Revista Latinoamericana de psicopatología fundamental*. 15 (4), 891-907.
- Goldblatt M., Herbstman B., Schechter M., Ronningstam E. (2020). John Terry Maltzberger, psicoanalista americano: contribuciones al desarrollo de los estudios sobre el suicidio y el autoataque. *Aperturas Psicoanalíticas*, Vol (64), 1-18.
- Hernández, R., Fernández C. & Baptista, P. (2003). Metodología de la Investigación. México: McGraw Hill
- Hegoburu, A. (2014). *Síntoma y sujeto en psicoanálisis [Tesis de pregrado]*. Universidad de la República.

- Lacan, J. (1932). De la Psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad, Ed. Siglo XXI, México 1976.
- Lacan, J. (1951). Intervención sobre la transferencia. *En escritos 1* (pp. 204-215). Buenos Aires, Argentina: Siglo veintiuno, 2009.
- Lacan, J (1958). La dirección de la cura y los principios de su poder. *Escritos 2* (pp. 565-626). Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI, 2010.
- Lacan, J. (1959-1960) *El seminario. Libro 7: La ética del psicoanálisis*. Buenos Aires, Argentina: Paidós, 2009.
- Lacan, J. (1962-1963) *El seminario. Libro 10: La angustia*. Buenos Aires: Paidós, 2006
- Lacan, J. (1966). Posición del inconsciente. En T. Segovia (Trad.), *Escritos 2*, pp. 789-808). Buenos Aires, Argentina: Siglo veintiuno, 2010.
- Lacan, J. (1966-1967) *Seminario 14: La lógica del fantasma*. Ricardo Rodriguez Ponte (Trad.). Buenos Aires, Argentina: Escuela freudiana de Buenos Aires. Inédito.
- Lacan, J. (1967-1968) *Seminario 15: El acto analítico*. Ricardo Rodriguez Ponte (Trad.). Buenos Aires, Argentina: Escuela freudiana de Buenos Aires. Inédito.
- Lacan, J. (1968-1969) *El seminario. Libro 16: De un Otro a un otro*. Buenos Aires, Argentina: Paidós, 2008.
- Lacan, J. (1969-1970) *El seminario. Libro 17: El reverso del psicoanálisis*. Buenos Aires, Argentina: Paidós, 2009.
- Lacan, J. (1971). Saber, ignorancia, verdad y goce. En *Hablo a las Paredes*. Buenos Aires, Argentina: Paidós, 2012.
- Laplanche, J. (1971) «Interpretar [con] Freud», en *Interpretar [con] Freud y otros ensayos*, Nueva visión, 1979, pp. 21-36.
- Laplanche, J., Pontalis, J. (2004) *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

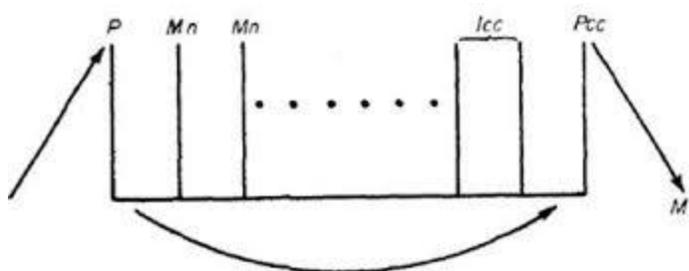
- Leserre, L (2019). El signo de Peirce en la última enseñanza de Lacan. XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- López, L. (2016). *Coyunturas desencadenantes de urgencias suicidas: un enfoque psicoanalítico y epidemiológico*. [Tesis doctoral, Universidad de Buenos Aires]. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/78794>
- Maltsberger, T., Buie, D. (1974). Countertransference hate in the treatment of suicidal patients. *Arch Gen Psychiatry*, Vol (30), 625-633.
- Medrano, A. (2022) La muerte del samurái: seppuku y su práctica en la modernidad. *Bloch. Revista Estudiantil De Historia*, 1(4), 51–62. Recuperado a partir de <https://revistabloch.uanl.mx/index.php/b/article/view/96>
- Miller, J. (2001). Introducción a un discurso del método analítico. En Introducción al método psicoanalítico (pp. 13-90). Buenos Aires, Argentina: Paidós: 2006.
- Ministerio de Salud (2015) Programa Nacional de prevención del suicidio. Ministerio de Salud de Chile.
- Ministerio de Salud (2017). *Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025*. Ministerio de Salud de Chile.
- Muñoz, P (2009). *La invención lacaniana del pasaje al acto*. Manantial.
- Muñoz, G. (2019). Consideraciones sobre el suicidio; aportes desde una lectura psicoanalítica. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de Rosario].

- OCDE (2015). OECD Factbook 2015: Economic, Environmental and Social Statistics. Paris: OECD. Recuperado de: https://read.oecd-ilibrary.org/economics/oecd-factbook-2015-2016/suicides_factbook-2015-88-en#page2
- OMS (2021). Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países. Washington, D.C. Recuperado de: <https://doi.org/10.37774/9789275324240>.
- OPS (2018) Manual de prácticas para el establecimiento y mantenimiento de sistemas de vigilancia de intentos de suicidio y autoagresiones. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Otero (2012). El suicidio: entre la subjetividad y lo social. En Orejuela J., Moreno M., Salcedo M. (Eds.), *Abordajes psicoanalíticos a inquietudes sobre la subjetividad* (115-133 pp.). Editorial Bonaventuriana.
- Radiszcz, E. (2009). Algunas observaciones sobre la tesis de la declinación del padre y la cuestión de la Ley en psicoanálisis *Revista de Psicología*, vol. XVIII (1), pp. 9-29. Universidad de Chile. Santiago, Chile
- Ruiz, E. (2014). Aportes de la teoría de los discursos y del lazo social de Jacques Lacan al contexto universitario actual. *Historia de la Educación Colombiana*, Vol 17 (18), pp. 51-77.
- Strauss, A. & Corbin, J. (2002). Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada (E. Zimmerman, Trad.; Título original: Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory). Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia.
- Szasz, T. (2002). Libertad fatal. Ética y política del suicidio. Paidós.
- Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1994). 1. La entrevista en profundidad. En *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*, (pp. 15-30). Barcelona: Ediciones Paidós.

- Vargas, D (2010). El suicidio, sus estatutos y ética del psicoanálisis. *Affectio Societatis*, (12), pp, 1-13.
- Vargas, D. (2019). "Riesgo suicida e internación psiquiátrica". En Abordajes inclusivos en Salud Mental. Clínica, comunidad y derechos. Buenos Aires, Argentina: Asociación Argentina de Salud Mental, pp. 505-507.
- Vargas, D (2020). *El suicidio como acto y sus paradojas*. Buenos aires: Letra Viva, 2020.
- Vidal, C., Faunes, C., Toro, C., Ruiz-Tagle, C. y Hoffmeister, L. (2021). Cambios en la tendencia de mortalidad por suicidio en Chile, 1997-2018. *Salud Colectiva*. doi: 10.18294/sc.2021.3363.
- Waznek, L. (2015). *Clínica contemporánea y afectación del cuerpo: de la serie "Pepita la pistolera" a la novela "Mujercitas"*. VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación XI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Anexos

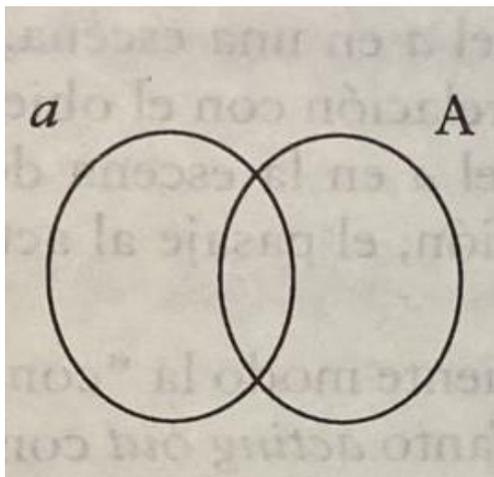
Anexo 1:



Anexo 2:

A	S	X
a	A	angustia
§		deseo

Anexo 3:



Anexo 4:

Inhibición
Emoción
Turbación

Impedimento
Síntoma
Acting out

Embarazo
Pasaje al acto
Angustia

Cuadro de la angustia

Anexo 5

I	deseo de no ver	impotencia (para sostener el deseo de no ver)	concepto de angustia
S	desconocimiento (no saber)	Fantasma de omnipotencia	Fantasma de suicidio
A	ideal del yo	Función del duelo	angustia enmascarada

El nivel escópico

Anexo 6:

pasaje al acto → transferencia → *acting out* → acto del analista → entrada en análisis

Anexo 7:

Ejes temáticos y preguntas directrices:

1. Del lugar del analizante o las manifestaciones clínicas del suicidio. (Objetivo específico n°1: Describir las principales manifestaciones clínicas presentes en el trabajo con pacientes suicidas desde una perspectiva psicoanalítica lacaniana).

- a. Sobre el lugar de la fantasía en el suicidio: ideación suicida o fantasías de darse muerte.
 1. ¿Cuándo y de qué manera aparecen en el análisis?
 2. ¿Cómo se abordan clínicamente? ¿Se debe interpretar la fantasía de muerte?
 3. ¿Cuál es el vínculo entre la ideación suicida y el paso al acto?
- b. Sobre el lugar del acto en el suicidio: intentos de suicidio o suicidio concretado.
 1. ¿Cómo realizar una lectura diferencial -en tanto, acting out o pasaje al acto- en el intento suicida?
 2. ¿Cuáles son las diferencias en el abordaje clínico de un acting out y un pasaje al acto?
- c. Sobre el lugar de la angustia.
 1. Si en la clínica de la neurosis la angustia es uno de los motores del análisis: ¿qué ocurre en casos de pacientes suicidas?
 2. En su experiencia, ¿Cómo se vincula la angustia con la dimensión del acto?

2. Sobre la técnica del psicoanálisis y el lugar del analista. (Objetivo específico n°2: Describir el abordaje técnico que se despliega en el trabajo con pacientes suicidas desde una perspectiva psicoanalítica lacaniana).

- a. Transferencia
 1. ¿Qué lugar tiene el manejo transferencial en la clínica con pacientes suicidas?
 2. ¿Podría comentar algún ejemplo sobre manejo transferencial en un caso clínico que haya trabajado?
- b. Interpretación.
 1. ¿Qué lugar tiene la interpretación psicoanalítica en el trabajo con pacientes suicidas?
 2. ¿Podría comentar algún ejemplo sobre su uso clínico en algún caso que haya trabajado?
- b. Sueños.
 3. ¿Qué lugar tiene el análisis de sueño en el trabajo clínico con pacientes suicidas?
 4. ¿Podría comentar algún ejemplo sobre su uso clínico en algún caso que haya trabajado?
- b. Contratransferencia.

5. ¿Qué lugar tiene la contratransferencia en el trabajo con pacientes suicidas?
 6. ¿Podría comentar algún ejemplo sobre su uso clínico en algún caso que haya trabajado?
 - b. Deseo del analista.
 7. ¿Cómo se despliega el deseo del analista en la cura?
- f. Otras operaciones técnicas o intervenciones clínicas.
1. ¿Qué otras intervenciones clínicas/técnicas ha desplegado en el trabajo con pacientes suicidas? ¿Podría comentar algún caso clínico en que lo haya utilizado?
3. Sobre los límites del dispositivo psicoanalítico lacaniano: (Objetivo n°3: Analizar los límites que presenta la clínica psicoanalítica lacaniana en el abordaje del suicidio).
1. Ética del psicoanálisis.
 1. Si el deseo del analizante es su propia muerte, ¿hasta qué punto se llevará su realización?
 2. ¿En quién se sitúa la responsabilidad del acto suicida?
 3. ¿Es el analista responsable del acto suicida de un paciente, por ejemplo, si no se maneja de buena manera la transferencia?
 2. Trabajo con otras disciplinas e instituciones clínicas.
 1. ¿Ha trabajado con otros profesionales o instituciones en casos de pacientes suicidas?
 2. ¿Ha considerado o recomendado la medicalización o la internación para algún paciente?
 3. El marco legal de la Salud Pública en Chile
 4. En su carrera, ¿ha tenido algún conflicto con la institucionalidad pública en el trabajo con pacientes suicidas?
 5. ¿Cómo han afectado los aspectos legales en relación con el secreto profesional y la confidencialidad en el trabajo con pacientes suicidas?
4. Sobre las lecturas a futuro del abordaje clínico del suicidio en psicoanálisis. (Objetivo n°4: Explorar nuevas lecturas al problema contemporáneo del suicidio aportados desde la clínica psicoanalítica lacaniana).
1. Aportes del psicoanálisis a una lectura del suicidio.
 1. ¿Qué aportes cree que el psicoanálisis lacaniano entrega a la problemática del suicidio actual? Puede implicar tanto aspectos clínicos como político-culturales.

Anexo 8:

Códigos	Citas		
	A	B	C
Manifestaciones clínicas.	85	54	8
1. La fantasías suicidas	9	6	0
2. El acto suicida	26	18	0
1. Pasaje al acto	22	8	0
2. Acting out	4	6	0
3. Acto	0	0	0
4. Otro	0	4	0
3. El trauma	11	1	0
4. La angustia	19	13	8
1. Angustia traumática	11	2	0
2. Otras	8	11	7
5. Urgencia subjetiva/Desestabilización subjetiva	12	0	0
6. La culpa	3	3	0
7. El goce	5	11	0
8. Otras manifestaciones clínicas	0	2	1
1. Sobre la técnica del psicoanálisis y el lugar del analista.	127	120	45
1. Transferencia	6	23	6
2. Interpretación	2	4	1
3. Sueños	0	0	0
4. Contratransferencia	0	0	1
5. Deseo del analista	4	6	4
6. Otras operaciones técnicas	109	69	28
1. Urgencias subjetivas.	13	0	0
2. Intervenciones sobre la temporalidad	15	4	0
3. Presencia del analista	20	16	3
4. La demanda del analista	0	1	0
5. Estabilización del paciente	30	4	5
6. La angustia y el acto del analista	12	6	1
7. Explorar las fantasías suicidas.	4	2	0
8. La palabra y el lazo con el Otro.	2	14	7
9. Intervenciones sobre la angustia	0	4	10
10. Intervenciones sobre la demanda	0	0	2
11. Otras intervenciones	13	18	0
7. Encuadre	6	10	2
8. Estructuras clínicas	0	8	3
9. El suicidio efectivo de un paciente	0	0	0
2. Sobre los límites del dispositivo psicoanalítico lacaniano.	61	50	34
1. La ética del psicoanálisis	9	8	20
2. Impasses clínicos	9	1	4
10. La formación del analista	5	0	4
3. Trabajo con otras disciplinas	33	36	5
1. Psiquiatría	3	20	5

2. Instituciones de Salud Pública y Salud Mental.	8	16	0
3. Otras.	22	0	0
4. Marco legal	0	0	0
5. Puntos límites del dispositivo clínico	5	5	1
3. Lecturas epocales.	16	43	11
1. Aportes del psicoanálisis a una lectura del suicidio	16	43	11
4. Algunos límites de las entrevistas.	4	2	5
1. Universalización de la práctica clínica	4	2	5
Total caso por caso	289	267	98

