

Significados sobre el suicidio en un grupo de psicoterapeutas psicoanalíticos¹

Ximena Unzueta Callirgos²
Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, Lima (Perú)

Recibido: 01/12/2016 Aceptado: 09/08/2017

Resumen

Objetivo. Explorar los significados construidos en torno al suicidio en un grupo de psicoterapeutas psicoanalíticos de un centro de formación en Lima. **Método.** Desde el paradigma cualitativo, se utilizó un diseño fenomenológico en dos etapas. En la primera participaron 54 psicoterapeutas psicoanalíticas y en la segunda se seleccionaron ocho participantes que tuvieran contacto con pacientes con ideaciones o intentos suicidas. Las técnicas de recolección empleadas fueron, para la primera etapa, una ficha de datos y las redes semánticas naturales; y, para la segunda, una entrevista en profundidad. **Resultados.** Los psicoterapeutas evocaron diversos significados frente al fenómeno del suicidio, los cuales pueden organizarse en tres ejes: el paciente, el psicoterapeuta y su contratransferencia y el tratamiento. **Conclusión.** Los significados son construidos a partir de las propias experiencias. De esta manera, la contratransferencia se presenta como un concepto psicoanalítico que permite la comprensión de la dinámica entre los pacientes suicidas y los psicoterapeutas, y, a su vez, influye en la creación de significados mutuos. Por su parte, los psicoterapeutas emplean estos significados como una forma de dar sentido y comprender el suicidio.

Palabras clave. Suicidio, psicoterapia, contratransferencia.

Meanings of Suicide in a Group of Psychoanalytic Psychotherapists

Abstract

Objective. To explore the constructed meanings of suicide in a group of psychoanalytic psychotherapists from a formation center in Lima. **Method.** A phenomenological design from the qualitative model consisting of two stages was used. For the first stage 54 psychoanalytic psychotherapists participated, and for the second stage, 8 participants from the first stage who were involved with patients with suicide ideations and/or attempts were selected. The collecting techniques used were: a data sheet and natural semantic networks for the first stage, and for the second, a detailed interview. **Results.** The psychotherapists evoke diverse meanings around the suicidal phenomenon, which can be organized into three axis; the patients, the therapist and their countertransference, and the treatment. **Conclusion.** The meanings are constructed with a foundation of individual experiences,

¹ El presente trabajo se deriva del proyecto de tesis para obtener la Licenciatura en Psicología Clínica por la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas.

² Bachiller en Psicología Clínica. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. Campus Villa. Avenida Alameda San Marcos s/n, Chorrillos. Lima, Perú. Correo de correspondencia: ximenauc14@hotmail.com

so that countertransference is a psychoanalytical concept that allows for the comprehension of the dynamic between suicidal patients and their therapists, and how it influences the creation of mutual meanings. Likewise, the psychotherapists employ the meanings as a manner of giving significance to and comprehending suicide.

Keywords. Suicide, psychotherapy, countertransference.

Significados sobre o suicídio em um grupo de psicoterapeutas psicanalíticos

Resumo

Escopo. Explorar os significados construídos sobre o suicídio em um grupo de psicoterapeutas psicanalíticos de um centro de formação em Lima. **Metodologia.** Desde o paradigma qualitativo, foi utilizado um desenho fenomenológico em duas etapas. Na primeira, participaram 54 psicoterapeutas psicanalíticas e na segunda foram selecionados oito participantes que tiveram contato com pacientes com ideações ou intentos suicidas. As técnicas de recolecção empregadas foram, para a primeira etapa, uma ficha com dados e as redes semânticas naturais e, para a segunda, uma entrevista a profundidade. **Resultados.** Os psicoterapeutas evocam diversos significados frente ao fenómeno do suicídio, os quais podem ser organizados em três eixos: o paciente, o terapeuta e sua cotratransferência e o tratamento. **Conclusão.** Os significados são construídos a partir das próprias experiências. De este jeito, a cotratransferência se apresenta como um conceito psicanalítico que permite a compreensão da dinâmica entre os pacientes suicidas e os terapeutas que, na sua vez, influi na criação de significados mútuos. Por sua parte, os psicoterapeutas empregam estes significados como uma forma de dar sentido e compreender o suicídio.

Palavras-chave. Suicídio, psicoterapia, cotratransferência.

Introducción

Se estima que en el mundo un millón de personas se suicidan cada año, lo que supone una muerte cada 40 segundos (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2012). Esta organización resalta que las cifras asociadas al suicidio han aumentado en 60% en los últimos 45 años, siendo esta problemática una de las tres primeras causas de muerte entre el grupo etario de 15 a 44 años. En Perú, la OMS (2008) advierte que al año 650 personas entre los 15 y los 24 años deciden quitarse la vida. El Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi (INSM, 2014) señala, por su parte, que se presentan entre uno y tres suicidios por día, lo que indica que es la cuarta causa de muerte en el país. El problema se agrava al revisar las tentativas de suicidio, que son hasta 20 veces más frecuentes que el suicidio. El INSM (2014) establece que el 80% de suicidios son a causa de la depresión.

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) define el suicidio como una muerte

intencional a causa de una lesión autoinfligida. Afirma, asimismo, que aunque no es en sí una enfermedad, el trastorno mental que no recibe atención médica es un factor importante asociado (OMS, 1992). Frente a esto, se conoce que existe una relación directa entre los trastornos psiquiátricos, el estado de ánimo y la conducta suicida (OMS, 2012). El suicidio y la conducta suicida se pueden expresar mediante gestos con varios niveles de peligrosidad, entre los que se encuentran el intento suicida, acto causado por la misma persona con intenciones de morir; el parasuicidio, gesto sin intención letal pero autolesivo; y la ideación suicida, entendida como los planes, pensamientos o deseos de efectuar un suicidio (Pérez, Ibáñez, Reyes, Atuesta y Suárez, 2008).

Para entender el fenómeno del suicidio desde una perspectiva psicoanalítica se recurre, como inicio, a los aportes de Freud (1915), quien suponía que el yo podía matarse si se trataba como un objeto. Para este autor, el suicidio resulta del desplazamiento de deseos destructivos hacia un

objeto internalizado, es decir, dirigidos hacia sí mismo. Por su parte, Schneidman (1993) postula que la causa del suicidio es el dolor mental (*Psychache*), el cual se vive de manera intolerable y comprende dolor, angustia, pena, miseria, vergüenza, culpa, humillación, soledad, desesperanza y otros sentimientos. En suma, el dolor representa una perturbación emocional extrema que se genera por la frustración de las necesidades vitales y por la interrupción de la capacidad de disfrute.

La tarea del psicoterapeuta con los pacientes suicidas recae en la posibilidad de pensar y elaborar dicho dolor psíquico y físico. De esta manera, se considera el espacio terapéutico como un apoyo indispensable para estos pacientes, a la vez que representa un reto para los psicoterapeutas, quienes deberán presentar gran disponibilidad y manejo de la técnica terapéutica. Gabbard (2002) menciona que el primer paso en el tratamiento con estos pacientes es el establecimiento de una adecuada alianza terapéutica. En este sentido, se plantea que la presencia, la disponibilidad, el compromiso y el vínculo generado con el paciente son aspectos importantes que se reflejan en la disminución de pensamientos suicidas (Briggs, Golblatt, Linfner y Maltsberger, 2012). Además, la posibilidad de desarrollar esta presencia confiable estaría relacionada con los elementos contratransferenciales del vínculo terapéutico. La contratransferencia en psicoanálisis, de acuerdo con Laplanche y Pontalis (2004), se refiere al “conjunto de las reacciones inconscientes del analista frente a la persona del analizado y, especialmente, frente a su transferencia” (p. 84), siendo esta una herramienta útil para comprender al analizado (Ferretti, 2005).

El trabajo con pacientes suicidas supone mayor disponibilidad por parte de los psicoterapeutas y suscita en ellos una serie de reacciones que pueden confrontarlos con sus propias limitaciones, las cuales contemplan todo lo que les sucede, desde su subjetividad y su inconsciente (Corveleyn, 1998; Flechner, 2000; Fridlenderis y Levy, 2004; Silveira y Soarez, 2007). Es importante que el psicoterapeuta reconozca y evite estas limitaciones, pues es conocido que “las trasgresiones de límites que ocurren con pacientes suicidas a menudo están directamente relacionadas con el mal manejo de la agresión y del odio” (Gabbard, 2002, p. 8).

Desde una perspectiva psicodinámica, el psicoterapeuta debe considerar el sentido que tanto él como cada paciente otorgan a un evento. Al

respecto, Hammen (citado en Gabbard, 2002) señala que lo relevante no es solo el evento acontecido, sino el significado y la interpretación que le concede la persona. Resulta pertinente, por tanto, conocer los significados que los psicoterapeutas otorgan al suicidio para comprender la manera en que estos intervienen con sus pacientes.

Los significados son construcciones del sujeto que comprenden lo aprehendido del mundo externo (ideas) y lo existente en el mundo interno (afectos) (Arcila, Mendoza, Jaramillo y Cañón, 2009). Según Bruner (1998), Gergen (2006) y Vigotsky (1989) los significados conectan al hombre con su entorno, con su cultura, que, mediado por la experiencia, es capaz luego de construir, deconstruir y coconstruir constantemente (Arcila et al., 2009; Ballesteros, 2005). El significado debe identificar su representación en símbolos para que la emocionalidad de las relaciones humanas se pueda pensar y desarrollar (Meltzer y Harris, 1990).

Estudios que recogen las representaciones sociales y los elementos del campo semántico respecto al suicidio (Ballesteros et al., 2010; Giraldo, 2008), lo asocian con desesperación, soledad, incomprensión, depresión, tristeza, locura, enfermedad, violencia, drogas, conflicto, falta de amor, falta de autoestima, malestar, aislamiento, falta de sentido de vida, desesperanza, miseria y frustración.

Siguiendo esta línea, se han encontrado investigaciones que señalan la experiencia emocional y la vivencia subjetiva que tienen los psicoterapeutas al trabajar con pacientes suicidas, así como la contratransferencia que estos pacientes generan en sus psicoterapeutas, lo que implica descarrilarse o salirse de los límites, como menciona Gabbard (2003). Sin embargo, no existen muchas investigaciones que exploren qué es lo que los psicoterapeutas entienden, piensan o definen como suicidio y qué afectos se encuentran involucrados.

Resultaría importante conocer los significados que los psicoterapeutas puedan darle al suicidio, pues ellos experimentan diversos afectos, pensamientos o ideas frente a estos pacientes y su trabajo con ellos. El objetivo de este trabajo fue, entonces, explorar los significados construidos en torno al suicidio en un grupo de psicoterapeutas psicoanalíticos de un centro de formación en Lima. Las redes semánticas naturales resultan pertinentes como técnica de recolección, ya que aportan al

objetivo de conocer y describir los significados del suicidio de manera grupal. Como mencionan Zermeño, Arellano y Ramírez (2005), se debe ampliar el campo de investigación aplicando esta técnica a diferentes objetos de estudio. Sumado a lo anterior, es importante destacar que se encontraron pocas investigaciones aplicadas al concepto del suicidio.

Método

Diseño

Se realizó una investigación con enfoque cualitativo de diseño fenomenológico, el cual concibe la realidad como un proceso social que explora los fenómenos desde los participantes en su ambiente natural y en su interacción con el contexto (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Participantes

Se trabajó con un grupo de psicoterapeutas psicoanalíticas provenientes de un centro de formación. Los participantes se seleccionaron en dos etapas. Para la primera etapa se optó por un muestreo teórico, el cual buscó representatividad mediante atributos que contribuyen a la comprensión del concepto estudiado (Hernández et al., 2010). La muestra voluntaria constó de 54 psicoterapeutas (13 hombres y 41 mujeres). En la segunda se utilizó un muestreo homogéneo, siendo el principal criterio el contacto con pacientes con intentos o ideaciones suicidas. Este grupo estuvo conformado por ocho psicoterapeutas, definido por criterio de saturación. Del total, tres eran hombres y cinco mujeres.

Técnicas de recolección

Las técnicas de recolección empleadas fueron una ficha de datos, redes semánticas naturales (RSN) y una entrevista en profundidad. La ficha de datos se empleó para recolectar información personal de los participantes y algunos datos respecto al contacto con el suicidio; sirvió, además, para realizar un filtro en la segunda etapa.

Las RSN se emplearon, siguiendo el método sugerido por Hinojosa (2008), para conocer el significado grupal otorgado al suicidio y obtener así un grupo de palabras que se califican como

las mejores definidoras para el concepto en cuestión. Entre tanto, la entrevista en profundidad permitió ahondar en los campos significativos de la experiencia personal de los participantes en relación con el suicidio. Esta entrevista empleó una pregunta generadora (*¿qué es para ti el suicidio?*) para acceder a los significados, considerando sus experiencias, afectos, aspectos contratransferenciales, dificultades, recursos y aprendizajes, como parte de los contenidos de interés para el presente estudio.

Procedimiento

Inicialmente se realizó una prueba piloto de las RSN, poniendo a prueba tres técnicas vigentes de Figueroa, González y Solís (1981), Allan (2008) e Hinojosa (2008), con 20 universitarios. Los datos se analizaron desde las tres técnicas, resultando más adecuada la de Hinojosa.

Una vez seleccionadas las técnicas de recolección de datos, se contactó la institución para su familiarización con el objetivo del proyecto. Después de recibir la aprobación de la institución, y de la firma del consentimiento informado de los participantes, la información se recolectó en dos etapas. En la primera se hicieron dos visitas al centro, en las cuales se aplicó de manera presencial la ficha de datos y la ficha de RSN a 51 participantes. Además, se realizaron tres aplicaciones virtuales. Después, se analizaron las RSN y se obtuvo un conjunto SAM con siete palabras, que sirvieron para formar una red de significados.

En la segunda etapa se trabajó con los psicoterapeutas en contacto con pacientes con intenciones suicidas. Después de obtener su consentimiento para participar en el estudio, se elaboró una guía de entrevista que, tras el criterio de expertos, se modificó resultando en una pregunta generadora: *¿qué es para ti el suicidio?* En total, se llevaron a cabo ocho entrevistas de 30 minutos aproximadamente, que se grabaron y transcribieron. Se realizó un análisis de contenido, del que emergieron ejes y categorías que organizaron la información.

En cuanto a las consideraciones éticas, durante el desarrollo de la investigación, los participantes mantenían, en su mayoría, un proceso terapéutico, además de contar con un amplio manejo de la técnica psicoanalítica, que les ayudaba a regular y contener el impacto que este estudio pudo causar al abordar el fenómeno del suicidio.

Resultados

A partir de las RSN se obtuvo un conjunto SAM conformado por siete términos considerados como los mejores definidores del concepto suicidio, puesto que superaron el 20% del peso semántico que se obtuvo de la frecuencia con que fue evocada cada una de las palabras, así: muerte (46%), depresión (26%), vacío (26%), dolor (26%), agresión (22%), tristeza (20%) y soledad (20%).

Luego de la revisión de las RSN se realizó un análisis cualitativo del conjunto SAM, en el que se asumió la palabra *muerte* como núcleo debido a su porcentaje de aparición; la palabra *depresión*, como el trastorno de fondo, y las demás palabras representaron afectos.

En cuanto a las entrevistas, se empleó un análisis de contenido del discurso de los participantes, del que emergieron tres ejes temáticos principales: el paciente, el terapeuta y su contratransferencia y el tratamiento. Para el análisis de cada eje, se desarrollaron categorías que facilitaron la organización de la información, como se detalla a continuación.

El paciente

Pulsión de muerte.

Se piensa al suicida como alguien con una relación imposible con la vida, aquel que quiere quitarse la vida y que lo puede lograr inevitablemente. Los psicoterapeutas definen el suicidio como un fenómeno cargado de pulsión de muerte; consideran que los suicidas no llegan a terapia, que la destructividad en ellos no se puede impedir, imponiéndose a la vida.

(...) sabemos que psicoanalíticamente el que quiere suicidarse, yo creo que tarde o temprano lo va a lograr. Esa sí es mi postura, yo pienso que un suicidio real no se puede impedir, que la persona que trae esa pulsión de muerte en su mente suicida lo va a lograr, va a tener éxito (sujeto 8).

Violencia (pulsión agresiva).

Se entiende el suicidio como un acto de inconmensurable violencia, en el cual la agresividad está dirigida hacia un objeto que puede ser

interno o externo. Asimismo, este otro puede estar incorporado en la persona, de manera que quieren acabar con ello y se da la autodestrucción. Por otro lado, el objeto puede ser externo, una figura del entorno del paciente, en tanto el acto suicida se hace con la intención de agredir o de destruir a este otro, que puede ser directamente la familia o incluso a la figura del psicoterapeuta.

A aquello que yo tengo incorporado dentro de mí, la persona amada... lo que sea, que ya se murió, que ya me dejó, la mato, y de paso me mato yo; como te decía, eso es una cosa psicoanalítica (sujeto 4).

Cuando se considera el suicidio como un acto violento en el cual se agrede a un otro, interno o externo, la agresión se manifiesta o externaliza. De esta manera, los psicoterapeutas pueden trabajar sobre ella e intentar comprender su origen para impedir el suicidio. Se piensa que en estos casos el fin es el desfogue de la carga agresiva y no la muerte.

(...) somos entonces violentamente blancos de la agresión del paciente, nos agrede a nosotros, pero lo que queda claro o es importante que no nos agrede a nosotros como personas, sino a lo que representamos, esos objetos que no les dieron a estas personas lo que debieron haberles dado en el momento adecuado para que pudieran vivir el mundo de un modo distinto (sujeto 3).

Dificultad de representación (actuación).

Se considera el suicidio como un acto impulsivo que se da a raíz de una dificultad para verbalizar lo que el paciente puede estar sintiendo. Así, al no poder conectarse con sus afectos, no logran ponerle palabras al sufrimiento que viven y terminan realizando el acto. Estas actuaciones impulsivas llegan a ser peligrosas, pues tratan de llevar a flote el afecto desconectado, sin medir la intensidad con la que se llevan a cabo. Incluso, el psicoterapeuta puede estar llamado a ser parte de estas puestas en acto.

(...) existe una gran impulsividad ante una situación, ante la cual el paciente o la persona no puede colocar nombre o encontrar palabras a lo que le sucede, entonces tras una acción o una puesta al acto es que sucede este tipo de episodios (sujeto 5).

Dolor mental.

El suicidio se define también como la búsqueda de liberación de un dolor o un sufrimiento interno vivido de manera intensa y extrema, que se puede pensar como dolor mental (Schneidman, 1993). Este dolor comprende una serie de afectos como desesperanza, pena, soledad, angustia, miseria, vergüenza, culpa, humillación, entre otros. Se piensa que la mente de estos pacientes no puede contener estos afectos, por lo que se viven como intolerables, como un sufrimiento interno muy grande, de manera que buscan una salida: el suicidio.

Suicidio es una palabra que abarca muchísimo, pero si pienso en las implicancias de lo que significa, sería anudar la muerte con la libertad. Pienso que las personas en desesperación total que cometen suicidio, lo que están buscando es ser libres del dolor que los aqueja, de la desesperación que los envuelve, de aquello que no saben cómo manejar, ni cómo soportar (sujeto 8).

Desesperación.

El suicidio se puede definir como un acto de desesperación, un momento límite al que llegan los pacientes, del cual la única salida es el suicidio. Se considera como un instante en el que los pacientes se sienten realmente vacíos y pierden el sentido de su existencia; se pone en juego una sensación de impotencia frente a lo que se actúa de manera desesperada.

(...) ¿qué hay en estas personas que se suicidan? Creo que tienen que haber llegado a un momento límite. De repente, de desesperación, por un lado, que es la parte más impulsiva (...) Hay como una desesperación, como una sensación de impotencia; entonces es como que actúan impulsivamente (sujeto 7).

Estado mortífero.

Se piensa el suicidio como un estilo de vida, en el que los pacientes se ponen en situaciones de riesgo constante y no cuidan de sí mismos. Los psicoterapeutas las consideran acciones masoquistas que les generan placer, los hacen sufrir, y en las que se juega con la idea de muerte.

(...) una posición gozosa con la muerte, gozas con la fantasía de la muerte y eso te exime de responsabilidades y de generar recursos para seguir viviendo, no hay mucha intención en eso (...) es algo inconsciente (sujeto 1).

El terapeuta y su contratransferencia

Sentido del deber.

Se alude a los sentimientos de duda y angustia en los psicoterapeutas, que se dan a partir de momentos de conflicto por situaciones éticas llevadas al límite en el marco del proceso psicoterapéutico con estos pacientes. Se ponen sobre la mesa temas como la confidencialidad, el encuadre y, sobre todo, el cuidado al paciente y del mismo terapeuta.

Totalmente, te pone en jaque desde lo ético, lo legal, todo, creo que es bastante complejo, por eso creo que si vienen pacientes así es bien delicado, todo un mundo (sujeto 6).

Experiencia de situaciones límites.

Los psicoterapeutas reconocen su intervención como limitada, tanto a nivel personal como profesional. Resaltan la importancia de darse cuenta de hasta qué punto pueden intervenir y conocer puntos ciegos y destacan la relevancia de la supervisión y del propio análisis, como medio para desarrollar y potenciar recursos propios que les facilite el manejo de la psicoterapia con este tipo de pacientes.

(...) yo no era suficiente en ese momento para ayudarla y en cierta forma (...) era un llamado de auxilio de ella, un llamado de auxilio para que alguien la contuviera, yo no estaba siendo suficiente y es importante que uno reconozca como terapeuta que uno no puede, nosotros no somos dioses, somos seres humanos y hay que reconocerlo (sujeto 2).

Enfrentar la posibilidad de muerte.

En el trabajo psicoterapéutico con estos pacientes son recurrentes los contenidos de muerte en consulta y la posibilidad de llevarlos al acto. El terapeuta se encuentra ante la posibilidad de una muerte; esto lo moviliza y le dificulta la tarea de pensar. Resulta importante reconocer este material, no negarlo, ponerse alerta y trabajarlo de manera

intensa. Esto, a su vez, los lleva a enfrentar sus propios contenidos y fantasías de muerte. Así, pueden llegar a sentir cómo estos pacientes invaden sus espacios privados.

(...) lidiar con eso es bien movilizante, genera bastante temor, como persona, porque te enfrenta a tus ideas de muerte, y como profesional porque es uno de los terrores que uno tiene, que un paciente termine con su vida mientras está viniendo a la sesión (sujeto 6).

Se da también la posibilidad de que el psicoterapeuta se movilice tanto que se identifique con el contenido de muerte, experimentando dicha sensación desde su práctica analítica.

(...) [la muerte] está presente todo el tiempo, son pacientes que viven más con tánatos que con impulso de vida y a uno también lo mueven más desde eso, desde la muerte, y te obligan a pensar en eso. A uno lo mueve todo el tiempo, está en el ambiente (...) Creo también que a mí me movilizó mucho el tema, tanto así que te deja un poco (...) Luego de las sesiones te dejan, no muerta, pero sí con esta cuestión como inerte y que por eso creo que es importante supervisarlos, pero sí creo que el tema ronda en el discurso de estas personas, es cómo ven las cosas (sujeto 6).

Afectos displacenteros.

Se identifican afectos que generan una sensación desagradable en los psicoterapeutas, como pena, soledad, angustia, temor, impotencia, rabia, culpa; estos son sentidos como masivos. Se reconoce que vienen de los pacientes, pero los psicoterapeutas se movilizan, son llevados al límite e incluso llegan a experimentarlos desde su trabajo.

(...) no he podido dormir en la noche temiendo que se suiciden con una sobredosis o cortándose o finalmente haciendo el acto final (...) Entonces eso me tenía bastante preocupada, eso sí me tomó totalmente mis afectos, mis pensamientos, lógicamente tenía que recurrir a más ayuda (...) Entonces podía ver, podía respirar la angustia de este chico, podía sentir su desesperación (sujeto 8).

Yo creo que una de las cosas más imperantes es que después de todo uno sabe poco, un paciente así te muestra que por mucho que intentes, por mucho que hagas, por mucho

que leas, por mucho que supervises o por buen análisis que tengas, siempre falta, hay mucho por saber (...) porque son situaciones que te ponen frente al límite, en la incertidumbre total (sujeto 3).

Afectos placenteros (esperanza).

Es importante resaltar que a pesar de los afectos que se movilizan en la contratransferencia con estos pacientes, los psicoterapeutas sienten que en el vínculo se encuentra la esperanza para la "cura". Perciben que este les ofrece la oportunidad y la posibilidad de que el paciente pueda salir del sufrimiento y pueda encontrarle sentido a su dolor.

(...) es como meterte al hueco con ella y darle la mano (...) como que ayudarlo a pasar eso o acompañarlo simplemente y la persona se siente acompañada, transite por eso y de ahí sale, porque sale. Lo único que realmente necesitan (...), si están dándole vuelta al tema del suicidio, y estas personas necesitan mucha compañía y mucha contención y nosotros se las damos (sujeto 2).

El tratamiento

Fenómeno multicausal.

Los psicoterapeutas reconocen que el suicidio es un fenómeno multicausal, es decir, que no es causado por un solo factor. Se asocia con diversos trastornos mentales como depresión, consumo de drogas, estructura de personalidad limítrofe, esquizofrenia, narcisismo, bipolaridad, psicosis, entre otros.

(...) hay muchas causas (...) pero si hay un suicidio, vamos a decir químicamente puro, es un asesinato (...) Pero no es la única causa: si soy una esquizofrénica y escucho una voz que me dice mátate, me mato; si estoy en una situación de extrema desesperación (...), entonces no hay una única causa (sujeto 4).

Intervención multidisciplinaria.

Teniendo en cuenta que el suicidio se origina por diversas causas, los participantes coinciden en un trabajo multidisciplinario, con un equipo de apoyo, un psiquiatra y la familia.

(...) primero, ayudándolos multidisciplinariamente, es necesario que se convoque a

un médico psiquiatra adecuado que ayude químicamente a controlar los impulsos, manejar temas vinculados al carácter depresivo, pero en la parte dinámica (...) trabajar mucho con la familia (sujeto 3).

Recursos.

Además del abordaje interdisciplinario, los psicoterapeutas reconocen recursos para la intervención, como la supervisión, la formación teórica y el propio análisis. Perciben, también, que se pueden apoyar en la familia, en las pruebas psicológicas, en los acompañantes terapéuticos e incluso en la derivación.

(...) alguien que se dedique a esto requiere estar bien analizado, bien trabajado su mundo interno y ser una persona que tenga una buena formación teórica y una muy buena supervisión para este tipo de situaciones. Aquí se necesita un trabajo de equipo, así el paciente no sepa que hay un equipo detrás (sujeto 3).

Familia como un obstáculo.

Aunque muchas veces las familias de estos pacientes representan un recurso para el terapeuta, en otras ocasiones más bien son un obstáculo. Se podría pensar, incluso, que son la razón de que el paciente se encuentre en el estado en el que está.

(...) en su caso, el gran problema era el apoyo familiar, entonces era una búsqueda constante (...) Yo buscaba el soporte familiar pero no era el caso, ella tenía una depresión severa, pero no tenía apoyo, no tenía soporte (...) Es en esos momentos cuando está sola [que] tiene estas conductas. En su caso ha sido más difícil porque a pesar de que tenía su espacio de terapia, [con] su psiquiatra (...), con bastante frecuencia ella se sentía muy sola. El tema del apoyo existía y no existía, la mamá se ocupaba de ella por el teléfono, pero la mayor parte [del tiempo] estaba sola y eso no ayudaba en su tratamiento (sujeto 6).

Mayor demanda de los pacientes.

Con estos pacientes existe mayor demanda, sea por ellos mismos o por su entorno; esto exige mayor disponibilidad por parte del psicoterapeuta. Se recomienda que ellos sean conscientes de la

disponibilidad que se les demanda y de los límites para involucrarse.

(...) ¿qué tan dispuestos estamos a hipotecar tal vez el resto de nuestra vida en un vínculo que tenemos que seguir sosteniendo?, porque si sacamos adelante a una persona con estas condiciones, nos vamos a transformar en ese personaje de tal nivel de importancia, que el vínculo de una u otra forma, así no continúe el proceso terapéutico, se sostiene a lo largo del tiempo y esa persona va a seguir convocándonos de una u otra forma, nos llama, citas esporádicas, en fin (sujeto 3).

Tarea del psicoterapeuta.

Los psicoterapeutas consideran que su tarea es ayudar al paciente a entender el origen de su dolor y a cambiar su manera de relacionarse mediante el vínculo terapéutico. Hacen referencia a cómo, a través de la transferencia, pueden ayudar a los pacientes a encontrar un alivio y un sentido a su dolor.

(...) entonces yo creo que el sentir del terapeuta es muy importante porque es la única forma de que esta transferencia se haga viva, de que el vínculo ayude a que el paciente pueda salir de ese daño (sujeto 5).

Discusión

La información recogida con los pacientes y sus psicoterapeutas permitió generar una red semántica compuesta de siete palabras que definen el suicidio, a partir de los alcances subjetivos de los participantes. Estas son: muerte, depresión, vacío, dolor, agresión, tristeza y soledad. Es así que la muerte ocupa un lugar central, se convierte en un sinónimo del suicidio; en tanto que la depresión toma un lugar secundario, no se piensa en ella y el suicidio como una relación causa-efecto. Los demás afectos se toman como aspectos que podrían llevar a la muerte.

Los conceptos expresados mediante las RSN por los psicoterapeutas en sus entrevistas se discutieron de forma integrada y organizada, según los ejes de análisis. Asimismo, el modo en que los psicoterapeutas definen y comprenden el suicidio orienta la manera en que se posicionan frente a sus pacientes, intervienen con ellos y viceversa.

Así, la información se presentó bajo tres ejes: el paciente, el terapeuta y su contratransferencia y el tratamiento.

En cuanto al primer eje, el paciente, fue significativa la forma en que se definió el concepto de muerte en las RSN y la entrevista. Resulta relevante, entonces, mencionar que en estudios revisados se observó que este concepto se evoca como un término que no puede aislarse de la vida; se piensa que no se puede concebir la vida sin la muerte y viceversa (Ballesteros et al., 2010; Giraldo, 2008; Inquilla, 2013; Pérez y Cortés, 1996). En esta investigación, los psicoterapeutas se refirieron a la muerte como una manera de comprender la conducta suicida en sus pacientes, basándose en la teoría psicoanalítica para explicar procesos del mundo interno y de las dinámicas inconscientes. El término de pulsión de muerte evocado se define como: "(...) pulsión que se contrapone a la pulsión de vida y tiende a devolver al ser vivo al estado inorgánico. La pulsión de muerte se dirige primeramente hacia el interior y tiende a la autodestrucción (...)" (Laplanche y Pontalis, 2004, p. 337).

Por otro lado, la manera en que se concibe la muerte influirá en el potencial suicida y en la idea que se tiene sobre este (Pérez y Cortés, 1996). Se puede pensar, por tanto, que la muerte está ligada al suicidio de modo natural; sin embargo, las formas en que esto se piensa o se vive varían según cada individuo y su modo de contactarse con los afectos que suscita cada experiencia, como en los psicoterapeutas.

En contraste con otros estudios en los cuales se reflexiona sobre diversos significados respecto al fenómeno del suicidio, en este se pudo observar que coinciden con la visión tradicional de Freud (1920) del suicidio como parte del homicidio (Gabbard 2002; Inquilla, 2013). También se hizo alusión al concepto de agresividad, que se entiende como la manifestación de pulsión de muerte que encuentra su expresión en el suicidio (Inquilla, 2013; Laplanche y Pontalis, 2004). Además, se relacionó la conducta suicida con el dolor mental, que se expresaría a manera de crisis psicológica y conflicto emocional (Inquilla, 2013; Schneidman, 1993). Por último, se indagó sobre el tema de la conducta suicida como estilo de vida, en la que se está en continuo riesgo (Gutiérrez, 1999; Joseph, 1989).

Para los psicoterapeutas, la muerte cobra un lugar importante, lo cual está ligado con lo

encontrado y la relación suicidio y muerte. Los hallazgos de la investigación permitieron inferir que en esta población en particular la muerte tiene sentido junto al suicidio por las experiencias de los participantes, dada la naturaleza de su quehacer profesional.

En cuanto al segundo eje, el psicoterapeuta y su contratransferencia, se evocaron diversos afectos. El conocimiento, la comprensión y el tratamiento de los afectos tomaron mayor importancia en el plano de lo psicoanalítico debido a que la transferencia y la contratransferencia implican procesos emocionales (Yildiz, 2006).

Los afectos son estados emocionales que pueden ser penosos o agradables, y se presentan de forma masiva o con una tonalidad general (Laplanche y Pontalis, 2004). Son, al mismo tiempo, procesos de descarga placenteros y displacenteros que prestan al afecto su tono dominante, con diferentes matices (Yildiz, 2006). Por lo anterior, en este estudio se aludió a la contratransferencia como concepto psicoanalítico que se refiere al conjunto de reacciones inconscientes del analista frente al analizado y frente a la transferencia. Esta es una herramienta útil para comprender al analizado (Ferretti, 2005; Laplanche y Pontalis, 2004).

Los afectos evocados se clasificaron en placenteros (esperanza) y displacenteros (dolor, vacío, pena, soledad, angustia, temor, impotencia, rabia, culpa), los cuales se vivencian a partir de la contratransferencia con los pacientes.

Los aspectos contratransferenciales se viven intensamente, de manera que la presencia y la disponibilidad confiable de los psicoterapeutas para con estos pacientes se vuelve imprescindible. Al mismo tiempo, este vínculo representa un reto para los psicoterapeutas, quienes requieren identificar, tolerar y elaborar emociones, experiencias y afectos que sus pacientes les suscitan y que podrían ser un obstáculo en el tratamiento, pues se enfrentan a decisiones difíciles en las que se ponen en juego lo ético, su responsabilidad y su sentido del deber.

A diferencia de otras investigaciones, en esta se planteó la idea de que la contratransferencia con pacientes suicidas resulta más compleja debido al sinnúmero de emociones que intervienen en una situación límite (Corveleyn, 1998; Dedios, 2010; Flechner, 2000; Fridlenderis y Levy, 2004; Gabbard, 2002; Kernberg, 1987; Silveira y Soarez, 2007).

Del mismo modo, los psicoterapeutas hicieron referencia no solo a sus limitaciones personales y profesionales y al cuidado del paciente y de ellos mismos, sino que aceptaron lo que pueden y no pueden hacer en la intervención. Incluso revelaron que sienten la inundación de estos afectos que vienen de los pacientes y que los confrontan con sus propios afectos y experiencias. Algunos estudios aseguran que personas que han cometido suicidio o que piensan en él experimentaban emociones como las que los psicoterapeutas mencionan (Ballesteros et al., 2010; Giraldo, 2008; Schneidman, 1993; Valdivia, 2014).

Por otro lado, los psicoterapeutas manifestaron un afecto positivo en la contratransferencia con estos pacientes, traducido como esperanza. Bajo esta idea, se perciben a sí mismos y al vínculo como un recurso indispensable para la terapia y para la vida del paciente. Reconocen en el vínculo la esperanza del paciente y la oportunidad de revertir el camino que han tomado, dándole sentido a lo que les ocurre (Gabbard, 2002).

En contraste con otros estudios, se observó que el vínculo terapéutico constituye un factor importante para su mejora, en términos de salud. El primer paso en estos tratamientos es el establecimiento de una adecuada alianza terapéutica (Bedics, Atkins, Harned y Linehan, 2015; Briggs et al., 2012; Fukumitsu, 2014; Gabbard, 2002).

Por último, se encontró que los participantes evocan esta gama de afectos, pues los psicoterapeutas intervienen sobre el aspecto emocional de sus pacientes, convirtiéndose los afectos, los pensamientos y las ideas del paciente en herramientas de trabajo.

En cuanto al tercer eje, el tratamiento, los psicoterapeutas se refirieron a la forma en que intervienen, abordan y entienden su trabajo partiendo de la comprensión de sus pacientes. Asimismo, mencionaron que el suicidio es un fenómeno multicausal, lo cual hace referencia a la comprensión de la patología detrás del paciente, tomando en cuenta los factores intervinientes a la hora de iniciar el tratamiento.

El concepto de depresión fue significativo en las RSN y relacionado directamente con el suicidio; incluso hay estadísticas que consideran a esta enfermedad como la principal causa de muerte cuando no se recibe atención médica (INSM, 2014; OMS, 2012). Si bien anteriormente se pensaba

que la depresión llevaba al suicidio o que todo intento o suicidio consumado era a causa de la depresión, en la actualidad se conoce que existen otras patologías asociadas al suicidio, de modo que no todos los suicidas sufren de depresión, así como las depresiones más severas pueden curarse y tampoco suelen estar acompañadas de elementos causantes del suicidio (Gabbard, 2002; OMS, 2000, 2012; Palacios, Rueda y Valderrama, 2006; Pardo, Sandoval y Umbarila, 2004; Valdivia, 2014).

El trabajo multidisciplinario fue otro aspecto que los psicoterapeutas destacaron durante el estudio. Diversos estudios aseguran que la efectividad del tratamiento con estos pacientes es mayor cuando intervienen los enfoques psiquiátrico y terapéutico (Fernández y Rodríguez, 2008; Gabbard, 2002; Gómez, 2012; Kernberg, 1987; Mejías, García, Schmidt, Quero y Gorlat, 2011; Valdivia, 2014). Se encontró también que otro punto sustancial son los recursos para poder intervenir. Al respecto, varios autores afirman que la contención para el propio psicoterapeuta psicoanalítico estaría en la supervisión clínica, que tiene el fin de acompañar al terapeuta en su labor para que pueda trabajar también en su contratransferencia (Fuentes, 2010; Palacios, 2002). Los psicoterapeutas resaltaron la importancia de tener clara su tarea, que se centra en ayudar al paciente a entender el origen de su dolor, presentar escucha empática y estar atento a las necesidades del otro, sin otorgarles significados propios (Melo, 2014; Winnicott, 1947).

En conclusión, se evidenció la forma en que los psicoterapeutas construyen los significados respecto al suicidio con base en sus propias experiencias, convergiendo distintos elementos del mundo externo e interno y el trabajo con pacientes suicidas. Los significados que otorgan al suicidio funcionan también como símbolos que permiten pensar y desarrollar emocionalidad de las relaciones humanas (Meltzer y Harris, 1990). Los psicoterapeutas emplean el significado para dar sentido y comprender la psicodinamia del suicidio en cada uno de sus pacientes, de forma que puedan brindarles, mediante la transferencia y la contratransferencia, la oportunidad de un vínculo diferente, apoyándose en su formación teórica, que a veces no es suficiente.

Además, señalaron que el trabajo con estos pacientes sugiere mayor demanda por su parte y, por ende, mayor disponibilidad y presencia

de los psicoterapeutas. A su vez, y sumado a la incertidumbre de un proceso psicoanalítico cualquiera, se evidenció que con estos pacientes se vive de manera más intensa, pasando por una amplia gama de afectos que provienen del paciente y se inoculan a los psicoterapeutas en este juego intersubjetivo. Con estos pacientes no basta que el psicoterapeuta cumpla su tarea y se mantenga en su rol, sino que debe brindar mayor presencia, escucha empática y disponibilidad, así como mayor trabajo interno. Es decir, debe mantenerse en constante autoanálisis y supervisión a manera de contención propia, pero también como ayuda a sus pacientes.

En cuanto a las limitaciones del estudio, se identificó que el concepto de contratransferencia comprende aspectos dinámicos inconscientes que no se alcanzan a profundizar con el tipo de técnicas empleadas para la recolección de datos. Además, la complejidad teórica del concepto no permitió abordar en su totalidad ni a profundidad. De ahí que se recomienda continuar esta línea de investigación y profundizar en conceptos más complejos que requieren un mayor manejo de la teoría psicoanalítica, como la contratransferencia, con el fin de aportar a la formación de psicoterapeutas, para una práctica clínica más sostenida y eficiente.

Referencias

- Allan, V. (2008). *Medir el significado: las redes semánticas como método de investigación sociológica* (Tesis de pregrado). Chile: Universidad de Chile. Recuperado de www.cybertesis.uchile.cl/tesis/uchile/2008/allan_v/sources/allan_v.pdf
- Arcila, P., Mendoza, Y., Jaramillo, J. y Cañón, O. (2009). Comprensión del significado desde Vigotsky, Bruner y Gergen. *Revista Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 6(1), 37-49.
- Ballesteros, B. (2005). El concepto de significado desde el análisis del comportamiento y otras perspectivas. *Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá*, 4(2), 231-244.
- Ballesteros, M., Gutiérrez, M., Sánchez, L., Herrera, N., Gómez, A. y Izzedin, R. (2010). El suicidio en la juventud: una mirada desde la teoría de las representaciones sociales. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39, 523-543. doi: 10.1016/S0034-7450(14)60223-7
- Bedics, J., Atkins, D., Harned, M. y Linehan, M. (2015). The Therapeutic Alliance as a Predictor of Outcome in Dialectical Behavior Therapy versus Nonbehavioral Psychotherapy by Experts for Borderline Personality Disorder. *American Psychological Association*, 52(1), 67-77. doi: 10.1037/a0038457
- Briggs, S., Golblatt, M., Linfner, R. y Maltzberger, J. (2012). Suicide and trauma: a case discussion. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 26, 13-33. doi: 10.1080/02668734.2011.652657
- Bruner, J. (1998). *Actos de significado: más allá de la revolución cognitiva*. Madrid: Alianza.
- Corveleyn, J. (1998). Efectos psicológicos de la relación con pacientes en la persona del clínico. *Persona*, 0(1), 27-42.
- Dedios, M. (2010). *Experiencia emocional de un grupo de psicólogos en el trabajo con personas psicóticas* (Tesis de pregrado). Perú: Pontificia Universidad Católica del Perú. Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/415>
- Fernández, A. y Rodríguez, B. (2008). La era de los tratamientos integrados: combinación de psicofármacos y psicoterapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 17, 139-148.
- Ferretti, C. (2005). *Contratransferencia: vicisitudes del encuentro entre paciente y analista*. (Tesis de pregrado). Chile: Universidad de Chile. Recuperado de <http://www.repositorio.uchile.cl/handle/2250/113531>
- Figuroa, J., González, G. y Solís, V. (1981). Una aproximación al problema del significado: las redes semánticas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 13(3), 447-458.
- Flechner, S. (2000). La clínica actual de pacientes adolescentes en riesgo: ¿un nuevo desafío? *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* (92). Recuperado de <http://www.apuruguay.org/apurevista/2000/1688724720009210.pdf>
- Freud, S. (1915). *Obras completas. Duelo y melancolía*. Tomo XIV. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1920). *Obras completas. Más allá del principio del placer*. Tomo XVIII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Fridlenderis, M. y Levy, A. (2004). Consideraciones psicodinámicas en la práctica clínica

- psiquiátrica. *Revista Psiquiátrica de Uruguay*, 68(1), 43-54.
- Fuentes, M. (2010). La supervisión clínica: un espacio de aprendizaje psicodinámico en la formación del psicoterapeuta psicoanalítico. *Carta Psicoanalítica*, 9. Recuperado de <http://www.cartapsi.org/spip.php?article110>
- Fukumitsu, K. (2014). El psicoterapeuta frente el comportamiento suicida. *Revista Psicología Universidad de Sao Paulo*, 25(3), 270-275. doi: 10.1590/0103-6564D20140001
- Gabbard, G. (2002). *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana.
- Gabbard, G. (2003). Descarríos del tratamiento psicoanalítico con pacientes suicidas. *Psicoanálisis APdeBA*, 25(1), 1-23.
- Giraldo, M. (2008). The Polysemia of Suicide. *Revista Electrónica de Psicología Social Poiésis*, 15, 1-3.
- Gergen, K. (2006). *El yo saturado. Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo*. Barcelona, España: Paidós.
- Gómez, A. (2012). Evaluación del riesgo de suicidio: enfoque actualizado. *Revista Médica Clínica Condes*, 23(5), 607-615. doi: 10.1016/S0716-8640(12)70355-3
- Gutiérrez, M. E. (1999). Aproximaciones al estudio del "riesgo". *Revista Colombiana de Psicología*, 8, 48-59. doi: 10.15446/rcp
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México D.F., México: McGraw-Hill.
- Hinojosa, G. (2008). El tratamiento estadístico de las redes semánticas naturales. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades*, 18(1), 133-154.
- Inquilla, J. (2013). Representaciones sociales sobre el suicidio de los estudiantes en la Universidad Nacional del Altiplano Puno - Perú. *Comunicación*, 4(2), 27-37.
- Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado Hideyo Noguchi". (2014). *El suicidio es el desenlace fatal de un proceso de enfermedad mental y se puede prevenir tratando la depresión*. Recuperado de <http://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2014/038.html>
- Laplanche, J. y Pontalis, J. (2004). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Mejías, Y., García, M., Schmidt, J., Quero, A. y Gorlat, B. (2011). Estudio preliminar de las características del intento de suicidio en la provincia de Granada. *Anales Sis San Navarra*, 34(3), 431-441. doi: 10.4321/S1137-66272011000300009
- Melo, C. (2014). *Experiencias íntimas de mujeres con intento suicida, un estudio de casos* (Tesis de maestría). Pontificia Universidad Católica del Perú. Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/5608>
- Meltzer, D. y Harris, M. (1990). *La aprehensión de la belleza*. Buenos Aires, Argentina: Patia.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10*. Madrid, España: Autor.
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Prevención del suicidio: un instrumento para médicos generalistas. Trastornos mentales y cerebrales*. Ginebra: Departamento de Salud Mental y Toxicomanías.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Documento prevención y atención al suicidio*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136083/1/9789275318508_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *World Suicide Prevention Day*. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/
- Palacios, A. (2002). La supervisión en la enseñanza del psicoanálisis. *Cuadernos de Psicoanálisis. Asociación Psicoanalítica Mexicana A.C.*, 35(2). Recuperado de www.apm.org.mx/Portal%20APM/cuadernos/.../2002.html
- Palacios, X., Rueda, L. y Valderrama, P. (2006). Relación de la intención e ideación suicida con algunas variables sociodemográficas, de la enfermedad y aspectos psicoafectivos en personas con el VIH/SIDA. *Revista Colombiana de Psicología*, 15, 25-38.
- Pardo, G., Sandoval, D. y Umbarila, D. (2004). Adolescencia y depresión. *Revista Colombiana de Psicología*, 13, 13-28.
- Pérez, A. y Cortés, L. (1996). Relación entre la conducta suicida y el concepto de muerte.

- Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 1(3), 241-251. doi: 10.5944/rppc.vol.1.num.3.1996.3826
- Pérez, I., Ibáñez, M., Reyes, J., Atuesta, J. y Suárez, M. (2008). Factores asociados al intento suicida e ideación suicida persistente en un centro de atención primaria. *Revista de Salud Pública*, 10(3), 374-385.
- Schneidman, E. (1993). *Suicide as Psychache: A Clinical Approach, to Self-Destructive Behavior*. New Jersey: Jason Aronson.
- Silveira, E. y Soarez, L. (2007). *Vivências subjetivas de psicólogos em seu dia-a-dia de trabalho: o contato com pacientes suicidas* (Tesis de pregrado). Faculdades Adamantinenses Integradas.
- Vigotsky, L. (1989). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Barcelona, España: Crítica.
- Winnicott, D. (1947). El odio en la contratransferencia. En D. Winnicott (Ed.), *Escritos de pediatría y psicoanálisis* (pp. 433-447). Barcelona, España: Laia.
- Yildiz, I. (2006). Teorías de S. Freud sobre afectos y síntomas. *Revista de Asociación Psicoanalítica Colombiana (APC)*, 18(2), 128-150. Recuperado de <http://www.psicoanalista.yildiz.com/index.php/mis-articulos/38-teorias-de-s-freud-sobre-afectos-y-sintomas5>
- Zermeño, A., Arellano, A. y Ramírez, V. (2005). Redes semánticas naturales: técnica para representar los significados que los jóvenes tienen sobre televisión, internet y expectativas de vida. *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*, 11(22), 305-334.

Para citar este artículo / To cite this article / Para citar este artigo: Unzueta-Callirgos, X. (2018). Significados sobre el suicidio en un grupo de psicoterapeutas psicoanalíticos. *Pensamiento Psicológico*, 16(1), 69-81. doi:10.11144/Javerianacali.PPS116-1.ssgp