



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUYO

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

**ABORDAJE CLÍNICO DEL POST INTENTO DE
SUICIDIO. ESTUDIO DE UN CASO**

Trabajo integrador final

Área: Psicología Clínica

GAMBETTA FERNÁNDEZ, María Belén

SAN JUAN

MAYO, 2026



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUYO

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

ABORDAJE CLÍNICO DEL POST INTENTO DE SUICIDIO. ESTUDIO DE UN CASO

Trabajo integrador final

Área: Psicología Clínica

GAMBETTA FERNÁNDEZ, María Belén

DIRECTORA: Mg. Sonia Gimenes Bawden

TUTORA ACADÉMICA: Lic. Luciana Bordas

SAN JUAN

MAYO, 2026

RESUMEN

El presente trabajo se realiza en el marco del programa de Prácticas Profesionales Supervisadas de la Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad Católica de Cuyo, bajo la Tutoría de Campo de la Licenciada Julieta Fraifer y la Tutoría Académica de la Licenciada Luciana Bordas.

El mismo, tiene como objetivo principal describir el abordaje clínico en post intento de suicidio, y como objetivos particulares desarrollar conceptos claves que componen a la conducta suicida y al intento de suicidio, caracterizar el abordaje clínico individual, definir el abordaje clínico grupal en el centro de salud y finalmente, articular dicha teoría con el caso seleccionado.

El objetivo fue planteado tras un periodo de observación en el centro de salud Dr. Alfonso Barassi junto con el interés de la practicante por la temática a tratar.

Se llevaron a cabo distintas modalidades para recoger información cualitativa sobre el caso y sobre el abordaje del paciente tras intento de suicidio, tales como observación directa en terapias grupales, entrevistas a la paciente seleccionada y entrevistas a los profesionales del centro.

El caso evidenció cómo el abordaje individual y grupal del paciente en post intento de suicidio, promueve la construcción de un espacio de escucha y acompañamiento que favorece la elaboración del malestar. A su vez, contribuye al desarrollo progresivo de recursos subjetivos, vinculares y sociales, así como al fortalecimiento de la red de apoyo, elementos que resultan fundamentales para la disminución del riesgo y la estabilización clínica. En este sentido, la intervención sostenida no solo posibilita la reducción de la ideación suicida y de las conductas autolesivas, sino que también favorece la construcción de anclajes vitales, la recuperación del lazo con el Otro y la emergencia de un sentido de vida. De este modo, se promueve la tramitación

psíquica del sufrimiento, habilitando el pasaje del acto a la palabra y disminuyendo la recurrencia al pasaje al acto como modalidad de respuesta frente a la angustia.

Palabras claves: intento de suicidio, pasaje al acto, centro de salud, abordaje individual y grupal.

ABSTRACT

This work was carried out within the framework of the Supervised Professional Practice Program at the Faculty of Philosophy and Humanities of the Catholic University of Cuyo , under the Field Supervision of Lic. Julieta Fraifer and the Academic Supervision of Lic. Luciana Bordas.

Its main objective is to describe the clinical approach to patients after a suicide attempt. The specific objectives include developing key concepts related to suicidal behavior and suicide attempts, characterizing the individual clinical approach, defining the group clinical approach within the health center, and finally articulating this theoretical framework with the selected case.

The objective was established following a period of observation at Dr. Alfonso Barassi Health Center, along with the trainee's interest in the subject.

Different qualitative methods were used to collect information about the case and the clinical approach to patients after a suicide attempt, including direct observation of group therapy sessions, interviews with the selected patient, and interviews with healthcare professionals at the center.

The case demonstrated how both individual and group approaches in post-suicide attempt care promote the construction of a space for listening and support, facilitating the elaboration of psychological distress. At the same time, they contribute to the progressive development of subjective, relational, and social resources, as well as to the strengthening of support networks, which are essential for risk reduction and clinical stabilization. In this sense, sustained intervention not only reduces suicidal ideation and self-harming behaviors but also fosters the development of vital anchors, the restoration of bonds with others, and the emergence of a sense

of meaning in life. Thus, it promotes the psychic processing of suffering, enabling a shift from action to speech and reducing the recurrence of acting out as a response to distress.

Keywords: suicide attempt, acting out, health center, individual and group clinical approach.

ÍNDICE

RESUMEN	3
ABSTRACT	5
ÍNDICE	7
AGRADECIMIENTOS.....	9
CAPÍTULO 1.....	10
INTRODUCCIÓN.....	10
MARCO TEÓRICO.....	12
Suicidio y Suicidalidad	12
Dolor psicológico como componente central.....	13
Ideación suicida	14
Teoría de los Tres Pasos	15
Acting out y Pasaje al acto	18
Pasaje al acto y Suicidio	20
Intento de suicidio	20
Adolescencia	22
La irrupción de la pubertad	22
Abordaje clínico individual.....	23
Fenómenos de la clínica individual: transferencia, contratransferencia y alianza terapéutica	26
Transferencia	26
Contratransferencia	26
Alianza terapéutica.....	27
Abordaje clínico con adolescentes	27
Sobre el abordaje del paciente post intento.....	30
Otra manera de abordaje: Abordaje Clínico Grupal.....	32
Terapia de grupo	32
Grupo Operativo	33
Psicoterapia grupal con adolescentes.....	34
Cómo ayuda la terapia de grupo al paciente suicida	37
CAPÍTULO 2.....	40
MATERIALES Y MÉTODOS.....	40
FASE DE ACERCAMIENTO A LA INSTITUCIÓN	40
FASE DE EXPLORACIÓN	41
FASE DE DESCRIPCIÓN	42
FASE DE PLANIFICACIÓN	44

FASE DE INTERVENCIÓN	44
FASE DE ANÁLISIS Y ELABORACIÓN	45
CAPÍTULO 3.....	47
RESULTADOS.....	47
Desarrollo del caso	47
Abordaje del paciente post intento de suicidio en el centro de salud Dr Alfonso Barassi	55
CAPÍTULO 4.....	60
Discusiones	60
La suicidalidad como espectro y el dolor psicológico	60
La Teoría de los Tres Pasos.....	61
Acting out y Pasaje al Acto	63
Abordaje del adolescente en post intento de suicidio	64
Influencia de los factores curativos de la psicoterapia grupal en el caso	66
Conclusiones finales	68
Acerca de las Prácticas Profesionales Supervisadas.....	69
Propuestas	71
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	73
ANEXOS.....	75
ANEXO 1	75
ANEXO 2	76
ANEXO 3	77

AGRADECIMIENTOS

A la Carrera de Psicología y a la Universidad Católica de Cuyo por posibilitar la instancia de prácticas y articular los acuerdos necesarios con las instituciones pertinentes.

A mis maestras, que con su pasión y vocación han logrado promoverla, inculcarla e inspirar a muchas de nosotras, estudiantes.

A la Licenciada Luciana Bordas, por ser una de ellas y por su tutoría, comprensión, acompañamiento y constante disposición en el proceso de investigación y redacción del corriente trabajo.

Al Centro de Salud Dr. Alfonso Barassi y al equipo de profesionales del dispositivo grupal Entre Mentes, que con los brazos abiertos me incluyeron, acompañaron y estuvieron atentos y al servicio de mi proceso.

A G, por compartirme su historia y permitirme compartirla.

A mis padres, que sin ellos nada hubiese sido posible, a mis hermanos, amigas y mi novio, por estar para mí en los días de estudio, en las tristezas y frustraciones, en las alegrías y festejos, por ayudarme siempre a no bajar los brazos.

Finalmente a mis compañeros de estudio, mis pilares fundamentales en este camino que recorrimos juntos para algún día llamarnos “colegas”.

CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN

El siguiente Trabajo Integrador Final (TIF) se encuentra enmarcado dentro de la Práctica Profesional Supervisada de la Universidad Católica de Cuyo, con el fin de concluir el ciclo universitario de la carrera de grado que corresponde a la Licenciatura en Psicología.

La práctica se llevó a cabo en el Centro de Salud Dr. Alfonso Barassi, en la Provincia de San Juan, bajo la tutoría de campo de la Licenciada Julieta Fraifer. A la vez, el presente trabajo, se encuentra encuadrado en el área de Psicología Clínica, con la dirección de Mg. Sonia Giménez, junto con la tutoría académica de la Licenciada Luciana Bordas.

La institución se encuentra en el marco de la salud pública, ofreciendo asistencia individual y grupal. Las prácticas profesionales se realizaron en una terapia grupal semanal, de jóvenes y adolescentes, los cuales eran seleccionados a través de entrevistas de admisión, el primer jueves de cada mes. Las temáticas a abordar se pactaban por el equipo de profesionales a modo de “bloques” con sus respectivos objetivos.

La temática elegida para este trabajo se hizo presente desde el primer día. Si bien la depresión, las autolesiones y otras conductas de riesgo son de frecuente aparición en el ámbito de las consultas de atención primaria, y el “suicidio” como tal es una temática sobre la que abunda información en relación con la prevención, la detección, los factores protectores y de riesgo, así como también sobre la posvención —es decir, las intervenciones dirigidas a los sobrevivientes

(familiares y red vincular) luego de un suicidio consumado—, en esta oportunidad la practicante decidió enfocarse en una instancia que hasta el momento no había leído ni escuchado con profundidad y que despertó particularmente su interés: la etapa posterior a un intento de suicidio.

En este sentido, el trabajo se centra en el abordaje de la persona que, a través de conductas de riesgo, ha intentado quitarse la vida. Es decir, en el “después”, en cómo continúa el proceso luego de que el sujeto ha llegado a convencerse o haber formado la premisa de “la muerte como única solución”.

Se investigó sobre el abordaje, el sostén, el dar lugar a la elaboración y la escucha tan importante y necesaria en este momento complejo, siguiendo un caso que captó la atención de la estudiante tanto por su historia, con múltiples intentos, como por su presente, por los efectos terapéuticos que se pueden apreciar en la vida actual de la paciente, que llevaron a reflexionar sobre la importancia de esta profesión, que permite acompañar procesos donde la desesperanza muta a esperanza, donde puede emerger el deseo de vivir aún después de haber deseado morir.

El Presente TIF tiene como objetivo general **describir el abordaje clínico en post intento de suicidio**, y como objetivos particulares desarrollar conceptos claves que componen a la conducta suicida y al intento de suicidio, caracterizar el abordaje clínico individual, definir el abordaje clínico grupal en el centro de salud y finalmente, articular dicha teoría con el caso seleccionado.

En este marco, resulta pertinente delimitar algunos conceptos centrales. Shneidman, considerado el padre de la suicidología moderna, define al **suicidio** como el acto consciente de autoaniquilación, que se entiende como un malestar pluridimensional en un individuo que percibe

este acto como la mejor solución. Es decir que el suicidio es el resultado de un malestar percibido como intolerable.

Desde un punto de vista psicoanalítico se podría ubicar al **intento de suicidio**, como una salida de la escena, como una salida del lazo con el Otro, una búsqueda de desaparición, de fundirse con la imagen de sí, desapareciendo del campo de lo simbólico. (Gallo, 2018)

En cuanto a la intervención post-intento, esta se define como el conjunto de estrategias clínicas y psicosociales dirigidas a las personas que han sobrevivido a un intento de suicidio. Su objetivo es reducir el riesgo de recurrencia, aliviar el sufrimiento psicológico, promover la adherencia al tratamiento y fortalecer las redes de apoyo social y familiar. (Organización Panamericana de la Salud, 2016).

MARCO TEÓRICO

Suicidio y Suicidalidad

La palabra suicidio deriva del latín moderno sui (de sí mismo) y cidium (matar), la OMS lo define como un acto deliberado de acabar con la propia vida, es decir, que el sujeto que lleva a cabo la acción tiene la voluntad e intencionalidad de provocarse la muerte.

El suicidio también puede definirse como el acto consciente de autoaniquilación, que se entiende como un malestar pluridimensional en un individuo que percibe este acto como la mejor solución. (Shneidman, 1985).

La **suicidalidad** puede comprenderse como un espectro que abarca a las ideas y deseos suicidas (ideación suicida), las conductas suicidas sin resultado de muerte (intentos suicidas) y los suicidios consumados. (Molina, 2025)

La suicidalidad es un espectro psicológico que incluye una gama de pensamientos, deseos, emociones y conductas que giran en torno a la posibilidad de morir por mano propia. Esta no es necesariamente lineal ni siempre visible, y puede coexistir con una aparente funcionalidad externa. (Turecki & Brent, citado en Molina, 2025).

En terminos generales, se caracteriza al **suicidio** como un acto deliberado que realiza una persona para poner fin a su vida. Consiste en un proceso complejo y plurideterminado en el que intervienen aspectos cognitivos, emocionales e interpersonales, antecedentes e historia familiar así como factores socioculturales, ambientales y biológicos.

Dolor psicológico como componente central

El dolor psicológico, o psychache, es un término acuñado por Edwin Shneidman (padre de la suicidología moderna) para designar el dolor intolerable derivado de necesidades psicológicas frustradas, como el amor, la pertenencia, la autoestima o el sentido de propósito. No se refiere al dolor físico (aunque éste puede ser una fuente), sino a un sufrimiento emocional profundo y persistente que se convierte en insoportable.

“El suicidio ocurre cuando el psychache se percibe como insoportable, interminable e inaceptable” (Shneidman, 1993, citado en Molina, 2025).

Características del psychache:

- Se experimenta como una angustia interna intensa.
- No es observable directamente, pero sí inferible a través del discurso, conducta o sintomatología afectiva. Es insoportable y constante.
- Es un indicador más potente de riesgo suicida que la depresión en sí misma.

Shneidman afirma que el estímulo común del suicidio es el dolor psicológico insoportable, entendiéndose el suicidio como el medio para conseguir el cese de la conciencia dolorosa insoportable.

Este autor entre otros afirman que para el pasaje al acto suicida, tiene que haber como núcleo central y motor, el dolor psicológico, vivenciado como intolerable.

Ideación suicida

La ideación suicida comprende a todos los pensamientos o fantasías de morir, puede clasificarse en dos categorías:

- *Ideación suicida pasiva:* deseos generales de estar muerto.

Este tipo de deseos no involucra un plan o intención de suicidio, sino más bien, una ambivalencia de pensamientos acerca de la propia muerte (Baños, 2022). El sujeto puede declarar el deseo de morir espontáneamente como por muerte súbita o por alguna causa externa como un accidente, también puede manifestar que no vale la pena vivir, el deseo de no despertar nunca más o frases similares.

Esta ha sido considerada una conducta de menor riesgo por la falta de planificación o estrategia concreta, pero aun así no deja de tener importancia clínica, ya que puede ser el inicio, la semilla que podría evolucionar hacia una ideación activa y luego, al acto.

- *Ideación suicida activa:* pensamientos específicos de quitarse la vida o planificación.

La ideación suicida activa se define como los pensamientos específicos que involucren la propia muerte, acompañado de planes y métodos para cumplir tal objetivo. Estos tipos de pensamientos pueden ser desde la intención de quitarse la vida hasta la planificación y recursos

necesarios sobre cómo lo llevaría a cabo, siendo la expectativa central que la muerte ocurra como consecuencia (Baños, 2022)

Si identificamos al suicidio como un proceso, la ideación sería la primera etapa donde se gesta el suicidio y se comienza a enaltecer la premisa: la muerte como única solución. (Cruz y Reyes, 2022).

Ahora bien, cómo se produce el pasaje de la ideación a la acción?

David Klonsky y Alexis May, psicólogos e investigadores estadounidenses, proponen la:

Teoría de los Tres Pasos

Esta describe las condiciones bajo las cuales ocurre el deseo de suicidio y los intentos. Se ofrece como una teoría concisa que explica el suicidio en términos de solo cuatro factores: dolor, desesperanza, conexión y capacidad para el suicidio.

- *Paso 1: La combinación de dolor y desesperanza*

Los autores afirman que la causa del deseo suicida, se da en dicha combinación, por un lado el **dolor psicológico** como ese malestar intolerable, sumado al componente fundamental de la **desesperanza**, ya que el dolor no es suficiente para producir el deseo suicida. Si un individuo experimenta un dolor intenso pero tiene esperanza de que su situación mejore con el tiempo o el esfuerzo, entonces su enfoque estará en lograr un futuro mejor o soportar el momento actual. Por el contrario, si un individuo que experimenta un dolor intenso está desesperanzado de que su situación mejore, comenzará a considerar el suicidio como una salida.

- *Paso 2: El deseo suicida se intensifica cuando el dolor excede o abruma la conexión*

La **conexión**, según la define la 3ST, es un constructo amplio y puede incluir muchas fuentes diferentes de conexión, como la conexión con amigos cercanos o familiares, la comunidad en general, un trabajo, la ciudad en la que se vive, mascotas, un equipo deportivo, una identidad o rol valorado, o cualquier sentido de propósito o significado. Mientras que el dolor proporciona el impulso para alejarse de la vida (Paso 1), la conexión proporciona el impulso para acercarse a la vida (Paso 2). Así, la conexión puede hacer que la vida valga la pena vivirla (a pesar de la presencia de dolor que no se espera que disminuya). Si la conexión excede el dolor, el deseo suicida seguirá siendo modesto u ocasional, en lugar de fuerte o persistente. Por el contrario, si el dolor abruma o excede la conexión, el deseo de suicidio se intensificará.

Hay diferentes maneras en que se pueden cumplir las condiciones para el Paso 2. Una forma es si un individuo no experimenta mucha conexión para empezar; en esta situación, las condiciones del Paso 2 se cumplirán casi siempre que alguien sienta tanto dolor como desesperanza. Una segunda forma es si el dolor alcanza picos de intensidad extrema; en esta situación, el dolor puede exceder la conexión incluso para alguien con altos niveles de conexión. Una tercera forma es que el dolor extremo puede abrumar la conexión de uno o eliminar la capacidad de apreciar o participar en las conexiones que de otra manera disfruta. Así como es difícil participar en actividades sociales, recreativas u ocupacionales valoradas en medio de una intoxicación alimentaria, alguien con dolor psicológico o físico extremo puede perder su capacidad para interactuar con las conexiones que de otra manera tiene. En este escenario, el dolor abruma la conexión, y se cumplen las condiciones para el Paso 2. En resumen, entre aquellos que cumplen las condiciones descritas en el Paso 1, el deseo suicida se intensifica cuando el dolor excede o abruma la conexión.

- *Paso 3: El deseo suicida fuerte progresa a intentos de suicidio si hay capacidad para el suicidio*

La 3ST describe tres tipos de contribuyentes a la capacidad suicida: adquirida, disposicional y práctica.

La **capacidad adquirida** fue descrita por primera vez en la Teoría Psicológica Interpersonal del Suicidio (IPTS; Joiner, 2005). Joiner señaló que intentar suicidarse es temible, y que los humanos están evolutivamente y biológicamente dispuestos a temer y evitar el dolor, las lesiones y la muerte (Joiner, 2005; Van Orden et al., 2008). Por lo tanto, intentar suicidarse requiere superar estos miedos. Joiner sugirió que la capacidad para superar estos miedos puede adquirirse a través de experiencias de vida (por ejemplo, autolesiones no suicidas, antecedentes de abuso físico o sexual, uso de drogas intravenosas, trabajar en profesiones de emergencia o médicas, y muchas otras) que facilitan la habituación a los miedos, al dolor, las lesiones y la muerte. La 3ST está de acuerdo en que, para algunas personas, este tipo de experiencias pueden reducir los miedos al dolor autoinfligido, las lesiones y la muerte, y llevarlos a adquirir una mayor capacidad para intentar suicidarse.

La **capacidad disposicional** para el suicidio se refiere a factores temperamentales, de personalidad o genéticos que pueden disminuir la aversión al dolor, las lesiones y la muerte autoinfligidos. Por ejemplo, personas impulsivas, poco temerosas, que han estado en contacto con situaciones de dolor y tienen mayor tolerancia a él. Disposiciones como la baja evitación del daño, la baja sensibilidad al dolor y la baja aprensión ante las lesiones o la sangre pueden aumentar la capacidad para el suicidio.

Finalmente, la **capacidad práctica** se refiere a una amplia gama de factores que aumentan el acceso y el conocimiento de un individuo sobre los medios letales, por ejemplo, la

posibilidad de acceder a un arma de fuego, tener el conocimiento de qué medicamento puede ser letal en sobredosis, etc.

En resumen, esta última refiere a los factores concretos que posibilitan la ejecución del acto suicida, tales como el acceso a medios letales, el conocimiento instrumental de su letalidad y las condiciones contextuales que reducen la interferencia o la posibilidad de rescate. Esta capacidad es un facilitador externo indispensable para que la ideación evolucione hacia un intento viable.

Acting out y Pasaje al acto

Jaques Lacan en el Seminario 6 define al *acting out* como un mensaje en el que el sujeto se muestra al Otro, como en una escena, esperando ser leído por él.

Es un llamado al Otro, es un mensaje actuado, una acción dirigida al Otro, cuya función es hacerse ver, llamar la atención del Otro, inscribir algo en la escena.

En el acting out siempre hay un destinatario, aunque el sujeto no lo sepa conscientemente. Hay algo que quiere decir, pero a lo que no puede llegar por medio de la reflexión ni la palabra, entonces lo actúa, se manifiesta conductualmente aquello que no encuentra otra forma para el sujeto; y a diferencia del pasaje al acto, este se da dentro de los límites de la escena, incluye al Otro, es para un otro.

El acting out es el grito mudo de auxilio, el adolescente por ejemplo, con fantasías de suicidio, puede publicar mensajes en redes, entregarle una carta de despedida a sus amigos, amenazar con quitarse la vida etc, y es muy comun escuchar “lo hace para llamar la atención” pues si, de cierta manera, lo hace para llamar la atención, es un mensaje claro, un pedido de ayuda.

Antes de avanzar hacia el concepto de pasaje al acto, resulta pertinente retomar la distinción propuesta por Lacan en el Seminario 10:

“Allí donde el acting out se dirige a la mirada del Otro, el pasaje al acto es una separación: el sujeto se precipita fuera del campo del Otro.”

Desde la psiquiatría clásica el “acto” ha sido asociado a una conducta que no se inscribe en la forma habitual de conducirse del sujeto. Considerando así a dicha conducta más regida por un impulso súbito que por el juicio racional. (Gallo, 2021, p.20).

Lacan en el seminario 10 habla sobre la estructura del pasaje al acto y dice:

El momento del pasaje al acto es el del mayor embarazo del sujeto, con el añadido comportamental de la emoción como desorden del movimiento. Es entonces cuando, desde allí donde se encuentra - a saber, desde el lugar de la escena en la que, como sujeto fundamentalmente historizado, puede únicamente mantenerse en su estatuto de sujeto - se precipita y bascula fuera de la escena. Ésta es la estructura misma del pasaje al acto.

Desglosándolo para un mejor entendimiento, el autor destaca a la angustia y la ubica en un lugar decisivo: se trata de un punto de saturación máxima, perturbando la conciencia del sujeto y dejándolo sin posibilidad de elaborar ni contener la vivencia que lo atormenta.

“con el añadido comportamental de la emoción como desorden del movimiento” aquí conecta el estado interno de angustia con una manifestación externa. La emoción (como agitación motriz) no actúa como causa sino como expresión del desorden interno. Este "desorden del movimiento" subraya que el pasaje al acto no es una acción reflexiva ni simbólica, sino una reacción motriz ante una situación insostenible.

Ahora, ¿qué significa la “escena” y el “estatuto de sujeto”? La escena se refiere al orden simbólico, al gran Otro, el campo donde el sujeto se constituye a través de su historia, por eso

dice “fundamentalmente historizado”, porque su existencia y su identidad están tejidas en una narrativa (historia familiar, cultural) que lo ubican en un lazo social. Y el estatuto de sujeto se da siempre dentro de los límites de dicha escena; el pasaje al acto sería la ruptura con ese lazo, romper el límite, dejarse caer, precipitarse y bascular, fuera de la escena.

Pasaje al acto y Suicidio

Héctor Gallo en su libro “Por qué se suicida un adolescente” dice que “tanto el pasaje al acto, que no siempre es suicida, como el acto de suicidarse y el acting out son el desenlace de un conflicto psíquico o de un estado pasional, como así los daños que las mismas personas suelen inflingirse como forma singular de dirigirse al Otro. El pasaje al acto no sería una manera de dirigirse al Otro, sino de hacerse uno con el otro especular, fundiéndose así con el”. En este sentido, pensando al suicidio como pasaje al acto este es una salida del lazo con el Otro, una búsqueda de desaparición, de fundirse con la imagen de sí, desapareciendo del campo de lo simbólico.

El pasaje al acto es una salida abrupta de la escena, por la intolerancia misma de estar en ella, impulsada por una angustia que no logra ser simbolizada.

El suicidio es entonces el acto de ruptura por excelencia con el Otro simbólico que sirve de soporte al lazo social.

Intento de suicidio

El intento de suicidio es un acto realizado por la persona en forma deliberada contra sí misma, con el objetivo de provocarse la muerte, pero sin llegar a obtener el resultado.

Recapitulando los conceptos abordados en el presente marco teórico, el intento de suicidio puede comprenderse como un acto subjetivo que se inscribe en dos grandes coordenadas: por un lado, como *acting out*, un mensaje dirigido al Otro en el que el cuerpo se vuelve soporte de aquello que no puede decirse; y por otro, como *pasaje al acto*, una salida de la escena del Otro cuando la angustia alcanza un punto de saturación insoportable.

La vivencia de una angustia en su estado puro, de manera tan intensa que aparece el suicidio como única solución posible.

Hector Gallo (2018) dice que todo intento de suicidio es logrado desde el punto de vista subjetivo, más no desde el punto de vista objetivo. Cada atentado contra sí mismo, buscado consciente o inconscientemente tiene efectos devastadores en la subjetividad.

Se dice que el intento es logrado desde el punto de vista subjetivo porque algo en la vida psíquica se quebró, algo se agotó, algo colapsó. Aunque el cuerpo no muera, algo en el sujeto sí cae, se rompe o cambia: una ilusión, un sostén, un modo de tratar la angustia, un recurso psíquico, una defensa.

Por eso se dice que desde la perspectiva subjetiva, el intento “se logra”: porque cumplió su función -que no siempre es morir- sino detener un sufrimiento insoportable, pedir ayuda, cortar un exceso de angustia, etc.

Objetivamente no se logra porque la persona no muere, desde la mirada del exterior, del mundo social, el intento “falló”.

Que el intento de suicidio quede en intento, admite que algo sobreviva, que permanezca, y es en esa sobrevivencia donde se abre lugar al tratamiento, al acompañamiento psicológico que propone ampliar la visión de túnel, infundiendo esperanza y promoviendo vías saludables para tramitar la angustia.

Adolescencia

La adolescencia es considerada una etapa de particular vulnerabilidad psíquica porque implica una serie de transformaciones biológicas, psicológicas y sociales que exigen al sujeto realizar importantes procesos de reorganización de su identidad. Estos cambios pueden generar momentos de inestabilidad emocional y dificultades en la regulación de los afectos, lo que en algunos casos puede favorecer la aparición de conductas de riesgo o ideación suicida.

La irrupción de la pubertad

La adolescencia constituye una etapa de transición, un pasaje desde la infancia hacia la adultez que implica la salida de un mundo y la entrada a otro. Se trata de un proceso complejo y significativo, cuya dificultad puede comprenderse a partir de los fundamentos teóricos que explican los profundos cambios psíquicos, corporales y vinculares propios de este período.

A lo largo de la infancia se fueron construyendo ciertos “semblantes” (concepto introducido por Lacan y desarrollado por otros psicoanalistas como Juan Mitre) estos, vinieron a llenar un vacío que deja la falta, falta lógica en la infancia por el inacabamiento estructural, estos semblantes son los que velan el agujero estructural a modo de dar consistencia a lo que por sí mismo no la tiene, son una puesta en escena, un modo de presentarse y posicionarse en el mundo. Por ejemplo adoptar el rol de buen estudiante, ser fiel a un estilo de vestimenta, ocupar el lugar de líder en el grupo del barrio, etc.

Ahora bien, en el inicio de la adolescencia, todo esto se pone en juego. Lo real de la pubertad irrumpe en la vida del sujeto y conmociona los semblantes en los que se sostenía. Donde lo viejo se pone a prueba y donde (quizás) algo resiste. El acontecimiento de la pubertad cuestiona el modo en que sentido y real se venían conjugando, produciéndose una vacilación de

los semblantes en los que el niño entramaba su vida (Juan Mitre, 2018). El adolescente pone a prueba los viejos semblantes contruidos y también busca otros nuevos.

Esta caída de los viejos semblantes introduce la pregunta del valor de la existencia, pregunta tan habitual y por momentos desesperada en los adolescentes: ¿Qué sentido tiene la vida? ¿Cuáles son las razones por las cuales vivir?

Por todo esto, dice Juan Mitre en su libro *La adolescencia*: esa edad decisiva, que la crisis de la adolescencia es en sí una crisis del semblante.

Abordaje clínico individual

El abordaje clínico individual constituye una de las modalidades centrales de intervención en psicoterapia y se indica cuando se considera necesario ofrecer al paciente un espacio terapéutico singular, centrado en su experiencia subjetiva y en la elaboración de sus conflictos psíquicos.

Al momento de indicar esta modalidad terapéutica, se consideran diversos factores vinculados al paciente. Entre ellos se evalúan su nivel de sufrimiento psíquico, su capacidad de introspección y simbolización, la presencia de recursos yoicos para sostener el proceso terapéutico, así como su motivación y disposición para participar del tratamiento. También se contemplan aspectos del contexto vital del sujeto, su red de apoyo y el tipo de problemática que presenta, ya que estos elementos pueden influir en la elección de la modalidad de intervención más adecuada.

Un proceso terapéutico comienza con el pedido de ayuda, ya sea del propio paciente o de un tercero que deriva, con una problemática, un motivo manifiesto que será expresado en la primera entrevista.

En esta primera entrevista los objetivos principales rondan en conocer al paciente, comprender su motivo de consulta, evaluar su situación psíquica y comenzar a establecer el vínculo terapéutico. Durante esta entrevista el terapeuta adopta una actitud de escucha atenta, abierta y no directiva, favoreciendo que el paciente pueda expresarse libremente acerca de aquello que le preocupa. El objetivo no es solo obtener información, sino también observar cómo el paciente relata su experiencia, qué emociones aparecen, cómo se vincula con el entrevistador y qué expectativas tiene respecto del tratamiento.

Una parte fundamental del primer encuentro terapéutico consiste en la anamnesis, entendida como la recolección de información relevante acerca de la historia del paciente. Este proceso no se desarrolla como un interrogatorio rígido o estandarizado, sino como una exploración clínica que se construye a partir del relato del sujeto y de la escucha atenta del terapeuta, permitiendo situar el motivo de consulta dentro de la trayectoria vital del paciente. En este sentido, Bleger señala que la entrevista psicológica constituye una técnica que posibilita comprender al sujeto en su singularidad, a partir de la interacción que se establece entre entrevistador y entrevistado (Bleger, 1985).

Entre los datos que habitualmente se recaban se encuentran, en primer lugar, datos personales básicos, tales como edad, estado civil y ocupación. Asimismo, se indaga acerca de aspectos vinculares, como la estructura familiar, las personas con quienes convive y los vínculos significativos en su entorno. Otro elemento central es la exploración del motivo de consulta, es decir, aquello que llevó al paciente a solicitar atención profesional. En este marco, se procura realizar una historización de la problemática, indagando cuándo comenzó, qué situaciones se

asocian a su aparición, qué emociones despierta y de qué manera impacta en la vida cotidiana del sujeto.

Además de la información que surge del discurso del paciente, el terapeuta observa distintos aspectos del funcionamiento del sujeto durante la entrevista, tales como el lenguaje no verbal, la coherencia del relato, la capacidad de reflexión y la actitud frente al espacio terapéutico. Estos elementos constituyen indicadores clínicos relevantes que contribuyen a la comprensión del malestar presentado y permiten comenzar a formular hipótesis acerca del funcionamiento psíquico del paciente. Tal como señala Fiorini (1993), las primeras entrevistas cumplen una función diagnóstica y orientadora, ya que permiten delimitar el problema, evaluar los recursos del paciente y considerar las posibilidades de intervención terapéutica.

Hacia el final de la entrevista suele establecerse el encuadre terapéutico, el cual define las condiciones en las que se desarrollará el tratamiento y proporciona un marco de estabilidad y previsibilidad para el trabajo clínico. Entre los elementos que lo componen se incluyen la frecuencia y duración de las sesiones, los honorarios, la modalidad de trabajo y ciertas reglas básicas de funcionamiento, como la puntualidad y los avisos en caso de cancelación. De este modo, el encuadre funciona como el marco que organiza la relación terapéutica y permite sostener el proceso clínico a lo largo del tiempo. En palabras de Bleger (1985), el encuadre constituye el conjunto de condiciones relativamente constantes que hacen posible el desarrollo del proceso terapéutico y la emergencia de los fenómenos transferenciales.

En este sentido, la primera entrevista no sólo cumple una función de recolección de información, sino que también inaugura el vínculo terapéutico, a partir del cual paciente y

terapeuta comienzan a construir un espacio de trabajo orientado a la comprensión y elaboración del malestar psíquico.

Fenómenos de la clínica individual: transferencia, contratransferencia y alianza terapéutica

Transferencia

La transferencia es la actualización en el vínculo terapéutico de sentimientos, actitudes y conductas inconscientes, por parte del paciente; que corresponden a pautas que éste ha establecido en el curso de su desarrollo, especialmente en la relación interpersonal con su medio familiar,. La observación de estos fenómenos nos pone en contacto con aspectos de la conducta y de la personalidad del sujeto que no entran entre los elementos que él puede referir o aportar voluntaria o conscientemente, pero agregan una dimensión importante al conocimiento de la estructura de su personalidad y al carácter de sus conflictos. En la transferencia el entrevistado asigna roles al entrevistador y se compone en función de las mismas. Con la transferencia el paciente aporta aspectos irracionales o inmaduros de su personalidad, su grado de dependencia, su omnipotencia y su pensamiento mágico. En ellos es donde el entrevistador podrá encontrar lo que el entrevistado espera de él.

Contratransferencia

En la contratransferencia se incluyen todos los fenómenos que aparecen en el analista, como emergentes del campo psicológico que se configura en la situación analítica; son las respuestas del entrevistador a las manifestaciones del entrevistado, el efecto que tiene sobre él.

Transferencia y contratransferencia son fenómenos que aparecen en toda relación interpersonal y por eso mismo también se dan en la entrevista. La diferencia reside en que en ésta última deben ser utilizados como instrumentos técnicos de observación y comprensión. (Bleger, 1985).

Alianza terapéutica

Greenson en 1965 define a la alianza de trabajo como la relación relativamente racional y no neurótica entre paciente y analista que hace posible para el paciente trabajar con determinación en la situación analítica. La alianza se forma entre el yo racional del paciente y el yo racional del analista a partir de un proceso de identificación con la actitud y el trabajo del analista que el paciente vivencia de primera mano en la sesión.

Para Greenson la alianza depende del paciente, del analista y del encuadre. El paciente colabora en cuanto le es posible establecer un vínculo relativamente racional a partir de sus componentes instintivos neutralizados, vínculo que tuvo en el pasado y surge ahora en la relación con el analista. El analista por su parte, contribuye a la alianza de trabajo por su consistente empeño en tratar de comprender y superar la resistencia, por su empatía y su actitud de aceptar al paciente sin juzgarlo o dominarlo. El encuadre, por fin, facilita la alianza por la frecuencia de las visitas, la larga duración del tratamiento, el uso del diván y el silencio. (Etchegoyen, 1986 p. 220)

Abordaje clínico con adolescentes

Desde la perspectiva de Françoise Dolto, el análisis de adolescentes exige al clínico una posición subjetiva específica, distinta tanto del abordaje infantil como del adulto. Para la autora,

el analista debe no haber olvidado su propia adolescencia: esto no implica una identificación nostálgica con esa etapa, sino la capacidad de acceder internamente a su vivencia para comprender la sensibilidad del joven frente a temas como la transformación del cuerpo, la caída de los ideales, la vergüenza, la vulnerabilidad propia de la etapa, la búsqueda de autonomía y la intensidad afectiva. Esta conexión íntima favorece una escucha que no juzga ni desautoriza, habilitando al paciente a hablar desde su propio registro simbólico sin sentirse corregido, interpretado desde prejuicios o empujado a ocupar prematuramente un lugar adulto.

Esto exige una posición particular del analista, que no puede reducir el vínculo con el joven a los roles típicos del adulto: no puede asumir la “autoridad absoluta” de quien sabe todo, ni una actitud correctiva, porque eso reactualizaría la dependencia infantil que el adolescente está intentando dejar caer. Por el contrario, debe abrir un espacio de escucha que respete la singularidad del adolescente, su lenguaje, sus metáforas, sus ambivalencias.

Doltó subraya que el adolescente necesita ser escuchado como un sujeto en pasaje, atravesando una mutación identitaria comparable al “complejo de la langosta” del que la autora habla en su libro “Palabras para adolescentes o el complejo de la langosta” y lo desarrolla como el desprendimiento de la coraza infantil y la exposición a un cuerpo nuevo aún frágil. Así como la langosta que necesita dejar su caparazón para crecer, quedándose en un estado de vulnerabilidad hasta construir otro. En ese contexto, el lenguaje cumple un papel central, y el analista debe mantener una apertura activa a las formas del discurso adolescente: sus silencios, su ironía, su provocación, sus neologismos, sus códigos generacionales. Esta permeabilidad no apunta a imitar su jerga, sino a no rechazar su modo de nombrar el mundo, ya que a través de esa lengua se construyen las nuevas identificaciones.

El terapeuta debe tolerar las oscilaciones entre dependencia y contradependencia, los movimientos de rechazo defensivo, el acting-out y las expresiones intensas sin tomarlas como ataques personales. Winnicott plantea que en la adolescencia el sujeto intenta comprobar la consistencia de los objetos del mundo (incluido el terapeuta). Lo hace muchas veces mediante actuaciones, desafíos, provocaciones, rupturas, silencios extremos o impulsividad, que son intentos (no siempre conscientes) de afirmar su autonomía naciente, y testear si el objeto/Otro soporta su intensidad sin derrumbarse. El adolescente necesita descubrir que los objetos externos pueden sobrevivir a su destrucción impulsiva. Solo así podrá usarlos sin sentir que los aniquila. Esto quiere decir que el analista debe ser vivido como un objeto que no se quiebra frente al caos, para que el adolescente pueda confiar, separarse, usarlo como apoyo y luego soltarlo sin miedo ni culpa.

En la clínica en general pero muy importante en la clínica con adolescentes, es fundamental prestar atención y poder leer el lenguaje corporal. Juan mitre en su libro “La adolescencia esa edad decisiva” cita a Lacadée y habla sobre la “pantomima” e invita a reflexionar sobre las relaciones entre estas y el lenguaje. La pantomima designa la mímica con la que se acompaña un texto, o también el arte de expresarse mediante gestos sin recurrir al lenguaje; como el juego de dígalo con mímica. En esta etapa, suele predominar la acción, la actuación, el pasaje al acto, sobre la reflexión. Como analistas es esencial poder entender y acompañar en ese proceso, donde el fin es que el sujeto pueda construir una narrativa propia y con sentido.

Al mismo tiempo, proporcionar cierto nivel de holding, de sostén, de estar, de poner el cuerpo, es necesario en el abordaje con adolescentes, siendo fundamental el rol del terapeuta activo.

No debemos olvidar nunca, en tal sentido, lo inusual que resulta para un adolescente encontrar a un adulto con el cual puede establecer un diálogo novedoso, capaz de sorprenderlo y de sorprenderse, dispuesto a interesarse genuinamente por sus preocupaciones y preparado para brindarle la posibilidad de una escucha sin juicios de valor y, a la vez, sin concesiones (Rojas, 2008).

Sobre el abordaje del paciente post intento

Se denomina intervención post-intento al conjunto de estrategias clínicas y psicosociales dirigidas a las personas que han sobrevivido a un intento de suicidio. Su objetivo es reducir el riesgo de recurrencia, aliviar el sufrimiento psicológico, promover la adherencia al tratamiento y fortalecer las redes de apoyo social y familiar. (Organización Panamericana de la Salud, 2016).

Edwin Shneidman habla sobre los principios fundamentales que caracterizan la terapia de la crisis suicida y establece algunas pautas:

- **Actividad:** En las crisis suicidas el terapeuta debe ser activo para que el paciente sienta que algo está sucediendo, con el objetivo de restablecer en el paciente el sentimiento de que él es importante y que el terapeuta está haciendo todo lo posible por ayudarlo en su difícil situación. Necesita que se le resalte la significación de su vida y se le reafirme su autoestima. Hay que evaluar las fuerzas del paciente y el entorno, y determinar si factores específicos obstaculizan la puesta en práctica de habilidades de afrontamiento ya existentes.
- **Autoridad:** El terapeuta debe asumir la autoridad, cuidar y dirigir temporalmente al paciente, dado que la crisis suicida lo hace necesario. El sujeto en esta situación se siente incapaz de encontrar alguna solución y sus pensamientos son ambivalentes. Es importante para el

paciente sentir que esa figura autorizada entiende exactamente qué le ha sucedido y la angustia que tiene, en virtud de su competencia profesional.

Si el paciente es extremadamente suicida y tiene lo que Shneidman llamaría alta letalidad, se tiene que abandonar la neutralidad terapéutica. Es necesario dar apoyo, tranquilizar al paciente, hacer que se dé cuenta de que existen otras opciones disponibles, y asegurarle que uno está listo para ayudarlo.

- **Implicación de los otros:** Complementa los 2 anteriores, pues el paciente con ideación se puede vivenciar como un ser abandonado, desamparado y rechazado. Otras personas, y en especial aquellos significativos en la situación, han de ayudar a reconstruir en el paciente los sentimientos de autoestimación y autoconfianza, así como a restablecer los lazos entre el sí mismo del sujeto y los otros, lazos que él experimenta que han sido quebrados o bloqueados. En la interacción con los otros está la clave de la conducta suicida. Se debe trabajar también con miembros de su familia.

Los primeros objetivos en el abordaje giran en torno a reducir daños, esto quiere decir, disminuir la conducta autolesiva y las ideas de muerte. Sostener y contener hasta lograr una estabilidad que permita seguir con el tratamiento, ya fuera de la situación considerada como crítica. Una vez logrado, proseguir fortaleciendo las redes vinculares, el autoestima, y otras áreas donde esté inserto, ya sea educativas, laborales, sociales, etc.

En el abordaje post intento se procura identificar la red de apoyo con la que cuenta la persona, así como las figuras significativas que pueden acompañarla en este proceso. Cuando se incluye un esquema de medicación, se busca acompañar su cumplimiento e integrarlo dentro de una rutina cotidiana.

La configuración de una rutina es otro de los objetivos fundamentales ya que promover una estructura estable contribuye a sostener y favorecer la organización psíquica durante la recuperación.

El individuo desea escapar del sufrimiento, no de la vida. Si tal sufrimiento disminuye, entonces el sujeto desearía continuar con su vida. Por ello, el tratamiento terapéutico de la ideación suicida se enfoca en mantener a la persona segura mientras se resuelven los problemas subyacentes. Para cumplir este propósito, el psicólogo debe establecer una relación respetuosa y compasiva, tener presente las particularidades de sufrimiento del individuo y buscar cualquier solución viable para aliviar tal sufrimiento. (Baños, 2022).

Otra manera de abordaje: Abordaje Clínico Grupal

Terapia de grupo

Se pueden encontrar las raíces de la psicoterapia grupal en el 1911 con Jacob Levy Moreno, clínico psiquiatra que fue el primero en trabajar con niños y adolescentes en grupo, con una técnica psicodramática llamada “teatro espontáneo” donde tomaba al grupo como un organismo social real donde se desplegaban roles y vínculos, donde los conflictos se actuaban, en lugar de solo hablar de ellos, y se trabajaba sobre las nuevas respuestas ante situaciones antiguas o novedosas. Así trabajaba el desarrollo emocional y su expresión, empatía, fortalecimiento del yo y de identidad, manejo de conductas disruptivas, integración grupal y desarrollo de la creatividad.

Más adelante en la historia, durante y luego de la Segunda Guerra Mundial la psicoterapia grupal se establece por necesidad, ante la creciente demanda y escasez de terapeutas, en los

hospitales se formaron grupos donde podían hacer llegar la atención psicológica para elaborar el trauma de una manera más eficaz y económica, abarcando a un número de personas considerable, ante la falta de recursos de la época.

Hoy en día estas terapias funcionan y son una herramienta muy valiosa en Salud Pública donde las condiciones de disponibilidad, tiempo y espacio, llevan a los profesionales a tomar esta medida como una propuesta viable de promoción de salud mental.

Grupo Operativo

Es una técnica creada por Enrique Pichon Rivière y sus colaboradores (en 1946), caracterizada por centrarse en una tarea explícita (por ejemplo: aprendizaje, creación, curación, etc.) donde subyace otra tarea, implícita, que ha de ser explicitada y que apunta a la ruptura de pautas estereotipadas mediante la elaboración de las ansiedades básicas, que implican un obstáculo para toda situación de progreso o cambio.

“Las finalidades y propósitos de los grupos operativos pueden resumirse diciendo que su actividad está centrada en la movilización de estructuras, estereotipadas a causa del monto de ansiedad que despierta todo cambio... En el grupo operativo, el esclarecimiento, la comunicación, el aprendizaje y la resolución de tareas coinciden con la curación, creándose así un nuevo esquema referencial”. (Pichon-Riviere 1971).

En el grupo operativo hay tres roles prescriptos fundamentales:

- coordinador
- observador
- integrante

Respecto al rol de los primeros Pichon señala:

“El coordinador cumple en el grupo un rol prescripto: el de ayudar a los miembros a pensar, abordando el obstáculo epistemológico configurado por las ansiedades básicas. Opera en el campo de las dificultades de la tarea y la red de comunicaciones. Su instrumento es el señalamiento de las situaciones manifiestas y la interpretación de la causalidad subyacente. Se integra en un equipo con un observador por lo general no participante, cuya función consiste en recoger todo el material, expresado verbal y preverbalmente en el grupo, con el objeto de realimentar al coordinador, en un reajuste de las técnicas de conducción.”

El autor diferencia su técnica operativa de otras, como la psicoanalítica individual y la gestáltica; pero también puede entenderse como una síntesis de ambas. El grupo operativo sería un grupo centrado en la tarea y que tiene por finalidad “aprender a pensar” en términos de resolución de las dificultades creadas y manifestadas en el campo grupal y no en el de cada uno de sus integrantes, lo que sería un psicoanálisis individual “en grupo”. Sin embargo, tampoco está centrado exclusivamente en el grupo como en las concepciones gestálticas, sino que en cada “aquí-ahora-conmigo” en la tarea se opera en dos dimensiones, constituyendo en cierta medida una síntesis de todas las corrientes.

Psicoterapia grupal con adolescentes

El grupo de adolescentes tiene ciertas características definidas, por ejemplo, es mixto, se pueden tolerar los silencios, la impulsividad de sus componentes y la actuación interna (acting in) es menor. Un elemento que se utiliza con frecuencia y que ha dado excelentes resultados ha sido el uso de coterapia, preferentemente que el sexo sea contrario pues así se estructura la pareja parental idealizada y hostilizada. (Salles y Corona, 2001). La búsqueda de la identidad, la integración y la consolidación son objetivos permanentes del trabajo grupal, que cursa desde el

proceso individual de imitación hasta la identificación con los pares, para posteriormente integrarse en el grupo como tal.

Siguiendo con lineamiento de los autores mencionados, el adolescente en búsqueda de su identidad es un ser con cambios oscilantes defensivos entre los que se observan crisis donde expresa su baja autoestima, que contrastan con defensas maniacas donde la negación está reforzada por una expresión que llega casi a la euforia. En el grupo, estos cambios ciclotímicos son detectables y motivo también de trabajo. La necesidad de consolidar una identidad, la resolución del conflicto vocacional, de un proyecto de vida, el manejo de la temporalidad y el abandono de los objetos infantiles, son metas que se espera sean resueltas en el trabajo de todo adolescente, por su naturaleza misma, son generadores de gran ansiedad, así como por el abandono del grupo familiar. El grupo permite la contención suficiente para promover dicho progreso libidinal del desarrollo.

Yalom (1975) sintetiza lo que para él representan los elementos propios del grupo, los que a su vez se encuentran relacionados con los cambios esperados en el paciente, unos inherentes al fenómeno de agrupar y otros que surgen del grupo y a los que designa con el nombre de factores curativos.

- **Esperanza:** Este factor se refiere a dos aspectos:

- A la fe de los integrantes en la ayuda que el grupo puede ofrecer. Varias investigaciones han demostrado que la existencia, ante cualquier terapia, de una elevada esperanza de recibir ayuda, está significativamente relacionada con el resultado positivo de la misma.

- A que el coordinador pueda transmitir su creencia en la utilidad de los grupos, y sobre todo la confianza en sí mismo para la coordinación y la facilitación.

- **Universalidad:** Produce alivio y consuela a los integrantes de un grupo descubrir que sus ideas, temores, problemas, conflictos, impulsos, secretos y deseos no son tan exclusivos, sino son también propios de los demás. Los integrantes pronto constatan sus semejanzas y van creando un clima de seguridad para la auto revelación.

- **Altruismo:** En los grupos terapéuticos los integrantes “reciben dando”, no sólo como parte de la secuencia recíproca de dar y recibir, sino también en el acto intrínseco de dar.

Los integrantes se ayudan enormemente los unos a los otros. Ofrecen apoyo, seguridad, sugerencias, ideas y comparten problemas similares mutuos.

- **Catarsis:** modo de expresión intensa de una experiencia emocional
- **Cohesión grupal:** Se define como “resultado de todas las fuerzas que actúan en todos los miembros para permanecer en el grupo” o “la atracción que ejerce el grupo sobre sus miembros”. La cohesión grupal no es por sí misma un factor terapéutico sino una condición previa para la eficacia de la ayuda psicológica. Es causa determinante y efecto de la mutua aceptación de los miembros. Es en sí un valor terapéutico, siendo fundamental para la perpetuación del grupo. Brinda sentimiento de pertenencia, estabilidad, permanencia, compromiso, aceptación, comprensión e intimidad.

- **Comportamiento imitativo:** los adolescentes pueden tomar la conducta de un compañero e imitarla, sirve para la identificación, como para la diferenciación.

- **Ofrecer información:** transmisión de conocimientos sobre la salud mental y prevención.

- **Aprendizaje interpersonal:** el grupo funciona como laboratorio de relaciones interpersonales, el sujeto ve cómo su conducta afecta a otros y viceversa.

- **Desarrollo de técnicas de socialización:** En el proceso grupal, los integrantes pueden obtener mucha información sobre su conducta social. Esto facilita:
 - Aprendizaje de habilidades sociales básicas
 - Mejorar o cambiar hábitos que bloquean la comunicación
 - Desarrolla mayor empatía
- **Recapitulación correctiva del grupo familiar:** Cada integrante carga con experiencias insatisfactorias que arrastran del grupo familiar. El ámbito grupal es el escenario ideal para que dichos conflictos sean recapitulados y revividos correctivamente a fin de ensayar nuevas conductas en el “aquí y ahora”.
- **Factores existenciales:** La fiabilidad del espacio hace que el grupo se convierta en un lugar seguro donde compartir aspectos como el aislamiento, la muerte, la libertad o la falta de sentido de la existencia.

Cómo ayuda la terapia de grupo al paciente suicida

La inclusión de un dispositivo grupal en el abordaje del paciente con ideación o post intento de suicidio trae grandes beneficios ya que incide directamente sobre núcleos problemáticos como el aislamiento, la desconexión y el dolor psicológico insoportable.

Tal como se desarrollará a continuación, la terapia de grupo opera como un soporte vital que no solo disminuye la soledad brindando sostén vincular, sino que facilita la resonancia emocional y la elaboración de la angustia a través de la identificación con pares. El espacio grupal permite construir nuevos sentidos para el sufrimiento, nuevas formas de afrontamiento adquiridas a través del aprendizaje vicario, promueve el indispensable pedido de ayuda y amplía

la capacidad reflexiva, otorgando un tiempo psíquico crucial para frenar la urgencia del acto suicida.

- Disminuye la soledad y el aislamiento subjetivo

La soledad, la desconexión y la sensación de no pertenencia son factores centrales que agravan la ideación suicida (Joiner, 2005).

El grupo ofrece pertenencia, valida la experiencia subjetiva, demuestra que otros atraviesan luchas similares.

- Genera conexión y resonancia emocional

En un grupo terapéutico, lo que un integrante dice resuena en otros. La “resonancia” designa a un proceso grupal por el que determinados contenidos manifestados por un componente del grupo afectan también a otros miembros, aunque sea a distintos niveles. (Guimon, 2003) Esto produce identificación, espejo emocional, alivio al ver simbolizado lo propio en otros, posibilidad de nombrar lo innombrable.

La conexión de la que se habló en el apartado de la Teoría de los 3 Pasos, se promueve en la situación grupal.

- Construye nuevos sentidos para el sufrimiento

El paciente suicida suele atraparse en una narrativa única: “mi vida no tiene salida”.

En el grupo escucha otras narrativas, adquiere recursos simbólicos, resignifica su dolor.

- Promueve el “pedido de ayuda”

Muchos pacientes suicidas luchan con la dificultad de pedir ayuda.

El grupo les permite ensayar pedir apoyo, recibirlo, ver cómo otros lo hacen, vivenciar que pedir ayuda no es una carga para el otro. Ya que ellos mismos brindan ayuda y soporte para otros integrantes.

- Aumenta la capacidad reflexiva sobre el acto suicida

El espacio grupal crea pausa, abre la palabra, permite pensar antes de actuar, da tiempo psíquico para tramitar la angustia.

- Favorece la elaboración de la angustia y el dolor psicológico

La angustia y el dolor psicológico como componentes centrales en la génesis del intento.

En grupo la angustia puede ser acompañada, puesta en palabras, pensada con otros, contenida sin quedar a cargo del solo sujeto.

- Genera sostén vincular

Las relaciones interpersonales son uno de los factores protectores más fuertes frente al suicidio.

El grupo funciona como “soporte transicional”, devuelve consistencia a la trama vincular, le brinda al sujeto un sentido de pertenencia, le muestra que ocupa un lugar valioso.

- Facilita el aprendizaje vicario del que habla Bandura

Los integrantes observan cómo otros enfrentan crisis, manejan emociones, buscan ayuda, sobreviven a intentos previos. Lo cual les modela modos de afrontamiento posibles.

- Fomenta el fortalecimiento del yo y el autoestima

Recibir reconocimiento y apoyo emocional de otros pares disminuye la autoimagen negativa, reduce el sentimiento de ser una carga, facilita la autorregulación, reconstruye el sentimiento de valía.

CAPÍTULO 2

MATERIALES Y MÉTODOS

Las Prácticas Profesionales Supervisadas en el área clínica se desarrollaron en el Centro de Salud Dr. Alfonso Barassi, en la ciudad de San Juan durante los meses de agosto, septiembre, octubre y noviembre. Se asistió a las terapias de grupo los días martes y jueves de 8hs a 13hs y se participó en varias reuniones clínicas, llegando a completar un total de 150 horas de asistencia.

El trabajo contó con la tutoría académica de la Licenciada Luciana Bordas y la tutoría de campo de la Licenciada Julieta Fraifer, jefa de zona sanitaria 1.

El propósito de las prácticas profesionales es lograr un acercamiento al rol del psicólogo en el área clínica, en este caso en el contexto de salud pública. A lo largo de estas se despertó el interés de la practicante por la temática elegida para el corriente trabajo integrador final que tiene como objetivo principal describir el abordaje clínico en post intento de suicidio, y como objetivos particulares desarrollar conceptos claves que componen a la conducta suicida y al intento de suicidio, caracterizar el abordaje clínico individual, definir el abordaje clínico grupal en el centro de salud y finalmente, articular dicha teoría con el caso seleccionado.

El proceso recorrido para realizar este trabajo se dividió en las siguientes fases:

FASE DE ACERCAMIENTO A LA INSTITUCIÓN

En un primer momento se realizó una reunión presencial con la Licenciada Mónica González, coordinadora de las Prácticas Profesionales Supervisadas, para dar inicio a las prácticas. En esta reunión, la practicante expresó su interés en realizar las prácticas en el área clínica y propuso el centro de salud Dr. Alfonso Barassi ya que previamente había estado en

contacto con los profesionales del centro que dieron el consentimiento para la realización de las mismas. Luego, la Lic. Gonzalez se encargó de establecer el lazo entre la Universidad y el centro de salud, lo que permitió meses más tarde que se diera comienzo al proceso.

El primer contacto con la institución se basó en una reunión con la tutora de campo, la Licenciada Julieta Fraifer donde le explicó a la practicante la dinámica de la institución, preguntó acerca de los intereses de la alumna y proporcionó una introducción al grupo terapéutico de jóvenes y adolescentes que iba a ser campo de estudio. Se pactaron los días y horarios y esa misma semana se dio comienzo a las prácticas, donde primeramente se asistió a la reunión de los profesionales que coordinan el grupo terapéutico y se dió a conocer el rol de cada uno.

FASE DE EXPLORACIÓN

Inicialmente, en el horario del grupo terapéutico, la practicante adoptó una postura observadora no participante para entender detalladamente el funcionamiento grupo, captando sus dinámicas y conociendo a los diferentes usuarios, tomando nota y prestando atención a las intervenciones de los profesionales.

Una vez al mes, los coordinadores se dividen en tareas, unos quedándose en el grupo terapéutico y otros tomando entrevistas de admisión. Durante las entrevistas de admisión, los profesionales dieron lugar a la practicante a que participe y haga preguntas.

Luego de cada jornada se realizó una reunión de equipo donde se compartieron e intercambiaron las observaciones, sugerencias, e información acerca de todo lo sucedido en las distintas áreas de la institución, para que todo el equipo se mantenga informado.

Tanto en entrevistas de admisión como en el discurso de los usuarios del grupo, se detectó la recurrencia de conductas autolesivas e intentos de suicidio, lo que despertó el interés de la practicante en dicha temática.

A su vez, se comenzó a trabajar con la licenciada Luciana Bordas, tutora académica, la delimitación del tema, acotándolo al estudio de un caso específico, junto a un armado de hoja de ruta hacia el planteamiento de objetivos y posibles variables a tener en cuenta.

Esta fase inicial fue fundamental para sentar las bases del trabajo, permitiendo a la practicante no solo familiarizarse con el entorno, la institución, los profesionales y los usuarios, sino también definir con claridad la dirección de su investigación y las herramientas teóricas que emplearía.

FASE DE DESCRIPCIÓN

El Centro de Salud Dr. Alfonso Barassi ubicado en la Ciudad de San Juan, fue fundado en el año 2012; cuenta con una amplia variedad de servicios a la comunidad, entre ellas el área de psicología y psiquiatría.

En el año 2023 se creó y aprobó a través de resolución ministerial el grupo “Entre Mentes” para adultos, los martes de 9hs a 11hs y para jóvenes y adolescentes, los jueves de 9hs a 11hs.

El equipo de profesionales que coordina y lleva a cabo el grupo de jóvenes está compuesto por cuatro psicólogos, una trabajadora social y un psiquiatra, que se reúnen previo y después del grupo, para organizar y planificar actividades, intercambiar observaciones y sugerencias y debatir sobre lo sucedido en el día.

No solo se trabaja con los pacientes sino también se integra a su familia, teniendo consultas individuales y un seguimiento que hacen al abordaje más completo; a su vez, muchos de los pacientes del grupo también reciben asistencia individual con psicólogos y/o psiquiatra del mismo centro, lo que hace que haya una comunicación fluida y un trabajo interdisciplinario en pro de la salud integral de la persona.

El grupo Entre Mentes comienza con una caminata por la plaza que se encuentra detrás del centro, con el fin de promover el ejercicio y la salud física como adyuvante en el tratamiento habitual de las enfermedades mentales ya que se han demostrado los beneficios del ejercicio físico en la reducción de síntomas de ansiedad y depresión. Asimismo se objetiva mejoría en las áreas neurocognitivas y de aprendizaje, aumento de emociones y afecto positivos, mayor energía y autoestima, mejor atención, mayor sensación de compromiso, adherencia terapéutica y adopción de estilos de vida más saludables.

Luego se pasa al SUM del CAPS que cuenta con aire acondicionado, varias sillas, mesa amplia, elementos como papel, lápices, plastilina, afiches y todo lo necesario para el desarrollo de las actividades que plantean los profesionales.

Las actividades son pensadas siguiendo un lineamiento de temáticas a abordar por “bloques” de unas cuatro sesiones aproximadamente. En cada encuentro después de realizar la actividad se reflexiona sobre la misma, se comparte con el grupo y suelen surgir relatos de los usuarios acerca de las situaciones que atraviesan. Acá se promueve la escucha activa y el acompañamiento sin caer en una consejería ni grupo de autoayuda. Los usuarios conversan entre sí pero siempre están guiados y encuadrados por los profesionales que con sus intervenciones cuidan y limitan los “consejos” que puedan surgir entre ellos.

FASE DE PLANIFICACIÓN

Una vez transcurrido el periodo de conocimiento y exploración del funcionamiento del grupo, junto con la Licenciada Luciana Bordas se acordó especificar el estudio sobre un caso y el seguimiento del mismo, donde se pactó recolectar todos los datos posibles a través de entrevistas a la paciente y a los profesionales que la han acompañado en su proceso. A su vez la practicante comenzó a leer y estudiar sobre la temática seleccionada, teniendo la posibilidad de asistir a charlas sobre el suicidio y accediendo a la bibliografía correspondiente.

FASE DE INTERVENCIÓN

En la fase de intervención, en principio, la practicante llevó a cabo observaciones no participantes con anotaciones en hoja de registro durante las entrevistas a los nuevos usuarios, reuniones con familiares y sesiones de terapia de grupo, tanto del comportamiento y el discurso de los pacientes como también de las intervenciones que hacían los profesionales psicólogos, psiquiatra y trabajadoras sociales, con el fin de comprender la dinámica del grupo, el desarrollo de las jornadas y los límites que respetan. Con el transcurso de las semanas la participación se tornó más activa, los profesionales le otorgaron el lugar a la practicante de que pregunte e intervenga. En una oportunidad, cuando la temática de abordaje rondaba en el reconocimiento de limitaciones propias y el pedido de ayuda al entorno, se le encargó a las practicantes planificar y llevar a cabo una actividad que metafóricamente introduzca el tema para luego reflexionar al respecto. Esta consistió en formar grupos de cuatro personas donde cada una de ellas se enfrentaba a alguna limitación explícita físicamente, una con los ojos vendados lo que le impedía ver, otra con las manos atadas por lo cual no podía manipular el objeto, otra con auriculares con

música a alto volumen para no poder escuchar y la última con la boca tapada para no poder hablar. A cada grupo se les entregó una imagen de un animal hecho con plastilina, el cual debían recrear juntos utilizando las masas de colores brindadas por las practicantes.

Al finalizar la actividad desarrollada en la plaza de atrás del centro, se ingresó al SUM a reflexionar sobre la experiencia y en cómo se relaciona en similitud a otras situaciones de la vida.

Llegando al final de las prácticas, con el tema de investigación elegido, la practicante realizó tres entrevistas en torno al objetivo de estudio. Una a la paciente del caso seleccionado (ANEXO 3), otra a la tutora de campo (ANEXO 2), psicóloga del centro de salud que ha acompañado a la paciente en terapia de grupo; y una última entrevista al psiquiatra del centro de salud que lleva el seguimiento del caso hace aproximadamente dos años (ANEXO 1).

FASE DE ANÁLISIS Y ELABORACIÓN

Las técnicas utilizadas para la recolección de información e intervención de este trabajo fueron de índole cualitativa. Se utilizó la técnica de observación con el instrumento de hoja de registro y la técnica de observación participante y no participante. También se recurrió a la escucha como principal técnica dentro del enfoque psicoanalítico, que da lugar a que cada sujeto se posicione como tal y de manera activa frente a lo que le sucede.

Al trabajar con el seguimiento de un caso específico, durante todas las sesiones se prestó especial atención a la paciente y se tomó registro de su manera de vincularse con los otros, sus relatos y sus manifestaciones corporales.

El análisis y elaboración del material también fue de tipo cualitativo y se enmarcó dentro de la línea teórica del psicoanálisis. Para la construcción del caso se tuvieron en cuenta los testimonios de la paciente, del psiquiatra, la tutora de campo y de los profesionales de la

institución que son parte del equipo de Entre Mentés. Además, se intentó articular dicha información con los conceptos de adolescencia y suicidio desde una óptica psicoanalítica, comprendiendo la compleja etapa vital adolescente, el pasaje al acto y acting out, la noción de efecto terapéutico, el abordaje grupal y sus particularidades clínicas.

CAPÍTULO 3

RESULTADOS

A continuación, se expone la descripción de un caso clínico elegido a partir de los objetivos de este trabajo. Los datos fueron extraídos de la historia clínica de la paciente, observación y entrevistas realizadas por la practicante a profesionales y a la misma paciente. Los mismos han sido modificados a fin de resguardar su identidad.

Desarrollo del caso

G. tiene 19 años e ingresa al centro de salud Dr. Alfonso Barassi por primera vez a sus 17 años, a través del servicio de enfermería, a causa de un intento de suicidio por método cortante. En dicha instancia es asistida, vendada y derivada a los servicios de trabajo social y psicología. Se presenta acompañada por su madre y comentan sobre su reciente internación por el intento.

Unos meses más tarde, asiste a consulta psiquiátrica. En la anamnesis realizada por el profesional se recabó información acerca de sus contactos previos con el sistema de salud mental. El primero se remonta a los 5 años, en el contexto de una conflictiva intrafamiliar caracterizada por la presencia de un padre alcohólico y violento hacia ella y su madre, quien posteriormente las abandona cuando la paciente tenía 7 años.

En este recorrido, se ubican también sus primeras conductas autolesivas, iniciadas a los 12 años mediante cortes con vidrio en el rostro. En la entrevista realizada por la practicante, G. refiere estas conductas en relación con un sentimiento de “impotencia”, expresando: “yo me cortaba no por un hecho de ‘por mi culpa, por mi culpa’, sino más por un sentimiento de

impotencia... yo siempre me quedaba en el molde por miedo, entonces si me decían algo, en vez de decirles o hacer algo al respecto, me lastimaba a mí misma”

A los 13 años sufre el primer abuso sexual, el cual mantuvo en secreto durante años, debido al temor a posibles sanciones o reproches familiares. En ese mismo período inicia psicoterapia individual de orientación psicoanalítica, que se extiende durante cinco años, con algunas interrupciones. De manera concomitante, mantuvo seguimiento psiquiátrico y tratamiento farmacológico con distintas modalidades a lo largo del tiempo.

Su primer intento de suicidio se sitúa a los 14 años, mediante ingesta de clonazepam y corte severo en el antebrazo, suturado con 26 puntos, manifiesta haber estado internada inconsciente durante tres días, de los cuales solo recuerda la voz de su madre diciéndole “quedate, yo te voy a mostrar lo linda que puede ser la vida”.

En los años siguientes, menciona haber atravesado otros intentos, sin precisar detalles, agrupándolos bajo la expresión “no tenía ganas de vivir”.

A los 17 años sufre un segundo abuso sexual, luego de una internación en hospital, tras uno de los intentos de suicidio. Al tener que estar bajo supervisión, asistió a un centro de día durante dos meses, en los horarios que su madre trabajaba. El hecho ocurrió en el marco de un vínculo con otro paciente, en la misma clínica, ante una situación de presión y coerción, pese a la negativa explícita de la paciente. La situación fue interrumpida por la intervención de terceros.

A la edad de 17 años le detectan a su madre un cáncer avanzado el cual deriva en internación inmediata, meses más tarde, a inicios del siguiente año fallece. Esto desencadenó en la paciente una vivencia de soledad propia del duelo, acompañada de pensamientos como “okey, si estoy sola, y no es el hecho de estar sola porque bueno sí, nadie está solo en el mundo, pero yo estoy sola de mi mamá, sola de alguien que realmente me conocía, a quien no le tenía que

explicar nada porque ya sabía todo, yo siempre he sido muy mamera, éramos las dos solas, entonces es ese sentimiento de soledad, de ella, de su lugar y mi lugar, ella era mi casa.”

En los siguientes dos meses posteriores al fallecimiento, mantuvo conductas de riesgo, en uno de los episodios es internada por sobreingesta de clonazepam, posteriormente acude a consulta psiquiátrica a modo de urgencia, manifiesta no haber tenido intenciones suicidas, identificando la causa por malestar del duelo. Se pacta junto con el psiquiatra un tratamiento con seguimiento mensual.

En agosto del mismo año realiza el último intento por arrojamiento desde un puente, tras ir al cementerio, vivenció sentimientos angustiosos y un intenso malestar, “me acuerdo que fui a verla al cementerio y salí diciendo ‘no tengo ganas de vivir sin mi vieja, no es que no puedo, es que no quiero, no tengo ganas, no quiero seguir viviendo la vida con sus cosas buenas y malas sin mi mamá’, se dirigió al puente y quedó colgando del piso flotante, agarrada con sus manos; dudó unos segundos, pensó en que le podía doler y también pensó en que nadie iba a llegar a salvarla, luego se soltó. Cayó sobre un auto y fue socorrida por peatones y trasladada al hospital donde por resultado obtuvo una fractura de pie.

En relación con su entorno familiar, la paciente refiere no haber encontrado un sostén emocional acorde a la situación de vulnerabilidad atravesada. En este sentido, relata haber recibido respuestas descalificadoras por parte de figuras significativas; por ejemplo, menciona que, tras la internación del último intento, un familiar expresó: “me hacés perder el tiempo, no hagas otra pelotudez como esta”.

G. afirma que durante esos años de su vida, la psicoterapia individual, de índole psicoanalítica fue un pilar fundamental y crucial que la ayudó a conectarse consigo misma y a entenderse, que a través del diálogo y la reflexión pudo comprender y comprenderse, perdonar y

sanar. “Me ayudó a entenderme y a sacarme las mochilas”...”a decir ok no estoy loca, no vengo dañada, no soy anormal”. A través de sesiones que rondaron en temáticas sobre su infancia, la presencia y ausencia de progenitores y sus vínculos familiares, pudo entender sus maneras de actuar y vincularse con los otros, como así también, llegar a sentir el perdón hacia su padre, con un fin liberador alejado de los rencores que se formaron durante su infancia y adolescencia.

Con el tiempo, las sesiones se fueron espaciando hasta adquirir una modalidad más flexible. El proceso terapéutico finaliza cuando la paciente reconoce que el vínculo transferencial con su terapeuta reproducía modalidades similares a las de la relación con su madre, particularmente en la búsqueda de aprobación y validación.

En la última sesión, comunica su decisión de concluir el tratamiento, manifestando sentirse en condiciones de poner a prueba los recursos adquiridos. Esta instancia estuvo acompañada por afectos ambivalentes, con vivencias de tristeza y alivio, que la paciente asoció a una experiencia de despedida significativa. Similar a la del duelo por su madre; posteriormente refirió haber alcanzado una sensación de calma.

Posteriormente, se muda a vivir sola, evidenciando un aumento en su autonomía y capacidad de adaptación.

Tras el último intento como intervención a modo de corte y movimiento en el tratamiento, se incluye un dispositivo grupal, con el fin de fortalecer la red de apoyo y contribuir a un abordaje más integrador, que contemple los vínculos, la escucha y el alojamiento del sujeto; como también así un seguimiento semanal de los profesionales del centro. La paciente refiere un sentido de pertenencia y destaca el valor del intercambio con otros: “vengo porque me gusta escuchar, conocer las otras experiencias... me sirve mucho convivir en grupo, nunca he tenido

grupos grandes entonces está bueno, estar con gente que se parece y otras que son distintas, es un buen trabajo aprender a relacionarse.”

Este dispositivo, funciona en el centro de salud donde la practicante realizó sus Prácticas Profesionales Supervisadas; lleva el nombre “Entre Mentes” y en el tiempo transcurrido hasta ahora, se han trabajado temas como la adolescencia, el pasaje de la endogamia a la exogamia, historización de etapas vitales, la puesta de límites, el reconocimiento y manejo de emociones, la resolución de conflictos, sobre rutina y áreas vitales, la búsqueda de identidad, el autocuidado, la escucha activa entre los integrantes del grupo y el acompañamiento.

Allí encontró un amigo que con experiencias de vida similares pudieron apoyarse el uno al otro, por ejemplo acompañándose a urgencias al hospital y conversar sobre sus duelos.

En el marco de una actividad propuesta por la practicante, orientada a promover la reflexión en torno al pedido de ayuda frente a las propias limitaciones y necesidades, se llevó a cabo una dinámica grupal de carácter metafórico. La consigna consistió en dividir a los participantes en grupos de cuatro personas, asignando a cada integrante una restricción sensorial o motriz (visión, habla, audición o movilidad de las manos), debiendo reproducir en conjunto una figura modelada en plastilina.

Durante la instancia de puesta en común, la paciente seleccionada para el presente estudio expresó que dicha experiencia le permitió reconocer la importancia de solicitar ayuda cuando las propias capacidades resultan insuficientes. Refirió que, en distintos momentos de su trayectoria vital, se vio en la necesidad de apoyarse en otros ante la imposibilidad de sostenerse por sí misma, señalando que el aprendizaje del pedido de ayuda estuvo vinculado a la experiencia de depender de un otro cuando no contaba con recursos internos suficientes para hacerlo de manera autónoma.

En la actualidad G. vive sola, mantiene adherencia al tratamiento con el médico psiquiatra (aunque con ausencia de medicación) y psicoterapia grupal de frecuencia semanal en el grupo Entre Mentes en el centro de salud.

Muestra grandes avances, afirma que la terapia de grupo le sirve para escuchar, acompañar a sus compañeros, aprender de ellos, convivir en grupo, poder relacionarse con personas con vivencias similares y también distintas a las de ella, allí establece relaciones interpersonales fructíferas para la elaboración del duelo y recibe un seguimiento de psicólogos, psiquiatra y trabajadoras sociales, con los que se reúne ocasionalmente fuera del grupo para tratar ciertos temas.

Desde hace un año no recibe tratamiento farmacológico. Manifiesta tenerle cierta reticencia a la medicación, que “se la hicieron odiar” la paciente refiere haber suspendido la ingesta de psicofármacos recetados por el psiquiatra sin informarlo inicialmente, sosteniendo su decisión en un posicionamiento subjetivo orientado a “demostrar” su capacidad de sostenerse sin apoyo farmacológico. En sus palabras: “dije les voy a demostrar a todos que yo puedo estar bien sin medicación, me agarré de mi ego para pelearla, me decía ‘no podés bajarte ahora después de todo lo que pasaste’”

Al momento de la entrevista se encuentra clínicamente estable, sin registro de crisis, ideación suicida ni conductas autolesivas. Refiere ausencia de autolesiones por cortes desde hace aproximadamente tres años.

En la actualidad, ha encontrado ciertos hobbies que la motivan día a día y que le ayudan a sublimar, como tomar clases de batería, escribir poemas y participar de eventos de expresión cultural. En sus palabras: “ahora empecé clases de batería, me gusta muchísimo, hacía mucho no encontraba algo que me motivara y que no me aburriera o que lo hiciera obligada, ahora tengo un

objetivo de aprender, estoy pensando en eso y me entretiene bastante. Me gusta también escribir poesía, lo que me cuesta decir en voz alta, lo escribo, me sirve para desenredar y calmarme.”

En relación a los vínculos con figuras masculinas, refiere que en el pasado presentó dificultades para establecer límites, adoptando posicionamientos de sumisión en relaciones interpersonales con el fin de evitar conflictos. Ahora afirma, que gracias a herramientas brindadas en psicoterapia, tiene una mayor capacidad para reconocer y sostener su propio deseo y el establecimiento de límites en dichos vínculos.

Al finalizar la entrevista a G. compartió un poema y autorizó la aparición del mismo en el corriente trabajo:

Las puertas del abismo parecen haber cerrado

Parece que todo ha calmado.

Señor, todo ha colapsado.

La tormenta parece haber terminado,

todo es tan sereno, tan calmo.

Mi vida, tan monótonamente en el medio de la ciudad,

sin pájaros ni árboles.

Ahora conozco el ruido del campo:

pájaros, árboles, plantas, estrellas,

caminitos de tierra, esos que no tienen nombres ni señales,

ni son caminos perfectos;

esos que tienen una o muchas direcciones,

o simplemente no te tenés que meter porque sabés adónde van;
esos que, si uno no presta atención, se pierde.

Señor, no aprendí a no caerme,
pero sí a cómo aterrizar para después levantarme más rápido.

Logré conocerme más a mí que a los demás,
sé que mi color favorito es el negro,
que me gusta hablar y compartir,
también me gusta irme cuando no me siento respetada.

Señor, conocí más el envase de mi alma,
mi tanpreciado templo.

Me di cuenta de que estoy a gusto con él
y que también siento culpa por agarrarmela con él,
y, aunque no deba, también la culpa de aquellos
que también lo agarraron,
sin amor, sin cariño, sin mi permiso.

He crecido sin darme cuenta,
he crecido sin querer.

Lo lindo no es crecer,
lo lindo es volver a nacer.

Abordaje del paciente post intento de suicidio en el centro de salud Dr Alfonso Barassi

El primer contacto con los pacientes que ingresan al centro de salud después de un intento de suicidio puede darse por diversas vías; derivados por el Programa de Prevención de Suicidio de la provincia, presentándose de manera espontánea en el centro solicitando atención, o por derivación de algún otro profesional que detecta la situación.

En esta instancia inicial, se realiza una valoración integral del estado del paciente, con el objetivo de establecer el nivel de riesgo actual y definir la urgencia de la intervención. Lo primero que se hace es indagar sobre el episodio, considerando aspectos como el método utilizado, su grado de letalidad y las circunstancias en las que ocurrió, ya que estos elementos aportan información relevante para la estimación del riesgo. Asimismo, se explora si persisten ideas de muerte o conductas autolesivas, lo que permite determinar la continuidad del riesgo suicida.

De manera complementaria, se indaga sobre el historial clínico, incluyendo antecedentes de internación, tratamientos previos, uso de medicación y necesidad de abordaje farmacológico.

Resulta fundamental también la evaluación de la red de apoyo, considerando la presencia o ausencia de acompañamiento familiar o social, así como el nivel de inserción en actividades educativas, laborales o recreativas.

Se examinan, además, posibles factores de vulnerabilidad asociados, tales como consumo problemático de sustancias, situaciones de violencia, antecedentes de abuso, experiencias traumáticas recientes o pérdidas significativas, que puedan haber incidido en la desestabilización psíquica.

A partir de esta primera aproximación, se establece el encuadre de trabajo y se procura garantizar la continuidad de los cuidados.

En el centro de salud el abordaje es siempre interdisciplinario, por lo general estos casos son contenidos desde la psicología, psiquiatría y trabajo social, tanto individualmente como en grupos terapéuticos de frecuencia semanal.

La planificación del tratamiento se realiza en función del nivel de riesgo y de las necesidades específicas de cada caso, definiendo la frecuencia de los encuentros y las estrategias de intervención. En las etapas iniciales, el objetivo principal radica en la reducción del riesgo y la estabilización del paciente, a través de la contención, el acompañamiento y la construcción de un encuadre que promueva el compromiso con el cuidado de sí.

El vínculo terapéutico es central, que la persona sepa que hay alguien (al menos el terapeuta) que se preocupa por él y que su vida no es indiferente, en este contexto se afianza un vínculo de trabajo, donde de ambas partes se comprometen a hacer todo lo que esté al alcance en pro de la salud y el bienestar.

Otro aspecto fundamental en estos casos es la red vincular, así que forma parte de uno de los objetivos del tratamiento fortalecerla. Esta puede estar compuesta por familiares o personas cercanas que se preocupen por el sujeto; el centro de salud Dr. Alfonso Barassi cuenta con el dispositivo grupal Entre Mentes, así que extender el abordaje a un grupo terapéutico contribuye en gran medida.

Otro de los objetivos es instaurar el “pedir ayuda” una vez que la persona incorpora el pedir ayuda, se reducen las posibilidades de que cometa otro intento o que si lo hace alguien llegue a tiempo.

Más a largo plazo, el tratamiento se orienta a identificar y fortalecer aquellos aspectos que puedan constituirse como anclajes vitales para el paciente, favoreciendo la construcción de un sentido de vida. Situar el malestar en una dimensión temporal, posibilitando su historización y el reconocimiento de que no ha sido constante ni inmutable a lo largo del tiempo, que no siempre se sintió así. Esto abre un poco la esperanza del cambio.

En este sentido, se vuelve clínicamente relevante diferenciar si la conducta suicida se vincula a un deseo de no vivir o, más frecuentemente, a la imposibilidad de sostener el sufrimiento psíquico. Esta distinción habilita un trabajo terapéutico centrado en el abordaje del padecimiento, abriendo la posibilidad de su tramitación, generando esperanza, es importante que el terapeuta le transmita al paciente que trabajando juntos, adentrándose en este proceso, puede sentirse mejor.

En el tratamiento se intentan potenciar el aspecto vincular, el aspecto deseante de la vida y la búsqueda de un propósito, muchas veces la estructuración de una rutina proporciona una organización psíquica necesaria.

En cuanto a las dificultades que suelen presentarse en estos procesos terapéuticos se destacan, en primer lugar, aquellas vinculadas a la posición subjetiva del paciente. Resultan especialmente complejos los casos en los que predomina una ideación suicida persistente y rígida, con escasa apertura a la posibilidad de cambio, así como aquellos en los que la problemática es minimizada, ya sea por el propio paciente o por su entorno familiar.

Asimismo, son frecuentes las interrupciones o intermitencias en la continuidad del tratamiento, particularmente cuando el paciente experimenta una mejoría inicial y decide discontinuar la atención, retomándola luego ante la reaparición del malestar. En este sentido, las

recaídas forman parte del proceso terapéutico y requieren ser trabajadas como tales, evitando su vivencia como retrocesos absolutos.

Por otra parte, se identifican obstáculos de carácter institucional, en el contexto de salud pública, tales como limitaciones en la disponibilidad de recursos, dificultades en el acceso a turnos oportunos o en la continuidad de la atención, lo que puede impactar negativamente en la adherencia al tratamiento y en la calidad del abordaje.

En el curso del tratamiento es probable que surjan ciertas recaídas, nuevos intentos o autolesiones, independientemente de su gravedad o letalidad, resulta fundamental que dicha situación no pase inadvertida y sea abordada de manera inmediata, intervenir de forma oportuna, recurriendo a dispositivos de urgencia cuando corresponda, aumentar la frecuencia de las sesiones, incorporar otro dispositivo terapéutico como un espacio grupal o institucional, citar a la familia, mover algo a fin de introducir un corte en la continuidad de las conductas de riesgo. De este modo, se busca evitar la naturalización de dichas conductas y promover una respuesta clínica acorde a la situación de riesgo.

En cuanto a los efectos terapéuticos obtenidos en pacientes del centro de salud, se observa que un tratamiento sostenido en el tiempo puede producir mejoras significativas tanto a nivel subjetivo como vincular. Entre los principales resultados se destaca, en una primera instancia, la disminución de las conductas de riesgo y de la ideación suicida, así como una mayor estabilidad emocional.

Asimismo, el establecimiento de un vínculo terapéutico sólido y la inclusión en dispositivos grupales favorecen la construcción de espacios de sostén, permitiendo al paciente experimentar que no se encuentra solo frente a su malestar. En este sentido, los grupos

terapéuticos adquieren un valor particular al funcionar como redes de apoyo, promoviendo el intercambio entre pares, la identificación y la contención en momentos críticos.

También pueden observarse transformaciones vinculadas al fortalecimiento de la autonomía, la reanudación o consolidación de vínculos interpersonales y la reaparición de intereses y proyectos personales previamente abandonados. Del mismo modo, se evidencian progresos en la capacidad de reconocer y regular los propios estados emocionales, posibilitando una mayor elaboración del sufrimiento y una disminución de respuestas impulsivas.

En términos generales, los efectos del abordaje no se limitan a la supresión del síntoma, sino que implican la construcción progresiva de recursos subjetivos, vinculares y sociales que favorecen la continuidad de la vida y la posibilidad de tramitar el malestar sin recurrir al pasaje al acto.

CAPÍTULO 4

Discusiones

La suicidalidad como espectro y el dolor psicológico

La suicidalidad es un espectro psicológico que abarca además del suicidio, todos los pensamientos, ideaciones, fantasías y conductas de riesgo que giran en torno a la posibilidad de morir por mano propia (Turecki & Brent, citado en Molina, 2025). En el caso seleccionado puede observarse cómo a lo largo de su adolescencia esto se hizo presente, en los primeros cortes a sus 12 años, las afirmaciones de “no tenía ganas de vivir”, las autolesiones sin tentativa de muerte, la sobreingesta de medicación y el último intento en el puente; como así también se identifica su nexo causal con el dolor psicológico o *psychache*, término acuñado por Edwin Shneidman para designar un dolor interno que se percibe como intolerable, un sufrimiento emocional profundo y persistente que se convierte en insoportable para la persona, siendo este el motivo por el cual el suicidio aparece como vía al cese de este sufrimiento.

El intento tras la muerte de su madre, puede leerse como respuesta a un pico de dolor insoportable, acompañado de frases como “no quiero seguir viviendo sin mi mamá”, la paciente estaba atravesando un duelo significativo con sentimientos de soledad profunda, contemplando también en su historia situaciones de abuso, abandono y violencia intrafamiliar que previamente la llevaron a otros intentos.

La Teoría de los Tres Pasos

El caso seleccionado para el desarrollo del corriente trabajo ilustra claramente la progresión en los tres pasos y cómo deben abordarse en el tratamiento.

La teoría que proponen Klonsky y May describen algunas de las condiciones bajo las cuales se produce el deseo e intento de suicidio, es decir, cómo la combinación de ciertos factores, influyen en la conducta suicida.

En el Paso 1 se incluye la combinación del **dolor** y la **desesperanza**; el dolor psicológico, fue mencionado anteriormente y la desesperanza está relacionada a la creencia de que la situación no va a mejorar.

En el caso se pueden observar indicadores de desesperanza representados en frases como “no tenía ganas de vivir” “estoy sola... sola de alguien que realmente me conocía” esto refleja la desesperanza de tener un vínculo en el que pueda ser comprendida y lo reafirma diciendo “me cuesta volver a entablar un vínculo fuerte sin pensar en que se va a terminar”.

Promover la emergencia de esperanza en el sujeto es uno de los aspectos en los que el terapeuta debe prestar especial atención en el abordaje del paciente en post intento, así como también en aquellos que presentan ideación suicida en general. En la entrevista realizada a uno de los profesionales, se hace referencia a la importancia de “ponerle cronología al malestar”, es decir, ubicarlo en una dimensión temporal que permita al sujeto reconocer que no siempre se ha sentido de ese modo, y que, por lo tanto, ese estado tampoco necesariamente debe perdurar en el tiempo. Esta intervención apunta a introducir la posibilidad de cambio.

Asimismo, transmitir al paciente que se encuentra recién en el inicio de un proceso terapéutico, donde en conjunto van a trabajar por la mejoría de su salud, habilita la apertura a la

esperanza. En este marco, resulta relevante que el terapeuta pueda sostener una posición de confianza en la posibilidad de cambio, ya que dicha convicción puede ser inicialmente alojada por el paciente cuando aún no logra sostenerla por sí mismo. De este modo, la introducción de esperanza se constituye como un elemento clave que habilita la construcción de alternativas frente al malestar, allí donde previamente el suicidio podía presentarse como la única salida posible.

El paso 2 habla de la **conexión**, como un constructo que incluye los diferentes tipos de conexión vincular a la vida. Amigos, familiares, proyectos, metas, mascotas, cualquier sentido de propósito o significado que mantenga a la persona conectada a la vida a pesar del dolor que pueda sufrir. Mientras que el dolor proporciona el impulso para alejarse de la vida (Paso 1), la conexión proporciona el impulso para acercarse a la vida (Paso 2). Así, la conexión puede hacer que la vida valga la pena vivirla (Klonsky, Pachkowski, Shahnaz & May, 2021).

En relación con el caso analizado, se observan indicadores de desconexión que resultan significativos. Entre ellos, se destaca la ausencia de un sostén familiar consistente, evidenciada en respuestas descalificadoras frente a los intentos suicidas y en la falta de contención emocional durante el proceso de duelo. Como así también, el abandono de la escolaridad puede pensarse como una pérdida de uno de los principales organizadores sociales y subjetivos propios de la adolescencia, lo que contribuye al debilitamiento de los lazos con el entorno.

La conexión configura uno de los pilares fundamentales sobre los que se apoya el abordaje del paciente en post intento. En este sentido, se promueve activamente el fortalecimiento de la red vincular del sujeto, favoreciendo la construcción y el sostenimiento de lazos significativos. Asimismo, en el contexto específico del centro de salud, se incorpora al tratamiento un dispositivo grupal, como “Entre Mentes”, el cual brinda al paciente un espacio de

encuentro con pares que funciona como red de sostén vincular, facilitando la identificación, el acompañamiento mutuo y la disminución del aislamiento subjetivo.

Actualmente pueden observarse mejorías en el nivel de conexión de la paciente. Además de su integración al dispositivo grupal, ha incorporado actividades y vínculos significativos, como el cuidado de sus mascotas y la asistencia a clases de batería, lo que la mantiene motivada en un proceso de aprendizaje. Estos elementos funcionan como anclajes que la ligan a la vida y fortalecen su sostén subjetivo.

Por último, con respecto al Paso 3 éste habla de la **capacidad** que tiene una persona de cometer el acto suicida, ya que Joiner señaló que intentar suicidarse es temible, y que los humanos están evolutivamente y biológicamente dispuestos a temer y evitar el dolor, las lesiones y la muerte (Joiner, 2005; Van Orden et al., 2008). Por lo tanto, intentar suicidarse requiere superar estos miedos. Joiner sugirió que la capacidad para superar estos miedos puede adquirirse a través de experiencias de vida que facilitan la habituación a los miedos, al dolor, las lesiones y la muerte. Como por ejemplo vemos en el caso seleccionado, un historial de autolesiones, otros intentos previos, antecedentes de abuso sexual y violencia que llevan a G. a tener un umbral del dolor más amplio y menor miedo a la muerte.

Acting out y Pasaje al Acto

El acting out es un concepto introducido por Jaques Lacan y lo ubica como un mensaje en el que el sujeto se muestra al Otro, como en una escena, esperando ser leído por él.

Hay algo que el sujeto quiere decir, pero a lo que no puede llegar por medio de la reflexión ni la palabra, entonces lo actúa, se manifiesta conductualmente aquello que no encuentra otra forma para el sujeto. Un ejemplo de acting out son las autolesiones, en el caso la

paciente refiere estas conductas a lo largo de su adolescencia y las sitúa en relación con un sentimiento de “impotencia”, expresando: “yo me cortaba no por un hecho de ‘por mi culpa, por mi culpa’, sino más por un sentimiento de impotencia... yo siempre me quedaba en el molde por miedo, entonces si me decían algo, en vez de decirles o hacer algo al respecto, me lastimaba a mí misma”. Este fragmento refleja claramente el concepto de acting out, cómo G. manifiesta conductualmente aquello que no puede ser simbolizado. El tratamiento permite volver del acto a la palabra, encontrando vías saludables para la elaboración del malestar.

En cuanto al pasaje al acto, que se diferencia del acting out en que éste no está dirigido a un Otro, sino que implica, precisamente, la ruptura del lazo con el Otro, una salida de la escena por la intolerancia misma de estar en ella. Tiene lugar cuando la angustia alcanza un punto de saturación máxima, configurando un dolor psíquico insoportable que perturba la conciencia y deja al sujeto sin posibilidad de elaborar o contener la vivencia que lo atraviesa.

En el caso analizado, el ejemplo más claro se observa en el último intento de suicidio de G., quien, impulsada por una angustia intolerable tras su visita al cementerio, manifiesta no querer seguir viviendo, en la escena, en ese campo donde se constituye a través de su historia en relación al gran Otro, lo que ella llama “la vida con sus cosas buenas y malas”, afirmando su deseo de no estar, de no ser, encontrando como vía de salida el arrojamiento desde el puente.

Abordaje del adolescente en post intento de suicidio

Winnicott plantea que en la adolescencia el sujeto intenta comprobar la consistencia de los objetos del mundo (incluido el terapeuta). Lo hace muchas veces mediante actuaciones, desafíos, provocaciones, rupturas, silencios extremos o impulsividad, que son intentos (no siempre conscientes) de afirmar su autonomía naciente, y testear si el objeto/Otro soporta su intensidad

sin derrumbarse. El adolescente necesita descubrir que los objetos externos pueden sobrevivir a su destrucción impulsiva. Solo así podrá usarlos sin sentir que los aniquila. Esto quiere decir que el analista debe ser vivido como un objeto que no se quiebra frente al caos, para que el adolescente pueda confiar, separarse, usarlo como apoyo y luego soltarlo sin miedo ni culpa.

Es importante que el terapeuta sobreviva a los intentos de aniquilación del tratamiento, a las recaídas, a las interrupciones en el tratamiento, que siga siendo sostén para el sujeto proporcionando un espacio de escucha y acompañamiento que alojen la palabra.

Edwin Schneidman señala en uno de los principios fundamentales que caracterizan el abordaje del paciente suicida, la “actividad” y dice que en las crisis suicidas el terapeuta debe ser activo para que el paciente sienta que algo está sucediendo, con el objetivo de restablecer en el paciente el sentimiento de que él es importante y que el terapeuta está haciendo todo lo posible por ayudarlo en su difícil situación. Esto se ve reflejado en el abordaje del centro de salud, en la entrevista a uno de los terapeutas, éste hace hincapié en la alianza terapéutica y en la importancia de la postura activa del analista, el “yo me preocupo, te espero” el transmitirle que los dos están implicados en el proceso, trabajando por la mejoría de su salud.

Otro de los principios es la “implicancia de los otros” se traduce en el caso, en un dispositivo interdisciplinario que articula instancias individuales y grupales. La inclusión de G. en el espacio “Entre Mentes” constituye un claro ejemplo de cómo se trabaja sobre la reconstrucción de la red vincular, favoreciendo la disminución del aislamiento subjetivo y promoviendo experiencias de identificación y acompañamiento entre pares.

Otro aspecto vinculado con la intervención activa del terapeuta, tal como la propone Edwin Shneidman, se pone de manifiesto en los cortes y movimientos clínicos que se introducen en el tratamiento ante la aparición de conductas autolesivas. En el curso del proceso terapéutico,

es esperable la emergencia de recaídas, nuevos intentos o autolesiones; sin embargo, más allá de su gravedad o letalidad, resulta fundamental que estos episodios no pasen inadvertidos y sean abordados de manera inmediata recurriendo a dispositivos de urgencia cuando corresponda, aumentar la frecuencia de las sesiones, incorporar otro dispositivo terapéutico como un espacio grupal o institucional, citar a la familia, mover algo a fin de introducir un corte en la continuidad de las conductas de riesgo para así evitar la naturalización de dichas conductas.

Influencia de los factores curativos de la psicoterapia grupal en el caso

El funcionamiento del dispositivo grupal “Entre Mentes” permite observar de manera clara la puesta en juego de los factores curativos propuestos por Irvin D. Yalom, los cuales se despliegan de forma dinámica en la experiencia de sus integrantes. En primer lugar, el factor **esperanza** se evidencia tanto en la continuidad de la asistencia al grupo como en la implicación de los coordinadores, quienes sostienen una posición activa y confiada en la eficacia del dispositivo. Esta confianza se transmite a los pacientes, favoreciendo la creencia en la posibilidad de mejoría, incluso en momentos donde el propio sujeto no logra sostenerla por sí mismo.

Asimismo, la **universalidad** se manifiesta en el reconocimiento de experiencias compartidas, lo cual produce un efecto de alivio frente al sentimiento de excepcionalidad del sufrimiento. En palabras de G., “tenemos muchas cosas en común, está bueno encontrar a personas que puedan llegar a entender tu experiencia”, lo que da cuenta de cómo el grupo habilita la identificación con otros y la construcción de un espacio donde lo propio deja de vivirse como aislado o incomprensible.

El **altruismo** constituye otro de los factores centrales, observable en la posibilidad de “recibir dando”. La paciente expresa: “también me ayuda ayudar”, señalando cómo el hecho de

poder ocupar un lugar activo en relación a otros favorece su propia elaboración subjetiva. Este intercambio recíproco, donde los integrantes ofrecen apoyo, escucha y acompañamiento, fortalece el sentimiento de utilidad y pertenencia.

En relación con la **cohesión grupal**, que brinda sentimiento de pertenencia, estabilidad, permanencia, compromiso, aceptación, comprensión e intimidad entre los integrantes del grupo, se evidencia en la permanencia de los miembros en el dispositivo, en sus reuniones por fuera del centro cuando se quedan tomando mate en la plaza, en palabras de G.: “vengo porque me gusta escuchar”, lo que indica no sólo una disposición a la escucha del otro, sino también una valoración del espacio grupal como lugar significativo. Esta cohesión funciona como condición de posibilidad para que otros factores terapéuticos tengan lugar, generando un clima de confianza y seguridad que habilita la apertura subjetiva.

Por otra parte, el grupo opera como un espacio privilegiado de **aprendizaje interpersonal** y desarrollo de **técnicas de socialización**. A través del intercambio con pares, los integrantes pueden observar cómo sus modos de vincularse impactan en los otros, así como ensayar nuevas formas de relación en un entorno contenido. Como dice la paciente seleccionada “me sirve mucho convivir en grupo, nunca he tenido grupos grandes entonces está bueno, estar con gente que se parece y otras que son distintas, es un buen trabajo aprender a relacionarse.” Esto también se articula con lo señalado por los profesionales del centro, quienes destacan el valor del grupo como espacio de convivencia, donde se trabajan habilidades vinculares, la escucha activa, la empatía y la resolución de conflictos.

Asimismo, pueden identificarse elementos de **recapitulación correctiva del grupo familiar**, en tanto el grupo ofrece la posibilidad de reeditar vínculos en un marco diferente, menos hostil o descalificante que el experimentado previamente. En este sentido, el dispositivo

grupal permite construir nuevas experiencias vinculares que contrastan con las vivencias familiares previas de la paciente, caracterizadas por la falta de sostén emocional.

Finalmente, los **factores existenciales** también encuentran lugar en el grupo, en tanto se habilita la expresión y elaboración de temáticas como la soledad, la pérdida y el sentido de la vida. El grupo se constituye así en un espacio donde estos aspectos pueden ser compartidos y pensados colectivamente, disminuyendo el aislamiento subjetivo.

En síntesis, el dispositivo “Entre Mentes” no solo funciona como un complemento del abordaje individual, sino como un espacio terapéutico en sí mismo, donde los factores curativos descritos por Yalom se ponen en juego, favoreciendo procesos de transformación subjetiva, fortalecimiento vincular y construcción de nuevas modalidades de afrontamiento del malestar.

Conclusiones finales

En función de lo desarrollado, puede afirmarse que el caso analizado y el abordaje implementado en el centro de salud permiten articular los principales desarrollos teóricos en torno a la suicidalidad. La comprensión de la conducta suicida como un proceso dinámico, atravesado por el dolor psicológico y la desesperanza, así como los aportes de la teoría de los tres pasos, se evidencian en la trayectoria de la paciente y orientan intervenciones centradas tanto en la disminución del sufrimiento como en el fortalecimiento de la conexión con la vida. En este marco, las nociones de acting out y pasaje al acto posibilitan una lectura diferenciada de las conductas autolesivas y suicidas, habilitando un abordaje que promueve el pasaje del acto a la palabra. A su vez, la posición activa del terapeuta, el sostén del vínculo y la implicación de otros, tal como lo plantean los desarrollos de Winnicott y Shneidman, se materializan en un dispositivo interdisciplinario que introduce cortes y movimientos clínicos orientados a la reducción del

riesgo. Finalmente, la inclusión del dispositivo grupal se presenta como un eje central del tratamiento, en tanto favorece la disminución del aislamiento subjetivo, la construcción de redes de apoyo, la posibilidad de resonancia emocional e identificación con pares, la promoción del pedido de ayuda, el aprendizaje de nuevas modalidades vinculares y la resignificación del sufrimiento. De este modo, la articulación entre teoría y práctica no solo permite comprender el fenómeno de la suicidalidad, sino también sostener intervenciones clínicas integrales que favorecen la estabilización, el fortalecimiento de recursos subjetivos y la apertura hacia modos más elaborados de tramitar el malestar psíquico y sostener la vida.

Acerca de las Prácticas Profesionales Supervisadas

Las prácticas profesionales en el Centro de salud Dr Alfonso Barassi constituyeron una experiencia profundamente enriquecedora, marcada por aprendizajes significativos, pudiendo nutrir a la practicante de conocimientos de los diferentes profesionales con los que estuvo en contacto durante los meses de prácticas. Este período fue sumamente valioso y permitió a la estudiante sumergirse en el rol del psicólogo clínico dentro de salud pública otorgando una visión más realista y cercana de la práctica clínica, posibilitando un contacto directo con las personas, lo cual resulta incomparable con el aprendizaje teórico. Realidades familiares, adolescencias vulneradas, realidades institucionales con sus ventajas y desventajas, presenciando cómo se puede promover la salud mental con lo que hay al alcance y cómo el abordaje, la escucha, la contención y elaboración del sufrimiento puede lograr grandes cambios en las vidas de los pacientes que acuden al centro en busca de ayuda.

Asimismo, pudo observarse y comprender la relevancia de la interdisciplinariedad en el abordaje institucional como un aspecto clave para la contención y el acompañamiento del sujeto.

En el dispositivo grupal, el equipo de profesionales de distintas áreas de la salud mental trabajaba de manera articulada antes, durante y después de cada sesión terapéutica, favoreciendo una comprensión integral de los pacientes, sus problemáticas y contextos.

En el transcurso de las PPS la practicante pudo reconocer ciertas debilidades debidas a la falta de experticia como la incomodidad ante los silencios, resistencias o conflictos grupales sin saber muy bien qué hacer o la presencia de inseguridad y ansiedades previas al momento de las actividades planificadas, al no saber cómo iba a responder el grupo. Afortunadamente, al estar acompañada de profesionales que confiaron y apoyaron a la practicante en todo momento, estas ansiedades fueron disminuyendo.

Entre las fortalezas pueden destacarse el compromiso y la responsabilidad, respetando horarios y considerando esta experiencia como una instancia de aprendizaje. Asimismo la empatía y escucha activa que permiten conectar con el discurso del paciente y sus necesidades; la capacidad de observación y registro de indicadores relevantes que resultaran valiosos a la hora de la reunión post grupo con el equipo de Entre Mentes y finalmente la flexibilidad y capacidad de trabajo en equipo, estando siempre disponible y con buena predisposición ante las tareas requeridas.

Estas prácticas profesionales no solo brindaron conocimiento técnico y práctico en el abordaje clínico, sino que también permitieron fortalecer habilidades personales y profesionales, consolidando la vocación por la promoción de la salud mental y despertando un profundo interés en el ejercicio profesional dentro del ámbito de la salud pública. Asimismo, el paso por el centro de salud posibilitó el acercamiento a diversos casos y a sus modalidades de abordaje, entre ellos el seleccionado para el Trabajo Integrador Final. La elaboración del mismo constituyó una experiencia especialmente enriquecedora, que no solo permitió articular teoría y práctica, sino

que también fue transitada con genuino interés y disfrute, reafirmando el compromiso con la disciplina y el deseo de continuar profundizando en esta temática.

Propuestas

A la carrera de psicología:

Proporcionar a los estudiantes más instancias de práctica profesional que los pongan en contacto con el rol del psicólogo en sus distintas áreas de desempeño, sin tener que llegar al último año para elegir solo dos.

Ampliar la bibliografía sobre temáticas actuales y especialmente del abordaje del paciente suicida.

A los futuros practicantes:

Priorizar gustos e intereses auténticos en la elección del área y la temática de su TIF y no caer en la falsa creencia del “ahorro de tiempo” por el apuro al comienzo de las prácticas, ya que resulta mucho más enriquecedor y finalmente “rápido” en cuestiones de tiempo, cuando el interés es genuino.

Establecer contacto con la tutora académica desde el primer momento de las pps, para recibir una supervisión que guíe y acompañe el proceso con un sentido.

Aprovechar cada instancia, cada posibilidad de presenciar entrevistas, reuniones, talleres, conferencias, entablar relaciones con profesionales, consultar bibliografía, nutrirse de todo lo que esté al alcance.

Al Centro de Salud:

incrementar la disponibilidad de espacios apropiados para el desarrollo de las sesiones y que estos sean respetados por todos los trabajadores del centro evitando interrupciones que resultan inoportunas y perjudiciales al clima terapéutico.

Garantizar la interdisciplinariedad en el abordaje para asegurar un tratamiento integral de los usuarios, que haya una comunicación fluida entre profesionales e historias clínicas completas que puedan compartirse entre ellos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baños-Chaparro, J. (2022). Ideación suicida pasiva y activa: Una breve descripción. *Health Care & Global Health*.
- Bleger, J. (1985). *Temas de psicología: Entrevista y grupos*. Nueva Visión.
- Dolto, F., & Dolto-Tolitch, C. (1996). *Palabras para adolescentes o el complejo de la langosta*. Paidós.
- Etchegoyen, H. (1986). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Amorrortu.
- Fiorini, H. (1993). *Teoría y técnica de psicoterapias*. Nueva Visión.
- Gallo, H. (2021). *Por qué se suicida un adolescente: Pasaje al acto, urgencia y acto*. Letra Viva.
- Guibert Reyes, W. (2002). Enfrentamiento especializado al paciente suicida. *Revista Cubana de Medicina General Integral*.
- Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide*. Harvard University Press.
- Klonsky, E. D., Pachkowski, M. C., Shahnaz, A., & May, A. M. (2021). La teoría de los tres pasos del suicidio: Descripción, evidencia y algunos puntos útiles de clarificación. *Preventive Medicine*, 152, 106549. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106549>
- Lacan, J. (2006). *El seminario, libro 10: La angustia (1962–1963)*. Paidós.
- Lacan, J. (2014). *El seminario, libro 6: El deseo y su interpretación (1958–1959)*. Paidós.

- Mitre, J. (2018). *La adolescencia: Esa edad decisiva. Una perspectiva clínica desde el psicoanálisis lacaniano*. Grama.
- Molina, D. (2025). *Componentes de la suicidalidad: Actualización de las cinco “D”. Guía conceptual*. SaluGénica.
- Pichon-Rivière, E. (1971). *El proceso grupal*. Nueva Visión.
- Psicopsi. (s. f.). Pichón Rivière y el grupo operativo: Roles. <https://www.psicopsi.com/p-riviere-grupo-operativo-roles/>
- Ramos Cruz, E., & Luna Reyes, D. (2022). *Significaciones del proceso suicida: Un abordaje crítico desde la suicidología*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rojas Urrego, A. (2008). *Psicoterapia psicoanalítica del adolescente deprimido: Principios técnicos*. Editorial Académica Española.
- Salles, M., & Corona, M. (2001). *Psicoterapia de grupo en niños y adolescentes*. Paidós.
- Shneidman, E. S. (1985). *Definition of suicide*. John Wiley & Sons.

ANEXOS

ANEXO 1

Protocolo de entrevista a psiquiatra del Centro de Salud

1. ¿Como es el primer contacto con el paciente que viene a consulta despues de haber tenido intentos de suicidio, sobre que se indaga?
2. ¿Cómo planificas el tratamiento? (tanto en el ámbito privado como en el de salud pública)
3. ¿Cuáles suelen ser los principales objetivos del mismo?
4. ¿Qué recursos o técnicas crees más útiles para trabajar con pacientes que presentan conductas autolesivas?
5. ¿Que se intenta potenciar, en que pilares se apoya el tratamiento?
6. ¿Qué dificultades suelen aparecer en estos procesos terapéuticos?
7. En tu experiencia, cuáles han sido los efectos terapéuticos y resultados que has podido observar en estos pacientes durante y luego del abordaje clínico individual/grupal; y en específico como ha sido con G.?

ANEXO 2

Protocolo de entrevista a psicóloga del Centro de Salud y tutora de campo

¿Como es el primer contacto con el paciente que viene a consulta despues de haber tenido intentos de suicidio, sobre que se indaga?

¿Cómo planificas el tratamiento? (tanto en el ámbito privado como en el de salud pública)

¿Cuáles suelen ser los principales objetivos del mismo?

¿Qué recursos o técnicas crees más útiles para trabajar con pacientes que presentan conductas autolesivas?

¿Que se intenta potenciar, en que pilares se apoya el tratamiento?

¿Qué dificultades suelen aparecer en estos procesos terapéuticos?

En tu experiencia, cuáles han sido los efectos terapéuticos y resultados que has podido observar en estos pacientes durante y luego del abordaje clínico individual/grupal; y en específico como ha sido con G.?

ANEXO 3

Entrevista a paciente seleccionada para el estudio de caso

1. Contame un poco sobre vos, cómo son tus días, que te gusta hacer?
2. ¿Cómo describirías tu adolescencia?
3. ¿Cuáles fueron los momentos que marcaron de alguna manera esta etapa en tu vida?
4. ¿Cuándo fue la primera vez que fuiste al psicólogo? ¿Cómo fue tu experiencia? (recorrido por las distintas veces en la vida que asistió a terapia) ¿que te sirvió o que aprendiste?
5. ¿Cómo sentís que el grupo te ayuda actualmente?
6. ¿Con qué herramientas sentís que contás hoy? como por ejemplo algo que te guste hacer para sentirte mejor.